

1.2 - Surveillance du sida : notification obligatoire du sida

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

Les points clés

- Plus de 4 000 cas de sida ont été diagnostiqués en 1996 et environ 1 200 en 2005.
- Le nombre de cas de sida et de décès a considérablement diminué entre 1996 et 1998, de façon plus marquée chez les personnes contaminées par rapports homosexuels et par usage de drogues injectables que par rapports hétérosexuels.
- De 1998 à 2005, le nombre de cas de sida chez les femmes est resté stable, tandis qu'il a continué à diminuer chez les hommes, la part des femmes parmi les cas de sida est de 33 % en 2005.
- Les pathologies inaugurales de sida les plus fréquentes depuis 2000 sont la pneumocystose et la tuberculose.
- Les cas de sida en 2005 sont diagnostiqués près d'une fois sur deux chez des personnes qui ignoraient leur séropositivité.
- La survie après le diagnostic de sida a considérablement augmenté depuis 1996.

1.2.1 INTRODUCTION

La surveillance du sida, instaurée en France en 1982, repose sur la notification obligatoire depuis 1986. Cet article présente les résultats de la notification obligatoire des diagnostics de sida de 1996, année de la diffusion des puissantes associations d'antirétroviraux, jusqu'en décembre 2005.

Le fonctionnement de ce système de surveillance est décrit plus loin (cf. encadré méthodologie).

1.2.2 RÉSULTATS

Environ 61 000 personnes ont développé un sida depuis le début de l'épidémie jusqu'au 31 décembre 2005. Parmi ces personnes, plus de 34 000 sont décédées et près de 27 000 personnes sont vivantes au 31 décembre 2005 (tableau 1).

1.2.2.1 Évolution des cas de sida

Après une diminution très importante du nombre de cas de sida (-43 %) entre 1996 et 1997 [1], la diminution s'est ralentie entre 1997 et 1998 (-15 %), puis s'est stabilisée autour de -4 % par an jusqu'en 2002. Cette diminution s'est à nouveau accentuée à partir de 2003, année de la mise en place de la notification obligatoire du VIH (-8 % par an entre 2003 et 2005) [2].

Le nombre de cas de sida diagnostiqués en 2005 est d'environ 1 200 (tableau 1), soit 20 cas par million d'habitants, ce qui correspond au taux moyen en Europe de l'Ouest [3]. Ce taux est inférieur à celui observé au Portugal (80), en Suisse (37), en Espagne (36) et en Italie (25).

TABLEAU 1	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 31/03/2006)												
	<1996	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Date inconnue	Total
Nombre de cas de sida par année de diagnostic	42 124	4 039	2 293	1 948	1 835	1 732	1 673	1 636	1 454	1 320	1 028		61 082
Nombre de cas redressés ^a										1 340	1 232		61 306
Nombre de cas de sida décédés par année de décès	25 875	2 916	1 120	769	708	621	585	666	481	415	346	99	34 601 ^b
Nombre de décès redressés ^a										418	392		34 650 ^b
Nombre de cas de sida vivants cumulés à la fin de chaque année	16 249	17 372	18 545	19 724	20 851	21 962	23 050	24 020	24 993	25 915	26 755		26 656

^a Nombre redressé par rapport au délai de déclaration, mais sans tenir compte des cas ou des décès qui ne sont pas déclarés.

^b Sont inclus les 99 décès de date inconnue.

Dans toutes les régions, on observe une diminution du nombre de cas de sida entre 1996 et 1997 [4,5] mais, pour les années suivantes, l'évolution diffère selon les régions (figure 2, annexes 6 et 7). Dans certaines régions (Île-de-France (IDF), Bretagne), le nombre de cas s'est stabilisé jusqu'en 2002, puis a diminué à nouveau. À l'opposé, en Aquitaine et en Languedoc-Roussillon, le nombre de cas a diminué jusqu'en 2002, puis s'est stabilisé entre 2003 et 2005. Enfin, dans d'autres régions comme en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), la diminution s'est poursuivie entre 1998 et 2005.

1.2.2.2 Évolution des décès

Entre 1996 et 1997, le nombre de décès a fortement décliné (-62 %), la diminution a encore été importante entre 1997 et 1998 (-31 %), puis s'est ralentie jusqu'en 2001. Le nombre de décès notifiés a augmenté en 2002 avant de diminuer à nouveau en 2003, ce qui est peut-être en lien avec la perspective de refonte du système de notification puis sa mise en place en 2003. Depuis 2003, le nombre de décès diminue à nouveau et il est d'environ 400 en 2005. Ce nombre ne représente que les décès de personnes ayant développé un sida et non l'ensemble des décès des personnes infectées par le VIH [6,7]. Dans toutes les régions, le nombre de décès a diminué fortement entre 1996 et 1997. La diminution s'est poursuivie ensuite de manière plus modérée en métropole, alors que le nombre annuel de décès s'est stabilisé dans les Départements français d'Amérique (DFA).

