

2.1 - Activité de dépistage du VIH

Rédigé par Françoise Cazein (f.cazein@invs.sante.fr)

Les points clés

- Diminution du nombre annuel de sérologies VIH entre 1994 et 1997, puis augmentation jusqu'en 2005 (5,3 millions).
- 85 sérologies VIH réalisées en 2005 pour 1 000 habitants.
- Forte diminution du nombre de sérologies positives durant les années 1990, puis augmentation depuis 2001 et stabilisation en 2005 (autour de 11 600).
- Disparités régionales importantes, la Guyane, la Guadeloupe et l'Île-de-France restant les régions les plus touchées.

2.1.1 INTRODUCTION

Sur la période de 1996 à 2005, les données sur l'activité de dépistage du VIH à l'échelle nationale proviennent, d'une part, d'un réseau de biologistes volontaires (RENAVI) ayant fonctionné de 1989 à 1997 et, d'autre part, d'une enquête s'adressant à l'ensemble des biologistes, de ville et hospitaliers (LaboVIH), mise en place en 2001. Les informations communes recueillies par ces deux systèmes sont le nombre de sérologies du VIH effectuées (en dehors des dons du sang) et le nombre de sérologies confirmées positives, pour la première fois dans le laboratoire.

Pour la période 1998-2000, suivant l'arrêt de RENAVI et précédant la mise en place de LaboVIH, ces données ne sont pas disponibles.

La méthode de ces deux recueils d'information est détaillée plus loin (cf. encadré méthodologie).

2.1.2 RÉSULTATS

2.1.2.1 Participation

En 1996, 311 biologistes ont été volontaires pour participer au réseau RENAVI et 381 en 1997, soit respectivement 9 % et 11 % des laboratoires effectuant le dépistage du VIH et 29 % et 50 % des laboratoires faisant les tests de confirmation par Western-Blot [1].

LaboVIH s'adresse à la totalité des biologistes répertoriés par l'Institut de veille sanitaire (InVS) comme prenant en charge des prélèvements pour sérologie du VIH (entre 4 200 et 4 300 laboratoires selon l'année). On note globalement une bonne participation des biologistes, qui s'est améliorée entre 2001 (81 %) et 2005 (86 %) [2,3]. La participation des laboratoires hospitaliers, qui ne représentent que 10 % des laboratoires interrogés, est supérieure à celle des laboratoires de ville (en 2005, respectivement 95 % et 85 %). La participation varie aussi selon les régions : en 2001, elle s'échelonnait de 53 % à 98 %. L'écart entre la participation la plus faible et la plus élevée s'est réduit jusqu'en 2005 (participation de 78 % à 98 %), ce qui améliore les possibilités de comparaisons régionales.

2.1.2.2 Nombre de sérologies VIH

Le nombre de sérologies VIH réalisées a été estimé à 3,7 et 3,6 millions en 1996 et 1997 (France métropolitaine seulement). En 2001, ce nombre est estimé à 4,3 millions pour l'ensemble de la France (dont 4,2 millions en métropole), montrant une augmentation entre 1997 et 2001, qui s'est poursuivie : +4 % par an jusqu'en 2004 et +8 % entre 2004 et 2005. En 2005, 5,3 millions de sérologies ont été réalisées.

Près des trois quarts des sérologies VIH sont effectuées en ville, proportion stable au cours du temps. Depuis 2001, entre 6 % et 8 % des sérologies sont réalisées dans le cadre anonyme d'une Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) (cf. chapitre 2.2)

