

de risque, ou de la volonté de savoir. Il faut innover dans les formes de communication. Il faut mobiliser davantage autour du dépistage... et de la prévention.

Surtout, la maîtrise du VIH ne peut se concevoir dans une simple logique hexagonale, car le VIH est un mal sans frontière.

La question de la séropositivité, en France, des personnes de nationalité étrangère connaît une amélioration. La diminution du nombre de découvertes de séropositivité chez les femmes et récemment chez les hommes étrangers, est encourageante ; mais elle ne sait pas réellement répondre à la question du rôle des flux migratoires dans la transmission en France. La proportion d'infections récentes reste stable (8 % chez les Africains), posant la question de la date du dépistage par rapport à la date de la contamination.

Aussi faut-il faire porter nos efforts d'aide et de soutien à la lutte contre le VIH au-delà de nos frontières, là où la maladie continue de progresser, sans aucun signe de déclin, mais avec pour espoir, celui d'un accès aux traitements désormais théoriquement possible, mais si loin de répondre aux besoins.

De 1986 à 2007, plus de 20 ans d'interventions dans le domaine international. Depuis le programme mondial sida de l'OMS (1986-1996), suivi du programme des Nations-unies (Onusida 1996) puis de la création du Fonds mondial (2001), les stratégies naviguent entre prévention et/ou traitement sans ancrage suffisant avec les capacités des États à promouvoir une politique cohérente, globale, efficiente. La manne financière masque le besoin d'analyse stratégique pour une efficacité mesurée. La maîtrise espérée de l'infection à VIH nécessite impérativement des actions de proximité, d'accompagnement, pour être au plus près des malades. Rien de réellement efficace n'est possible sans la mobilisation opérationnelle des professionnels de santé, en lien bien sûr avec les malades et leurs familles. Car l'argent, certes indispensable, ne suffit pas. Ce nerf, dit de la guerre, est sans effet s'il est déconnecté, coupé de la plaque motrice, effectrice, qui diagnostique, choisit, accompagne, évalue.

Il nous faut donc développer ces programmes de prise en charge en lien étroit avec les équipes médicales des pays concernés. Valoriser, promouvoir des stratégies globales, prenant en compte certes l'infection à VIH, mais également les IST, les infections opportunistes, la tuberculose.

Le programme Esther, mis en œuvre par la France, répond par des jumelages hospitaliers à ce souci de proximité, d'accompagnement, d'aide technique durable dans un objectif, évalué, d'efficacité. Mais a-t-il les moyens de cette ambition juste ? Il n'y aura pas de progrès notable sans stratégie globale, sans proximité avec les équipes de terrain, sans solidarité active, sans un partenariat en faveur du développement des capacités techniques des pays du Sud. La lutte contre les inégalités de santé doit demeurer le fil conducteur de toute politique de santé et singulièrement de la lutte contre le VIH.

Surveillance de l'infection à VIH/sida en France, 2006

Institut de veille sanitaire¹, Saint-Maurice, France

Avec la collaboration du Centre national de référence pour le VIH², Tours, France

Auteur correspondant, Josiane Pillonel (j.pillonel@invs.sante.fr)

Résumé / Abstract

Cet article présente la situation de l'infection VIH et du sida en France au 31 décembre 2006, à partir des systèmes de surveillance coordonnés par l'Institut de veille sanitaire (InVS) : la notification obligatoire du VIH et du sida, la surveillance virologique et la surveillance de l'activité de dépistage du VIH.

En 2006, cinq millions de sérologies VIH ont été réalisées, soit une diminution de 5 % par rapport à 2005, et le nombre de sérologies confirmées positives a diminué de 4 %.

Compte-tenu des délais de déclaration et de la sous-déclaration, on estime à environ 6 300 le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en 2006 (en diminution depuis 2004), le quart de ces personnes ayant été contaminé dans les six mois précédant leur diagnostic.

Les rapports hétérosexuels représentent la moitié des découvertes de séropositivité en 2006 et concernent pour moitié des personnes d'Afrique subsaharienne. Le nombre de découvertes de séropositivité a néanmoins diminué depuis 2003 chez les femmes de nationalité étrangère et depuis 2005 chez les hommes de nationalité étrangère.

Le nombre de découvertes de séropositivité a en revanche augmenté chez les homosexuels entre 2003 et 2005, puis s'est stabilisé en 2006. Les homosexuels représentent 29 % de l'ensemble des découvertes de séropositivité, et 41 % d'entre eux ont été contaminés dans les six mois avant leur diagnostic. La proportion d'infections à VIH-2 est de 2 % en 2006. Parmi les infections à VIH-1, la proportion de sous-types non-B, après avoir diminué entre 2003 et 2005, se stabilise en 2006 (42 %).

L'année 2006 est marquée par une diminution globale des nombres de découvertes de séropositivité et de diagnostics de sida, un arrêt de l'augmentation du nombre de découvertes de séropositivité chez les homosexuels et une diminution, parmi les découvertes de séropositivité, de la proportion des dépistages tardifs, au stade sida. Ce constat encourageant doit cependant être confronté à d'autres données, notamment de comportements et de recours au dépistage.

Mots clés / Key words

Surveillance épidémiologique, infection par le VIH, sida, France / Epidemiological surveillance, HIV infection, AIDS, France

HIV and AIDS surveillance in France, 2006

This article presents the epidemiological situation of HIV and AIDS provided by the surveillance activities coordinated by the Institut de veille sanitaire (InVS): reporting of AIDS and HIV infection, virological surveillance and testing activity.

In 2006, five million HIV tests were performed, a decrease of 5% since 2005.

In the same period, the number of HIV positive tests has decreased by 4%.

Accounting for reporting delays and under-reporting, the total number of newly diagnosed HIV cases is estimated to be 6 300 in 2006, declining since 2004. One fourth of newly diagnosed patients had been infected within the last six months.

Half of new HIV diagnoses were infected through heterosexual contact, of whom half were from Sub-Saharan Africa. The number of new diagnoses has decreased since 2003 in foreign women, and since 2005 in foreign men.

The number of new diagnoses in homosexual men has increased between 2003 and 2005, and stabilized in 2006. Homosexual men accounted for 29% of the total number of new HIV diagnoses, of whom 41% have been infected in the last 6 months.

The proportion of newly diagnosed cases of HIV infected with HIV-2 is 2% in 2006. Among HIV-1 infections, the proportion of non-B sub-types, having decreased between 2003 and 2005, has remained stable in 2006 (42%).

The year 2006 is characterised by a global decrease in the numbers of new HIV diagnoses and AIDS cases, a break in the increase of the number of new HIV diagnoses among homosexuals, and a decrease, among new HIV diagnoses, of the proportion of HIV diagnoses at the AIDS stage. These encouraging points need to be confronted to data on sexual and HIV testing behaviour.

¹ Département des maladies infectieuses, unité VIH/sida-IST-VHC : Françoise Cazein, Florence Lot, Josiane Pillonel, Roselyne Pinget, Danièle David, Marlène Leclerc, Sophie Couturier, Héléne Haguy, Caroline Semaille. - ² Laboratoire de virologie, Centre hospitalier universitaire Bretonneau, Tours : Francis Barin, Denys Brand, Sylvie Brunet, Damien Thierry.

Introduction

Cet article présente la situation de l'infection à VIH et du sida en France, à la date du 31 décembre 2006, à partir de quatre systèmes de surveillance coordonnés par l'Institut de veille sanitaire (InVS) :

Surveillance de l'activité de dépistage du VIH (LaboVIH)

Cette surveillance concerne depuis 2001 l'ensemble des laboratoires de ville et hospitaliers (environ 4 300 laboratoires), sollicités chaque semestre par l'InVS (et par l'intermédiaire de l'Observatoire régional de santé de Bretagne pour cette région). Les données recueillies sont les nombres de personnes testées pour le VIH, hors dons de sang, et de personnes confirmées positives pour la 1^{ère} fois pour le laboratoire. Des estimations nationales sont faites en attribuant aux laboratoires non participants la médiane de l'activité des laboratoires participants de même type (ville ou hospitalier) et de même région. Cette surveillance permet d'interpréter les données issues de la notification obligatoire du VIH et d'en estimer l'exhaustivité.

