

Surveillance de l'infection à VIH et du sida en France

Situation au 31 mars 2004

Sources : Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice - Centre national de référence pour le VIH, laboratoire de virologie, CHU Bretonneau, Tours

Synthèse réalisée par : F. Cazein, F. Lot, R. Pinget, F. Barin, J. Pillonel, D. David, D. Brand, S. Brunet, B. Liandier, C. Semaille.

Mots-clés : Infection VIH, sida, notification obligatoire

Les points essentiels :

- le nombre de découvertes de séropositivité est estimé à près de 6000 en 2003
- Prépondérance des contaminations par rapports hétérosexuels (57 % des découvertes de séropositivité, dont un tiers de femmes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne), persistance des contaminations par rapports homosexuels (21 %) et confirmation de la réduction de la transmission du VIH parmi les usagers de drogues injectables (2 %)
- 32 % des découvertes de séropositivité correspondent à des contaminations datant de moins de 6 mois.
- 50 % des infections à VIH-1 sont de sous-type non B (23 % chez les personnes de nationalité française et 83 % chez celles de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne)
- environ 27 100 personnes vivant avec le sida en France au 31 mars 2004
- 47 % des personnes dont le sida a été diagnostiqué en 2003 ignoraient leur séropositivité, ce qui excluait toute possibilité de prise en charge précoce de leur infection VIH

1. Objectifs, modalités et qualités du système de surveillance

Objectifs

La surveillance du sida a été réorganisée et complétée en 2003 par la notification du VIH, dans le but de suivre la dynamique de l'infection VIH, afin de mieux adapter les actions de prévention. La surveillance de l'épidémie d'infection VIH en France repose désormais sur plusieurs systèmes anonymisés et complémentaires :

- la notification obligatoire des diagnostics d'infection VIH, afin de caractériser les personnes chez qui une séropositivité est diagnostiquée, quel que soit leur stade clinique ;
- la surveillance virologique, permettant de déterminer les contaminations récentes et de suivre l'évolution des sous-types circulants du virus ;
- la notification obligatoire des cas de sida, qui permet de caractériser la population des personnes au stade le plus avancé de la maladie.

Modalités

Les modalités de notification et les définitions de cas ont été détaillées dans un document largement diffusé auprès des professionnels de santé [1]. Les déclarants potentiels sont tous les biologistes et cliniciens diagnostiquant une infection VIH, qu'ils exercent en ville ou à l'hôpital. La

notification obligatoire du VIH est initiée par les biologistes, qui créent un code d'anonymat pour la personne à partir de données démographiques (date de naissance, prénom, initiale du nom et sexe), au moyen d'un logiciel fourni par l'Institut de veille sanitaire (InVS). Les informations épidémiologiques et cliniques sont ensuite complétées par les cliniciens.

La notification du sida est réalisée par les cliniciens uniquement, également sur la base du même code d'anonymat.

Les notifications sont adressées aux médecins inspecteurs de santé publique des Ddass (qui couplent les volets « biologiste » et « clinicien » pour le VIH), puis sont transmises à l'InVS. Une étape de relance/validation par la Ddass et/ou par l'InVS est souvent nécessaire auprès des médecins, pour obtenir le volet « clinicien » du questionnaire VIH ou pour préciser des informations incomplètes. Du fait du caractère unique du code d'anonymat, il est possible à l'InVS de repérer les doubles notifications pour une même personne, de manière à ne pas compter plusieurs fois un même cas, et à compléter les informations de l'une par l'autre.

La surveillance virologique est basée sur le volontariat, le clinicien indiquant sur la notification obligatoire si le patient s'y oppose ou non. Elle permet de déterminer le type de virus (VIH-1 ou VIH-2), le groupe, le sous-type [2] et d'évaluer, parmi les infections à VIH-1, si la contamination est récente (≤ 6 mois) ou non, à l'aide d'un test d'infection récente (TIR). Ce test a été validé sur une population de personnes infectées par le VIH dont la date de contamination était connue. La sensibilité du TIR sur buvard a été estimée à 87% et sa spécificité à 98%, en dehors du stade clinique de sida [3]. La période définissant une infection récente (6 mois) est liée aux contraintes techniques du test.

Ces examens sont effectués par le Centre National de Référence du VIH (CNR-VIH), sur un échantillon de sérum déposé sur buvard par le biologiste à partir du « fond de tube » ayant permis de diagnostiquer l'infection VIH [1]. Les résultats virologiques sont ensuite envoyés à l'InVS où ils sont couplés aux informations de la notification du VIH grâce au code d'anonymat.

