

Introduction

La surveillance du sida, à notification obligatoire depuis 1986, a été réorganisée et complétée en 2003 par la notification obligatoire des diagnostics de séropositivité vis-à-vis du VIH, dans le but de suivre la dynamique de l'infection à VIH, afin de mieux adapter les actions de prévention.

La surveillance de l'infection à VIH en France repose désormais sur plusieurs systèmes anonymisés et complémentaires [1] :

- la notification obligatoire des diagnostics d'infection à **VIH** ;
- la surveillance virologique du **VIH**, permettant d'estimer la part des contaminations récentes et de suivre l'évolution des sous-types du virus circulant actuellement en France ;
- la notification obligatoire des cas de **sida**, qui permet de caractériser la population des personnes au stade le plus avancé de la maladie ;

- deux systèmes de surveillance de l'**activité de dépistage** du VIH : LaboVIH, mis en place en 2001, qui concerne l'activité globale de dépistage de l'ensemble des laboratoires (de ville et hospitaliers), et la surveillance des dépistages dans le cadre des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG).

Ce rapport fait le bilan des données épidémiologiques à la date du 31 mars 2004, en présentant tout d'abord la méthode et les résultats des cinq systèmes indiqués ci-dessus, en les discutant ensuite de manière globale, enfin en mettant en perspective les données du point de vue des politiques publiques de prévention.

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, les ORS (Alsace, Auvergne, Bretagne, Poitou-Charentes) ayant transmis à l'InVS les données des laboratoires de leur région, les personnels des CDAG, les médecins inspecteurs de santé publique des Ddass et leurs collaborateurs.

Notification obligatoire de l'infection à VIH – données au 31 mars 2004

Unité VIH-sida-IST-VHC, Département maladies infectieuses, Institut de veille sanitaire

Les points essentiels :

- près de 6 000 découvertes de séropositivité en 2003 ;
- prépondérance des contaminations par rapports hétérosexuels (57 % des nouveaux diagnostics d'infection à VIH, dont un tiers concerne des 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 %).

Méthode

La notification obligatoire du VIH [1] est initiée par les biologistes, qui déclarent toute sérologie confirmée positive pour la première fois dans un laboratoire, même si une sérologie positive a pu être effectuée auparavant dans un autre laboratoire. Ils créent un code d'anonymat pour la personne à partir de sa date de naissance, son prénom, l'initiale de son nom et son sexe, au moyen d'un logiciel fourni par l'Institut de veille sanitaire (InVS). Le code d'anonymat ainsi généré est à la fois irréversible et unique. Les informations épidémiologiques et cliniques sont ensuite

complétées par les cliniciens sur le volet médical. Les cas pédiatriques sont notifiés uniquement par les cliniciens (pédiatres), avec le même code d'anonymat. Les notifications sont adressées aux médecins inspecteurs de santé publique des Ddass, qui couplent le volet du biologiste et celui du clinicien puis les transmettent à l'InVS. Une étape de relance (pour obtenir le volet médical) et de validation (pour compléter des informations manquantes) par la Ddass et/ou par l'InVS est souvent nécessaire auprès des médecins déclarants.

Il découle de la définition de cas, qu'une même personne peut être notifiée par plusieurs déclarants. Les doubles notifications 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. Parmi les 5 504 notifications d'infection à VIH parvenues à l'InVS au 31 mars 2004, 18 % correspondaient à des doubles notifications.

Les cas sont notifiés avec un certain délai. Parmi les cas d'infection à VIH notifiés de janvier 2003 à mars 2004, 32 % ont été diagnostiqués et notifiés le même trimestre,

51 % ont été notifiés le trimestre suivant, 11 % après deux trimestres de délai, 4 % après trois trimestres et 2 % après un an.

L'exhaustivité de la notification d'infection à VIH a pu être évaluée à partir du nombre de notifications, y compris les doublons, reçues à l'InVS entre octobre 2003 et mars 2004 (environ 3 150, soit 6 300 sur un an), période au cours de laquelle, après une montée en charge progressive [2], le nombre de notifications par trimestre s'est stabilisé. La comparaison de ce nombre avec les 9 700 sérologies confirmées positives en 2003, hors CDAG, d'après l'enquête LaboVIH (cf. chapitre "LaboVIH") (10 900 moins environ 1 200 en CDAG), permet d'estimer l'exhaustivité de la notification d'infection à VIH à environ 65 % (6 300 / 9 700).