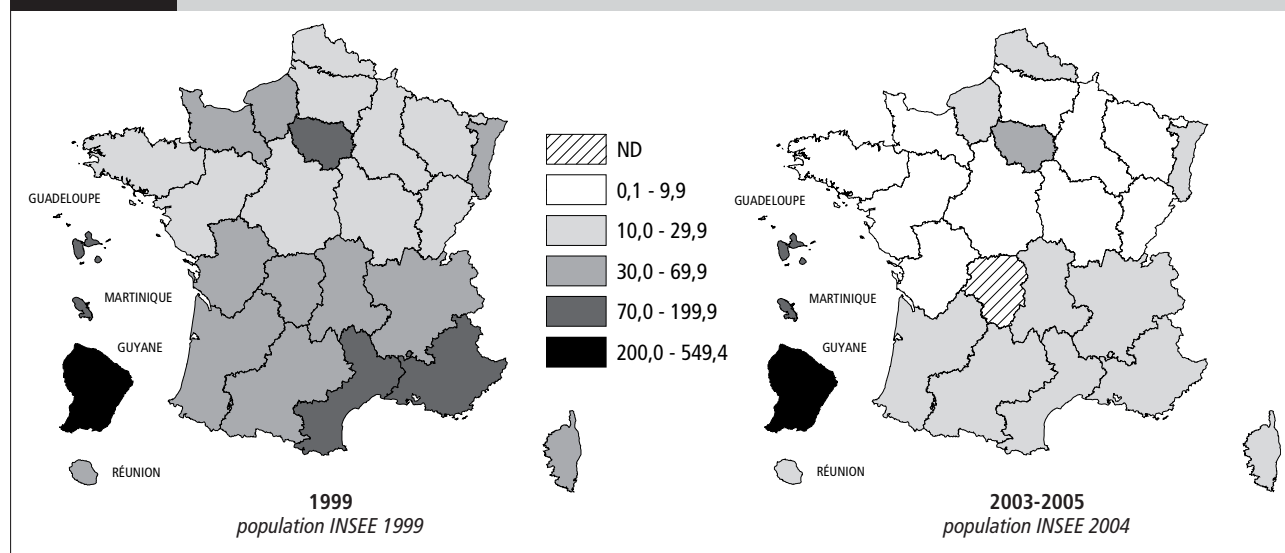
1.2.2.3 Répartition géographique

Le nombre de cas de sida diagnostiqués en 1996, rapporté à l'ensemble de la population française, était de 69 par million d'habitants. Ce taux présentait de fortes disparités régionales, de 19 à 549 cas par million d'habitants (figure 1). La Guyane (549 par million d'habitants) était déjà beaucoup plus touchée que les autres régions. Les taux les plus élevés étaient ensuite observés en Guadeloupe (196/million d'habitants), en IDF (158), en PACA (119), en Martinique (117) et en Languedoc-Roussillon (76).

Sur la période la plus récente (2003-2005), le nombre annuel de cas de sida rapporté à la population a diminué dans toutes les régions par rapport à 1996. Il est de 22 par million d'habitants et par an pour l'ensemble de la France, avec une amplitude restant très forte entre les régions, de 4 à 323 cas par million d'habitants et par an. Parmi les régions ayant les taux les plus élevés, se trouvent encore la Guyane (323 par million d'habitants) et la Guadeloupe (95). Le nombre de cas par million d'habitants en Martinique (75) dépasse celui observé en IDF (50). Dans toutes les autres régions, le taux annuel est inférieur à 25 cas par million d'habitants. Le taux de la région PACA, qui était proche de celui de l'IDF dans le milieu des années quatre-vingt-dix, lui est désormais inférieur de moitié (21), et celui observé en Languedoc-Roussillon est désormais plus faible que la moyenne nationale (10).

FIGURE 1

TAUX ANNUEL DE CAS DE SIDA DIAGNOSTIQUÉS EN 1996 ET EN 2003-2005 PAR MILLION D'HABITANTS (FRANCE, DONNÉES AU 31/03/2006 REDRESSÉES POUR LES DÉLAIS DE DÉCLARATION)



ND : non disponible car les calculs de redressement sont impossibles du fait de la combinaison d'un effectif faible et de délais de déclaration irréguliers.

1.2.2.4 Sexe

Le sex-ratio (hommes/femmes) n'a cessé de diminuer entre 1996 et 2005, il est passé de 3,9 à 2,0. Après une diminution similaire du nombre de cas de sida entre 1996 et 1997 chez les hommes et chez les femmes, le nombre de cas annuels masculins n'a cessé de diminuer, passant d'environ 1 800 en 1997 à 800 en 2005, alors que le nombre de cas féminins a fluctué entre 400 et 500 par an sur la même période. Parmi l'ensemble des cas de sida diagnostiqués entre 2003 et 2005, la proportion de femmes est de 31 %. Cette proportion est plus élevée en Guadeloupe et en Guyane, où la contamination par rapports

hétérosexuels est prépondérante. En revanche, cette proportion est plus faible en Aquitaine, Champagne-Ardenne, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes et Réunion (<22 %).