Qualités

Parmi les 5 504 notifications d'infection VIH et les 2 148 notifications de sida parvenues à l'InVS au 31 mars 2004, respectivement 18% et 13% correspondaient à des doubles notifications (cas déjà notifiés).

L'exhaustivité de la notification d'infection VIH a été évaluée sur le semestre octobre 2003 et mars 2004, au cours duquel le nombre de notifications s'est stabilisé, après une montée en charge très progressive. La comparaison avec les données d'activité de dépistage recueillies dans les laboratoires d'analyses médicales (enquête LaboVIH [4]) permet d'estimer l'exhaustivité de la notification d'infection VIH à environ 65% (près de 6 300 notifications d'infection VIH reçues par an à l'InVS / 9 700 sérologies positives en 2003, hors CDAG¹, d'après LaboVIH). L'exhaustivité de la

¹ Les diagnostics d'infection VIH effectués dans le cadre d'une CDAG sont inclus dans l'enquête LaboVIH mais ne sont pas soumis à la notification obligatoire.

notification de sida a été estimée entre 80 et 90% et celle de la notification des décès de personnes au stade sida entre 75 et 85% [5,6,7].

Les cas sont notifiés avec un certain délai. Parmi les cas d'infection VIH notifiés entre avril 2003 et mars 2004, 32% ont été diagnostiqués et notifiés le même trimestre, 51% ont été notifiés après 1 trimestre de délai, 11% après 2 trimestres, 4% après 3 trimestres et 2% après un an ou plus. Le faible pourcentage de cas notifiés après un an est lié à la mise en place récente de cette surveillance qui ne concerne pas les cas rétrospectifs. Parmi les cas de sida notifiés entre avril 2003 et mars 2004, 24 % ont été diagnostiqués et notifiés le même trimestre, 40 % ont été notifiés après 1 trimestre de délai, 16 % après 2 trimestres, 8% après 3 trimestres et 12 % après un an ou plus. Compte-tenu de l'antériorité de la surveillance du sida, il est possible, pour les cas de sida et les décès, de corriger (ou « redresser ») les données des 8 derniers semestres pour tenir compte de ces délais de déclaration [8].

2. Principales caractéristiques épidémiologiques

2.1. Notification obligatoire du VIH

L'analyse ci-dessous porte sur 3 349 notifications reçues à l'InVS jusqu'au 31 mars 2004, pour lesquelles les volets « biologiste » et « clinicien » sont parvenus à l'InVS, correspondant à des nouveaux diagnostics d'infection VIH en 2003 ou au premier trimestre 2004, en incluant les cas pour lesquels une sérologie positive antérieure de moins d'un an est rapportée. La majorité de ces cas (49%) sont domiciliés en Ile-de-France et 8% dans les départements d'Outre-Mer.

A partir de l'estimation de l'exhaustivité de la notification du VIH au 31 mars 2004, on peut estimer le nombre réel de découvertes de séropositivité à près de 6000 en 2003.

Sexe et âge

Ces notifications concernent 3 333 découvertes de séropositivité chez des adultes et 16 cas pédiatriques. La proportion de femmes est de 43 %.

L'âge moyen au diagnostic d'infection VIH est de 36,3 ans pour l'ensemble des cas. Les femmes (moyenne 33,2 ans) sont plus jeunes que les hommes (38,7 ans, $p < 10^{-4}$). La distribution par classe d'âge est plus dispersée chez les hommes que chez les femmes [figure 1].

Les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne sont plus jeunes que celles de nationalité française : 32,0 ans versus 35,8 ans chez les femmes ($p=0,0007$) et 37,3 versus 39,3 chez les hommes ($p=0,027$).

Mode de contamination

Parmi les personnes nouvellement diagnostiquées, 57 % ont été contaminées par rapports hétérosexuels, 21% par rapports homosexuels et 2 % par usage de drogues injectables [tableau 1].

Chez les femmes, 80 % ont été contaminées par rapports hétérosexuels, soit la quasi-totalité des femmes dont le mode de contamination est documenté. Chez les hommes, les contaminations par rapports hétérosexuels (40 %) et rapports homosexuels (37 %) sont en proportions comparables.

La majorité (60%) des 1909 personnes contaminées par rapports hétérosexuels sont des femmes. La moitié de ces personnes (50 %) sont de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne (principalement Cameroun, Côte d'Ivoire, Congo et République Démocratique du Congo), 29 % de nationalité française, 6 % d'un pays du continent américain (principalement Haïti) et respectivement 4 % et 10 % de nationalité autre ou non documentée [figure 2].