Notification obligatoire des diagnostics d'infection VIH

Cette notification, mise en place en mars 2003, est initiée par les biologistes qui doivent déclarer toute personne dont la sérologie VIH est confirmée positive pour la première fois dans leur laboratoire, en utilisant un code d'anonymat. Le médecin prescripteur du test complète ensuite la notification avec les informations épidémiologiques et cliniques dont il dispose. Les notifications sont adressées aux médecins inspecteurs des Ddass puis à l'InVS. Cette surveillance permet de décrire les caractéristiques des personnes qui découvrent leur séropositivité.

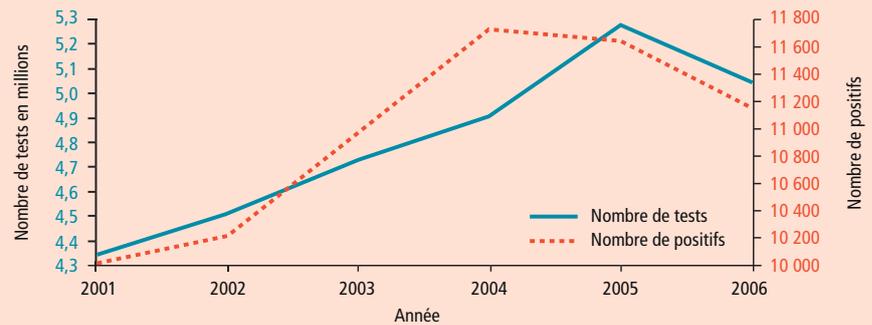
Surveillance virologique

Elle permet, parmi les découvertes de séropositivité chez les adultes, d'estimer la part des contaminations récentes (6 mois) et de suivre l'évolution des sous-types du virus circulant actuellement en France. Cette surveillance, volontaire pour le patient et pour le biologiste, repose sur la réalisation d'un test d'infection récente et d'un sérotypage par le Centre national de référence (CNR). Ces examens se font grâce à un échantillon de sérum déposé sur buvard par le biologiste à partir du « fond de tube » ayant permis de diagnostiquer l'infection à VIH. Les résultats virologiques sont ensuite transmis à l'InVS où ils sont couplés aux informations de la notification obligatoire du VIH grâce au code d'anonymat.

Notification obligatoire des cas de sida

Elle est réalisée par les cliniciens, qui doivent déclarer, depuis 1986, tout patient présentant une pathologie inaugurale de sida, sur la base d'une définition européenne. La notification se fait en utilisant un code d'anonymat, comme pour le VIH. Les notifications sont adressées aux médecins inspecteurs des Ddass puis à l'InVS. Cette surveillance permet de caractériser la population des personnes au stade le plus avancé de la maladie, qui sont soit en échec thérapeutique, soit n'ont pas eu accès à un dépistage du VIH ou à un traitement antirétroviral.

Figure 1 Nombre de sérologies VIH réalisées et nombre de sérologies confirmées positives, France, 2001-2006 / Figure 1 Number of HIV tests performed and number of HIV positive tests, France, 2001-2006



Le fonctionnement de ces différents systèmes de surveillance a été décrit précédemment [1-2]. Ici, les données sont analysées pour l'année 2006 et en tendances par rapport aux années antérieures, avec un éclairage particulier sur la situation épidémiologique des enfants/adolescents.

Résultats

Dépistage et diagnostic du VIH dans les laboratoires : LaboVIH

En 2006, 88 % de tous les laboratoires de ville et hospitaliers ont participé à LaboVIH. Cette participation est variable selon la région mais dépasse 80 % dans toutes les régions, à l'exception de la Corse.

Sérologies effectuées

En 2006, le nombre de sérologies VIH réalisées par la totalité des laboratoires est estimé¹ à 5 millions (dont les trois quarts en ville). Globalement, 8 % des sérologies sont effectuées dans le cadre d'une Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG).

Le nombre de sérologies VIH a diminué entre 2005 et 2006 (-4 %). Néanmoins, ce nombre a globalement augmenté sur la période 2001-2006 (figure 1), compte-tenu du pic important observé en 2005 (+8 % par rapport à 2004).

Le nombre de sérologies VIH effectuées en 2006 rapporté à la population est de 80 p. 1 000 habitants pour l'ensemble de la France. Il est plus élevé en Guyane (146 p. 1 000), en Guadeloupe (136), en Martinique (126), en Ile-de-France (109) et en Paca (106) que dans les autres régions (entre 55 et 84 p. 1 000 en métropole, 88 p. 1 000 à La Réunion) (figure 2a).

Sérologies positives

Le nombre de sérologies confirmées positives est estimé² à 11 100 en 2006, dont 38 % en laboratoire de ville. Parmi ces sérologies positives, 11 % ont été réalisées dans un cadre anonyme.

Le nombre de sérologies confirmées positives diminue en 2006 (-4 %, figure 1). Cette évolution était amorcée dès 2005, après une augmentation régulière d'environ 6 % par an entre 2001 et 2004.

Le nombre de sérologies confirmées positives rapporté à la population représente à l'échelle nationale 178 cas par million d'habitants en 2006. Ce taux est beaucoup plus élevé en Guyane (2 077 par million), en Guadeloupe (861), en Ile-de-France (492) et en Martinique (409) que dans les autres régions (entre 29 et 156 par million) (figure 2b).

Proportion de sérologies positives

La proportion de sérologies confirmées positives pour 1 000 sérologies réalisées est estimée à 2,2 en 2006. Elle est plus élevée pour les sérologies effectuées dans un cadre anonyme (CDAG) : 3,5 p. 1 000. Elle varie selon les régions : beaucoup plus élevée en Guyane (14,2 p. 1 000), en Guadeloupe (6,4), en Ile-de-France (4,5) et en Martinique (3,2) que dans les autres régions (entre 0,4 et 1,6 p. 1 000).

La proportion de sérologies positives a diminué en 2005-2006 (2,2 p. 1 000 sérologies) par rapport aux années 2001-2004 (entre 2,3 et 2,4 p. 1 000, $p < 10^{-4}$).

Notification obligatoire de l'infection à VIH

Depuis la mise en place de la notification obligatoire du VIH (mars 2003) jusqu'au 31 décembre 2006, 20 677 diagnostics d'infection VIH ont été notifiés, dont 15 334 ont pu être classés en découvertes de séropositivité³ (15 226 adultes et 108 enfants de moins de 13 ans).

Ces 15 334 découvertes de séropositivité ne représentent pas la totalité des cas, car certains sont notifiés avec retard (délai de déclaration), et d'autres ne sont jamais notifiés (sous-déclaration). Le nombre réel de découvertes de séropositivité doit donc être estimé en fonction de ces deux paramètres. La prise en compte des délais de déclaration est nécessaire pour redresser les données des deux années les plus récentes [3]. Pour l'année 2006, le coefficient de redressement est de 1,4. La sous-déclaration doit être prise en compte chaque année ; en 2006, elle est estimée à 36 % [1]. En appliquant ces deux facteurs de correction aux 2 814 découvertes de séropositivité en 2006 et notifiées en 2006, le nombre de découvertes de séropositivité est estimé à environ 6 300 cas en 2006 (figure 3).

¹ L'estimation pour l'ensemble des laboratoires est réalisée à partir des laboratoires ayant transmis leurs données.

² Les sérologies confirmées positives ne correspondent pas toutes à des découvertes de séropositivité puisqu'elles incluent des sérologies faites plusieurs fois pour la même personne dans des laboratoires différents.

³ Il s'agit d'une première sérologie positive, éventuellement précédée d'une sérologie antérieure positive datant de moins de 12 mois. La différence entre 20 677 et 15 334 ($n=5 343$) correspond pour moitié à des diagnostics anciens (sérologie antérieure positive datant de plus de 12 mois) et pour moitié à des notifications faites uniquement par les biologistes pour lesquelles l'absence de volet clinicien ne permet pas de les classer ou non en découvertes de séropositivité.

