

## | Contexte national |

### Déclaration obligatoire sida et VIH

Il existe en France une déclaration obligatoire des cas de sida depuis 1986. Celle-ci repose sur la déclaration de tout patient présentant une maladie infectieuse ou néoplasique inaugurale du sida. Cette maladie inaugurale doit être associée à un prélèvement biologique positif au VIH ou, en l'absence de prélèvement, doit faire partie d'une sous-liste de maladies spécifiquement associées au sida telles que la pneumocystose pulmonaire ou le sarcome de Kaposi [1] si aucune autre cause d'immunodéficience n'est identifiée.

Depuis 2003, la déclaration des cas d'infection par le VIH est obligatoire. Les biologistes doivent déclarer de façon anonyme les sérologies VIH positives. Le clinicien qui a prescrit la sérologie ou qui prend en charge le patient doit compléter le volet médical de la déclaration pour l'adresser à l'Agence régionale de santé (ARS).

Par rapport à la déclaration du sida, celle du VIH permet de connaître les autres stades cliniques au moment du diagnostic. De plus, l'usage d'un test virologique d'infection récente [2], permet au CNR de différencier les infections de moins de six mois en moyenne des plus anciennes.

Le nombre total de découvertes de séropositivité est estimé par l'InVS à partir des déclarations reçues en tenant compte de retards de déclaration et de la sous-déclaration.

### Prévalence, découvertes de séropositivité et incidence du VIH

En France, en 2012, environ 29 000 personnes (soit 45 / 100 000 habitants) ignoraient qu'elles étaient infectées par le VIH [3] sur les 150 000 personnes atteintes (soit 230 / 100 000 habitants).

Le nombre de découvertes de séropositivité en France, après avoir diminué entre 2004 et 2008, s'est depuis stabilisé autour de 6 200 cas par an. En 2012, ce nombre était estimé à 6 372 [IC 95 % 5 974-6 770], soient 97 cas / million d'habitants [4].

L'incidence de l'infection par le VIH, a été estimée à 6 940 [IC95 % : 5 430-8 500] sur l'année 2008 à partir des déclarations de VIH et du test d'infection récente EIA-RI [5] pour un nombre de découvertes de séropositivité estimé à 6 221 [IC 95 % : 6 031-6 411].

### Caractéristiques des personnes qui découvrent leur séropositivité

Sur les données de la déclaration obligatoire non corrigées :

- En 2012, 69 % des cas de VIH déclarés étaient de sexe masculin ;
- La majorité était âgée de 20 à 49 ans au moment du diagnostic (77 %) ;
- Parmi les cas déclarés, 55 % étaient nés en France et 30 % en Afrique subsaharienne.

### Contamination

En 2012, le mode de contamination par le VIH le plus fréquemment mise en cause dans les déclarations était lié à des rapports hétérosexuels (53 %). Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes représentaient 43 % des cas. La part des déclarations concernant des cas dont la contamination était attribuable à l'usage de drogues intraveineuses était de 1,7 %. Depuis 2003, le nombre de découvertes de séropositivité au VIH décroît en France. Cependant on note que le nombre de découvertes chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes augmente sur la même période.

### Diagnostic

En 2012, le principal motif de dépistage des cas de VIH déclarés était la présence de signes cliniques ou biologiques (31 %), en seconde place, les exposition à risque d'infection par le VIH (21 %) et en troisième place, les bilans systématiques (17 %).

### Stade clinique

En 2012, 12 % des découvertes de séropositivité au VIH ayant fait l'objet d'une déclaration ont été faites au stade de primo-infection et 14 % au stade sida. Les découvertes au stade sida ont diminué entre 2003 et 2008 puis se sont stabilisées.

## | Matériel et méthodes |

L'analyse présentée dans ce document concerne les cas de VIH et de sida des résidents de la Basse-Normandie ayant fait l'objet d'une déclaration reçue par l'InVS et dont le premier prélèvement biologique positif au VIH a été réalisé entre le 01/03/2003 et le 31/12/2012. La base de données exploitée est celle des maladies à déclaration obligatoire validée par l'InVS et actualisée en décembre 2013.

En raison d'une complétude supérieure à 80 % sur l'ensemble des variables, les données manquantes n'ont pas été prises en compte dans l'analyse. Le nombre régional ou national de découvertes de séropositivité a été estimé en tenant compte de la sous-déclaration et des retards de déclaration par l'utilisation des données de LaboVIH [6]. Les estimations de population de l'Insee produites en janvier 2013 ont servi de référence. La description et la comparaison des caractéristiques nationales et régionales ont été faites sur les données non corrigées. Du fait des retards de déclaration, ces données sont provisoires pour les années 2011 et 2012.

Les analyses statistiques ont été faites sous le logiciel R 3.0.2.

Les répartitions et les pourcentages ont été comparés par des tests du Chi<sup>2</sup>. Les âges étant agrégés par classes de dix ans dans la base de données des déclarations obligatoires, les âges moyens ont été calculés en supposant une répartition uniforme dans chaque classe d'âge. Étant donné la taille des effectifs en Basse-Normandie, les effectifs ont été agrégés pour certaines analyses sur deux périodes : de 2003 à 2007 et de 2008 à 2012.