L'analyse ci-dessous porte sur les notifications correspondant aux réelles découvertes de séropositivité

(première sérologie positive ou sérologie antérieure positive datant de moins de douze mois).

Résultats

De janvier 2003 à mars 2004, 3 349 notifications correspondant à des nouveaux diagnostics d'infection

à VIH en 2003 ou au premier trimestre 2004 étaient parvenues à l'InVS (3 333 adultes et 16 cas pédiatriques).

Estimation du nombre de découvertes de séropositivité en 2003

En appliquant l'estimation du taux d'exhaustivité (65 %) au nombre de nouveaux diagnostics notifiés sur la période octobre 2003-mars 2004 (environ 1 950 sur six mois, soit

environ 3 900 sur un an), on peut estimer le nombre réel de découvertes de séropositivité, à environ 6 000 dans l'année.

Répartition géographique

Parmi les 3 349 découvertes de séropositivité, 49 % concernent des personnes domiciliées en Île-de-France et 7 % des personnes domiciliées dans les départements

français d'Amérique (DFA) : Guadeloupe, Martinique et Guyane.

Sexe et âge

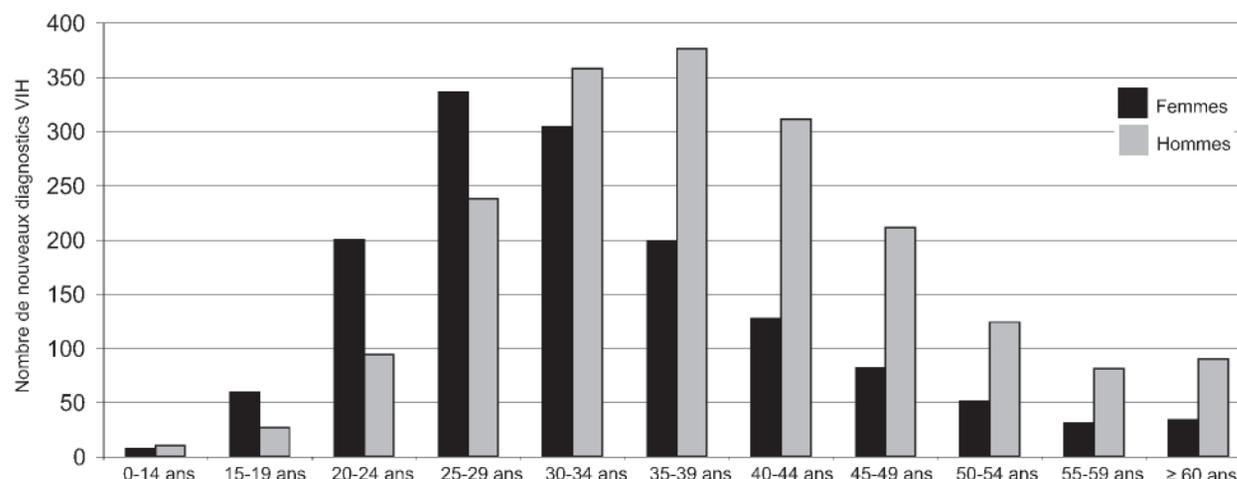
Parmi les nouveaux diagnostics d'infection à VIH, la proportion de femmes est de 43 %.

L'âge moyen au diagnostic d'infection à VIH est de 36,3 ans pour l'ensemble des cas. Les femmes sont diagnostiquées

plus jeunes que les hommes (moyenne d'âge de 33,2 ans *versus* 38,7 ans, $p < 10^{-4}$). La distribution par classe d'âge est plus dispersée chez les hommes que chez les femmes [figure 1].

Figure 1 – Nouveaux diagnostics d'infection à VIH par sexe et classe d'âge

Cas diagnostiqués entre janvier 2003 et mars 2004 (France, données au 31 mars 2004)



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

Activité professionnelle

Au moment du diagnostic d'infection à VIH, 35 % des personnes sont en activité professionnelle, 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 %).

Mode de contamination

Parmi les personnes découvrant leur séropositivité, 57 % ont été contaminées par rapports hétérosexuels, 21 % par

rapports homosexuels et 2 % par usage de drogues injectables [tableau 1].