Figure 2 Activité de dépistage du VIH et notifications obligatoires par région, France, 2006
 Figure 2 HIV testing activities and mandatory notification by region, France, 2006

Figure 2a Taux de sérologies VIH* / 1000 habitants
 Figure 2a Rate of HIV tests performed / 1 000 inhabitants

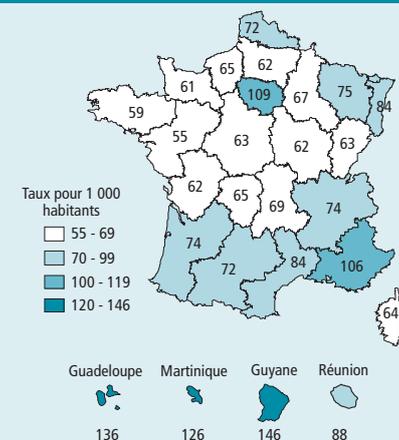


Figure 2b Taux de sérologies VIH positives* / million d'habitants
 Figure 2b Rate of HIV positive tests / million inhabitants

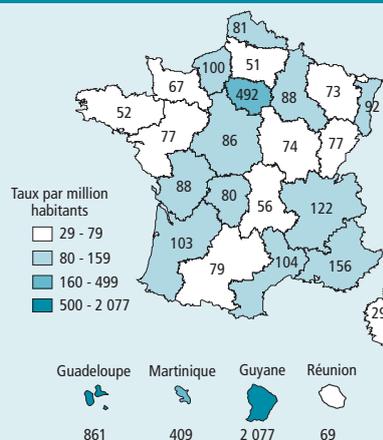


Figure 2c Taux de découvertes de séropositivité VIH** / million d'habitants
 Figure 2c Rate of new HIV diagnoses / million inhabitants

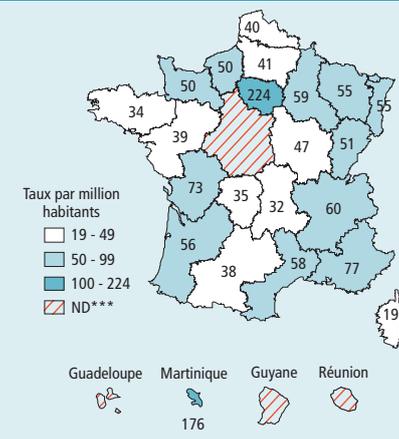
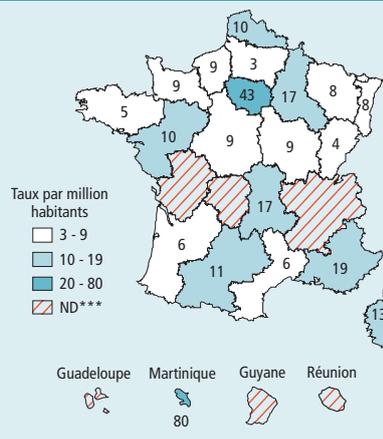
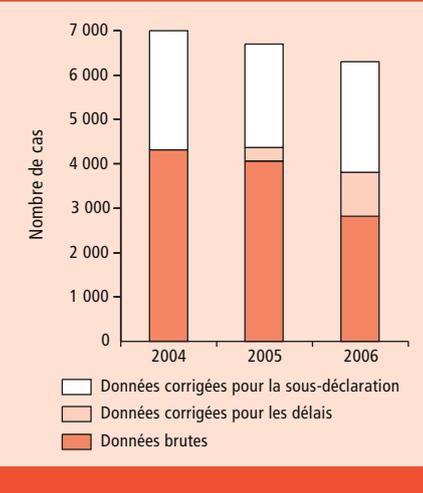


Figure 2d Taux de cas de sida** / million d'habitants
 Figure 2d Rate of AIDS cases / million inhabitants



* Estimations pour l'ensemble des laboratoires, à partir des laboratoires participants de LaboVIH
 ** Notifications obligatoires (données au 31/12/2006 redressées pour les délais de déclaration)
 *** Non disponibles car les calculs de redressements sont impossibles, du fait d'un effectif trop faible et/ou de délais de déclaration trop irréguliers

Figure 3 Nombre de découvertes de séropositivité VIH : données brutes, corrigées pour les délais de déclarations et pour la sous-déclaration, 2004-2006 (France, données au 31/12/2006)
 Figure 3 Number of HIV infections newly diagnosed: reported, adjusted for reporting delays and for underreporting, 2004-2006 (France, data reported by 31/12/2006)



Ces corrections sont indispensables pour appréhender le nombre réel de cas et son évolution, et donc pour comparer des régions ou des pays entre eux. En revanche, les caractéristiques des cas peuvent être analysées à partir des données brutes, en faisant l'hypothèse que les cas non déclarés ou déclarés avec retard ont les mêmes caractéristiques que ceux qui ont été notifiés⁴.

Le nombre de découvertes de séropositivité en 2006 (6 300) est en diminution par rapport aux estimations des années précédentes : 7 000 en 2004, 6 700 en 2005.

Sexe, âge et nationalité

La proportion d'hommes a progressivement augmenté parmi les découvertes de séropositivité, passant de 58 % en 2003 à 64 % en 2006 ($p < 10^{-4}$). Cette masculinisation est principalement liée à l'augmentation constante de la proportion d'hommes contaminés par rapports homosexuels (de 21 % en 2003 à 29 % en 2006, $p < 10^{-4}$), alors que la proportion d'hommes est stable parmi les personnes contaminées par rapports hétérosexuels (42 %). L'âge moyen au diagnostic d'infection à VIH en

2006 est de 37,7 ans pour l'ensemble des cas, les femmes étant plus jeunes (34,9 ans) que les hommes (39,3 ans). On note une tendance à l'augmentation de l'âge moyen, de 36,6 ans en 2003 à 37,7 en 2006 ($p = 10^{-3}$). L'âge moyen augmente chez les femmes (de 33 ans en 2003 à 35 ans en 2006, $p = 0,007$). Chez les hommes, l'âge moyen augmente chez les hétérosexuels (de 40 à 42 ans, $p = 0,005$) mais est stable chez les homosexuels (37 ans).

Les personnes de nationalité étrangère représentent 37 % des découvertes de séropositivité en 2006 (56 % chez les femmes et 27 % chez les hommes, tableau 1), cette proportion a régulièrement diminué en 4 ans (46 % en 2003). Cette diminution est en partie liée à l'augmentation de la proportion des homosexuels (81 % d'entre eux sont Français) et en partie à la diminution de la proportion d'étrangers chez les hétérosexuels (de 62 % en 2003 à 58 % en 2006). Les trois-quarts des personnes étrangères sont de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne (84 % des femmes et 62 % des hommes), principalement du Cameroun et de Côte d'Ivoire, puis du Congo Brazzaville et du Mali.

Douze enfants de moins de 13 ans ont été découverts séropositifs en 2006, 27 en 2005, 36 en 2004 et 33 en 2003⁵.

Sur la totalité de ces 108 enfants nés entre 1990 et 2006, 53 sont nés en Afrique subsaharienne, 45 en France (dont 13 en Ile-de-France, 9 en Guyane, 2 en Guadeloupe, le département étant autre pour 8 enfants et inconnu pour 13) et 9 sont nés dans un autre pays (le pays de naissance est inconnu pour 1 enfant).

Parmi les 45 enfants nés en France, 19 ont une mère originaire d'Afrique subsaharienne, 12 des Caraïbes, 6 de France métropolitaine et 3 d'Afrique du Nord (l'origine géographique de 5 mères est inconnue). Pour 13 d'entre eux (dont 12 nés entre 2003 et 2006), il s'agirait d'un échec de la prévention de la transmission materno-fœtale (traitement pendant la grossesse, en per-partum et en post-natal) [4].

Mode de contamination

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2006, 48 % ont été contaminées par rapports hétérosexuels, 29 % par rapports homosexuels et 2 % par usage de drogues injectables (tableau 2).

Pour 21 %, le mode de contamination n'était pas renseigné. Si on exclut ces cas, la répartition par mode de contamination est de 60 % d'hétérosexuels (97 % chez les femmes et 40 % chez les hommes), 37 % d'homosexuels, 2 % d'usagers de drogues injectables (UDI) et 1 % d'autres.

⁴ Cette hypothèse se vérifie pour les délais de déclaration, qui varient beaucoup plus selon la région que selon les autres caractéristiques des cas. Pour la sous-déclaration, cette hypothèse ne peut pas être vérifiée directement. Cependant, la prise en compte de la sous-déclaration spécifique de chaque région ne modifie pas, au niveau national, les caractéristiques des cas, comme par exemple le mode de contamination.

⁵ Données brutes non corrigées, ni pour les délais de déclaration ni pour la sous-déclaration.