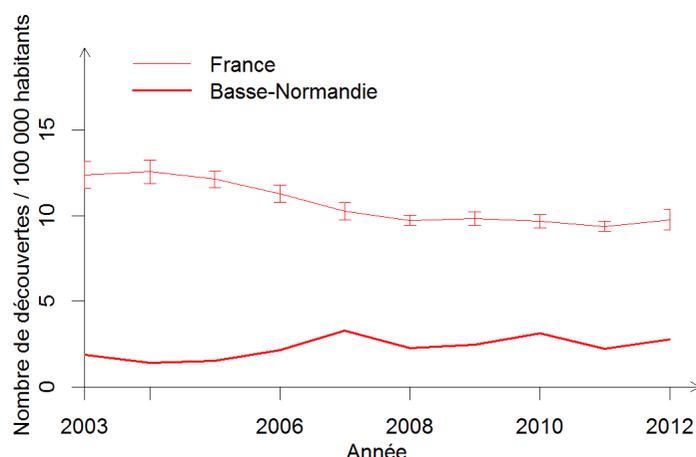
## | Caractéristiques démographiques des cas découverts de séropositivité au VIH |

### Évolution du nombre de découvertes de séropositivité au VIH

En 2012, 60 [IC95 % 32 - 88] cas de VIH ont découvert leur séropositivité en Basse-Normandie, soit un taux rapporté à la population de 4,1 [IC95 % 2,2 - 5,9] pour 100 000 habitants (figure 1). Ce taux était plus faible qu'à l'échelon national (9,8 pour 100 000 habitants en 2012).

### | Figure 1 |

Évolution du nombre de découvertes de séropositivité au VIH, rapporté à la population, en France et en Basse-Normandie entre 2003 et 2012.



Les données sont corrigées pour prendre en compte la sous-déclaration et les retards de déclaration.

### Caractéristiques des cas de VIH déclarés en Basse-Normandie

Les cas de VIH déclarés en Basse-Normandie ont été regroupés par sexe, origine géographique et mode de contamination probable sur la période 2003-2012. Les cas dont l'origine géographique ou le mode de contamination était inconnu ont été exclus de cette analyse (19 %). Ces résultats sont comparés aux données nationales dans le tableau 1.

Les catégories les plus représentées étaient :

- Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, nés en France (35 %);
- Les femmes dont la contamination était attribuable à des rapports hétérosexuels, nées à l'étranger (20 %) ou en France (13 %);
- Les hommes dont la contamination était attribuable à des rapports hétérosexuels, nés à l'étranger (9,5 %) ou en France (16 %).

L'usage de drogues intraveineuses était un mode de contamination rarement retrouvé dans les déclarations, mais plus fréquent chez les hommes (2 %) que chez les femmes (1 %), comme au niveau national.

La proportion de cas nés à l'étranger (34 %) était significativement plus élevée qu'à l'échelon national (51 %). L'essentiel des cas nés à l'étranger provenait de l'Afrique sub-saharienne (82 % des cas d'origine étrangère). Les autres cas d'origine étrangère se répartissaient entre l'Europe (12 %), l'Asie (3 %) et l'Afrique du nord (3 %).

## | Tableau 1 |

Caractéristiques des cas de séropositivité au VIH déclarés en France et en Basse-Normandie par origine géographique, sexe et mode de contamination, de 2003 à 2012.

Mode de contamination	Lieu de naissance			
	France		Étranger	
	Échelon			
	Reg	Nat	Reg	Nat
<b>Hommes</b>				
Rapports hétérosexuels	16 %	10 %	9,5 %	17 %
Usage de drogues intraveineuses	1 %	0,8 %	0,4 %	0,7 %
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	35 %	30 %	3 %	5,0 %
<b>Femmes</b>				
Rapports hétérosexuels	13 %	8,0 %	20 %	26 %
Usage de drogues intraveineuses	0,4 %	0,2 %	0,0 %	0,1 %
Materno-néonatal	0,4 %	0,3 %	0,4 %	0,5 %
<b>Total</b>	<b>66 %</b>	<b>50 %</b>	<b>34 %</b>	<b>50 %</b>

Reg : Cas résidant en Basse-Normandie.

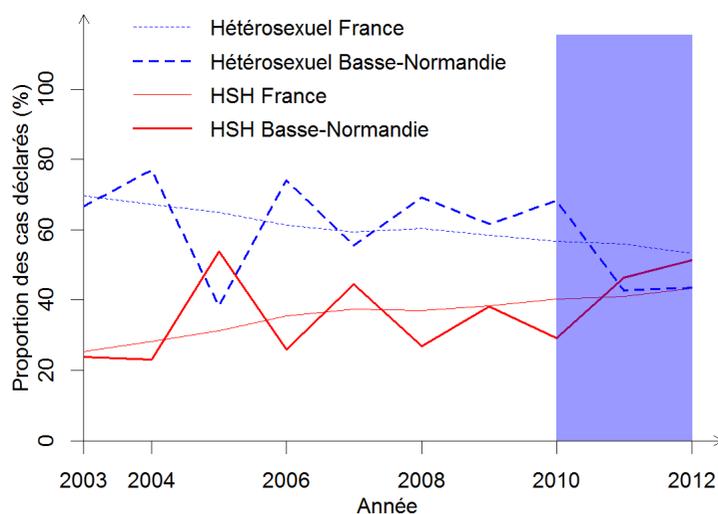
Nat : Cas résidant en France.

