



SITUATION EN FRANCE

SURVEILLANCE NATIONALE DE L'ACTIVITÉ DE DÉPISTAGE DU V.I.H. EN FRANCE

N. CERF, V. GOULET, V. MASSARI, J. PILLONEL, A. SERFATY, A. LAPORTE, J.-B. BRUNET

INTRODUCTION

Les systèmes d'information sur le SIDA et sur l'infection par le V.I.H. en France comportent 3 ensembles différents :

- le premier porte sur la surveillance épidémiologique et vise à définir la situation actuelle et les tendances de l'épidémie. Il comprend la surveillance du SIDA et les enquêtes de prévalence du V.I.H. dans des sous-groupes définis de la population générale (femmes enceintes, personnes fréquentant les dispensaires antivénéériens);
- le deuxième vise à mesurer l'activité de soins et à en évaluer les besoins. Il est constitué d'enquêtes réalisées dans les différents lieux de soins;
- le troisième sert à mesurer l'activité de dépistage et à décrire la population identifiée comme séropositive.

Cet article analyse l'activité de dépistage du V.I.H. à travers différents systèmes qui ont été mis en place à partir de 1985, date à laquelle ce dépistage s'est développé en routine.

La surveillance porte sur l'activité de dépistage du V.I.H. :

- dans les établissements de transfusion sanguine (E.T.S.);
- dans les laboratoires d'analyses médicales : réseau RENA VI (Réseau national du V.I.H.);
- en médecine générale : Réseau national téléinformatique de surveillance et d'informations sur les maladies transmissibles (R.N.T.M.T.);
- dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit (C.D.A.G.).

LES DIFFÉRENTS SYSTÈMES DE SURVEILLANCE

Les établissements de transfusion sanguine

Le dépistage obligatoire du V.I.H. sur les dons de sang a débuté en août 1985. L'analyse des données issues de ce dépistage permet de suivre l'évolution du taux de dons positifs et de connaître les caractéristiques des donneurs positifs.

Les données sont centralisées à la direction générale de la Santé (D.G.S.), diffusées chaque trimestre à l'ensemble des E.T.S. et publiées annuellement dans le *B.E.H.* [1].

Le réseau RENA VI (Réseau national du V.I.H.)

Le réseau RENA VI a été mis en place fin 1987 afin de collecter des informations sur l'activité de dépistage du V.I.H. dans les laboratoires d'analyses médicales français.

Ce réseau, constitué de laboratoires volontaires, est géré par le Laboratoire national de la Santé.

L'objectif est de suivre l'évolution des sérologies effectuées **hors dons du sang**, de suivre les tendances évolutives des tests positifs confirmés et de connaître les caractéristiques des sujets trouvés séropositifs pour la première fois par le laboratoire.

L'enquête comporte deux volets :

- le premier, **RENA VI-1**, s'adresse à tous les laboratoires effectuant le test ELISA : 10 % de ces laboratoires (N=322) participent régulièrement depuis 1987;
- le second, **RENA VI-2**, ne concerne que les laboratoires pratiquant le test de confirmation par Western Blot : 35 % de ces laboratoires (N=58) participent régulièrement depuis 1987.

Le réseau n'est pas représentatif des laboratoires français, les laboratoires participants ayant une activité plus importante que l'ensemble des labora-

toires français. Toutefois, depuis 1989, une enquête complémentaire est réalisée auprès des laboratoires ne faisant pas partie du réseau afin d'évaluer leur niveau d'activité. Les coefficients de redressement calculés à partir de cette enquête sont appliqués aux données de RENA VI, permettant ainsi de fournir une estimation nationale de l'activité de dépistage.

Une analyse des résultats est effectuée annuellement et diffusée aux laboratoires participants.

Le Réseau national téléinformatique de surveillance et d'informations sur les maladies transmissibles

Le R.N.T.M.T. a été mis en place par la D.G.S. et l'I.N.S.E.R.M. en 1984 et regroupe des médecins généralistes sentinelles. La surveillance des prescriptions des sérologies V.I.H. a débuté sur le réseau en mars 1987.

L'objectif est de suivre l'évolution des motifs de prescription dans la population des consultants, de suivre l'évolution du nombre de séropositifs dépistés et de décrire cette population identifiée comme séropositive.

Les médecins sentinelles décrivent de façon anonyme sur le réseau télématique, le contexte de chaque prescription qu'ils effectuent, quel que soit le résultat du test.