Tableau 1 – Nouveaux diagnostics d'infection à VIH par sexe et mode de contamination

Cas diagnostiqués entre janvier 2003 et mars 2004 (France, données au 31 mars 2004)

Mode de contamination	Sexe					
	Femmes		Hommes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Rapports homosexuels	-	-	718	37,4 %	718	21,4 %
Rapports hétérosexuels	1 138	79,6 %	771	40,2 %	1 909	57,0 %
Injection de drogues	16	1,1 %	58	3,0 %	74	2,2 %
Autres *	9	0,6 %	16	0,8 %	25	0,7 %
Non renseigné	266	18,6 %	357	18,6 %	623	18,6 %
Total	1 429	100 %	1 920	100 %	3 349	100 %

* 5 cas homosexuels et usagers de drogues, 5 transfusés, 15 cas de transmission mère-enfant.

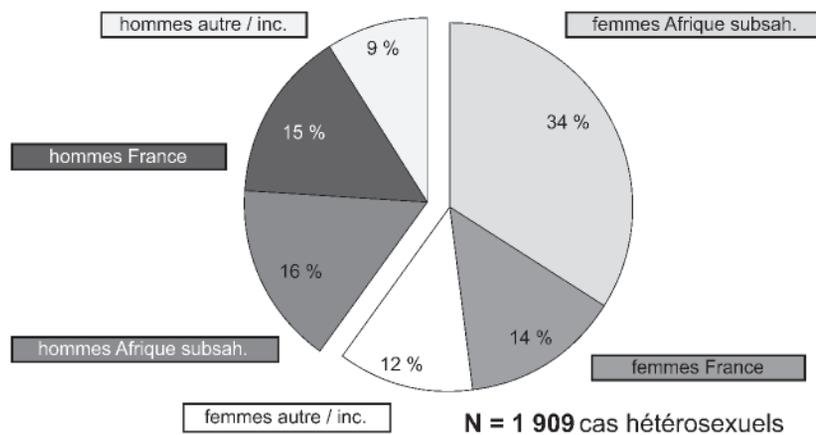
La quasi-totalité des femmes dont le mode de contamination est documenté ont été contaminées par rapports hétérosexuels (80 %). Chez les hommes, les contaminations par rapports hétérosexuels (40 %) et rapports homosexuels (37 %) sont en proportions comparables.

Les personnes contaminées par rapports hétérosexuels sont en majorité des femmes (60 %) [figure 2]. Plus de la moitié (56 %) des femmes et 40 % des hommes contaminés par

rapports hétérosexuels sont de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne (principalement Cameroun, Côte d'Ivoire, Congo et République démocratique du Congo), 24 % des femmes et 37 % des hommes sont de nationalité française, 9 % des femmes et 13 % des hommes sont de nationalité autre. La nationalité n'est pas documentée pour 10 % des hommes et des femmes.

Figure 2 – Nouveaux diagnostics d'infection à VIH chez des personnes contaminées par rapports hétérosexuels selon le sexe et la nationalité

Cas diagnostiqués entre janvier 2003 et mars 2004 (France, données au 31 mars 2004)



Parmi les personnes de nationalité française contaminées par rapports hétérosexuels, aucune information sur le partenaire n'est connue dans 67 % des cas. On sait seulement que le partenaire est originaire d'Afrique

subsaharienne dans 13 % des cas. Dans 4 % des cas, le mode probable de contamination du partenaire est l'injection de drogues.

Motif de dépistage

Le premier motif de dépistage est la présence de signes cliniques ou biologiques (25 % des femmes et 39 % des hommes). Le dépistage a été réalisé du fait d'une exposition au risque d'infection à VIH pour 17 % des femmes et 24 % des hommes. Un bilan systématique est à l'origine de 13 % des diagnostics. 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).

Les femmes africaines sont plus fréquemment diagnostiquées à l'occasion d'une grossesse (21 %) que les femmes françaises (15 %) (p = 0,02). Parmi les femmes d'une autre nationalité, 19 % sont dépistées à l'occasion d'une grossesse.