Activité professionnelle

Parmi les personnes nouvellement diagnostiquées, 35 % sont en activité professionnelle au moment du diagnostic d'infection VIH, 42 % sont inactives et 7 % sont au chômage. Le statut d'emploi reste inconnu pour 15 % des cas.

Chez les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne, la proportion de celles exerçant une activité professionnelle (17 %) est plus faible que chez les personnes de nationalité française (62 %) ou d'une autre nationalité (33 %).

Motif de dépistage

Le dépistage a été réalisé du fait de la présence de signes cliniques ou biologiques pour 25 % des femmes et 39 % des hommes, d'une exposition au risque d'infection par le VIH pour 17 % des femmes et 24 % des hommes. Les motifs de dépistage diffèrent selon le sexe, en raison notamment de la proposition systématique d'une sérologie VIH aux femmes enceintes (19 % des diagnostics chez les femmes ont été faits dans cette circonstance). Un bilan systématique est à l'origine de 13 % des diagnostics.

Stade clinique

Parmi les personnes découvrant leur séropositivité en 2003 ou 1^{er} trimestre 2004, 8 % ont été diagnostiquées précocement au stade de primo-infection, 54 % à un stade asymptomatique, 15 % à un stade symptomatique non sida et 13 % tardivement au stade sida. Le stade clinique n'est pas renseigné pour 10 % des notifications.

Le stade clinique au diagnostic de l'infection VIH varie selon le mode de contamination. Les homosexuels sont plus souvent diagnostiqués au moment d'une primo-infection (19 %) que les hétérosexuels (5 %), et les hétérosexuels plus souvent à un stade asymptomatique (60 %) que les homosexuels (52 %). En revanche la proportion de personnes diagnostiquées au stade sida est

voisine pour ces deux modes de contamination (11 % des homosexuels et 13 % des hétérosexuels). Les usagers de drogues sont plus souvent au stade sida (19 %).

2.2. Surveillance virologique

Parmi les 3 333 nouveaux diagnostics adultes, la proportion de patients qui refusent la surveillance virologique est très faible (5 %). Cependant, le consentement n'est pas renseigné pour 12 % des fiches de notification et le prélèvement sur buvard n'a pas été réalisé dans 13 % des cas.

Test d'infection récente

Les résultats du TIR sont disponibles pour 2 320 personnes (70 %) nouvellement diagnostiquées pour le VIH-1 en 2003 ou au 1^{er} trimestre 2004. La proportion d'infections récentes est de 32 % [IC à 95 % : 30,3 - 34,1]. Cette proportion diffère significativement selon le sexe, l'âge, le mode de contamination et la nationalité [tableau 2]. Elle est plus élevée chez les personnes de moins de 40 ans (35 %) que chez celles de 40 ans et plus (27 %), chez les homosexuels (51 %) que chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels (26 %).

La proportion d'infections récentes chez les personnes d'Afrique subsaharienne (20 %) est moins élevée que chez les personnes de nationalité française (42 %), y compris parmi les personnes contaminées par rapports hétérosexuels (19 % versus 36 %).

En Ile-de-France, le pourcentage d'infections récentes parmi les nouveaux diagnostics (31 %) est voisin du pourcentage national. Les effectifs dans les autres régions sont encore trop faibles pour être interprétables sauf dans les départements d'Outre-Mer (27 % d'infections récentes), en région Rhône-Alpes (34 %) et Midi-Pyrénées (28 %).

Sérotypage

Le type de virus (VIH-1 ou VIH-2) a pu être déterminé par le CNR-VIH et/ou par le biologiste pour 3 260 personnes nouvellement diagnostiquées en 2003 ou au 1^{er} trimestre 2004. La proportion de VIH-2 est de 2,3 % dont 2 % d'infection VIH-2 seule et 0,3 % de co-infection VIH-1/VIH-2.

Parmi les infections VIH-1, le groupe est connu dans 2 174 cas [figure 3]. Parmi les cas du groupe M qui ont été sous-typés, 49,8 % [47,6-51,9] sont des sous-types B et 50,2 % [48,1-52,4] des sous-types non-B. Les infections par le groupe O représentent 0,3 % des infections VIH1 de groupe connu.

Les proportions des sous-types B et non-B diffèrent significativement selon le sexe, l'âge, le mode de contamination et la nationalité. La proportion de non-B est plus élevée chez les femmes (69 %) que chez les hommes (36 %), chez les moins de 40 ans (55 %) que chez les plus de 40 (40 %), chez les hétérosexuels (62 %) que chez les homosexuels (15 %) ou les usagers de drogues (23 %), chez les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne (83 %) que chez celles de nationalité française (23 %).