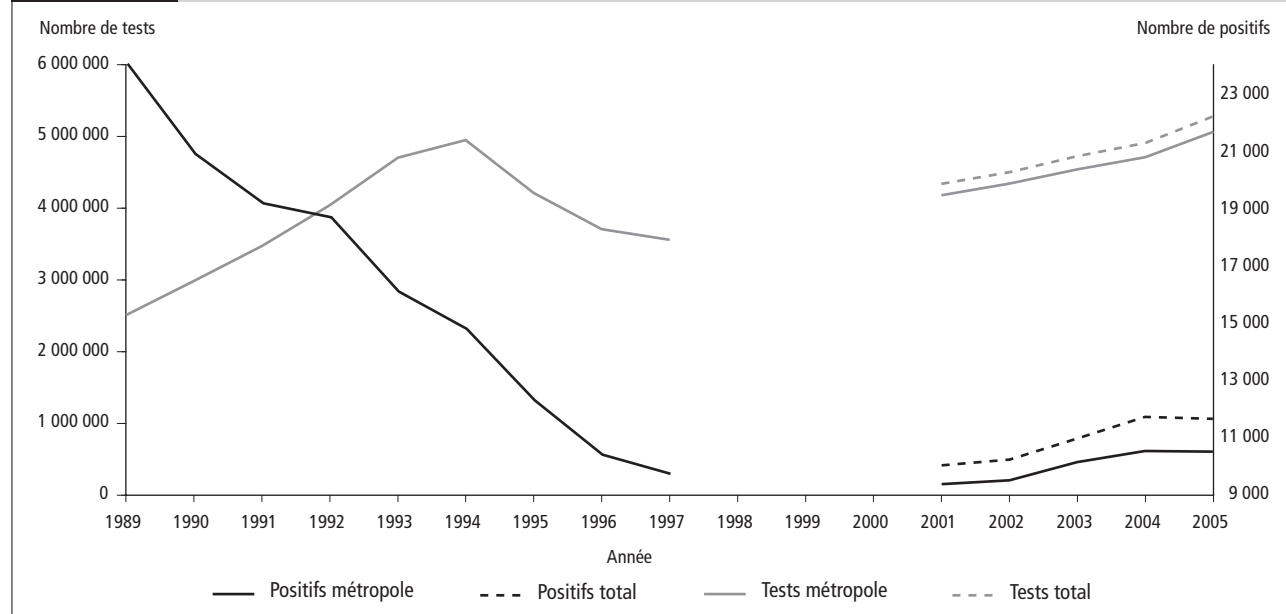
L'évolution du nombre de sérologies en France métropolitaine s'est modifiée entre les périodes 1996-1997 et 2001-2005 (figure 1).

Le nombre de sérologies, qui avait diminué fortement avant 1996 (-13 % par an depuis 1994), continuait de diminuer entre 1996 et 1997

mais de façon plus ralentie (-4 %). Les résultats, depuis 2001, montrent au contraire une augmentation qui s'est encore accentuée en 2005.

FIGURE 1

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SÉROLOGIES VIH EFFECTUÉES ET DU NOMBRE DE SÉROLOGIES CONFIRMÉES POSITIVES ENTRE 1989 ET 2005
(SOURCES : RENAVI POUR 1989-1997, LABOVIH POUR 2001-2005)