Tableau 1 Découvertes de séropositivité VIH en 2006 par nationalité et sexe (France, données au 31/12/2006)

Table 1 Newly diagnosed HIV infections in 2006 by nationality and sex (France, data reported by 31/12/2006)

Nationalité	Femmes		Hommes		Total	
	N*	%	N*	%	N*	%
France	251	24,5	1 019	56,9	1 270	45,1
Afrique subsaharienne	478	46,7	295	16,5	773	27,5
Amérique	57	5,6	69	3,8	126	4,5
Europe	9	0,9	61	3,4	70	2,5
Afrique du nord	16	1,6	37	2,1	53	1,9
Asie	10	1,0	18	1,0	28	1,0
Inconnue**	202	19,7	292	16,3	494	17,5
Total	1 023	100,0	1 791	100,0	2 814	100,0

* Données brutes non corrigées, ni pour les délais de déclaration ni pour la sous-déclaration
 ** Inconnue pour le clinicien

Tableau 2 Découvertes de séropositivité VIH en 2006 par mode de contamination et sexe (France, données au 31/12/2006)

Table 2 Newly diagnosed HIV infections in 2006 by transmission group and sex (France, data reported by 31/12/2006)

Mode de contamination	Femmes		Hommes		Total	
	N*	%	N*	%	N*	%
Rapports hétérosexuels	781	76,3	564	31,5	1 345	47,8
Rapports homosexuels	-	-	815	45,5	815	29,0
Injection de drogues	13	1,3	39	2,2	52	1,8
Autres**	11	1,1	6	0,3	17	0,6
Inconnu***	218	21,3	367	20,5	585	20,8
Total	1 023	100,0	1 791	100,0	2 814	100,0

* Données brutes non corrigées, ni pour les délais de déclaration ni pour la sous-déclaration
 ** 14 transmissions mère-enfant et 3 homosexuels usagers de drogues
 *** Inconnu pour le clinicien

Les personnes contaminées par rapports hétérosexuels sont en majorité des femmes (58 %) et pour 47 % des personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne.

Parmi les UDI ayant découvert leur séropositivité depuis 2003, 10 % sont de nationalité d'un pays d'Europe de l'Est ou d'Europe centrale (principalement Géorgie et Russie) et 7 % d'un pays d'Europe de l'Ouest (principalement Portugal et Espagne).

Le nombre de découvertes de séropositivité a progressivement augmenté chez les hommes contaminés par rapports homosexuels entre le second semestre de 2003 et le premier semestre de 2005, puis est resté stable (figure 4). Pour les autres modes de transmission, on observe une diminution du nombre de découvertes de séropositivité. Cette diminution s'observe depuis le début de la surveillance chez les femmes étrangères contaminées par rapports hétérosexuels, mais seulement à partir du second semestre 2005 chez les Français (hommes et femmes) et les hommes étrangers contaminés par rapports hétérosexuels ainsi que chez les UDI.

Si on rapporte le nombre de découvertes de séropositivité en 2006, corrigé pour les délais de

déclaration et pour la sous-déclaration, à la population de 18 à 69 ans⁶, on constate que la population des homosexuels masculins (511 découvertes de séropositivité pour 100 000) et dans une moindre mesure celle des UDI (119 pour 100 000) sont de loin plus touchées que la population des hétérosexuels non usagers de drogues (6 pour 100 000 hommes et 8 pour 100 000 femmes).

Par ailleurs, le nombre de découvertes de séropositivité VIH en 2006 rapporté à la population est beaucoup plus important chez les personnes de nationalité étrangère⁷ (64/100 000) que de nationalité française (4/100 000).

Motif de dépistage

Le premier motif de dépistage reste la présence de signes cliniques ou biologiques (pour 25 % des femmes et 35 % des hommes en 2006). Le dépistage a été réalisé du fait d'une exposition à risque pour 16 % des femmes et 25 % des hommes. La grossesse est un motif de dépistage chez 17 % des femmes, plus fréquent chez les Africaines (22 %) que chez les Françaises (9 %) ($p < 10^{-3}$).

Stade clinique

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2006, 10 % ont été diagnostiquées

précocement au stade de primo-infection, 52 % à un stade asymptomatique, 12 % à un stade symptomatique non sida, et 14 % tardivement au stade sida. Le stade clinique n'est pas précisé pour 12 % des notifications.

Le stade clinique lors de la découverte de la séropositivité varie selon le mode de contamination et la nationalité. Les personnes contaminées par rapports homosexuels sont plus souvent diagnostiquées au moment d'une primo-infection (22 % en 2006) que les personnes françaises (12 %) ou étrangères (3 %) contaminées par rapports hétérosexuels ($p < 10^{-4}$). En revanche, la proportion de découvertes au stade sida est plus faible chez les homosexuels (7 %) que chez les hétérosexuels français et étrangers (respectivement 17 % et 15 %).

La proportion de diagnostics au stade sida a diminué progressivement (de 20 % en 2003 à 14 % en 2006, $p < 10^{-3}$), tandis que les diagnostics à un stade de primo-infection ou à un stade asymptomatique ont augmenté (respectivement de 7 % à 10 %, $p < 10^{-3}$, et de 49 % à 52 %, $p = 0,004$). La proportion de découvertes au stade sida a diminué significativement chez les homosexuels (de 19 % à 7 %, $p < 10^{-4}$), les hétérosexuels de nationalité étrangère (de 21 % à 17 %, $p = 0,015$), et les hétérosexuels français (de 22 % à 17 %, $p = 0,03$). En revanche l'augmentation des découvertes à un stade de primo-infection n'est significative que chez les homosexuels (de 18 % à 22 %, $p = 0,015$) et chez les hommes hétérosexuels français (de 6 % à 14 %, $p = 0,007$).

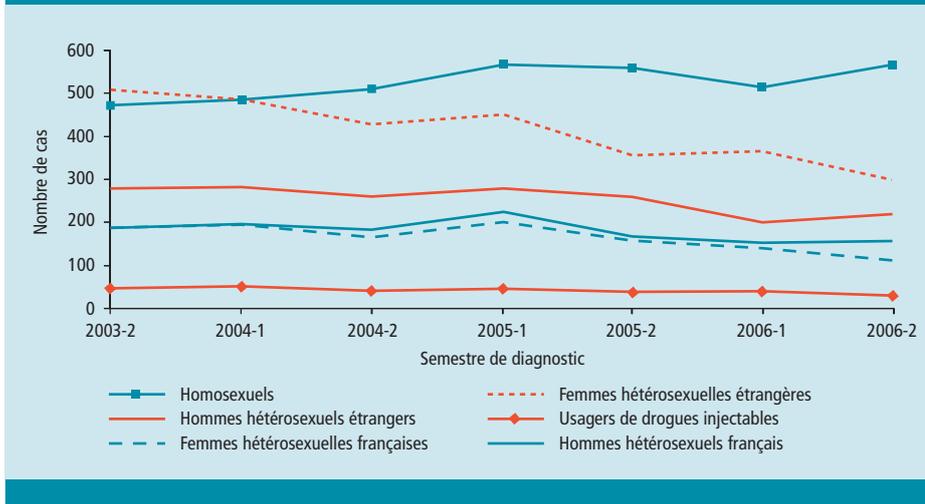
Répartition géographique

Le taux de découvertes de séropositivité en 2006 (figure 2c) est toujours inférieur à celui des sérologies positives recensées dans LaboVIH (figure 2b), puisque une personne peut avoir plusieurs sérologies positives dans des laboratoires différents. En revanche, les représentations régionales sont presque superposables, les taux les plus élevés se retrouvant dans les mêmes régions. Les taux de découvertes s'échelonnent de 19 à 77 par million d'habitants, mis à part la Martinique (176) et l'Île-de-France (224). La Guyane et la Guadeloupe

⁶ La population des homosexuels masculins a été estimée à 325 500, celle des UDI à 90 000 et celle des hétérosexuels à 40,7 millions.

⁷ Population au 1^{er} janvier 2005, source Insee.

Figure 4 Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination, sexe, nationalité et semestre de diagnostic (France, données au 31/12/2006 redressées pour les délais de déclaration mais non corrigées pour la sous-déclaration) / Figure 4 Number of HIV infections newly diagnosed by transmission group, sex, nationality and half-year of diagnosis (France, data reported by 31/12/2006 adjusted for reporting delays, but not for underreporting)



restent certainement les régions les plus touchées, bien que leurs taux n'aient pu être calculés pour 2006 en raison de délais de déclaration trop irréguliers.