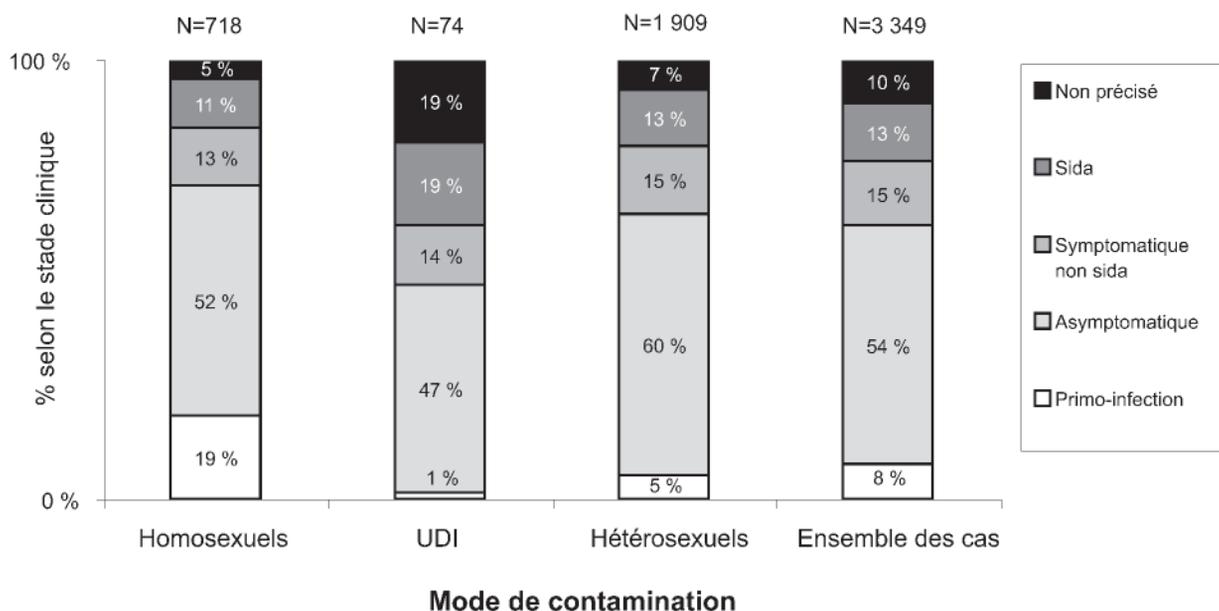
Stade clinique

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

Le stade clinique au moment du diagnostic d'infection à VIH varie selon le mode de contamination [figure 3]. 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 très proche pour ces deux modes de contamination : 11 % des cas homosexuels et 13 % des cas hétérosexuels. Parmi le faible nombre de découvertes de séropositivité chez des usagers de drogues, la proportion de personnes au stade sida (19 %) est plus élevée que dans les autres groupes, mais cette différence n'est pas significative (p = 0,14).

Figure 3 – Stade clinique au moment du diagnostic d'infection à VIH selon le mode de contamination
 Cas diagnostiqués entre janvier 2003 et mars 2004 (France, données au 31 mars 2004)



Surveillance virologique du VIH – données au 31 mars 2004

Unité VIH-sida-IST-VHC, Département maladies infectieuses, Institut de veille sanitaire et Centre national de référence pour le VIH

Les points essentiels :

- un tiers (32 %) des découvertes de séropositivité VIH entre janvier 2003 et mars 2004 correspondent à des contaminations datant de moins de 6 mois ;
- 2,3 % des diagnostics concernent des infections par le VIH-2 et 0,3 % par le VIH du groupe O ;
- 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).

Méthode

La surveillance virologique du VIH a été mise en place en 2003, en même temps que la notification obligatoire du VIH avec laquelle elle est couplée. La surveillance virologique concerne uniquement les diagnostics d'infection à VIH chez des adultes. Elle est basée sur le volontariat du biologiste et du patient (le clinicien indique sur la notification obligatoire si le patient s'y oppose ou non).

La surveillance virologique permet de déterminer le type de virus (VIH-1 ou VIH-2), le groupe, le sous-type [3] 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 [4].

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 à VIH [1]. Les résultats virologiques sont ensuite transmis à l'InVS où ils sont couplés aux informations de la notification du VIH grâce au code d'anonymat.

Résultats

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 par le clinicien pour 12 % des fiches de

notification, et dans 13 % des cas le consentement est renseigné par le clinicien mais le prélèvement sur buvard n'a pas été adressé au CNR par le biologiste.

Test d'infection récente

Les résultats du test d'infection récente sont disponibles pour 2 320 personnes (70 %) nouvellement diagnostiquées pour le VIH-1 de janvier 2003 à mars 2004. La proportion d'infections récentes est de 32 % [IC95 % : 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 %), et plus chez les homosexuels (51 %) que chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels (26 %).