### Évolution des caractéristiques des cas déclarés entre 2003 et 2012

En France, la proportion des déclarations concernant les cas dont la contamination était attribuable à des rapports hétérosexuels a diminué entre 2003 (70 %) et 2012 (61 %) alors que la proportion des déclarations concernant des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a augmenté (de 25 % à 43 %). En Basse-Normandie, l'évolution des proportions était similaire (figure 2). En France, le nombre annuel de déclarations concernant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes rapporté à la population a significativement augmenté entre la période 2003-2007 (1,8 pour 100 000 habitants par an) et la période 2008-2012 (1,9 pour 100 000 habitants par an) ; de même en Basse-Normandie, ce taux a significativement augmenté entre la période 2003-2007 (0,6 pour 100 000 habitants par an) et la période 2008-2012 (0,9 pour 100 000 habitants par an). Le nombre annuel de déclarations rapporté à la population concernant les cas dont la contamination était attribuable à des rapports hétérosexuels n'a pas significativement évolué en Basse-Normandie entre la période 2003-2007 (1,0 pour 100 000 habitants par an) et la période 2008-2012 (1,3 pour 100 000 habitants par an).

### | Figure 2 |

Évolution des proportions des deux modes de contamination principaux rapportés dans les déclarations en France et en Basse-Normandie entre 2003 et 2012.



HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.  
Hétérosexuel : Cas dont la contamination est attribuable à des rapports hétérosexuels.

Données temporaires en raison de retards de déclaration

## Âge et sexe

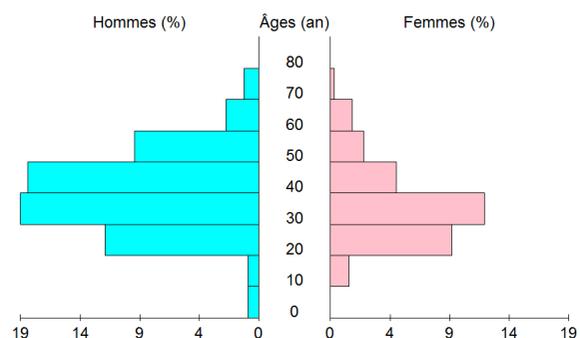
En Basse-Normandie, la majorité des cas déclarés de VIH était âgée de 20 à 49 ans (78 %) (figure 3). Le sex-ratio était de 2,0 hommes pour une femme. L'âge moyen des cas (39 ans) ne différait pas significativement du niveau national.

Les cas masculins étaient plus âgés que les cas féminins. Les cas nés à l'étranger étaient plus jeunes que les cas nés en France (tableau 2).

En France, l'âge moyen des cas déclarés de VIH a augmenté de 38 à 39 ans entre les périodes 2003-2007 et 2008-2012. En Basse-Normandie, la différence n'était pas significative, mais les effectifs ne permettaient pas de mettre en évidence une différence d'un an entre les deux périodes.

## | Figure 3 |

Pyramide des âges des cas de VIH déclarés en Basse-Normandie entre 2003 et 2012.



## | Tableau 2 |

Âge moyen des cas déclarés de VIH en Basse-Normandie entre 2003 et 2012, selon leurs caractéristiques.

Mode de contamination	Lieu de naissance	
	France	Étranger
<b>Hommes</b>		
Rapports hétérosexuels	48 ans	37 ans
Usage de drogues intraveineuses	38 ans	35 ans
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	38 ans	42 ans
<b>Femmes</b>		
Rapports hétérosexuels	41 ans	34 ans
<b>Total</b>	<b>41 ans</b>	<b>35 ans</b>

*L'effectif des femmes faisant usage de drogues intraveineuses était insuffisant en Basse-Normandie pour les présenter dans ce tableau.*

### Motifs de dépistage

Les motifs de recours au dépistage du VIH les plus fréquents en Basse-Normandie étaient similaires à ceux retrouvés à l'échelon national (figure 4). Les signes cliniques ou biologiques en rapport avec l'infection par le VIH représentaient le motif le plus fréquent en Basse-Normandie (35 %) et en France (36 %).

La répartition des motifs de dépistage n'a pas significativement changé entre 2003 et 2012 en Basse-Normandie.

*Sympt* : Signes cliniques ou biologiques en rapport avec l'infection par le VIH.

*Expo* : Exposition à risque de transmission du VIH.

*Syst* : Bilan systématique.

*Patho* : Découverte lors de la prise en charge d'une autre maladie sans rapport avec l'infection par le VIH.

*Orienté* = Dépistage orienté sur facteurs de risque.