Un tableau présentant le nombre et le taux par million d'habitants de découvertes de séropositivité VIH notifiées en 2006, quelle que soit l'année de diagnostic, est disponible sur le site de l'InVS (www.invs.sante.fr dans la rubrique Dossiers thématiques, puis VIH/sida).

Surveillance virologique du VIH

Parmi les 2 802 découvertes de séropositivité chez les adultes en 2006⁸, la proportion de patients qui refusent la surveillance virologique est très faible (2 %). Cependant, dans 18 % des cas, le prélèvement sur buvard n'a pas été adressé par le biologiste au CNR. Le fonctionnement de cette surveillance s'est amélioré depuis 2003 : la participation des biologistes a augmenté et la proportion de refus a diminué.

Test d'infection récente

En 2006, les résultats du test d'infection récente [5] sont disponibles pour 2 230 personnes, soit 80 % des découvertes de séropositivité pour le VIH-1. La proportion d'infections récentes (≤ 6 mois) est de 23,6 % [IC à 95 % : 22,8-25,4].

La proportion d'infections récentes (figure 5) est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (28 % vs. 15 %, $p < 10^{-4}$), et chez les homosexuels que chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels (41 % vs. 17 %, $p < 10^{-4}$).

Elle est plus élevée chez les moins de 40 ans que chez les plus de 40 ans ($p = 0,0004$).

La proportion d'infections récentes est moins élevée chez les personnes d'Afrique subsaharienne que chez les personnes de nationalité française (8 % vs. 35 %, $p < 10^{-4}$). Cette différence persiste chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels (9 % chez les Africains vs. 28 % chez les Français, $p < 10^{-4}$), quel que soit le sexe.

La proportion d'infections récentes est stable entre le second semestre de 2003 et le second semestre

de 2006, quels que soient le sexe, l'âge, le mode de contamination, chez les personnes de nationalité française comme celles d'Afrique subsaharienne.

Sérotypage

Le type de virus (VIH-1 ou VIH-2) a pu être déterminé pour la quasi-totalité des découvertes de séropositivité en 2006 ($n = 2 802$), grâce à la surveillance virologique réalisée par le CNR ou directement à partir des notifications des biologistes.

La proportion d'infections à VIH-2 en 2006 est de 2,0 % [IC à 95 % : 1,5-2,6], dont 1,9 % d'infections à VIH-2 seules et 0,1 % de co-infections VIH-1/VIH-2. La proportion de VIH-2 n'a pas varié de façon significative depuis 2003.

Parmi les infections à VIH-1, la surveillance virologique a permis de déterminer le groupe [6] dans 2 106 cas ; une seule infection par le groupe O a été identifiée en 2006.

Parmi les 1 988 cas du groupe M qui ont été sous-typés, 41,8 % [IC à 95 % : 39,6-44,0] sont des sous-types non-B.

En 2006, la proportion de sous-types non-B (figure 6) diffère significativement selon le sexe, l'âge, le mode de contamination et la nationalité ($p < 10^{-4}$). Elle est plus élevée chez les femmes (59 %) que chez les hommes (32 %), et elle diminue avec l'âge jusqu'à 40-49 ans. La proportion de sous-types non-B est plus élevée chez les hétérosexuels (56 %) que chez les homosexuels (16 %) et chez les personnes d'Afrique subsaharienne (75 %) que chez celles de nationalité française (23 %). Elle est aussi plus importante en Ile-de-France que dans les autres régions (51 % vs. 34 %). La proportion d'infections récentes est deux fois plus importante chez les personnes d'Afrique subsaharienne infectées par un sous-type B que chez celles infectées par un sous-type non-B (10 % vs. 5 %, $p = 0,048$).

La proportion des sous types non-B a diminué significativement entre 2003 (50 %) et 2005 (41 %) et s'est stabilisée en 2006 (42 %). Cette évolution est liée à celle observée chez les personnes africaines, avec une diminution entre 2003 (82 %) et 2005 (73 %) de la proportion des sous-types non-B et

une stabilisation en 2006 (75 %) alors que la part des sous-types non-B est restée stable chez les Français, autour de 21 %.

Notification obligatoire du sida en France

Au 31 décembre 2006, le nombre total de cas de sida notifiés depuis le début de l'épidémie est de 62 059.

En tenant compte des délais de déclaration [4], le nombre de personnes ayant développé un sida et vivantes au 31 décembre 2006 a été estimé à 27 483 (tableau 3), ou à 29 800 si on tient compte également de la sous-déclaration des cas et des décès [7,8].

Alors que la diminution du nombre de cas de sida s'était progressivement ralentie entre 1997 et 2002 (diminution annuelle comprise entre 2 et 6 %), la diminution a été plus forte à partir de 2003 et s'accroît en 2006. Cette diminution plus importante entre 2005 et 2006 se retrouve quel que soit le sexe et le mode de contamination. Elle est plus marquée chez les personnes de nationalité française.

Sexe et âge

Parmi les nouveaux diagnostics de sida en 2006, la proportion de femmes est de 32 %, proportion qui est stable depuis 2004, alors qu'elle avait augmenté progressivement durant les années précédentes. Cette proportion varie selon la nationalité : en 2006, 55 % des personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne et 22 % des personnes de nationalité française sont des femmes.

L'âge moyen au diagnostic de sida est de 41,5 ans en 2006 (38,6 ans chez les femmes et 42,8 ans chez les hommes). Il a augmenté au cours du temps, mais tend à se stabiliser depuis 2002.

Le nombre de diagnostics de sida chez les enfants de moins de 13 ans (figure 7) est stable depuis 1998 (6 à 9 cas/an). Depuis cette date, les diagnostics ne concernent plus que des enfants contaminés par transmission materno-fœtale (lorsque le mode de contamination est connu).

De même, on observe une relative stabilité du nombre de diagnostics chez les 13-19 ans depuis

Figure 5 Proportion d'infections récentes en 2006 selon le sexe, le groupe d'âge, le mode de contamination et la nationalité (France, données au 31/12/2006) | Figure 5 Proportion of recent infections in 2006 by sex, age, transmission mode and nationality (France, data reported by 31/12/2006)

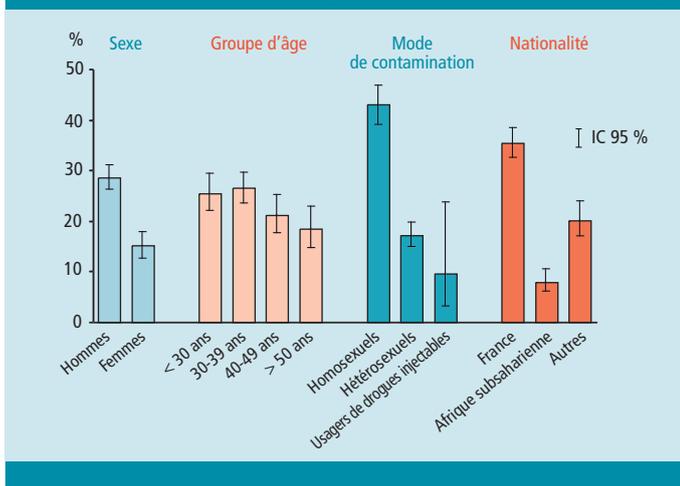


Figure 6 Proportion de sous-types non-B en 2006 selon le sexe, le groupe d'âge, le mode de contamination et la nationalité (France données au 31/12/2006) | Figure 6 Proportion of non-B subtypes in 2006 by sex, age, transmission mode and nationality (France, data reported by 31/12/2006)