2.3. Surveillance du sida

Entre avril 2003 et mars 2004, 1 463 nouveaux cas de sida ont été notifiés, portant à 58 411 le nombre de cas notifiés depuis le début de l'épidémie et à environ 25 000 le nombre de personnes vivantes au 31 mars 2004 en ayant développé un sida [tableau 3] (ou 27 100 si on tient compte de la sous déclaration des cas et des décès).

Evolution du nombre de cas au cours du temps

Après avoir atteint un pic en 1994 avec près de 5 800 diagnostics, puis avoir fortement diminué en 1996-1997 (environ 2 300 cas en 1997), du fait de l'introduction des puissantes associations d'anti-rétroviraux, le nombre annuel de nouveaux cas de sida a ensuite diminué de façon régulière mais plus faible entre 1998 (près de 2000 cas) et 2003 (environ 1400 cas) [tableau 3]. Le nombre de décès de personnes au stade sida a également diminué très rapidement en 1996-1997 puis de manière plus lente entre 1998 (près de 800 décès) à 2003 (environ 500 décès).

Sexe et âge

Parmi les nouveaux diagnostics de sida en 2003, la proportion de femmes est de 29%. Le nombre annuel de nouveaux cas continue à diminuer chez les hommes (de 1500 cas en 1998 à environ 1000 en 2003), alors qu'il est stable chez les femmes (entre 400 et 450 cas par an de 1998 à 2003).

L'âge moyen au moment du diagnostic de sida augmente régulièrement au cours du temps, il est passé de 36,4 ans en 1990 à 41,3 ans en 2003. Quelle que soit l'année, les femmes sont toujours plus jeunes que les hommes : en 2003, l'âge moyen au moment du sida est de 37,6 ans chez les femmes et de 42,7 ans chez les hommes.

Mode de contamination

Les personnes contaminées par rapports hétérosexuels représentent 50% des nouveaux cas de sida en 2003, les hommes contaminés par rapports homosexuels 26% (pourcentage en augmentation par rapport aux années précédentes, après une diminution régulière depuis le milieu des années 80) et les personnes contaminées par usage de drogues injectables 11%.

Le nombre annuel de cas de sida chez les usagers de drogues et chez les homosexuels a diminué régulièrement jusqu'en 2003 [tableau 4]. Chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, le nombre de cas a augmenté entre 2000 et 2002 pour diminuer à nouveau en 2003.

L'augmentation depuis 2000 du nombre de cas hétérosexuels est liée principalement à une forte progression chez les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne (dont 75 % domiciliées en Ile-de-France) : leur part est passée de 27 % en 1998 à 42 % en 2003 parmi les

cas hétérosexuels. Une tendance à la hausse est aussi notée chez les personnes de nationalité d'un pays du continent américain (6 % des cas en 1998, 9 % en 2003), essentiellement des personnes haïtiennes (dont 26 % domiciliées en Ile de France, 32 % en Guadeloupe et 34 % en Guyane).

Les personnes de nationalité française représentent 41 % des cas de sida hétérosexuels en 2003 et les personnes d'une autre nationalité (pays d'Afrique du Nord principalement) 7 %. Pour la majorité (63 %) des cas hétérosexuels chez des personnes françaises, aucune précision n'est indiquée sur le mode de contamination du partenaire ou sa communauté d'appartenance (africaine, caraïbéenne...), ni sur le type de partenaire (stable, occasionnel ou anonyme).

Connaissance de la séropositivité et traitement antirétroviral pré-sida

La moitié (47 %) des personnes chez lesquelles un diagnostic de Sida a été posé en 2003 ignoraient leur séropositivité au moment du diagnostic et 25% la connaissaient mais n'avaient pas bénéficié d'un traitement antirétroviral avant le diagnostic de sida. La méconnaissance de la séropositivité VIH au moment du diagnostic de sida est plus fréquente chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels (56%) que par rapports homosexuels (37 %) et surtout que par injection de drogues (11 %). Elle est aussi plus fréquente chez les personnes d'Afrique subsaharienne (65 % en 2003) que chez les personnes de nationalité française (39 %).

Lorsque la séropositivité est connue, la non prise d'un traitement anti-rétroviral pré-sida est similaire, en 2003, chez les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne (47 %) et de nationalité française (46 %).

3. Discussion - conclusion

Par rapport à la surveillance du sida telle qu'elle était réalisée jusqu'au début de l'année 2003, les nouveautés de ce système de surveillance sont l'intégration de la notification obligatoire du VIH, l'implication des médecins de ville et des biologistes, l'utilisation d'un code permettant une protection maximale de l'anonymat des personnes, et l'instauration d'une surveillance virologique parallèle à la notification du VIH.