### Stade clinique au diagnostic

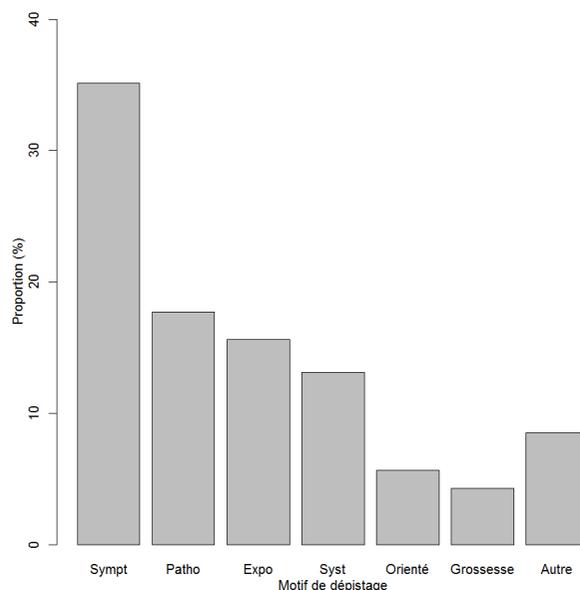
Sur la période 2003-2012 :

La majorité des cas déclarés en Basse-Normandie était diagnostiqué à un stade asymptomatique (figure 5). Le diagnostic au stade sida représentait 17 % des cas déclarés de VIH ; celui de primo-infection représentait 11 % des cas.

La répartition des stades cliniques ne différait pas significativement de la moyenne nationale. Au niveau national les femmes étaient significativement plus souvent diagnostiquées à un stade asymptomatique (69 %) que les hommes (54 %) ; la même tendance était retrouvée en Basse-Normandie (68 % des femmes et 57 % des hommes). Les stades très précoces (primo-infection) et tardifs (symptomatiques) étaient plus rares chez les femmes.

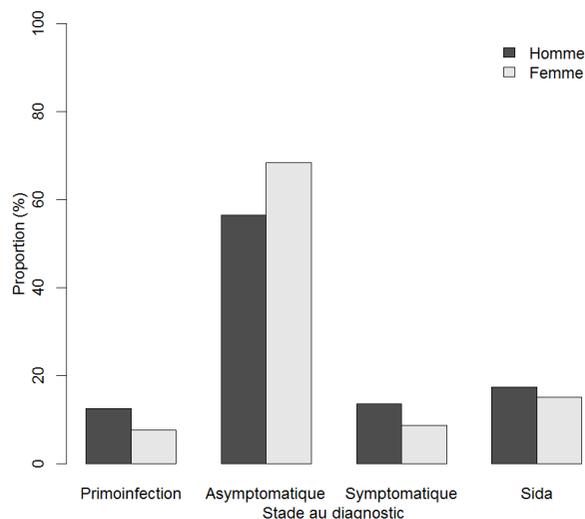
| Figure 4 |

Répartition des motifs de dépistage des cas déclarés de VIH en Basse-Normandie entre 2003 et 2012.



| Figure 5 |

Répartition des stades cliniques au diagnostic des cas déclarés de VIH en Basse-Normandie entre 2003 et 2012 selon le sexe.



## Tests d'infection récente

Le centre national de référence réalise des test biologiques EIA-RI pour déterminer si l'infection date en moyenne de moins de six mois avant le diagnostic. D'après ces tests, 29 % des découvertes de séropositivité étaient dues à des infections par le VIH récentes de moins de six mois. Ce taux était stable de 2003 à 2012. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes étaient plus souvent diagnostiqués à un stade précoce que les cas dont la contamination était attribuable à des rapports hétérosexuels (tableau 3). Les cas nés à l'étranger étaient moins souvent diagnostiqués à un stade précoce. Au niveau national, pour les cas dont la contamination était attribuable à des rapports hétérosexuels, à origine géographique égale, les femmes étaient plus souvent diagnostiquées précocement (38 % des cas nés en France et 16 % des cas nés à l'étranger) que les hommes (30 % des cas nés en France et 13 % des cas nés à l'étranger), mais la différence n'était pas significative en Basse-Normandie.

| Tableau 3 |

Proportion de diagnostics d'infection récente au VIH parmi les cas déclarés entre 2003 et 2012, en France et en Basse-Normandie.

Mode de contamination	Lieu de naissance			
	France		Étranger	
	Échelon			
	Reg	Nat	Reg	Nat
<b>Hommes</b>				
Rapports hétérosexuels	43 %	50 %	14 %	36 %
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	39 %	34 %	12 %	15 %

Reg : Cas résidant en Basse-Normandie.

Nat : Cas résidant en France.

## | Évolution des cas déclarés de sida |

### Introduction

L'analyse des déclarations de sida permet de remonter jusqu'en 1978, bien avant la déclaration obligatoire du VIH en 2003.

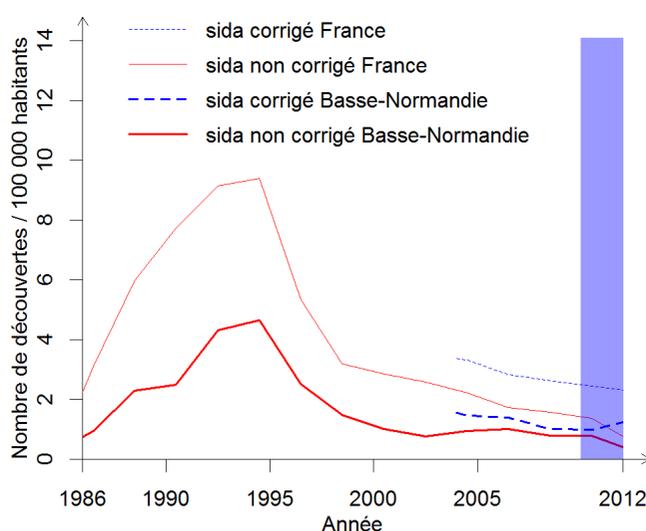
### Évolution du nombre de découvertes de sida

En 2012, 18 [IC95 % 8 - 38] cas de sida ont été découverts en Basse-Normandie soit un nombre annuel de découvertes rapporté à la population de 1,2 [IC95 % 0,5 - 2,6] pour 100 000 habitants par an. Ce taux était plus bas que celui observé au niveau national (2,3 [IC95 % 2,1 - 2,5] pour 100 000 habitants par an en 2012) et suit la même tendance à la baisse depuis le milieu des années 1990 (figure 6).