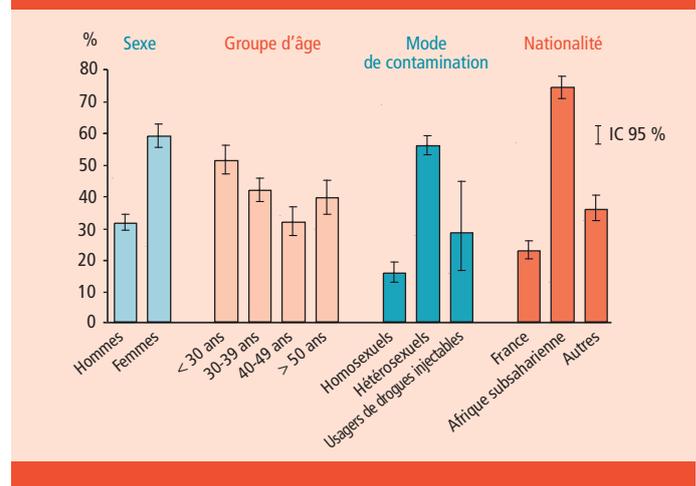


Tableau 3 Nombre de cas de sida par année de diagnostic, cas de sida décédés par année de décès et cas de sida vivants au 31 décembre de chaque année (France, données au 31/12/2006) / **Table 3** Number of AIDS cases by year of diagnosis, deaths among AIDS cases by year of death and persons living with AIDS at the end of each year (France, data reported by 31/12/2006)

	< 1997	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Date inconnue	Total
Nombre de cas de sida par année de diagnostic Nombre de cas redressés*	46 168	2 294	1 950	1 839	1 735	1 675	1 639	1 465	1 360	1 251 1 298*	683 1 022*		62 059 62 445*
Nombre de cas de sida décédés par année de décès Nombre de décès redressés	28 791	1 120	769	709	621	585	668	483	419	391 399*	217 298*	100	34 873 34 962**
Nombre de cas de sida vivants cumulés à la fin de chaque année	17 377	18 551	19 732	20 862	21 976	23 066	24 037	25 019	25 960	26 859*	27 583*		27 483**

* Nombre redressé pour les délais de déclaration mais non corrigés pour la sous-déclaration

** Sont inclus les 100 décès sans date connue

plusieurs années [4]. Les adolescents, chez lesquels un diagnostic de sida a été porté entre 1997 et 2006, ont été contaminés par rapports hétérosexuels pour 51 % d'entre eux, par transmission materno-fœtale (20 %) ou par transfusion ou injection de produits hémophiliques (11 %). Les contaminations par rapports homosexuels concernent 1 % d'entre eux, il en est de même pour les partages de matériel d'injection (le mode de contamination reste inconnu pour 16 % des cas).

Mode de contamination

Les personnes contaminées par rapports hétérosexuels représentent 52 % des cas de sida diagnostiqués en 2006, les hommes contaminés par rapports homosexuels 22 % et les personnes contaminées par usage de drogues injectables 8 %.

Le nombre annuel de cas de sida a diminué assez régulièrement sur les 10 dernières années chez les usagers de drogues, chez les hommes contaminés par rapports homosexuels et chez les hommes français contaminés par rapports hétérosexuels (figure 8). Chez les femmes françaises contaminées par rapports hétérosexuels, on observe une tendance à la diminution, mais moins importante et moins régulière. Le nombre de cas chez les hommes et femmes de nationalité étrangère contaminés par rapports hétérosexuels, qui avait augmenté entre 1999 et 2002, diminue ensuite.

Répartition géographique

Les taux de cas de sida diagnostiqués en 2006 (figure 2d) présentent des valeurs inférieures à ceux des découvertes de séropositivité (figure 2c) dans toutes les régions. Les taux de cas de sida s'échelonnent de 3 à 19 par million d'habitants, sauf en Ile-de-France (43) et en Martinique (80). La Guyane et la Guadeloupe restent certainement les régions les plus touchées, bien que leurs taux n'aient pu être calculés pour 2006 en raison de délais de déclaration trop irréguliers.

Un tableau présentant le nombre et le taux par million d'habitants de cas de sida notifiés en 2006, quelle que soit l'année de diagnostic, est disponible sur le site de l'InVS (www.invs.sante.fr dans la rubrique Dossiers thématiques, puis VIH/sida).

Traitement antirétroviral pré-sida

Parmi les nouveaux diagnostics de sida en 2006, moins d'une personne sur 5 (19 %) avait bénéficié d'un traitement antirétroviral pré-sida. Les hétérosexuels étrangers avaient moins souvent bénéficié de ce traitement (12 %) que les hétérosexuels français (15 %) et que les homosexuels (26 %), principalement pour des problèmes de recours au dépistage. Entre 2003 et 2006, le nombre de cas de sida chez des personnes dépistées mais non traitées par des antirétroviraux avant le sida diminue beaucoup moins (-6 %) que chez les person-

nes traitées par antirétroviraux (-53 %) et que chez celles non dépistées (-31 %).

Pathologies inaugurales

En 2006, 24 % des patients ont présenté une pneumocystose comme pathologie inaugurale de sida, 21 % une tuberculose, 14 % une candidose œsophagienne, 10 % une toxoplasmose cérébrale et 10 % un Kaposi.

Les fréquences annuelles de ces pathologies se sont peu modifiées sur les années récentes. Notamment, on n'observe pas de tendances particulières pour l'ensemble des cancers qui définissent le sida (Kaposi, lymphome cérébral, lymphome non hodgkinien), même si la fréquence du lymphome non hodgkinien tend à augmenter entre 2003 et 2005 (de 5 % à 7 %).

Les fréquences diffèrent selon qu'il s'agit de personnes ayant bénéficié ou non d'un traitement antirétroviral avant le diagnostic de sida. Elles diffèrent aussi selon le mode de contamination et la nationalité (figure 9).

Discussion

L'année 2006 est marquée par une diminution à la fois de l'activité de dépistage du VIH, du nombre de sérologies positives, des découvertes de séropositivité et des nouveaux diagnostics de sida. La diminution du nombre de diagnostics d'infection

Figure 7 Nombre de cas de sida diagnostiqués chez les enfants (<13 ans) et les adolescents (13-19 ans) (France, données au 31/12/2006 redressées pour les délais de déclaration mais non corrigées pour la sous-déclaration) / **Figure 7** Number of AIDS cases diagnosed in children (<13 years) and adolescents (13-19 years). (France, data reported by 31/12/2006 adjusted for reporting delays, but not for underreporting)

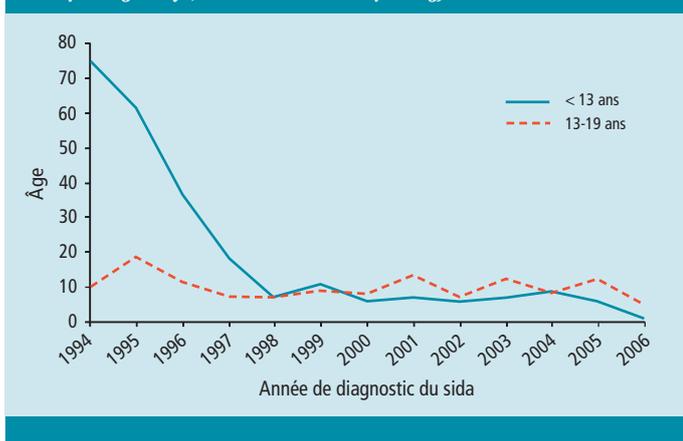
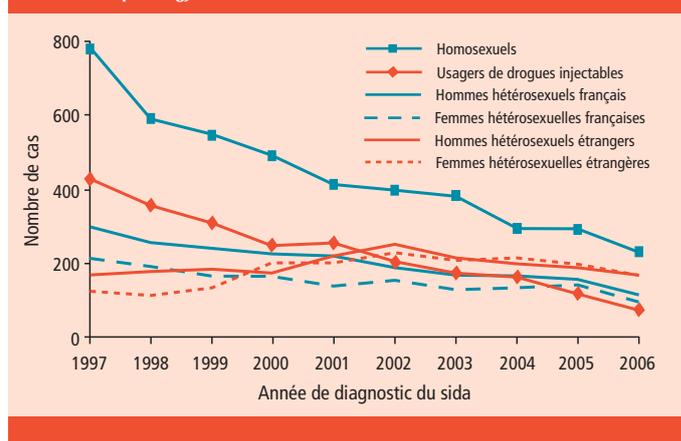


Figure 8 Nombre de cas de sida par mode de contamination et année de diagnostic (France, données au 31/12/2006 redressées pour les délais de déclaration mais non corrigées pour la sous-déclaration) / **Figure 8** Number of AIDS cases by transmission group and year of diagnosis (France, data reported by 31/12/2006 adjusted for reporting delays but not for underreporting)



VIH est encourageante, dans la mesure où elle peut refléter un recul de l'épidémie. Néanmoins, d'autres facteurs, détaillés ci-dessous, peuvent expliquer cette diminution. De plus, s'agissant de diminutions récentes, il sera nécessaire de consolider ces résultats par des données ultérieures, et de les confronter à d'autres sources d'information, notamment issues d'enquêtes comportementales.