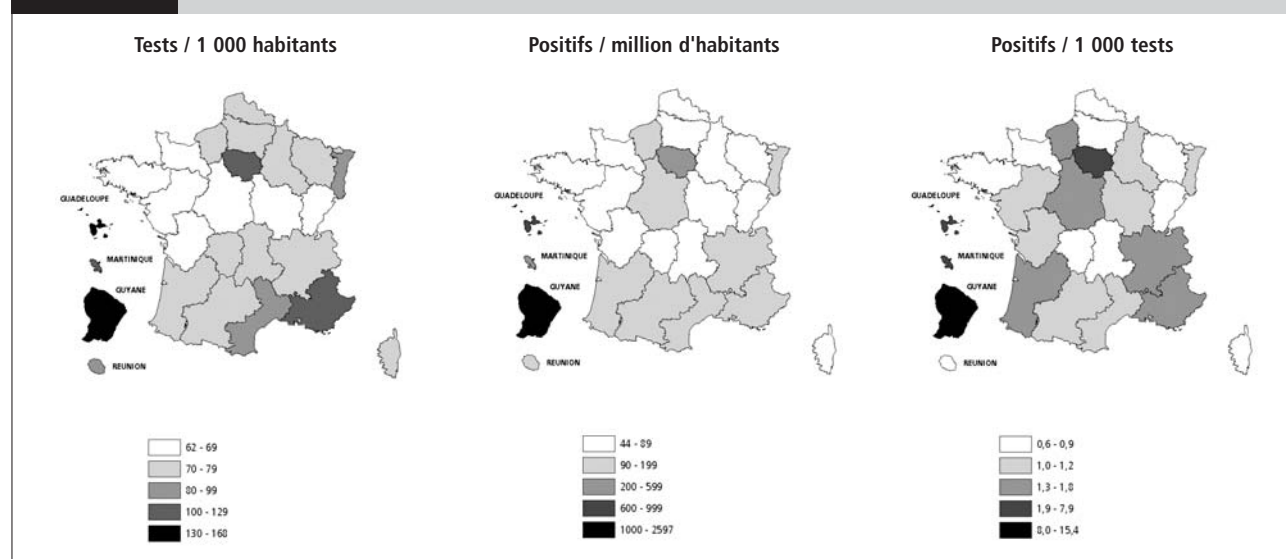


Le nombre de tests sérologiques effectués rapporté à la population est de 85/1 000 habitants en 2005 pour la France entière et 83/1 000 habitants en métropole. Il se rapproche en 2005 du maximum qui avait été observé en 1994 (86/1 000 habitants en métropole).

Ce taux présente des disparités géographiques (figure 2), avec une plus grande pratique des tests (plus de 100 tests pour 1 000 habitants) dans les régions qui étaient dans les années quatre-vingt-dix les plus touchées par l'épidémie (Île-de-France (IDF), Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et Départements français d'Amérique (DFA)).

FIGURE 2

NOMBRE DE SÉROLOGIES VIH RAPPORTÉ À LA POPULATION, NOMBRE DE SÉROLOGIES POSITIVES RAPPORTÉ À LA POPULATION^a ET NOMBRE DE SÉROLOGIES POSITIVES POUR 1 000 TESTS EN 2005



^a Données de population : Insee, estimations de population 2005.

2.1.2.3 Nombre de sérologies VIH confirmées positives

Le nombre de sérologies confirmées positives estimé au moyen des enquêtes RENAUI et LaboVIH ne correspond pas à autant de découvertes de séropositivité, puisqu'il inclut les tests faits pour une même personne dans plusieurs laboratoires.

En 1996 et 1997, le nombre de tests positifs (métropole uniquement) était estimé respectivement à 10 700 et 10 100. En 2001, le nombre de sérologies confirmées positives a été estimé à environ 10 000 pour la France entière, dont 9 400 en métropole. Il a ensuite augmenté jusqu'en 2004 puis s'est stabilisé en 2005 (11 600, dont 10 500 en métropole) (figure 1).

Parmi ces sérologies positives, la proportion de celles réalisées en ville a augmenté depuis 2002 (32 %), pour atteindre 38 % en 2005 ($p < 10^{-4}$). Depuis 2001, entre 11 % et 12 % des sérologies positives ont été réalisées dans un cadre anonyme.

La diminution du nombre de sérologies positives entre 1996 et 1997 (-6 %) en France métropolitaine était en continuité avec l'évolution