L'épidémie du sida a débuté au début des années 80 et a atteint un pic en 1995. Le pic étant passé en 2000, le nombre de découvertes du sida a gardé une tendance à la baisse. Cette baisse est liée à deux facteurs ; une réduction de l'incidence des contaminations par le VIH et une réduction du nombre de cas de VIH évoluant vers le sida grâce aux trithérapies antivirales [7,8,9].

| Figure 6 |

Nombre annuel de découvertes de sida ayant fait l'objet d'une déclaration, rapporté à la population, de 1986 à 2012 en France et en Basse-Normandie.



Données temporaires en raison de retards de déclaration

## Âge et sexe

Entre 1986 et 2012 en Basse-Normandie, la majorité des cas déclarés de sida était de sexe masculin (76 %). La part des hommes a diminué sur cette période. Le taux d'hommes était de 78 % avant 2003 et de 66 % entre 2004 et 2012. Cela peut être expliqué par la réduction des proportions d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et d'usagers de drogues intraveineuses dont le sex-ratio était de 2,9 hommes pour une femme.

L'âge moyen (39 ans) des cas déclarés de sida ne différait pas significativement du niveau national (39 ans). Il a régulièrement augmenté en France et en Basse-Normandie (figure 7). Au niveau national, la tendance à la hausse de l'âge était retrouvée dans chacun des sous-groupes uniforme de sexe, mode de contamination et origine de naissance (France ou étranger). L'augmentation de l'âge était maximale dans le groupe des usagers de drogues intraveineuses avec une augmentation d'âge moyen de 19 ans entre 2003 et 2012 (période de 26 ans). Cette augmentation d'âge peut être expliquée en partie par une réduction de l'incidence des contaminations par usage de drogues intraveineuses, ainsi que d'une augmentation du délai moyen entre contamination et sida du fait des traitements antiviraux. Les effectifs régionaux ne permettaient pas de faire cette analyse en sous-groupe.

## Mode de contamination

Les déclarations de sida au début de l'épidémie, concernaient essentiellement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des usagers de drogues intraveineuses (figure 8).

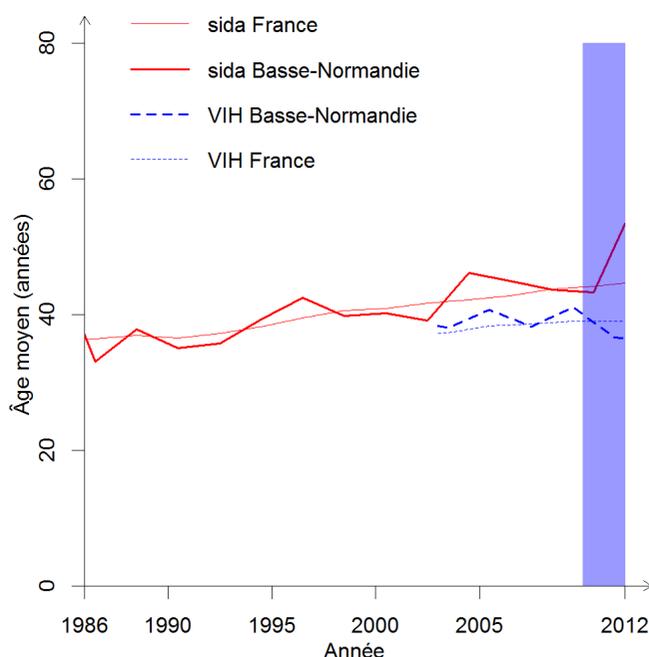
La part des déclarations concernant des cas dont le mode de contamination était attribuable à des rapports hétérosexuels a beaucoup augmenté de 1986 (0,0 %) à 2012 (50 %).

La part des déclarations concernant des cas dont le mode de contamination était attribuable à l'usage de drogues intraveineuses a fortement diminué entre 1986 et 2012 en France et en Basse-Normandie; leur taux d'incidence non corrigé était de 0,6 pour 100 000 habitants par an entre 1986 et 2003 en Basse-Normandie et 0,1 pour 100 000 habitants par an entre 2004 et 2012.

Les cas de sida attribuables à des transfusions représentaient 22 % des déclarations en 1986 et ont baissé jusqu'à zéro en 2012.

## | Figure 7 |

Âge moyen au moment du diagnostic des cas déclarés de sida de 1986 à 2012 en France et en Basse-Normandie.