1.2.2.5 Âge

De 1996 à 2005, 19 067 cas de sida ont été diagnostiqués chez des adultes et 116 chez des enfants de moins de 13 ans. L'âge moyen au diagnostic de sida a régulièrement augmenté de 39,0 ans en 1996 à 42,1 en 2005. Les hommes sont toujours plus âgés que les femmes et leur âge moyen a été en constante augmentation

(de 39,5 ans en 1996 à 43,7 ans en 2005). Chez les femmes, l'âge moyen a augmenté entre 1996 et 2002 (de 37,0 ans à 40,0 ans) puis s'est stabilisé à 38-39 ans entre 2003 et 2005.

L'augmentation de l'âge au diagnostic concerne davantage les usagers de drogues injectables (UDI) (de 34,8 ans en 1996 à 41,4 ans en 2005) que les homosexuels (de 40,1 ans à 42,7 ans sur la même période). Chez les hétérosexuels, l'âge moyen n'évolue pas de façon régulière ; il varie selon les années entre 38 et 40 ans chez les femmes et 42 et 45 ans chez les hommes.

Sur la période 2003-2005, l'âge moyen au diagnostic de sida est de 41,5 ans. Dans des régions comme l'Auvergne, la Bourgogne, la Bretagne, la Picardie et la région Poitou-Charentes, l'âge au diagnostic de sida est plus élevé (>44 ans), tandis que dans d'autres régions (IDF, Nord-Pas-de-Calais et Guyane), l'âge moyen est inférieur à 41 ans.

1.2.2.6 Mode de contamination

Quel que soit le mode de contamination, le nombre de cas de sida a diminué entre 1996 et 2005, mais cette baisse a été différente pour chacun de ces modes (annexe 8).

Le nombre de cas chez les hommes contaminés par rapports homosexuels n'a cessé de diminuer, passant d'environ 1 500 cas en 1996 à environ 300 cas en 2005 (figure 2).

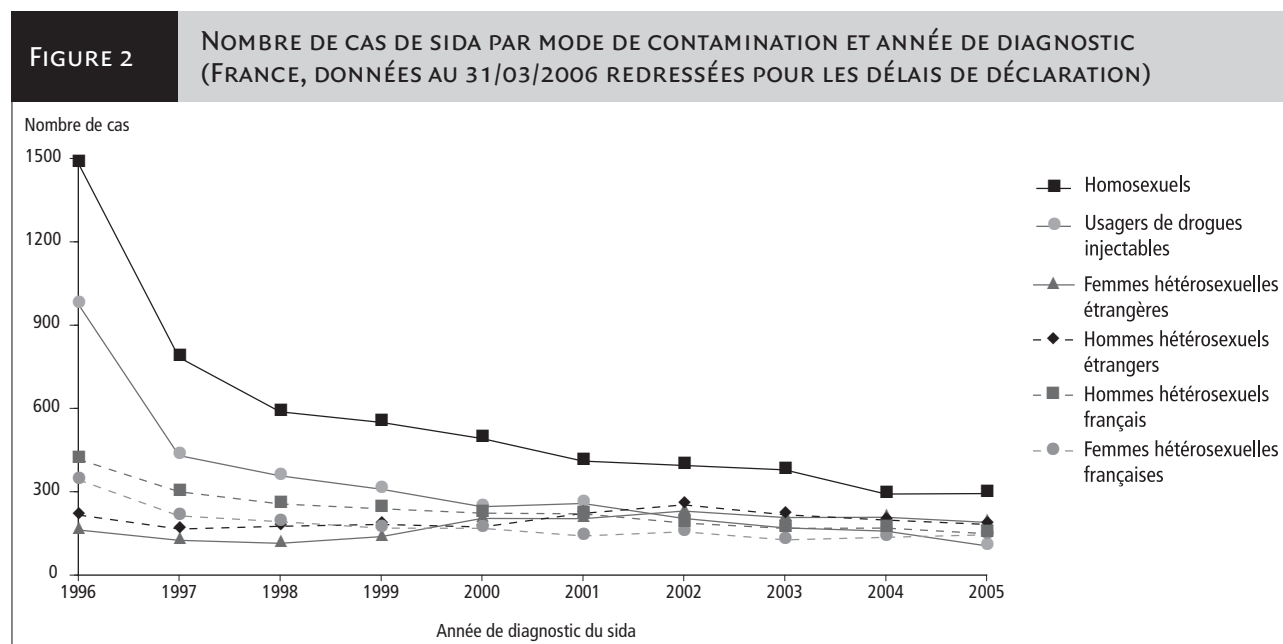
La diminution du nombre de cas de sida chez les UDI est encore plus marquée, de 1 300 cas en 1996 à une centaine de cas en 2005.