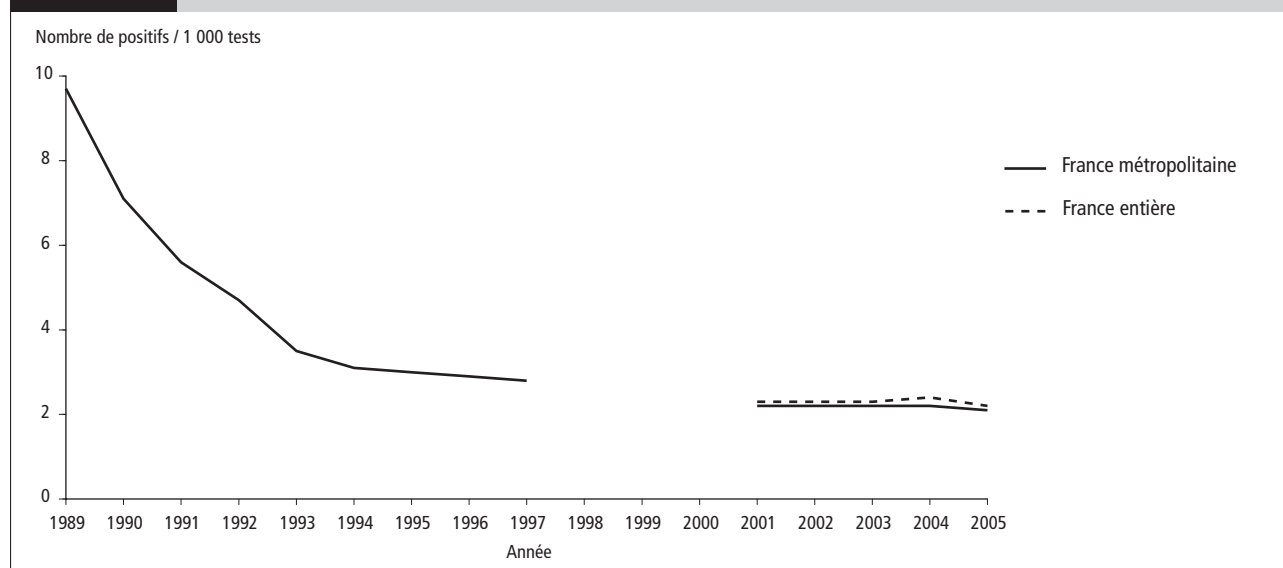
observée auparavant. Le nombre de sérologies positives a continué à diminuer entre 1997 et 2001, mais cette tendance s'inverse ensuite, puisque le nombre de sérologies positives a augmenté de 2001 à 2004. En 2005, ce nombre se stabilise (figure 1).

Le nombre de sérologies confirmées positives rapporté à la population est de 186 par million d'habitants en 2005 à l'échelle nationale. Cette proportion montre des disparités régionales très importantes (figure 2). Les régions les plus touchées sont la Guyane (2 597 par million d'habitants, soit 60 fois plus que la région la moins touchée), la Guadeloupe (971), l'IDF (530) et la Martinique (432). Dans toutes les autres régions, y compris en PACA, cette proportion est inférieure à la moyenne nationale.

Le nombre de sérologies positives rapporté à 1 000 tests (figure 3) montre une diminution de ce rapport, de 2,9 en 1996 à 2,2 en 2001 en métropole, dans la continuité des années précédentes, puis une stabilisation jusqu'en 2005 (2,1). Si on considère l'ensemble de la France (métropole + outre-mer), ce rapport est de 2,3 en 2001 et de 2,2 en 2005. Quelle que soit l'année, ce rapport est plus élevé pour les sérologies effectuées dans un cadre anonyme (cf. chapitre 2.2), autour de 5 positifs pour 1 000 tests de 2001 à 2004 et 3,8 en 2005.

FIGURE 3

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SÉROLOGIES VIH POSITIVES POUR 1 000 SÉROLOGIES EFFECTUÉES ENTRE 1989 ET 2005 (SOURCES : RENAUI POUR 1989-1997, LABOVIH POUR 2001-2005)



Ce rapport varie d'une région à l'autre (figure 2) ; il est plus élevé en Guyane (15 positifs pour 1 000 tests), en Guadeloupe (7), en IDF (5) et en Martinique (4) que dans les autres régions (< 2).