L'année 2003 a montré que ce système fonctionnait. L'implication des praticiens de ville est effective puisque 30 % des notifications d'infection VIH parvenant à l'InVS sont initiées par des biologistes de ville et 27 % sont complétées par des médecins de ville. Cependant, les solutions retenues pour la protection de l'anonymat alourdissent le fonctionnement de cette surveillance, à la fois pour les biologistes et cliniciens déclarants, pour les Ddass et pour l'InVS. Ces difficultés, outre le fait que la surveillance des diagnostics VIH implique un nombre de déclarants beaucoup plus important que la surveillance du sida, sont probablement à l'origine de la montée en charge très progressive de la nouvelle surveillance du VIH/sida au long de l'année 2003. La diminution du

nombre de cas de sida entre 2002 et 2003, plus marquée qu'au cours des quatre années précédentes, est peut-être liée à une sous-déclaration ponctuelle liée à l'adaptation au nouveau système de surveillance. Une évaluation du dispositif est en cours en 2005, afin d'analyser ces difficultés de fonctionnement.

Les rapports hétérosexuels représentent en 2003 le principal mode de contamination parmi les nouveaux diagnostics d'infection VIH (56 %) et de sida (51 %). L'épidémie chez les hétérosexuels touche largement la population d'Afrique subsaharienne : 49 % des découvertes de séropositivité chez des hétérosexuels concernent des personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne, dont une majorité de femmes (67 %). L'augmentation de la part des personnes d'Afrique subsaharienne dans l'épidémie de VIH/sida est le reflet d'une situation dramatique en Afrique et de liens historiques de la France avec certains pays africains. La proportion plus faible d'infections récentes lors du diagnostic d'infection VIH et la fréquence plus élevée de l'ignorance de la séropositivité au moment du sida parmi les cas hétérosexuels Africains par rapports à ceux de nationalité française, dénotent un moindre accès au dépistage de ces personnes, que ce soit dans leur pays d'origine ou en France, et donc une probabilité plus faible d'être diagnostiqué rapidement après la contamination. Le dépistage et la prise en charge de ces populations, souvent en situation de précarité, doivent être renforcés [9].

L'épidémie se poursuit chez les hommes contaminés par rapports homosexuels, qui représentent une part aussi importante des nouveaux diagnostics d'infection VIH (37 % des cas masculins) que des cas de sida (38 %) en 2003. La proportion d'infections récentes est la plus élevée dans ce groupe (51 %), ce qui pourrait être le reflet d'un relâchement des comportements dans cette population, observé depuis quelques années. Mais ce chiffre est aussi dépendant des pratiques de dépistage : les homosexuels ayant un recours au dépistage du VIH plus fréquent que les autres groupes exposés, leur probabilité d'être dépisté rapidement après leur contamination est plus élevée. Les seules données de la notification ne permettent pas actuellement de faire la part de la fréquence des contaminations et de la fréquence des dépistages car l'information sur le nombre de sérologies VIH réalisées par la personne reste encore souvent non renseignée.

La diminution du nombre de cas de sida chez les usagers de drogues et leur faible proportion parmi les découvertes de séropositivité (2 %) en 2003 confirme la réduction de la transmission du VIH dans cette population. Parmi les usagers de drogues séropositifs, une large proportion a déjà été dépistée, longtemps avant d'atteindre le stade sida (en 2003, seuls 11 % ignoraient leur séropositivité avant le sida, versus 37 % chez les homosexuels et 56% chez les hétérosexuels).

La proportion de VIH-2 parmi l'ensemble des nouveaux diagnostics d'infection VIH en 2003 (2,3%) est élevée par rapport à celle observée parmi les donneurs de sang [10]. La proportion des sous-

types non-B (50 % des VIH-1 sous-typables) est aussi plus élevée que celle observée dans l'étude Odyssée en 2001 (33%) [11] ou dans celle de l'observatoire des sous-types du VIH sur la période 1996-1998 (16 %) [12]. Les sous types non B concernent principalement des personnes de nationalité d'Afrique subsaharienne, ce qui est cohérent avec la prédominance de ces sous-types sur le continent africain. La proportion élevée de sous types non B (23 %) chez les personnes de nationalité française (y compris chez les personnes récemment contaminées chez lesquelles elle est de 27 %) indique que le sous type non B circule aussi dans la population française, en particulier dans la population hétérosexuelle.

Remerciements

Nous remercions toutes les personnes qui participent à la surveillance de l'infection VIH et du sida, notamment les biologistes et les cliniciens ayant notifié les cas qu'ils ont diagnostiqués, les médecins inspecteurs de santé publique des Ddass et leurs collaborateurs.