Tableau 2 - Proportion d'infections récentes parmi les découvertes de séropositivité VIH

Cas adultes diagnostiqués entre janvier 2003 et mars 2004 (France, données au 31 mars 2004)

	Infections récentes			
	N	%	[IC95 %]	p*
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.

La proportion d'infections récentes chez les personnes d'Afrique subsaharienne (20 %) est moins élevée que chez les personnes de nationalité française (42 %). Cette différence s'observe également parmi les personnes contaminées par rapports hétérosexuels (19 % chez les personnes d'Afrique subsaharienne *versus* 36 % chez les personnes de nationalité française).

En Île-de-France, le pourcentage d'infections récentes parmi les nouveaux diagnostics (31 %) est voisin du pourcentage national. Dans les autres régions, ce pourcentage varie de 12 % à 50 %, cependant ces différences sont difficilement interprétables compte tenu de la faiblesse des effectifs dans certaines régions.

Sérotypage

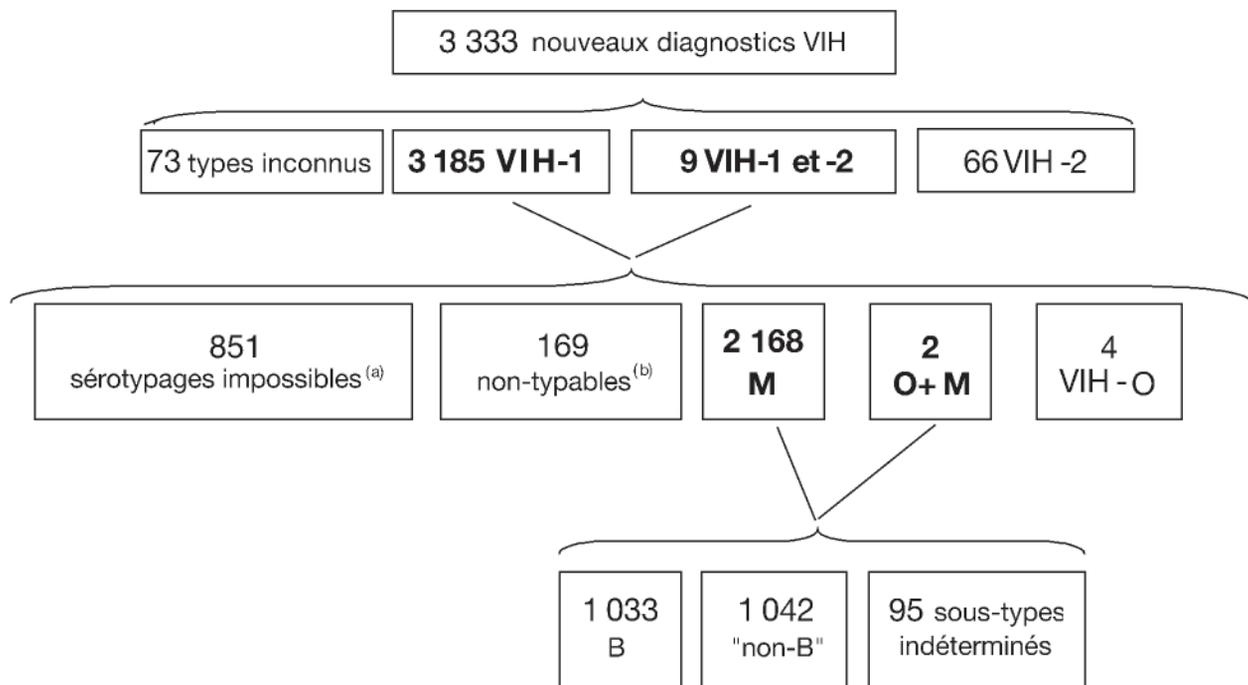
Le type de virus (VIH-1 ou VIH-2) a pu être déterminé par le CNR du VIH et/ou par le biologiste pour 3 260 personnes, soit 97 % des nouveaux diagnostics en 2003 ou au 1^{er} trimestre 2004. La proportion de VIH-2 est de 2,3 % dont 2 % d'infection à VIH-2 seule et 0,3 % de co-infection VIH-1/VIH-2.

Parmi les infections à VIH-1, le groupe est connu pour 2 174 cas [figure 4], dont 0,3 % d'infections par un VIH du groupe O. Deux cas de co-infection O+M ont été identifiés.

Parmi les cas du groupe M qui ont été sous-typés, 50,2 % [48,1 – 52,4] sont des sous-types "non-B".