2.1.2.4 Caractéristiques des personnes confirmées positives

La proportion de femmes parmi les personnes ayant eu une sérologie VIH confirmée positive était, en France métropolitaine, de 28 % en 1996 et de 30 % en 1997. Elle a augmenté ensuite pour atteindre 39 % de femmes en France métropolitaine en 2001 et 42 % en 2002. Cette augmentation a été ultérieurement confirmée par les résultats de la notification obligatoire du VIH (42 % de femmes en 2003, cf. chapitre 1.1), mais ne se poursuit pas au-delà de 2003.

En 2001 comme en 2002, la proportion de femmes montre des disparités régionales ; elle est plus élevée en IDF (46 % en 2002) et dans les DOM (50 %) que dans les autres régions de la métropole (35 %) ($p < 10^{-6}$). Cette disparité régionale persiste après 2002 (cf. chapitre 1.1).

L'âge médian des personnes ayant eu une sérologie VIH confirmée positive est plus élevé, quelle que soit l'année, chez les hommes (38 ans en 2002) que chez les femmes (32 ans) ($p < 10^{-4}$). L'âge médian s'est élevé chez les hommes, de 34 ans en 1996 à 38 ans en 2002, poursuivant ainsi une évolution observée avant 1996. Chez les femmes, l'augmentation observée jusqu'en 1997 ne se poursuit pas au-delà et l'âge médian reste à 32 ans jusqu'en 2002. Les données issues de la notification obligatoire du VIH à partir de 2003 montrent que l'âge médian des hommes comme des femmes se stabilise après 2002 (cf. chapitre 1.1).

Parmi les personnes ayant eu une sérologie VIH confirmée positive, la classe d'âge des 25-39 ans est majoritaire, mais en diminution entre 1996 (59 %) et 2002 (54 %), alors que la part des 40 ans et plus a augmenté entre 1996 (27 %) et 2002 (36 %). Les données de la notification obligatoire montrent que cette évolution se poursuit jusqu'en 2005 (51 % de 25-39 ans et 38 % de 40 ans et plus). Sur l'ensemble de la période, la part des jeunes de 15 à 24 ans est stable (environ 10 %).

2.1.3 DISCUSSION

L'activité de dépistage du VIH, qui avait fortement augmenté depuis la fin des années quatre-vingts pour atteindre un maximum en 1994, s'est ralentie ensuite jusqu'en 1997. Depuis 2001, la tendance s'inverse et le nombre de tests augmente à nouveau, pour atteindre en 2005 le nombre observé en 1994. Cette augmentation est plus marquée entre 2004 et 2005 qu'au cours des trois années précédentes, ce qui peut être mis en lien avec les campagnes d'incitation au dépistage de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) ayant eu lieu en 2005 et avec les actions menées dans le cadre de la grande cause nationale 2005. L'activité de dépistage est plus importante en France (85 sérologies pour 1 000 habitants en 2005) que dans d'autres pays d'Europe de l'Ouest comme la Belgique, le Portugal, la Suisse, l'Allemagne [4].

Le nombre de sérologies confirmées positives, qui augmentait chaque année depuis 2001, se stabilise entre 2004 et 2005. Cette évolution peut être mise en parallèle avec l'évolution 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 [5].

L'augmentation du nombre de sérologies réalisées en 2005 sans augmentation parallèle du nombre de sérologies positives peut s'expliquer par le fait qu'un grand nombre de personnes à faible risque d'infection par le VIH se font dépister à la suite des campagnes d'incitation au dépistage dans la population générale. Pour ces personnes, l'intérêt de ces campagnes est de promouvoir le dépistage comme outil permettant d'ajuster les comportements de prévention grâce aux conseils personnalisés lors de la prescription ou du rendu du test.

La proportion de sérologies positives pour 1 000 tests reste en 2005 près de deux fois plus élevée parmi les sérologies effectuées dans le cadre d'une CDAG que dans un cadre non anonyme, ce qui souligne l'intérêt de ces consultations qui accueillent une population plus touchée que la population générale.