Références

- [1] Le nouveau dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire. Le guide «déclarer/agir/prévenir». <<http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/index.htm>>.
- [2] 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.
- [3] Barin F, Meyer L, Lancar R, et al. A new immunoassay for the identification of recent HIV-1 infections : development and validation. 2nd IAS conference on HIV pathogenesis and treatment. July 2003, Paris, France. (<http://www.ias2003.org>)
- [4] Cazein F, Couturier S, Semaille C. Dépistage et diagnostic du VIH dans les laboratoires en France : LaboVIH 2001-2002-2003. SNMI 2005.
- [5] 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. *B.E.H.* 1997; 5 : 19-21.
- [6] Semaille C. Durée de survie des patients atteints de sida entre 1981 et 1994 : le pronostic s'est-il amélioré? Mémoire pour le DEA « Epidémiologie et intervention en Santé Publique » Universités Bordeaux II - François Rabelais, Tours. Septembre 1995.
- [7] 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 . 2004.
- [8] Heisterkamp SH, Jager JC, Ruitenberg EJ, Van Druten JAM, Downs AM: Correcting reported AIDS incidence: a statistical approach. *Stat Med* 1989, 8:963-76.
- [9] Valin N, Lot F, Larsen C, Gouézel P, Blanchon T, Laporte A. Parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France, 2002. Institut de veille sanitaire. Février 2004.
- [10] Pillonel J, Laperche S et le comité de pilotage. Surveillance épidémiologique des donneurs de sang homologues en France entre 1992 et 2002. Institut de veille sanitaire. Septembre 2004.

[11] Descamps D, Mouajjah S, André P et al. Prevalence of resistance mutations in antiretroviral naive chronically HIV-infected patients in 2001 in France. 2nd IAS conference on HIV pathogenesis and treatment. July 2003, Paris, France. (<http://www.ias2003.org>)

[12] Couturier E, Damond F, Roques P, Fleury H, Barin F, Brunet JB, Brun-Vézinet F, Simon F, and the AC 11 laboratory network. HIV-1 diversity in France, 1996-1998. AIDS 2000;14:289-96.

**Figure 1 – Nouveaux diagnostics d’infection VIH par sexe et classe d’âge
Mars 2003 - mars 2004**

(France, données provisoires au 31 mars 2004)

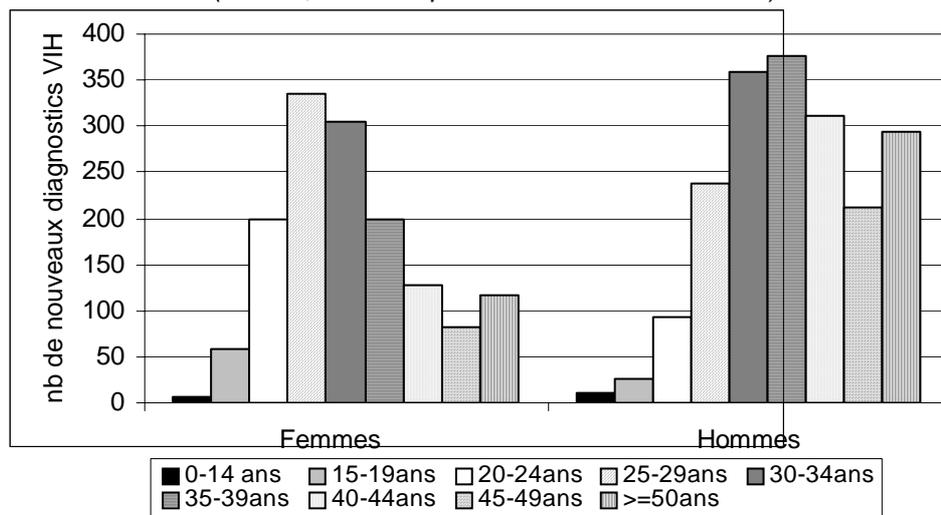


Tableau 1 – Nouveaux diagnostics d’infection VIH par sexe et mode de contamination. Mars 2003 - mars 2004

(France, données provisoires au 31 mars 2004)

Mode de contamination	Sexe		Sexe		Total	
	Femmes	Femmes	Hommes	Hommes	Total	Total
	N	%	N	%	N	%
Rapports homosexuels	0	0%	718	37%	718	21%
Rapports hétérosexuels	1 138	80%	771	40%	1 909	57%
Injection de drogues	16	1%	58	3%	74	2%
Autres	9	1%	16	1%	25	1%
Non renseigné	266	19%	357	19%	623	19%
Total	1 429	100%	1 920	100%	3 349	100%