Concernant la contamination par rapports hétérosexuels, la diminution ne s'est produite qu'entre 1996 (environ 1 300 cas) et 1998

(environ 700). Ensuite, le nombre de cas a ré-augmenté jusqu'en 2002 (environ 800) pour diminuer à nouveau jusqu'en 2005 (environ 700 cas). L'évolution est sensiblement la même chez les hommes et les femmes jusqu'en 2003. Entre 2003 et 2005, le nombre de femmes s'est stabilisé tandis que le nombre d'hommes a diminué. Pour la première fois en 2005, le nombre de femmes (337) dépasse le nombre d'hommes (333). Ces tendances sont essentiellement liées aux évolutions observées dans la population étrangère, notamment d'Afrique subsaharienne. En effet, le nombre de cas a augmenté entre 1999 et 2002 chez les hommes et les femmes de nationalité étrangère pour diminuer ensuite. Chez les Français contaminés par rapports hétérosexuels, le nombre de cas est désormais équivalent chez les hommes et les femmes, en raison d'une diminution chez les hommes et d'une stabilité chez les femmes.

Depuis le début de l'épidémie, 810 cas de sida ont été notifiés chez des enfants de moins de 13 ans (annexe 9). Pour 84 % de ces enfants, il s'agit d'une contamination mère-enfant, 13 % (diagnostiqués avant 1997) ont été contaminés par transfusion ou par produits antihémophiliques, le mode de contamination n'étant pas renseigné pour les autres enfants.

Parmi les 112 enfants dont le sida a été diagnostiqué entre 1996 et 2005, 87 % ont été contaminés par transmission mère-enfant, dont 69 % sont nés de mère d'origine étrangère, principalement d'Afrique subsaharienne (39 %) et des Caraïbes (22 %). Parmi les enfants contaminés par transmission mère-enfant, la mère était le plus souvent contaminée par rapports hétérosexuels (64 %), par usage de drogues injectables dans 10 % des cas, son mode de contamination n'étant pas renseigné dans 25 % des cas. Depuis 1998, aucun cas de sida n'a été diagnostiqué chez un enfant né de mère contaminée par usage de drogues injectables.



Parmi l'ensemble des cas de sida diagnostiqués entre 2003 et 2005, la proportion de personnes contaminées par rapports hétérosexuels est de 53 %. Cette proportion est plus élevée ($\geq 59\%$) en IDF et dans

les trois DFA. Cette proportion est inférieure à 40 % en Aquitaine, en Bourgogne, en Bretagne, en Languedoc-Roussillon, en Pays-de-Loire et en PACA.

Parmi l'ensemble des cas de sida diagnostiqués entre 2003 et 2005, la proportion de personnes contaminées par rapports homosexuels est de 24 %. Cette proportion est plus élevée (≥ 35 %) en Bretagne, Champagne-Ardenne, Languedoc-Roussillon, le Pays-de-Loire et à la Réunion. Les proportions les plus faibles s'observent en Guadeloupe et en Guyane (< 10 %).

Parmi l'ensemble des cas de sida diagnostiqués entre 2003 et 2005, la proportion de personnes contaminées par injection de drogues est de 11 %. Cette proportion est plus élevée (> 20 %) en Bourgogne et PACA. Les proportions les plus faibles s'observent dans le Centre, en Champagne-Ardenne, en Guadeloupe et en Martinique (≤ 5 %).

1.2.2.7 Nationalité

En 1996, 84 % des cas de sida étaient diagnostiqués chez des Français et 16 % chez des personnes de nationalité étrangère. La proportion de personnes de nationalité étrangère a augmenté de 1996 à 2002 et s'est ensuite stabilisée (38 % en 2003-2005).

La Guyane, l'IDF et la Guadeloupe sont les régions qui comptent la plus forte proportion d'étrangers parmi les cas de sida diagnostiqués entre 2003 et 2005, respectivement 63 %, 52 % et 46 %. En Guyane et en Guadeloupe, il s'agit de personnes du continent américain alors, qu'en région parisienne, il s'agit essentiellement de personnes d'Afrique subsaharienne. La proportion d'étrangers est d'environ 30 % en Picardie et en Haute-Normandie et de 20-25 % dans les régions Centre, Nord-Pas-de-Calais, Rhône-Alpes, Alsace et Lorraine. Dans les autres régions, cette proportion est inférieure à 20 %.

La diminution du nombre de cas de sida entre 1996 et 1997 a été beaucoup plus importante chez les personnes de nationalité française (-47 %) que chez les personnes de nationalité étrangère (-35 %). La diminution se poursuit après 1997 et jusqu'en 2005 chez les personnes de nationalité française. Chez les personnes de nationalité étrangère, on observe, au contraire, une augmentation du nombre de cas entre 1998 et 2002 et une diminution seulement après 2002 (cf. chapitre 4.3).

1.2.2.8 Activité professionnelle

Jusqu'en 2002, seule la catégorie socioprofessionnelle était recueillie, sans que l'on puisse savoir si la personne exerçait ou non sa profession.