Activité de dépistage du VIH

Deux faits peuvent expliquer la diminution du nombre de sérologies VIH réalisées en 2006 par rapport à 2005. L'année 2005, au cours de laquelle le sida avait été déclaré grande cause nationale, avait connu une augmentation inhabituelle de l'activité de dépistage du VIH. Par ailleurs, une circulaire de janvier 2006 a abrogé la recommandation de dépistage pré- et post-transfusionnel, ce qui a pu influencer sur le nombre de tests réalisés. L'activité de dépistage du VIH se maintient cependant en 2006 au même niveau qu'en 2004, à hauteur de 80 sérologies pour 1 000 habitants, ce qui n'est pas en faveur d'une diminution importante du recours au dépistage.

L'évolution du nombre de sérologies confirmées positives est corroborée par celle du nombre annuel de demandes d'exonération du ticket modérateur pour les infections par le VIH : après une augmentation entre 2001 et 2004, ce nombre s'est également stabilisé entre 2004 et 2005 puis a diminué en 2006 [9].

Estimation du nombre de découvertes de séropositivité VIH et sous-déclaration

Le nombre estimé de 6 300 découvertes de séropositivité en 2006, calculé comme pour les années précédentes par combinaison des données d'activité de dépistage (LaboVIH) et des notifications obligatoires d'infection à VIH, est en diminution par rapport aux estimations des années précédentes. Ce calcul repose sur l'hypothèse que l'exhaustivité

de la notification obligatoire est la même pour tout diagnostic d'infection VIH, qu'il s'agisse ou non d'une découverte de séropositivité, hypothèse qui n'est pas vérifiable. Le nombre réel de découvertes de séropositivité se situe dans un intervalle de plausibilité, entre le nombre de découvertes qui ont fait l'objet d'une notification, corrigé pour les délais de déclaration (environ 4 000 en 2006), et le nombre total de sérologies positives, incluant les sérologies multiples (11 100 en 2006).

La diminution du nombre de notifications en 2006 pourrait être due, au moins en partie, au mouvement de protestation des médecins inspecteurs de la santé, dont certains ont différé de novembre 2006 à mars 2007 l'envoi des notifications obligatoires à l'InVS. Cependant, le fait qu'une diminution soit aussi observée pour l'ensemble des sérologies positives (LaboVIH, cf. supra) est en faveur de la réalité de cette diminution.

La sous-déclaration des diagnostics d'infection VIH a fluctué entre 34 % et 40 % selon les années et varie beaucoup selon la région (entre 14 % et 64 % en 2006). L'exhaustivité a cependant augmenté en 2006 dans certaines régions, comme la région Paca, alors qu'elle a diminué dans d'autres, comme en Aquitaine. La sous-déclaration est une problématique spécifique au système français de notification, en raison notamment d'une procédure lourde d'anonymisation et d'un nombre très élevé de déclarants. D'autres pays européens, comme l'Allemagne et le Royaume-Uni, ne sont pas confrontés à cet écueil, la sous-déclaration dans ces pays étant inférieure à 5 %.

A la suite de l'évaluation du dispositif en 2005-2006, des modifications sont apparues nécessaires afin notamment d'améliorer l'exhaustivité de la notification (cf. encadré en fin d'article). Elles visent à préciser les critères de notification, à simplifier les procédures de notification (permettre de notifier le VIH et le sida sur la même fiche, lors de diagnostics concomitants) et à modifier le circuit de la notification du VIH chez les enfants.

Diminution des cas de sida

L'exhaustivité de la déclaration obligatoire du sida avait été estimée dans les années quatre-vingt-dix, grâce à la méthode de capture-recapture, par comparaison avec les données hospitalières [7]. Depuis la mise en place de l'anonymisation en 2003, cette méthode n'est plus applicable. Mais la sous-déclaration a pu varier au cours du temps et notamment se majorer en 2003 lors de l'introduction de la notification du VIH. Des modifications ont néanmoins été apportées récemment sur les fiches de notification, dans le but de limiter la sous-déclaration du sida (voir encadré en fin d'article).

La diminution du nombre de cas de sida porte essentiellement, d'une part sur les personnes traitées par antirétroviraux avant le sida, en lien avec l'efficacité de ces traitements, et d'autre part sur les personnes non dépistées avant le sida, du fait de la diminution des dépistages très tardifs. En revanche, la diminution des cas de sida touche très peu les personnes dépistées, mais n'ayant pas reçu d'antirétroviraux, ce qui souligne la nécessité d'insister sur l'importance d'une prise en charge précoce auprès des personnes séropositives.

Pas de diminution des découvertes de séropositivité chez les homosexuels

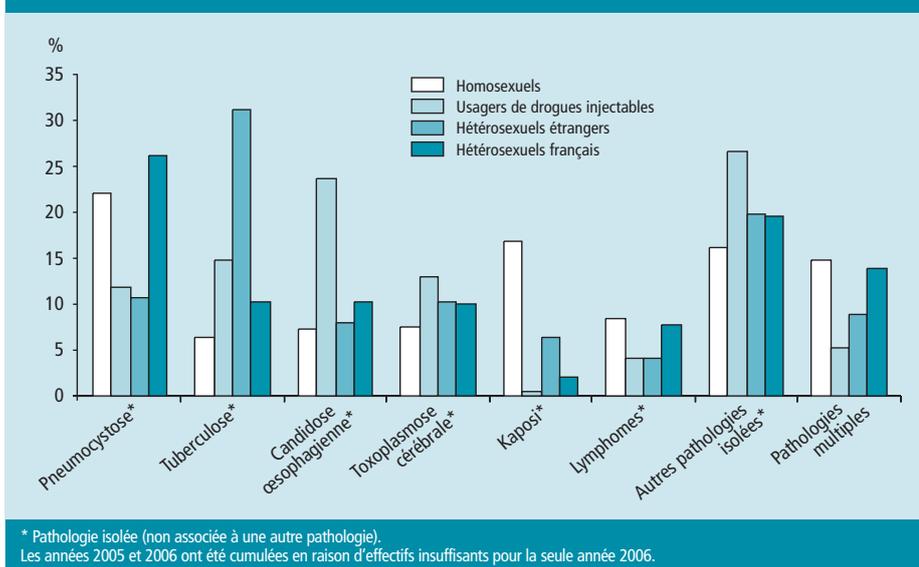
La stabilisation du nombre de découvertes de séropositivité chez les homosexuels en 2006 est en soi un constat encourageant, après une période d'augmentation de ce nombre entre 2003 et 2005, dans un contexte d'augmentation des comportements à risque.

Cependant, les hommes homosexuels restent la seule population pour laquelle on n'observe pas de diminution des découvertes de séropositivité et la seule pour laquelle l'âge moyen au diagnostic n'augmente pas, signe d'un renouvellement plus important des séropositifs dans cette population. Les homosexuels restent nettement plus touchés par le VIH que la population hétérosexuelle (70 fois plus si on rapporte le nombre de découvertes de séropositivité à la population) et que les UDI (4 fois plus). La proportion d'infections récentes (≤ 6 mois) est toujours beaucoup plus élevée chez les hommes homosexuels (41 % en 2006) que chez les hétérosexuels ou les UDI. Paradoxalement, cette proportion est stable au cours du temps, alors qu'on observe une augmentation des découvertes au stade de primo-infection chez les homosexuels. Ceci s'explique par le fait que le nombre d'hommes homosexuels diagnostiqués dans les 6 mois après leur contamination mais qui ne sont plus au stade de primo-infection diminue, alors que le nombre de diagnostics très précoces, au stade de primo-infection, augmente. Ainsi, parmi les infections récentes, la part des primo-infections est passée de 37 % en 2003 à 47 % en 2006.