Figure 2 – Nouveaux diagnostics d’infection VIH chez des personnes contaminées par rapports hétérosexuels : répartition par sexe et nationalité. Mars 2003 - mars 2004

(France, données provisoires au 31 mars 2004)

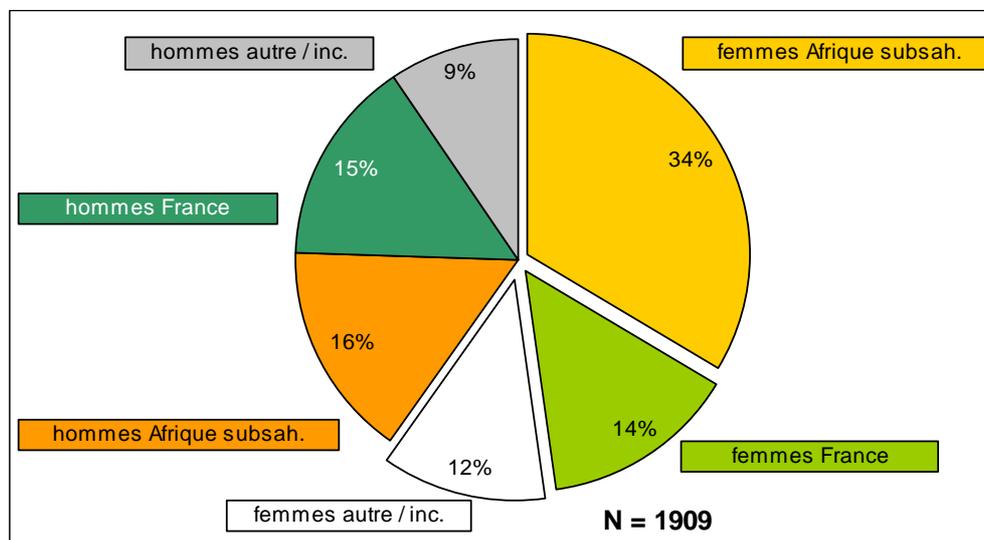
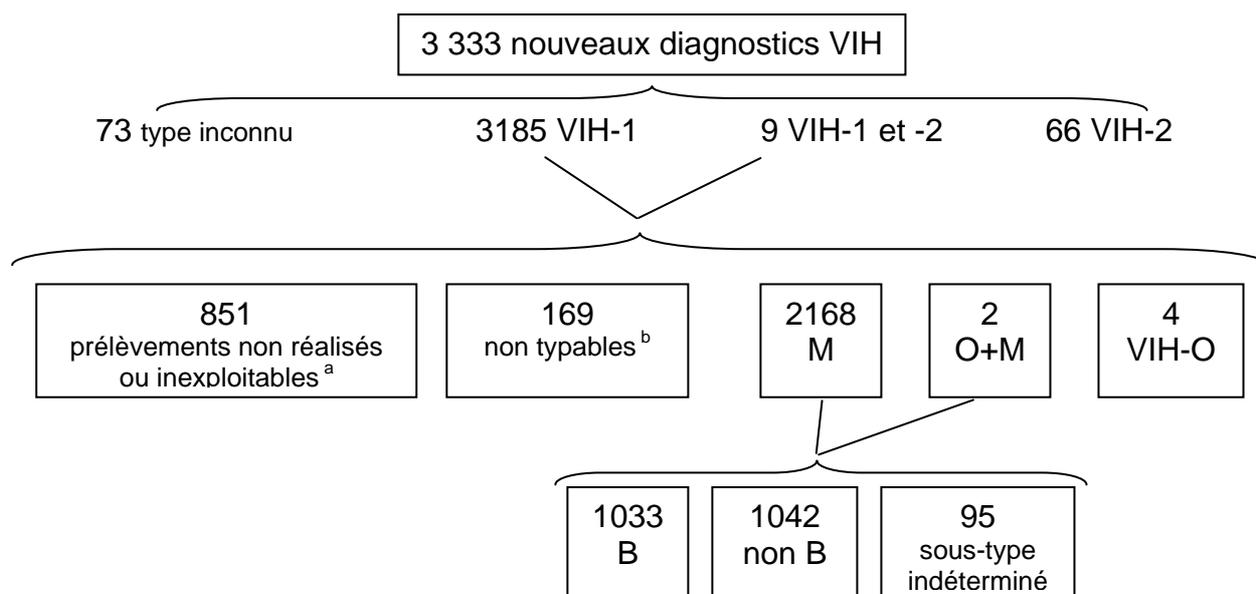


Tableau 2 - Proportion d'infections récentes parmi les nouveaux diagnostics d'infection à VIH. Mars 2003 - mars 2004.
(France, données provisoires au 31 mars 2004)