La proportion de sérologies confirmées positives parmi les sérologies réalisées montre des variations géographiques importantes d'une région à l'autre, en fonction de l'activité de dépistage et de l'importance de l'épidémie. L'IDF et les Départements français d'Amérique (DFA) ont à la fois une activité de dépistage et une proportion de sérologies positives élevées. La situation en Guyane, avec un taux de sérologies positives rapporté à la population presque trois fois plus élevé qu'en Guadeloupe et presque cinq fois plus élevé qu'en IDF, reste particulièrement alarmante, comme le montrent également les résultats de notification du VIH et du sida.

MÉTHODOLOGIE

- Le réseau RENA VI (1989-1997), géré par le Réseau national de santé publique (RNSP) reposait sur des biologistes volontaires, qui transmettaient mensuellement des informations sur les sérologies VIH effectuées dans leurs laboratoires, en dehors des dons du sang. Une enquête complémentaire annuelle, faite de 1989 à 1996 auprès d'un échantillon de laboratoires non participants, permettait de faire une estimation pour la France métropolitaine du nombre de tests effectués et du nombre de sérologies positives [1].
- L'enquête LaboVIH a été mise en place en 2001 par l'InVS auprès de l'ensemble des laboratoires d'analyses médicales de France. Ses objectifs sont d'évaluer, à l'échelle nationale (métropole et outre-mer), le nombre de personnes testées pour le VIH, à l'exclusion des donneurs de sang, le nombre de personnes confirmées positives et leur évolution au cours du temps. Durant la période ayant précédé la mise en place de la notification obligatoire de l'infection par le VIH en 2003, un autre objectif de cette enquête était de caractériser en terme de sexe et d'âge, les personnes confirmées positives [2].

En 2001 et 2002, les Observatoires régionaux de la santé (ORS) de quatre régions (Alsace, Auvergne, Bretagne et Poitou-Charentes), qui recueillaient déjà auparavant ces informations, ont continué à le faire et les ont transmis à l'InVS. Depuis 2003, seul l'ORS de Bretagne poursuit ce recueil.

Pour les régions dont les données ne sont pas transmises par les ORS, l'InVS adresse chaque semestre un questionnaire directement à l'ensemble des laboratoires de ville et hospitaliers. Les données anonymes recueillies sont le nombre de personnes testées vis-à-vis du VIH et le nombre de personnes confirmées positives, sachant que ces nombres incluent des personnes testées plusieurs fois. En 2001 et 2002, années précédant la mise en place de la notification obligatoire du VIH (cf. chapitre 1.1), il était également demandé, pour les personnes confirmées positives, le sexe, l'âge et le département de domicile.

L'estimation des résultats pour l'ensemble des laboratoires est faite en attribuant :

- aux laboratoires ayant transmis leur activité pour un seul semestre, une estimation de leur activité annuelle calculée à partir de leur réponse partielle ;
- aux laboratoires n'ayant transmis aucune réponse, la médiane de l'activité des laboratoires du même type (laboratoire de ville ou hospitalier) et de la même région.

■ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Goulet V, de Benoist AC, Laurent E. Activité de dépistage de l'infection à VIH en France en 1997. Réseau RENAVI. Bull Epidemiol Annuel 1999;(2):31-4.
- [2] Cazein F, Couturier S, Pillonel J, Lot F, Semaille C. Dépistage et diagnostic du VIH dans les laboratoires en France (2001-2002). Bull Epidemiol Hebd 2004;24-25:111-2.
- [3] Lot F, Cazein F, Pillonel J. Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2005. Bull Epidemiol Hebd 2006;48:371-8.
- [4] EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2005. Saint-Maurice; 2006. Report No: 73.
- [5] Nouveaux cas des affections de longue durée (ALD 30) de 1990 à 2005 - France entière. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS) 2006. www.ameli.fr