Diminution des découvertes de séropositivité chez les personnes de nationalité étrangère

En 2006, plus d'une découverte de séropositivité sur 3 concerne une personne de nationalité étran-

Figure 9 Fréquence des pathologies inaugurales de sida diagnostiquées en 2005-2006 par mode de contamination et nationalité (France, données au 31/12/2006) / Figure 9 Frequency of AIDS indicative diseases diagnosed in 2005-2006 by mode of transmission and nationality (France, data reported by 31/12/2006)



La déclaration obligatoire anonymisée de l'infection par le VIH et du sida, mise en place en 2003, a été modifiée en juillet 2007, afin d'améliorer l'exhaustivité et la qualité des données recueillies, de la façon suivante :

1. Modification des fiches de déclaration obligatoire d'infection par le VIH et de sida chez l'adulte et l'adolescent (précisions sur les critères de déclaration, suppression, modification et ajout de variables). Les nouvelles fiches devront être impérativement utilisées à partir du 1^{er} janvier 2008.

2. Création de deux fiches distinctes pour la déclaration obligatoire d'infection par le VIH et de sida chez l'enfant de moins de 15 ans (au lieu de 13 ans auparavant), la notification d'infection par le VIH de l'enfant étant désormais initiée par le biologiste, comme chez l'adulte. Ces fiches sont à utiliser depuis juillet 2007.

Les fiches de déclaration, comportant trois à cinq feuillets autocopiants, ne peuvent être ni photocopiées, ni téléchargées depuis Internet. Les déclarants (biologistes et cliniciens) s'approvisionnent auprès de la Ddass de leur département d'exercice.

La surveillance virologique (dépôt sur buvard, par le biologiste, de quelques microlitres du sérum ayant servi au diagnostic et envoi au Centre national de référence du VIH qui réalise un test d'infection récente et un sérotypage) se poursuit sans modification des différents supports (buvards, sachets plastiques et enveloppes T). Cette surveillance ne concerne pas l'enfant.

Des informations supplémentaires sur la surveillance du VIH/sida, ainsi que les données issues de cette surveillance, sont disponibles sur le site internet de l'InVS, rubrique « **Dossiers thématiques/VIH/sida /infection à VIH et sida en France** » ou <http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm>

gère. La diminution du nombre de découvertes de séropositivité VIH depuis trois ans chez les femmes étrangères et de façon plus récente chez les hommes étrangers, est plutôt encourageante, même s'il est toujours difficile de faire la part entre les flux migratoires, le recours au dépistage et le nombre de nouvelles contaminations. En particulier, les politiques actuelles de lutte contre l'immigration pourraient avoir des effets néfastes sur le recours au dépistage de cette population.

La diminution des découvertes de séropositivité au stade sida est cohérente avec la diminution des cas de sida, et est en faveur d'une diminution des dépistages très tardifs. Cependant la proportion d'infections récentes est stable au cours du temps chez les étrangers (10 %) et chez les Africains (8 %), ce qui montre que l'amélioration du dépistage ne conduit pas encore à des dépistages très précoces. Les personnes d'Afrique subsaharienne sont majoritairement infectées par des sous-types non-B. Cependant l'augmentation de la proportion d'infections par un virus de type B (quasiment inexistant en Afrique) chez les personnes d'Afrique subsaharienne est en faveur d'une augmentation des contaminations en France, ce qui doit être pris en compte dans les programmes de prévention en direction de ces populations.

Hétérosexuels français : les femmes restent mieux dépistées que les hommes

Les femmes et hommes de nationalité française, contaminées par rapports hétérosexuels, représentent respectivement 19 % des femmes et 13 % des hommes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2006, avec une tendance récente à la diminution. Les femmes sont toujours dépistées moins tardivement que les hommes (14 % de diagnostics au

stade sida *versus* 26 %), mais on n'observe pas chez elles d'amélioration du recours au dépistage entre 2003 et 2006. En revanche, celui-ci semble s'améliorer chez les hommes, dans la mesure où la part des diagnostics au stade de primo-infection augmente chez eux depuis 2003, alors que la part des diagnostics au stade sida diminue.

Usagers de drogues injectables : une population plus touchée que les hétérosexuels

Le nombre de découvertes de séropositivité chez des UDI reste faible, mais rapporté au nombre total d'UDI (estimé en 1999 à environ 90 000 personnes), il est 17 fois plus élevé que dans la population hétérosexuelle non usagère de drogues. Les UDI sont cependant beaucoup moins touchés que dans les années 1990 : le taux de cas de sida rapporté à la population est 60 fois plus élevé que chez les hétérosexuels non usagers de drogues en 2006, alors qu'il était 650 fois plus élevé en 1993 [10].

La proportion de personnes de nationalité d'un pays d'Europe hors France (principalement Portugal, Géorgie et Russie) est plus importante chez les UDI que pour les autres modes de contamination, en lien avec la situation épidémiologique de l'infection à VIH dans ces pays [11].

Cas pédiatriques : peu de cas mais un nouveau dispositif pour améliorer l'exhaustivité

De 2003 à 2006, entre 5 et 7 transmissions mère-enfant survenues chaque année en France ont été notifiées à l'InVS. Ces chiffres sont faibles par rapport aux estimations faites à partir des données de l'enquête périnatale française, qui estime à plus de 15 cas par an le nombre de transmissions mère-

enfant [12]. Les modifications introduites dans le dispositif de surveillance en juillet 2007, avec notamment l'implication des biologistes dans la déclaration obligatoire du VIH chez l'enfant et une sensibilisation des pédiatres, devraient permettre de remédier à cette sous-déclaration et de disposer de données plus fiables.

Conclusion

Bien que la France reste l'un des pays d'Europe de l'Ouest les plus touchés (cf. article p 398 dans le même numéro), les données de surveillance du VIH-sida pour 2006 mettent en évidence certains points positifs : diminution globale des nombres de découvertes de séropositivité et de diagnostics de sida, arrêt de l'augmentation du nombre de découvertes de séropositivité chez les homosexuels et diminution parmi les découvertes de séropositivité de la proportion de dépistages tardifs, au stade sida. Ces infléchissements doivent cependant être confortés par les données de surveillance ultérieures et confrontées aux résultats d'enquêtes de comportements et de recours au dépistage.

Les efforts réalisés en termes de campagnes de prévention et de dépistage ne doivent pas pour autant être relâchés, mais au contraire poursuivis.

Remerciements

Nous remercions vivement toutes les personnes qui participent à la surveillance de l'infection à VIH et du sida, notamment les biologistes et les cliniciens ayant notifié les cas qu'ils ont diagnostiqués, les biologistes participant à LaboVIH, l'ORS Bretagne qui a transmis à l'InVS les données des laboratoires de sa région, les médecins inspecteurs de santé publique des Ddass et leurs collaborateurs.

Références

- [1] Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France - 10 ans de surveillance, 1996-2005. Institut de veille sanitaire. Saint-Maurice, mars 2007.
- [2] Comment notifier l'infection à VIH et le sida ? (www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm)
- [3] Heisterkamp SH, Jager JC, Ruitenbergh EJ, Van Druten JAM, Downs AM. Correcting reported AIDS incidence: a statistical approach. *Stat Med* 1989; 8:963-76.
- [4] Données de la déclaration obligatoire sida - VIH chez les enfants/adolescents. http://www.invs.sante.fr/publications/2007/vih_sida_jeunes/notification_enfants_ado.ppt
- [5] Barin F, Meyer L, Lancar R, et al. 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; 43:4441-7.
- [6] Barin F, Lahbabi Y, Buzelay L et al. Diversity of antibody binding to V3 peptides representing consensus sequences of HIV type 1 genotypes A to E: an approach for HIV type 1 serological subtyping. *AIDS Res Hum Retroviruses* 1996; 12(13):1279-89.
- [7] Bernillon P, Lièvre L, Pillonel J, Laporte A, Costagliola D. Estimation de la sous-déclaration des cas de sida en France par la méthode capture-recapture. *Bull Epidemiol Hebd* 1997; 19-21.
- [8] Couzigou C. Survie des patients atteints de sida diagnostiqués dans les hôpitaux parisiens : facteurs pronostiques et évolution (1994-2001). Mémoire pour le DEA de santé publique, Université Paris X. Université Paris X; 2004.
- [9] www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/tableauVIII_2006.pdf (consulté le 04/09/2007).
- [10] Évolution de l'épidémie à VIH en France dans la population hétérosexuelle. Réseau national de santé publique. Décembre 1994.
- [11] EuroHIV. HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year report 2005. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2006. No. 73.
- [12] Yéni P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport 2006. Recommandations du groupe d'expert. Paris : Médecine-Sciences Flammarion; 2006.