L'échantillon de 500 médecins participants étant représentatif des médecins généralistes français, cette enquête permet une extrapolation à l'ensemble des prescriptions effectuées en médecine générale.

Les informations recueillies font l'objet de synthèses annuelles [2].

Les consultations de dépistage anonyme et gratuit

En 1988, les pouvoirs publics se sont dotés d'un dispositif de dépistage anonyme et gratuit du V.I.H. au niveau de chaque département. En 1990, ce dispositif comprend 121 consultations. En 1988, il en comprenait 115 et 119 en 1989. Les 121 consultations fonctionnelles à ce jour se répartissent en 82 C.D.A.G. gérées par l'hôpital et en 39 C.D.A.G. situées dans les dispensaires antivénéériens et gérées par le Conseil général.

L'objectif est de mesurer l'activité de dépistage volontaire et d'analyser les caractéristiques des consultants testés selon le sexe, la classe d'âge et le statut sérologique.

Les bilans d'activité établis par les C.D.A.G. sont adressés au médecin inspecteur de la Santé de la D.D.A.S.S. Ils sont centralisés à la D.G.S. et publiés annuellement dans le *B.E.H.* [3].

RÉSULTATS

Évolution de l'activité de dépistage hors dons du sang (tabl. 1)

Entre 1988 et 1989, l'activité de dépistage (hors dons du sang) a augmenté de façon importante dans les différents systèmes (42 % pour RENA VI, 47 % sur le R.N.T.M.T. et 67 % dans les C.D.A.G.).

Tableau 1. — Évolution de l'activité de dépistage hors dons du sang

	1988	1989	1990
C.D.A.G.	32 902 *	54 830	59 791
R.N.T.M.T. **	415 000	610 000	570 000
R.E.N.A.V.I. ***	1 747 825	2 488 625	2 854 082

* Activité ne correspondant pas à une année entière (1-2-1988 au 31-12-1988).

** Chiffres extrapolés à la France entière.

*** Estimation nationale.

Entre 1989 et 1990 l'augmentation de l'activité était moins importante (9 % dans les C.D.A.G., 15 % pour RENAVAL). Cette augmentation n'a pas été observée sur le R.N.T.M.T.

Caractéristiques des sujets testés

Sexe (tabl. 2)

L'analyse par sexe des sujets testés en 1990 montre que les femmes sont plus testées que les hommes sur le R.N.T.M.T. (H/F = 0,9) et sur le réseau RENAVAL (H/F = 0,7). Par contre, dans les C.D.A.G., le sexe ratio est de 1,7. Cette situation n'a pas varié dans les différents systèmes de 1988 à 1990 (l'information n'est pas disponible pour les donneurs de sang).

Tableau 2. — Évolution du sexe ratio des sujets testés

	1988	1989	1990
C.D.A.G.	1,6	1,7	1,7
R.N.T.M.T.	0,9	0,8	0,8
R.E.N.A.V.I. *	0,7	0,7	0,7

* Sexe ratio obtenu à partir des données redressées.

Âge

L'analyse de la répartition des sujets testés selon la classe d'âge a pu être étudiée dans deux systèmes : les C.D.A.G. et sur le R.N.T.M.T.

Elle montre que la plupart des sujets testés appartiennent à la classe d'âge 20-29 ans (50 % des sujets testés dans les C.D.A.G., 56 % sur le R.N.T.M.T.).

La répartition observée en 1990 dans les 2 réseaux diffère peu de celle observée en 1989. Par rapport à 1988, les consultants testés dans les C.D.A.G. sont plus jeunes en 1989 et en 1990 : la part des moins de 30 ans a tendance à augmenter [3].

Évolution du taux de séropositivité (tabl. 3)

Le taux de séropositivité a tendance à diminuer dans les C.D.A.G., sur le R.N.T.M.T. et dans les E.T.S. Il est passé :

- dans les C.D.A.G., de 4,7 % en 1988 à 3,0 % en 1990 ;
- sur le R.N.T.M.T., de 4,2 % en 1988 à 3,0 % en 1990 ;
- dans les E.T.S., de 1,7 pour 10 000 dons en 1988 à 1,0 pour 10 000 dons en 1990.