Sur la période 1996-2005, 28 % des personnes développant un sida étaient sans profession au moment du diagnostic, 19 % étaient

employés et 17 % ouvriers. Les professions intermédiaires comptaient pour 9 % des cas, les artisans-commerçants 7 %, les cadres 7 % et les agriculteurs 1 %. La profession était inconnue dans 12 % des cas. La proportion de personnes sans profession était plus importante chez les femmes (49 %) que chez les hommes (21 %). La part des personnes sans profession au moment du diagnostic a diminué en 2004-2005 (21 %), alors que la part des employés a augmenté (23 %).

Les personnes ayant une profession ne sont pas toutes en activité professionnelle au moment du diagnostic. Depuis 2003, une variable permet de connaître le statut d'activité professionnelle de la personne. Sur la période 2003-2005, seules 43 % des personnes sont en activité professionnelle au moment du diagnostic de sida. Cette proportion varie selon la région, elle est plus faible en Guadeloupe (34 %) et en Guyane (22 %), alors qu'elle est plus élevée (> 50 %) dans le Centre, en Lorraine et en Pays-de-Loire.

1.2.2.9 Connaissance de la séropositivité et traitement antirétroviral avant le sida

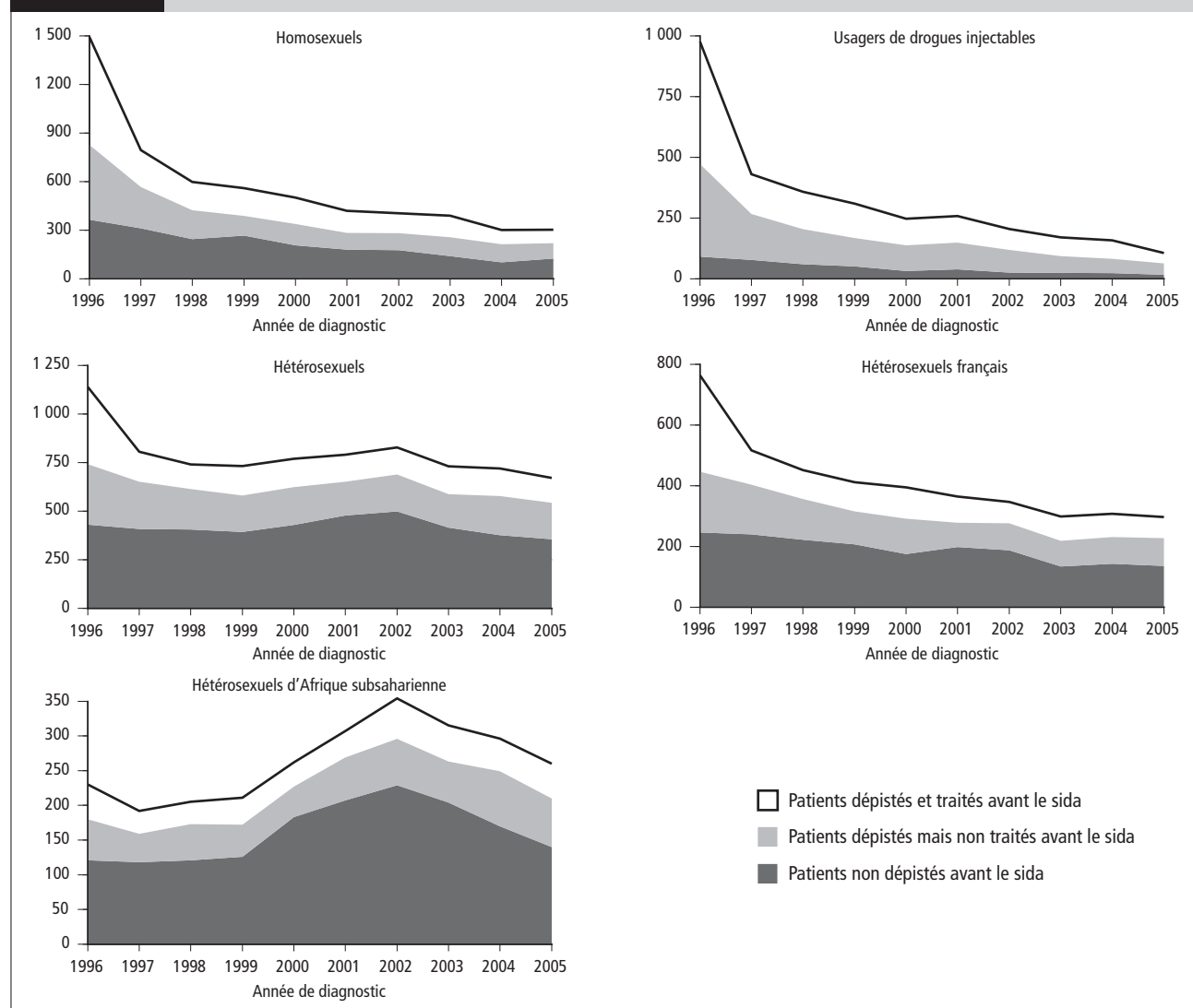
En 1996, l'introduction des puissantes associations d'antirétroviraux a considérablement amélioré le pronostic de la maladie, modifiant ainsi le profil de l'épidémie de sida. En 1996, un quart des personnes ignoraient leur séropositivité au moment du diagnostic de sida. Dès 1997, le nombre de cas de sida a fortement diminué chez les personnes connaissant leur séropositivité (et pouvant donc bénéficier d'un traitement antirétroviral), tandis qu'il ne se modifiait que très peu chez les personnes qui ignoraient leur séropositivité avant le sida. La proportion de personnes ignorant leur séropositivité parmi les cas de sida a donc rapidement augmenté, dépassant 40 % en 1997 pour atteindre 46 % sur la période 2003-2005.