	Infections récentes			p*
	N	%	[IC 95 %]	
Sexe				0,001
Hommes	466	34,8	[32,3 - 37,4]	
Femmes	280	28,5	[25,8 - 31,4]	
Groupe d'âge				p<0,0001
< 30 ans	269	38,7	[35,1 - 42,4]	
30-39 ans	268	31,3	[28,3 - 34,5]	
40-49 ans	136	27,6	[23,8 - 31,7]	
> = 50 ans	73	26,4	[21,4 - 31,8]	
Mode de contamination				p<0,0001
Rapports homosexuels	285	51,2	[47,0 - 55,3]	
Rapports hétérosexuels	357	25,7	[23,4 - 28,1]	
Injections de drogues	9	18,4	[9,3 - 31,0]	
Autres/Inconnu	95	29,3	[24,6 - 34,5]	
Nationalité				p<0,0001
France	432	42,3	[39,3 - 45,3]	
Europe (hors France)	13	40,6	[24,8 - 58,1]	
Afrique subsaharienne	163	19,5	[17,0 - 22,3]	
Afrique du Nord	9	17,0	[8,6 - 28,9]	
Autres/Inconnu	129	34,0	[29,4 - 38,9]	

* Test du Khi-2

Figure 3 – Répartition selon le groupe et le sous-type des nouveaux diagnostics VIH Cas adultes diagnostiqués entre mars 2003 et mars 2004
(France, données provisoires au 31 décembre 2003)



^a consentement non renseigné sur le DO ou refus de participation

^b non typables du fait du caractère trop récent de l'infection

Tableau 3 – Cas de sida par année de diagnostic, cas décédés par année de décès et cas vivants au 31 décembre de chaque année et au 31 mars 2004
(France, données provisoires au 31 mars 2004)

	<1997	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004 (jan-mars)	date de décès inconnue	Total
Nombre de cas de sida par année de diagnostic	46 133	2 284	1 940	1 820	1 714	1 645	1 552	1 213	110		58 411
Nombre de cas redressé							1 572*	1 420*	412*		58 939*
Nombre de cas de sida décédés par année de décès	28 787	1 120	769	707	618	581	655	431	40	98	33 806
Nombre de décès redressé							663*	499*	116*		33 958*
Nombre de cas de sida vivants cumulé à la fin de chaque période	17 346	18 510	19 681	20 794	21 890	22 954	23 862*	24 784*	25 080*		24 982*

* nombre redressé par rapport aux délais de déclaration, mais sans tenir compte des cas ou des décès qui ne sont pas déclarés

Tableau 4 – Cas de sida par mode de contamination, sexe et année de diagnostic
(France, données provisoires au 31 mars 2004)

Mode de contamination	Année de diagnostic du Sida									Total
	<1997	1997	1998	1999	2000	2001	2002*	2003*	2004* jan-mars	
Rapports homosexuels	20 912	780	587	545	482	407	364	321	27	24 425
	45%	34%	30%	30%	28%	25%	23%	26%	25%	42%
Usage de drogues injectables (UDI)	10 898	430	355	302	244	253	193	139	11	12 825
	24%	19%	18%	17%	14%	15%	12%	11%	10%	22%
Hommes	8 040	328	273	213	187	205	142	108	8	9 504
Femmes	2 858	102	82	89	57	48	51	31	3	3 321
Rapports homosexuels et UDI	579	9	12	7	4	4	2	5	0	622
	1%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
Rapports hétérosexuels	8 472	799	734	728	765	778	797	612	56	13 741
	18%	35%	38%	40%	45%	47%	51%	50%	51%	24%
Hommes	4 716	462	431	423	396	437	422	325	24	7 636
Femmes	3 756	337	303	305	369	341	375	287	32	6 105
Transfusion ou injection de produits anti-hémophiliques	2 333	45	26	26	17	12	14	7	1	2 481
	5%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	4%
Transmission materno- fœtale	618	17	8	8	6	5	7	7	0	676
	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	1%
Autre, inconnu	2 321	204	218	204	196	186	175	122	15	3 641
	5%	9%	11%	11%	11%	11%	11%	10%	14%	6%
Hommes	1 856	178	181	175	162	146	143	97	11	2 949
Femmes	465	26	37	29	34	40	32	25	4	692
Total	46 133	2 284	1 940	1 820	1 714	1 645	1 552	1 213	110	58 411
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hommes	37 920	1 789	1 504	1 385	1 243	1 211	1 087	865	70	47 074
Femmes	8 213	495	436	435	471	434	465	348	40	11 337

*Données provisoires non redressées