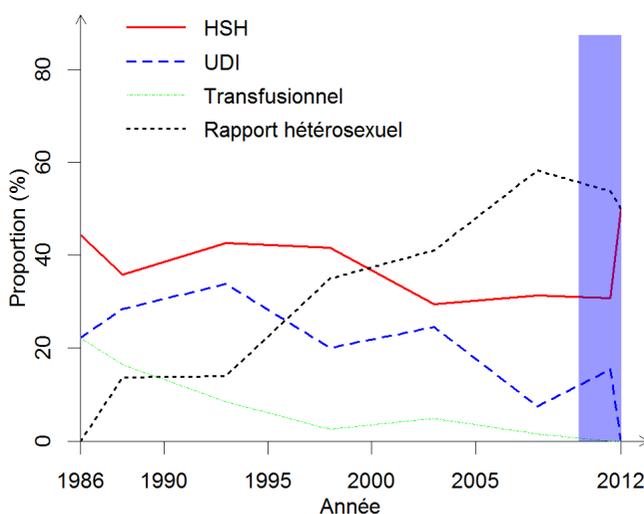


En pointillés, l'âge moyen au moment du diagnostic des cas déclarés de séropositivité au VIH.

Données temporaires en raison de retards de déclaration

## | Figure 8 |

Proportions des principaux modes de contamination des cas de sida déclarés en Basse-Normandie entre 2003 et 2012.



HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.  
UDI : usagers de drogues intraveineuses.

Données temporaires en raison de retards de déclaration

## | Maladie inaugurale du sida |

Sur la période de 2004 à 2012 :

La répartition des maladies inaugurales du sida ne différait pas significativement entre la Basse-Normandie et la France (tableau 4).

Les patients atteints inauguralement de pneumocystose, tuberculose, candidose œsophagienne ou toxoplasmose cérébrale représentaient 65 % des cas en Basse-Normandie et 66 % en France. Le plus souvent une seule maladie inaugurale était présentée en Basse-Normandie (86 %) aussi bien qu'en France (86 %). La combinaison de maladie la plus fréquente en Basse-Normandie était la candidose œsophagienne associée à la pneumocystose (7 %) comme au niveau national (2,5 %).

Le risque de sarcome de Kaposi était 18 fois plus fort chez les hommes que chez les femmes, peu différent du risque relatif national de 18. En effet, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont plus à risque de sarcome de Kaposi associé au sida [10,11,12].

## | Tableau 4 |

Maladie inaugurale des cas de sida déclarées en France et en Basse-Normandie sur la période de 2004 à 2012.

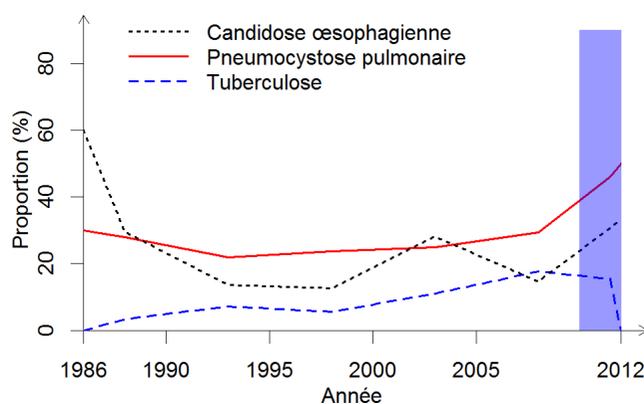
Maladie inaugurale	Proportion nationale N=9225	Proportion régionale N=108
Pneumocystose	26 %	31 %
Infection à M.tuberculosis	19 %	13 %
Candidose œsophagienne	15 %	20 %
Toxoplasmose cérébrale	12 %	8 %
Sarcome de Kaposi	9,1 %	9 %
Lymphome	6,2 %	6 %
Encéphalopathie à VIH	4,9 %	7 %
Infection à CMV	4,7 %	0,9 %
Infection à mycobactérie atypique	2,4 %	0,9 %
Syndrome cachectique	2,3 %	0,9 %
Autre	13 %	14 %

Les patients pouvant cumuler plusieurs maladies simultanément, la somme des taux dépasse 100 %.

La figure 9 présente l'évolution, en proportion, des trois principales maladies inaugurales parmi les cas déclarés de sida en Basse-Normandie. Le profil évolutif était superposable au profil national. Les tuberculoses ont progressivement augmenté en proportion tandis que les candidoses œsophagiennes se faisaient moins fréquentes. Cela peut être expliqué par l'augmentation de la proportion de cas nés en Afrique sub-saharienne. En France, de 1986 à 2012, les cas nés en France avaient un taux moyen de candidose œsophagienne inaugurale de 17 % et 7,6 % de tuberculose. Les cas nés en Afrique sub-saharienne avaient un taux moyen de candidose œsophagienne de 9,6 % et 40 % de tuberculose. Le taux de candidose œsophagienne était stable pour chaque origine géographique sur toute la période alors que le taux de tuberculose était en diminution progressive depuis 2000 pour les deux origines. Le même profil était retrouvé en Basse-Normandie.

## | Figure 9 |

Évolution de la maladie inaugurale du sida en Basse-Normandie entre 1986 et 2012.