La méconnaissance de la séropositivité au diagnostic de sida est plus élevée chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels (54 % en 2003-2005) que chez celles contaminées par rapports homosexuels (38 %) et beaucoup plus faible chez les UDI (15 %) (figure 3). Parmi les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, la méconnaissance de la séropositivité jusqu'au sida est plus fréquente chez celles d'Afrique subsaharienne (60 %) que chez les personnes françaises (46 %).

Cependant, on note parmi les cas hétérosexuels une diminution récente du nombre et de la proportion de personnes ignorant leur séropositivité, tant chez les Africains (de 65 % en 2002 à 55 % en 2005) que chez les Français (de 55 % à 46 %).

FIGURE 3

CAS DE SIDA PAR ANNÉE DE DIAGNOSTIC SELON LA CONNAISSANCE DE LA SÉROPOSITIVITÉ ET L'ÉVENTUALITÉ D'UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL AVANT LE SIDA POUR LES PRINCIPAUX MODES DE CONTAMINATION ET PAR NATIONALITÉ POUR LES HÉTÉROSEXUELS (FRANCE, DONNÉES AU 31/03/2006 REDRESSÉES POUR LES DÉLAIS DE DÉCLARATION)



NB : les graphiques ne sont pas à la même échelle.

L'ignorance de la séropositivité au moment du diagnostic de sida entre 2003 et 2005 est plus fréquente (>55 %) dans les régions Auvergne, Centre et Poitou-Charentes. À l'inverse, elle est moins fréquente (<35 %) en Nord-Pas-de-Calais, Basse-Normandie, PACA et Martinique.

Parmi les cas de sida diagnostiqués en 1996 chez des personnes qui connaissaient leur séropositivité, 41 % n'avaient pas reçu d'antirétroviraux avant le sida. La diminution du nombre de cas de sida entre 1996 et 1997 a été moindre chez ces personnes non traitées que pour celles ayant reçu des antirétroviraux. C'est pourquoi, leur proportion a augmenté en 1997 et se situe, depuis, aux environs de 50 %. Cette proportion varie, en outre, selon le mode de contamination : en 2003-2005, elle est de 56 % chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, de 52 % chez les hommes contaminés par rapports homosexuels et de 43 % chez les usagers de drogues.

Parmi les cas de sida diagnostiqués en 2003-2005, l'absence de traitement antirétroviral chez les personnes connaissant pourtant leur séropositivité est plus fréquente (>65 %) en Lorraine, en Basse-Normandie, en Martinique, en Guyane et à la Réunion. Elle est moins fréquente (<40 %) en Bourgogne et en Picardie.

1.2.2.10 Pathologies inaugurales

En 2003-2005, 23 % des patients ont présenté une pneumocystose comme pathologie inaugurale de sida, 20 % une tuberculose (pulmonaire ou autre), 16 % une candidose œsophagienne, 12 % une toxoplasmose cérébrale et 9 % un sarcome de Kaposi.