Il n'est pas possible de calculer un taux de séropositivité pour RENAVAL. En effet, RENAVAL-2 ne concerne que les laboratoires pratiquant le test Western Blot. Ces laboratoires, en fait, centralisent tous les sérums trouvés positifs en ELISA par les autres laboratoires ne pratiquant pas le test de confirmation. Ne connaissant pas le nombre de sérums testés par ces laboratoires extérieurs, il n'est pas possible de rapporter le nombre de sérums positifs en Western Blot à un nombre de sérums testés.

Toutefois, le nombre de sérums positifs confirmés dans les 58 laboratoires participants à RENAVAL-2 est passé de 8 623 cas en 1988 à 8 151 en 1989 et à 7 700 en 1990. L'évolution va dans le même sens que celle observée dans les autres systèmes.

Tableau 3. — Évolution du taux de séropositivité

	1988	1989	1990
C.D.A.G.	4,7 %	3,5 %	3,0 %
R.N.T.M.T.	4,2 %	2,4 %	3,0 %
E.T.S. (dons du sang)	1,7/10 000	1,2/10 000	1,0/10 000

Âge et sexe des sujets séropositifs

Sexe ratio (tabl. 4)

Le nombre de sérums trouvés positifs est plus faible chez les femmes que chez les hommes. Le sexe ratio est de 3 à 4 hommes séropositifs pour une femme en 1990 dans les différents systèmes.

Le sexe ratio des sujets séropositifs n'a pas varié entre 1988 et 1990 dans les C.D.A.G., le R.N.T.M.T. et sur RENAVAL. Par contre, dans les E.T.S., le sexe ratio des donneurs séropositifs est passé de 4,3 en 1988 à 3,4 en 1990.

Dans les C.D.A.G. et le R.N.T.M.T. pour lesquels on dispose de données concernant la prévalence de l'infection par le V.I.H. (nombre de sujets positifs/nombre de sujets testés), on observe globalement que la prévalence est 2 à 3 fois plus élevée chez l'homme que chez la femme en 1990.

Tableau 4. — Évolution du sexe ratio des sujets séropositifs

	1988	1989	1990
C.D.A.G.	4,0	3,2	3,6
R.N.T.M.T.	3,1	4,7	3,0
R.E.N.A.V.I.	3,0	2,9	2,9
E.T.S. (dons du sang)	4,3	3,9	3,4

Âge

70 à 80 % des séropositifs identifiés dans les différents systèmes ont entre 20 et 39 ans. Ces proportions ne varient pas au cours du temps.

Les moyennes d'âge des sujets séropositifs sont disponibles pour RENAVAL. Elles sont passées pour les femmes de 28,5 ans en 1988 à 29,2 ans en 1990 et, pour les hommes, de 32,1 ans à 32,8 ans. Comparativement, l'âge moyen des femmes atteintes du SIDA est passé de 34,9 ans pour les cas diagnostiqués en 1988 à 34,2 ans pour ceux de 1990. Pour les hommes, il est passé de 37 ans en 1988 à 36,6 ans en 1990.

La répartition des séropositifs selon la classe d'âge et le sexe montre une augmentation du sexe ratio en fonction de la classe d'âge dans l'ensemble des réseaux. La proportion d'hommes infectés augmente donc avec l'âge.

On observe au cours du temps un vieillissement des sujets trouvés positifs dans les différents systèmes : la part des 20-29 ans a diminué de 1988 à 1990 alors que la part des plus de 30 ans a augmenté.

DISCUSSION

Au cours de ces 3 années d'études, l'augmentation de l'activité de dépistage (nombre de tests prescrits et effectués) a été importante entre 1988 et 1989 puis s'est ralentie l'année suivante.

Les résultats préliminaires disponibles sur l'année 1991 pour RENAVAL montrent que l'activité a augmenté de 14 % en 1991 par rapport à 1990. Un pic très important a été noté en novembre-décembre 1991 avec 42 % d'augmentation de l'activité de dépistage par rapport à la période correspondante de 1990. Cette augmentation a été également observée sur le R.N.T.M.T. : le nombre moyen de tests prescrits par médecin en novembre et décembre 1991 a triplé par rapport à la période correspondante de 1990 et le nombre de tests prescrits sur l'ensemble de l'année a augmenté de 23 % en 1991 par rapport à 1990. Cette augmentation est probablement liée au contexte particulier de cette période où de nombreux appels au dépistage ont été lancés par plusieurs personnalités.