Figure 4 – Nouveaux diagnostics VIH selon le groupe et le sous-type de virus

Cas adultes diagnostiqués entre janvier 2003 et mars 2004 (France, données au 31 mars 2004)



(a) Prélèvement non adressé au CNR par le biologiste ou consentement non renseigné sur la DO par le clinicien ou refus de participation de la personne séropositive.
 (b) Non-typables du fait du caractère trop récent de l'infection.

Les proportions des sous-types "non-B" diffèrent significativement selon le sexe, l'âge, le mode de contamination et la nationalité [tableau 3]. La proportion de sous-types "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 ans (40 %), chez les hétérosexuels (62 %) que chez les homosexuels (15 %) ou les usagers de drogues (23 %). Elle est plus élevée chez les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne (83 %) que chez celles de nationalité française (23 %).

Tableau 3 – Proportion de sous-types "non-B" parmi les découvertes de séropositivité VIH-1*Cas adultes diagnostiqués entre janvier 2003 et mars 2004 (France, données au 31 mars 2004)*

	Sous-types "non-B"			p*
	N	%	[IC95 %]	
Sexe				0,0001
Hommes	416	35,7	[33,0 – 38,5]	
Femmes	626	68,8	[65,7 – 71,7]	
Groupe d'âge				0,0001
< 30 ans	388	62,7	[58,8 – 66,4]	
30-39 ans	380	49,5	[45,9 – 53,0]	
40-49 ans	167	38,1	[33,7 – 42,7]	
> 50 ans	107	42,8	[36,8 – 49,0]	
Mode de contamination				0,0001
Rapports homosexuels	64	14,7	[11,6 – 18,2]	
Rapports hétérosexuels	806	62,4	[59,8 – 65,0]	
Injections de drogues	11	22,9	[12,7 – 36,3]	
Autres/Inconnu	161	53,7	[48,0 – 59,3]	
Nationalité				0,0001
France	193	23,0	[20,2 – 25,9]	
Europe (hors France)	10	32,3	[17,7 – 50,0]	
Afrique subsaharienne	676	82,9	[80,2 – 85,4]	
Afrique du Nord	23	47,9	[34,1 – 62,0]	
Autres/Inconnu	140	40,9	[35,8 – 46,2]	
Infection récente (≤ 6 mois)				NS
Oui	243	45,8	[41,6 – 50,0]	
Non	793	51,9	[49,4 – 54,4]	

* Test du Khi-2

Notification obligatoire du sida en France – données au 31 mars 2004

Unité VIH-sida-IST-VHC, Département maladies infectieuses, Institut de veille sanitaire

Les points essentiels :

- environ 27 000 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 à VIH.

Méthode

La notification du sida est réalisée par les cliniciens sur la base de la définition du sida révisée en 1993 [5-7], en utilisant un code d'anonymat calculé au moyen du logiciel fourni par l'InVS. Les notifications sont adressées aux médecins inspecteurs de santé publique des 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.

Comme pour la notification d'infection à VIH, un même cas peut être notifié par plusieurs déclarants. Les doubles notifications 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. Parmi les 2 148 notifications de sida parvenues

à l'InVS d'avril 2003 à mars 2004, 13 % correspondaient à des doubles notifications.

Les cas sont notifiés avec un certain délai. 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 le trimestre suivant, 16 % après deux trimestres, 8 % après trois trimestres et 12 % après un an ou plus. 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 [8].

L'exhaustivité de la 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 % [9-11].

Résultats

Au 31 mars 2004, le nombre total de cas de sida notifiés depuis le début de l'épidémie est de 58 411. Le nombre de personnes vivantes au 31 mars 2004 en ayant développé

un sida est de 25 100 [tableau 4] (ou 27 100, si on tient compte de la sous-déclaration des cas et des décès).

Évolution au cours du temps du nombre annuel de nouveaux cas de sida

Après avoir atteint un pic en 1994 avec près de 5 800 nouveaux diagnostics, puis avoir fortement diminué en 1996-1997 (environ 2 300 cas en 1997), du fait de l'introduction des puissantes associations d'antirétroviraux, le nombre annuel de nouveaux cas de sida a ensuite

diminué de façon plus faible depuis 1998 (- 4 % par an entre 2000 et 2002). Cette évolution se poursuit de façon plus marquée en 2003 (- 10 % entre 2002 et 2003), avec environ 1 400 cas diagnostiqués dans l'année [tableau 4].