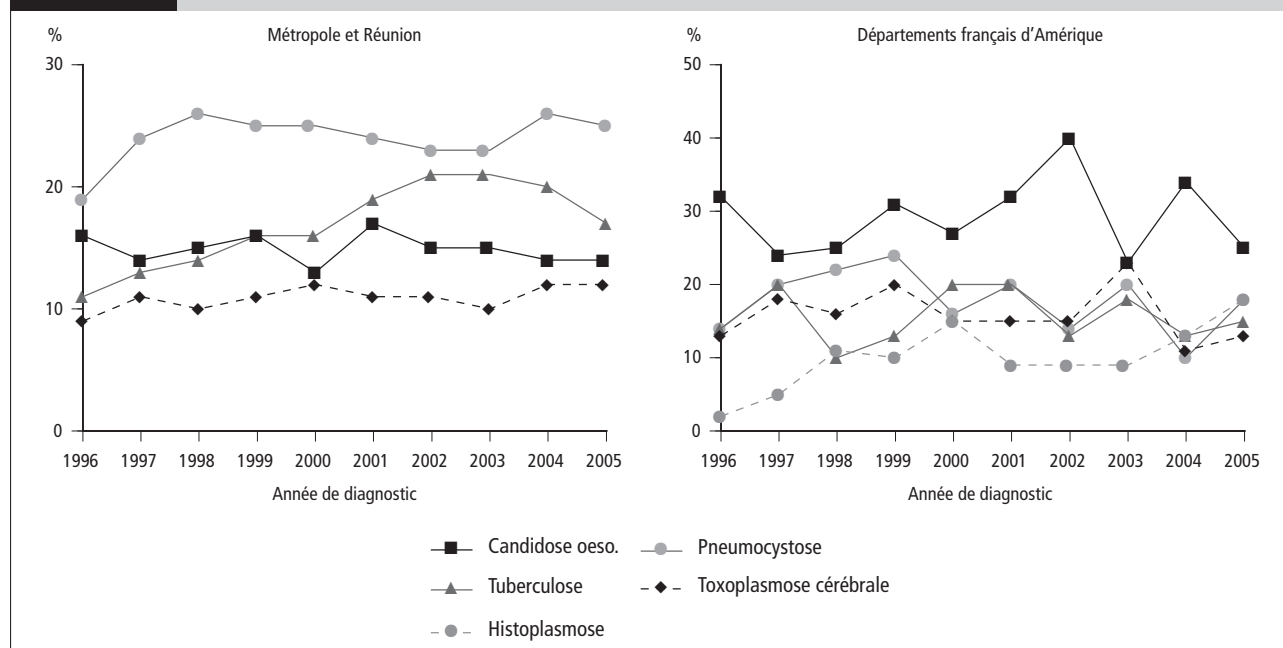
Les fréquences annuelles de ces pathologies se sont peu modifiées sur les années récentes. Cependant, leurs fréquences sont différentes selon qu'il s'agit de personnes ayant bénéficié d'un traitement antirétroviral avant le sida ou de personnes n'ayant découvert leur séropositivité qu'au moment du sida (annexe 10). Ainsi, chez les personnes ignorant leur séropositivité, la pneumocystose (32 % sur la période 1996-2005) et la toxoplasmose (13 %) sont plus fréquentes que chez les personnes traitées avant le sida (respectivement 11 % et 7 %). Inversement, chez les personnes traitées par antirétroviraux, les candidoses œsophagiennes (20 %) et les lymphomes (10 %) sont plus fréquents que chez les personnes non dépistées (respectivement 15 % et 4 %).

Certaines pathologies inaugurales de sida comme les candidoses œsophagiennes et l'histoplasmose sont plus fréquentes dans les DFA

que dans les autres régions (figure 4), alors que la pneumocystose et le sarcome de Kaposi y sont moins fréquents.

FIGURE 4

FRÉQUENCE DES PRINCIPALES PATHOLOGIES INAUGURALES DE SIDA DIAGNOSTIQUÉES DE 1996 À 2005 (FRANCE, DONNÉES AU 31/03/2006)



NB : les deux graphiques ne sont pas à la même échelle.

1.2.3 DISCUSSION

La diminution spectaculaire du nombre de nouveaux diagnostics de sida en 1996-1997 a été observée pour tous les modes de contamination, quels que soient la nationalité, le sexe et la région.

Par la suite, le nombre de cas de sida dans les différents groupes a suivi des évolutions contrastées. L'un des principaux facteurs expliquant ces différentes évolutions est la prise ou non d'un traitement antirétroviral avant le sida, elle-même dépendant du dépistage et variant avec la nationalité et le mode de contamination. Ainsi, la diminution du nombre de cas de sida s'est poursuivie chez les personnes contaminées par usage de drogues injectables et par rapports homosexuels, mieux dépistées avant le sida que celles contaminées par rapports hétérosexuels. Chez les personnes d'Afrique subsaharienne, caractérisées par un moindre recours au dépistage avant le sida, le nombre de cas a au contraire augmenté jusqu'en 2002.

Depuis 2003, la diminution du nombre de cas de sida s'est accentuée, sans que l'on puisse faire la part entre une réelle diminution et une possible augmentation de la sous-déclaration après la mise en place

du nouveau système de notification de l'infection par le VIH et du sida. Pour limiter cette sous-déclaration, une modification de la fiche de notification est prévue pour 2007.

Même si la surveillance du sida ne reflète plus, depuis 1996, l'évolution du nombre de contaminations, elle reste nécessaire en tant qu'indicateur de l'absence de dépistage et de prise en charge, les cas de sida survenant en grande partie chez les personnes n'ayant pas bénéficié de traitements antirétroviraux. Elle permet aussi l'analyse des tendances sur des périodes longues et l'analyse des pathologies inaugurales de sida.

Cette surveillance a également permis de mener plusieurs études de survie après le diagnostic de sida. Une analyse des cas de sida diagnostiqués entre 1994 et 2001 dans les hôpitaux parisiens [8] a montré que la médiane de survie des personnes diagnostiquées entre 1994 et juin 1996 était de 32 mois. Après la diffusion des associations d'antirétroviraux en 1996, la survie après sida s'est considérablement allongée : les trois quarts des personnes diagnostiquées au-delà de juin 1996 étaient encore en vie cinq ans après et leur survie médiane n'a pu être estimée.