Malgré l'augmentation de l'activité de dépistage sur l'ensemble de l'année 1991 dans RENAVAL, le nombre de séropositifs identifiés a baissé de 12 % en 1991. Depuis 1988 le pourcentage de sérums trouvés positifs dans les différents systèmes d'évaluation de cette activité, a tendance à diminuer. Cette baisse est liée à une extension du dépistage en direction de la population la moins exposée. En effet, l'analyse des motifs de recours au test sur le R.N.T.M.T. montrait une augmentation importante des tests prescrits dans le cadre du dépistage prénatal et prénuptial depuis 1988 et une diminution des tests effectués chez les personnes ayant des comportements à risque (homo-bisexualité, toxicomanie, partenaires de sujets séropositifs) [2].

L'augmentation des tests effectués dans le cadre du dépistage prénatal dès 1988 explique la part plus importante de femmes testées observée à partir de cette date, excepté dans les C.D.A.G. En effet, les C.D.A.G. situées dans les dispensaires antivénéériens ont accueilli 63 % de l'ensemble des consultants en 1990 [3] ; or, les dispensaires antivénéériens ont toujours été plus fréquentés par les hommes que par les femmes.

D'après le rapport du groupe de travail de l'action coordonnée n° 6 de l'A.N.R.S. à propos de la prévalence de l'infection par le V.I.H. en France [4], le nombre cumulé de personnes infectées en 1989 est estimé entre 85 000 à 200 000 dont 80 % d'hommes et 20 % de femmes. Dans les différents réseaux analysés ici, la proportion de femmes trouvées séropositives est plus élevée (20 à 25 %).

Cette différence peut s'expliquer par le fait que les résultats obtenus à partir des réseaux de surveillance ne concernent que l'activité de dépistage sur une période récente (correspondant à un pourcentage plus élevé de femmes testées), les sujets à haut risque d'infection, notamment parmi les homosexuels et les toxicomanes, ont eu recours au test dès sa disponibilité en routine, c'est-à-dire entre 1986 et 1988.

Par comparaison avec les cas de SIDA, les séropositifs sont plus souvent de sexe féminin (sexe ratio compris entre 3 et 4 alors qu'il est de 5 pour les cas de SIDA) et plus jeunes en moyenne de 4 à 5 ans. La différence au niveau de l'âge moyen s'atténue au cours du temps, le vieillissement observé des séropositifs identifiés contraste avec la stabilisation de l'âge moyen des cas de SIDA.

Ces résultats sont en faveur d'un faible renouvellement de la population séropositive parmi les sujets testés actuellement en France. Cependant, aucune extrapolation ne peut en être déduite vis-à-vis de la dynamique actuelle de l'épidémie. Les séropositifs identifiés récemment ne peuvent être considérés comme de « nouveaux séropositifs », la date de leur contamination pouvant être ancienne.

Les données tirées de l'analyse de l'activité de dépistage ne peuvent donc être considérées comme un outil d'analyse des tendances épidémiologiques. En revanche, elles fournissent des indications utiles pour l'orientation de cette activité. Elles montrent en particulier, l'intérêt pour la Santé publique d'une incitation au dépistage basée sur la connaissance des risques par rapport à une extension purement quantitative des tests pratiqués sur les populations les moins exposées.

RÉFÉRENCES

- [1] PILLONEL J., QUIOT A., BALIQUE M.-H., PINVILLE H., BRUNET J.-B. — Le dépistage du V.I.H. et de la syphilis dans les établissements de transfusion sanguine. *B.E.H.* n° 14/1991 : 55-57.
- [2] MASSARI V., BRUNET J.-B., VALLERON A.-J. — La surveillance des prescriptions de sérologies anti-V.I.H. par les médecins généralistes sentinelles. *B.E.H.* n° 14/1990 : 58-59.
- [3] SERFATY A., PERRAULT M., PILLONEL J., LAPORTE A., PATRIS C., DEBEAUPUIS J. — Bilan d'activité des consultations de dépistage anonyme et gratuit du V.I.H. en 1990. *B.E.H.* n° 21/1990 : 83-84.
- [4] Groupe de travail de l'Action coordonnée n° 6 « Incidence et prévalence de l'infection à V.I.H. » de l'A.N.R.S. Prévalence de l'infection par le V.I.H. en France en 1989. *B.E.H.* n° 37/1990 : 159-161.