Données temporaires en raison de retards de déclaration

## | Discussion |

### Qualité des données

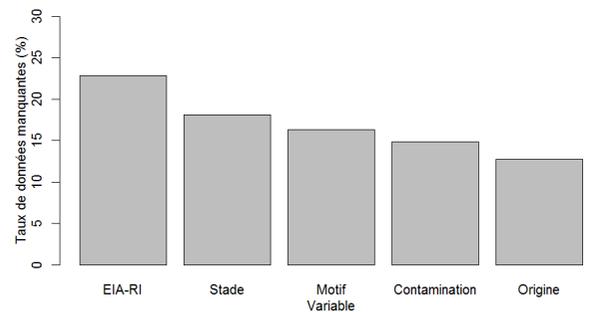
Le taux de déclaration du VIH était estimé à 72 % en France en 2012 et à 84 % en Basse-Normandie. Le taux de déclaration du sida était estimé à 77 % en Basse-Normandie entre 2007 et 2009.

Les périodes de 2003 à 2007 et de 2008 à 2012 ont été comparées.

En Basse-Normandie, le taux de complétude des champs des formulaires de déclaration du VIH, en excluant les variables d'état civil est passé de 78 % (première période), à 87 % (deuxième période). Au niveau national, le taux a évolué de 72 % à 69 %. Les données manquantes concernaient le mode de contamination, le motif de recherche du VIH, le stade clinique au moment du diagnostic, le test EIA-RI et le pays de naissance du patient (figure 10).

## | Figure 10 |

Données manquantes concernant les variables des fiches de déclaration obligatoire de VIH en Basse-Normandie de 2003 à 2012.



### Intérêt de la déclaration obligatoire du VIH et du sida

La déclaration du sida est obligatoire depuis 1986. La déclaration de sida permet de connaître la population qui atteint le stade la plus avancé de l'infection à VIH, en raison soit d'un échec thérapeutique, soit d'une absence de dépistage ou de prise en charge. Avec la déclaration du VIH, depuis 2003, les tests d'infection récente systématiquement réalisés par le CNR permettent d'identifier les infections récentes de moins de six mois en moyenne. Ce résultat, combiné avec les autres informations de la déclaration VIH, permet de calculer l'incidence du VIH, information clé pour réaliser et évaluer les actions de prévention.

Le motif de dépistage, renseigné dans la déclaration du VIH, permet de comprendre le parcours du patient menant au diagnostic de VIH et donc, de cibler et d'évaluer les moyens de dépistage.

L'identification des populations diagnostiquées à un stade plus tardif que les autres permet d'orienter et d'évaluer les actions de promotion du dépistage.

Le contrôle de l'épidémie du VIH passe par la connaissance précise de son incidence, ce renseignement étant obtenu par modélisation à partir de la déclaration du VIH et de la surveillance virologique.

### Populations à risque

Même si le taux de cas nés à l'étranger est plus faible en Basse-Normandie qu'au niveau national, les femmes nées en Afrique sub-saharienne représentent une population à risque tardivement diagnostiquée. Il existe en Basse-Normandie une recrudescence des cas de contamination chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes depuis 2003.

Le risque de contamination par le VIH chez les usagers de drogues intraveineuses a beaucoup diminué, alors que les infections par le VHC et le VHB ont une forte prévalence [13].

### Prévention

La prévention du VIH est un enjeu de santé publique. Le plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST a été mis en place en 2010 [14]. L'ensemble de la population française est invitée à se faire dépister, *via* les médecins généralistes ou spécialistes, ou *via* les CDAG et les Ciddist garantissant l'anonymat. L'usage de tests rapides d'orientation diagnostique (Trod), donnant un résultat en moins de 30 minutes, facilite l'accès anonyme et rapide au dépistage.

Les populations à risque bénéficient d'actions spécifiques : migrants originaires d'Afrique subsaharienne, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, usagers de drogues intraveineuses, prostitués [15] et détenus [16]. Étant donné l'augmentation de l'incidence des autres IST [17,18], les chlamydioses, la syphilis, les infections à HSV ou HPV et les gonococcies sont aussi visées au niveau de la prévention et du dépistage.

En Basse-Normandie, les mêmes populations sont à risque et font l'objet de prévention et de dépistage par le déploiement du plan au niveau régional par le Corevih, les Ciddist, CDAG, CPEF, PJJ, l'ARS et les associations comme Aides et Sid'accueil. La maîtrise de la charge virale et du taux de lymphocytes CD4 par un traitement bien conduit [19] prévient le passage au stade sida et limite la transmission [20].

Le nombre de découvertes de séropositivité au VIH est plus faible en Basse-Normandie qu'au niveau national, mais les caractéristiques des cas déclarés sont peu différentes.

## | Conclusion |

On observe une diminution progressive des cas déclarés en France ainsi qu'en Basse-Normandie depuis le milieu des années 1990. Concernant la notification des cas VIH mise en place en 2003, on a observé une stabilisation des déclarations de nouveaux cas de 2007 à 2012. Cependant il existe une recrudescence des cas déclarés de contamination chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans toute la France. La déclaration obligatoire du sida associée à celle du VIH permettent d'identifier les populations à risque et l'évolution de leur maladie. Un dépistage et un traitement précoce de ces populations, au-delà du bénéfice individuel, contribue à la gestion de l'épidémie.