La notification du sida est réalisée par les cliniciens sur la base d'une définition européenne révisée en 1993 [9-12]. Jusqu'en 2002, cette notification se faisait sur la base de l'initiale du nom, du prénom et de la date de naissance. Depuis 2003, cette notification est faite sur la base d'un code d'anonymat calculé de la même manière que celui de la notification de l'infection par le VIH [13]. Les notifications sont adressées aux médecins inspecteurs de santé publique des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass), qui les transmettent à l'InVS. Une validation auprès des médecins déclarants, par la Ddass ou par l'InVS, pour compléter des informations manquantes, est souvent nécessaire.

Un même cas peut être notifié par plusieurs déclarants. Les doubles notifications (13 % sur la période 2003-2005) sont détectées à l'InVS grâce au code d'anonymat, qui est invariable pour une même personne. Elles ne sont donc pas enregistrées comme de nouveaux cas, mais permettent souvent de compléter la première notification.

Entre le diagnostic d'un cas et sa notification, il existe un certain délai. Le délai moyen de notification, qui était de 2,3 trimestres entre 1996 et 2002, s'est allongé à 2,7 trimestres pour la période 2003-2005. Compte tenu de l'antériorité de la surveillance, il est possible de corriger (ou "redresser") les données des huit derniers trimestres pour tenir compte de ces délais de déclaration [14]. Ce calcul n'est pas possible si les délais de déclaration sont trop fluctuants.

L'exhaustivité de la notification de sida a été estimée dans les années quatre-vingt-dix entre 80 et 90 % et celle de la notification des décès de personnes au stade sida entre 75 et 85 % [15,16], aucune estimation plus récente n'est disponible.

Dans certaines régions, compte tenu du faible nombre de cas, les pourcentages sont difficilement utilisables. C'est pourquoi, dans le texte de ce chapitre, les différences interrégionales n'ont été mentionnées que pour les 23 régions (sur 26) dont le nombre de cas est supérieur à 30 sur la période 2003-2005.

■ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Lot F, Pillonel J, Pinget R, Cazein F, Gouezel P, Laporte A. Diminution brutale du nombre de cas de sida : rôle des nouvelles stratégies thérapeutiques. *Surveillance du sida en France. Situation au 31 décembre 1996. Bull Epidemiol Hebd* 1997;11:43-9.
- [2] Surveillance du VIH/sida en France. Données au 31 mars 2005. Diapositives. Institut de veille sanitaire 2006 ; http://www.invs.sante.fr/publications/2006/vih_sida_donnees_31032005/index.html
- [3] EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2005. Saint-Maurice;2006. Report No:73.
- [4] Données issues de la déclaration obligatoire du sida au 31 décembre 2005. Institut de veille sanitaire, 2006 ; http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/BDD_sida/index.htm
- [5] Situation du sida en France. Données du 31 décembre 2002. Diapositives. Institut de veille sanitaire, 2003 ; http://www.invs.sante.fr/publications/2003/sida_france_2002/index.html
- [6] Lewden C, Salmon D, Morlat P, Bévillacqua S, Jouglu E, Bonnet F, *et al.* Causes de décès des personnes infectées par le VIH en 2000 : persistance du sida, rôle émergent des cancers et des hépatites. *Bull Epidemiol Hebd* 2004;17:67-8.
- [7] Lewden C, May T, Rosenthal E, Bonnet F, Burty C, Morlat P, *et al.* Causes de décès en France en 2005 des adultes infectés par le VIH et évolution par rapport à 2000. *Bull Epidemiol Hebd* 2006;48:379-82.
- [8] Couzigou C, Pinget R, Le Strat Y, Pillonel J, Vittecoq D, Semaille C. Survie des patients atteints de sida diagnostiqués dans les hôpitaux parisiens : facteurs pronostics et évolution, 1994-2001. *Bull Epidemiol Hebd* 2005;23:112-4.
- [9] Définition du sida avéré (révision 1987). *Bull Epidemiol Hebd* 1987;51:201-3.
- [10] Révision de la définition du sida en France. *Bull Epidemiol Hebd* 1993;11:49-50.
- [11] Ancelle-Park R. Expanded European AIDS case definition. *Lancet* 1993;341(8842):441.
- [12] Révision du système de classification de l'infection VIH chez l'enfant de moins de 13 ans. *Bull Epidemiol Hebd* 1995;11:47-50.
- [13] Déclarer, agir, prévenir. Le nouveau dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2003.
- [14] Heisterkamp SH, Jager JC, Ruitenberg EJ, Van Druten JA, Downs AM. Correcting reported AIDS incidence : a statistical approach. *Stat Med* 1989;8(8):963-76.
- [15] 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;5:19-21.
- [16] Couzigou C. Survie des patients atteints de sida diagnostiqués dans les hôpitaux parisiens : facteurs pronostics et évolution (1994-2001). Mémoire pour le DEA de santé publique, Université Paris X. Université Paris X;2004.