## | Bibliographie |

- [1] Ancelle R, Brunet J, Bucquet D et Deveau C. Révision de la définition du sida en France. Bull Epidémiol Hebd. 1993; 11: 47-50
- [2] Barin F, Meyer L, Lancar R, Deveau C, Gharib M, Laporte A, Desenclos JC et Costagliola D. Development and Validation of an Immunoassay for Identification of Recent Human Immunodeficiency Virus Type 1 Infections and Its Use on Dried Serum Spots. J Clin Microbiol. 2005; 44:41-47
- [3] Cazein F, Barin F, Le Strat Y, Pillonel J et Le Vu S. Prevalence and characteristics of individuals with undiagnosed HIV infection in France: Evidence from a survey on hepatitis B and C seroprevalence. J Acquir Immune Defic Syndr. 2012; 60 ( 4 ) : 114-6
- [4] Cazein F, Pinget R, Lot F, Pillonel J et Le Strat Y. Découvertes de séropositivité VIH et sida - France, 2003-2011. Bull Epidémiol Hebd. 2013; 33:33-40
- [5] Le Vu S, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Cazein F, Bousquet V, Brunet S, Thierry D, Semaille C, Meyer L et Desenclos JC. Population-based HIV-1 incidence in France, 2003-08: a modelling analysis. Lancet Infect Dis. 2010; 10: 682-7
- [6] Cazein F, Le Strat Y, Dutil J, Couturier S, Ramus C et Semaille C. Dépistage de l'infection par le VIH en France , 2003-2012. Bull Epidémiol Hebd. 2013; 33-34: 410-6
- [7] Detels R, Muñoz A, McFarlane G, Kingsley LA, Margolick JB, Giorgi J, Schragr LK et Phair JP. Effectiveness of potent antiretroviral therapy on time to AIDS and death in men with known HIV infection duration. Multicenter AIDS Cohort Study Investigators. JAMA. 1998; 280 ( 17 ) : 1497-503
- [8] Moore RD et Chaisson RE. Natural history of HIV infection in the era of combination antiretroviral therapy. AIDS. 1999; 13 ( 14 ) : 1933-42
- [9] Bhaskaran K, Hamouda O, Sannes M, Boufassa F, Johnson AM, Lambert PC et Porter K. Changes in the risk of death after HIV seroconversion compared with mortality in the general population. JAMA. 2008; 300 ( 1 ) : 51-9
- [10] Martellotta F, Berretta M, Vaccher E, Schioppa O, Zanet E et Tirelli U. AIDS-related Kaposi's sarcoma: state of the art and therapeutic strategies. Curr HIV Res. 2009; 7 ( 6 ) : 634-8
- [11] Lin CY, Chen MY, Hsieh SM, Sheng WH, Sun HY, Lo YC, Hung CC et Chang SC. Kaposi's sarcoma in patients with human immunodeficiency virus infection in Taiwan. J Microbiol Immunol Infect. 2009; 42 ( 3 ) : 227-33
- [12] Ahmed A, Muktar H et Bugaje M. Epidemiological and clinical features of AIDS-Associated Kaposi's Sarcoma in Northern Nigeria. Archives of International Surgery. 2013; 3
- [13] Nelson PK, Mathers BM, Cowie B et Hagan H. Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. Lancet. 2011; 378 ( 9791 ) : 571-83
- [14] Cubaynes MH, Bessa Z, Falui B et Cate L. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Paris.Ministère de la Santé et des Sports. 2010: 1-261
- [15] Fender L, Hajman E, Lot F, Gallay A, Jauffret-Roustid M et Lavin L. Étude ProSanté 2010-2011. Rapport.Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire. 2013: 1-46
- [16] Chiron E, Jauffret-Roustid M, Le Strat Y, Khadoudja C, Valantin MA et Serre P. Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010. Bull Epidémiol Hebd. 2013; 35-36: 445-50
- [17] Nguyen E, Bouyssou A, Lassau A, Basselier B et Sednaoui P. Progression importante des infections à gonocoques en France : données des réseaux Rénago et RésIST au 31 décembre 2009. Bull Epidémiol Hebd. 2011; 26-27-28: 301-4
- [18] Gallay A, Herida M, Bouyssou-Michel A et Goulet V. Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France - 10 ans de surveillance, 1996-2005. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire. 2007: 65-79
- [19] Montarroyos UR, Miranda-Filho DB, César CC, Souza WV, Lacerda HR, Militão Albuquerque Mde F, Aguiar MF et Ximenes RA. Factors Related to Changes in CD4+ T-Cell Counts over Time in Patients Living with HIV/AIDS: A Multilevel Analysis. PLoS One. 2014; 9 ( 2 )
- [20] Osborne BJ, Sheth PM, Yi TJ, Kovacs C, Benko E, Porte CI et Huibner S. Impact of antiretroviral therapy duration and intensification on isolated shedding of HIV-1 RNA in semen. J Infect Dis. 2013; 207 ( 8 ) : 1226-34

### Publications de la Cire Normandie :

<http://www.invs.sante.fr/regions/index.htm>

Si vous souhaitez être destinataire des **points épidémiologiques** réalisés par la Cire Normandie, merci de nous en informer par courriel : [ars-normandie-cire@ars.sante.fr](mailto:ars-normandie-cire@ars.sante.fr)

**InVS Directrice Générale**  
Dr Françoise WEBER

**Rédacteur en chef**  
Arnaud MATHIEU

**Rédaction du Point**  
André GILLIBERT  
Stéphane EROUART

**Relecture InVS**  
Françoise CAZEIN