Tableau 4 – 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 au 31 mars 2004)

	<1997	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004 (janv-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.

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 1 500 cas en 1998 à environ 1 000 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 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 de diagnostic,

les femmes sont toujours plus jeunes que les hommes : en 2003, l'âge moyen au diagnostic de sida est de 37,6 ans chez les femmes et de 42,7 ans chez les hommes. Cette différence d'âge est beaucoup plus marquée parmi les cas hétérosexuels (en 2003, 37,8 ans chez les femmes et 43,9 chez les hommes) que parmi les cas chez les usagers de drogues (37,8 ans chez les femmes et 40,1 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, 27 % (pourcentage en augmentation par rapport aux années 2001-2002, après une diminution régulière depuis le milieu des années 1980) et les personnes contaminées par usage de drogues injectables, 11 % [tableau 5].

Le nombre annuel de cas de sida chez les usagers de drogues a diminué régulièrement jusqu'en 2003. Le nombre de cas chez les homosexuels a diminué jusqu'en 2002 et s'est stabilisé en 2003. 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, qui représentaient 27 % des cas

hétérosexuels en 1998 et 42 % en 2003. Ces personnes sont domiciliées, pour 75 % d'entre elles, en Île-de-France. 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 34 % sont domiciliées en Guyane, 32 % en Guadeloupe et 26 % en Île-de-France).

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

Tableau 5 – Cas de sida par mode de contamination, sexe et année de diagnostic
(France, données au 31 mars 2004)

Mode de contamination	Année de diagnostic du sida									Total
	<1997	1997	1998	1999	2000	2001	2002*	2003*	2004* (janv-mars)	
Rapports homosexuels	20 912 45,3 %	780 34,2 %	587 30,3 %	545 29,9 %	482 28,1 %	407 24,7 %	364* 23,5 %	321* 26,5 %	27* 24,5 %	24 425* 41,8 %
Usage de drogues injectables (UDI)	10 898 23,6 %	430 18,8 %	355 18,3 %	302 16,6 %	244 14,2 %	253 15,4 %	193* 12,4 %	139* 11,5 %	11* 10 %	12 825* 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 1,3 %	9 0,4 %	12 0,6 %	7 0,4 %	4 0,2 %	4 0,2 %	2* 0,1 %	5* 0,4 %	0* 0 %	622* 1,1 %
Rapports hétérosexuels	8 472 18,4 %	799 35 %	734 37,8 %	728 40 %	765 44,6 %	778 47,3 %	797* 51,4 %	612* 50,5 %	56* 50,9 %	13 741* 23,5 %
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 antihémophiliques	2 333 5,1 %	45 2 %	26 1,3 %	26 1,4 %	17 1 %	12 0,7 %	14* 0,9 %	7* 0,6 %	1* 0,9 %	2 481* 4,2 %
Transmission materno-fœtale	618 1,3 %	17 0,7 %	8 0,4 %	8 0,4 %	6 0,4 %	5 0,3 %	7* 0,5 %	7* 0,6 %	0* 0 %	676* 1,2 %
Autre, inconnu	2 321 5 %	204 8,9 %	218 11,2 %	204 11,2 %	196 11,4 %	186 11,3 %	175* 11,3 %	122* 10,1 %	15* 13,6 %	3 641* 6,2 %
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	46 133 100 %	2 284 100 %	1 940 100 %	1 820 100 %	1 714 100 %	1 645 100 %	1 552* 100 %	1 213* 100 %	110* 100 %	58 411* 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

Connaissance de la séropositivité et traitement antirétroviral pré-sida

La moitié (47 %) des personnes chez qui un diagnostic de sida a été posé en 2003 ignoraient leur séropositivité au moment du diagnostic, 25 % la connaissaient mais n'avaient pas bénéficié d'un traitement antirétroviral avant le diagnostic de sida. L'ignorance de la séropositivité VIH au moment du diagnostic de sida est plus fréquente chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels (56 % en 2003) que par rapports homosexuels (37 %) et surtout que par injection de drogues (11 %).

Les évolutions du nombre de cas de sida selon les modes de contamination sont liées à ces différences de connaissance de statut sérologique [figure 5]. La diminution du nombre de cas de sida après 1996 a été moins sensible chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, ignorant plus souvent leur séropositivité et n'ayant donc pas pu bénéficier de traitements avant le sida. Entre 1998 et 2002, leur nombre a augmenté, alors que le nombre de

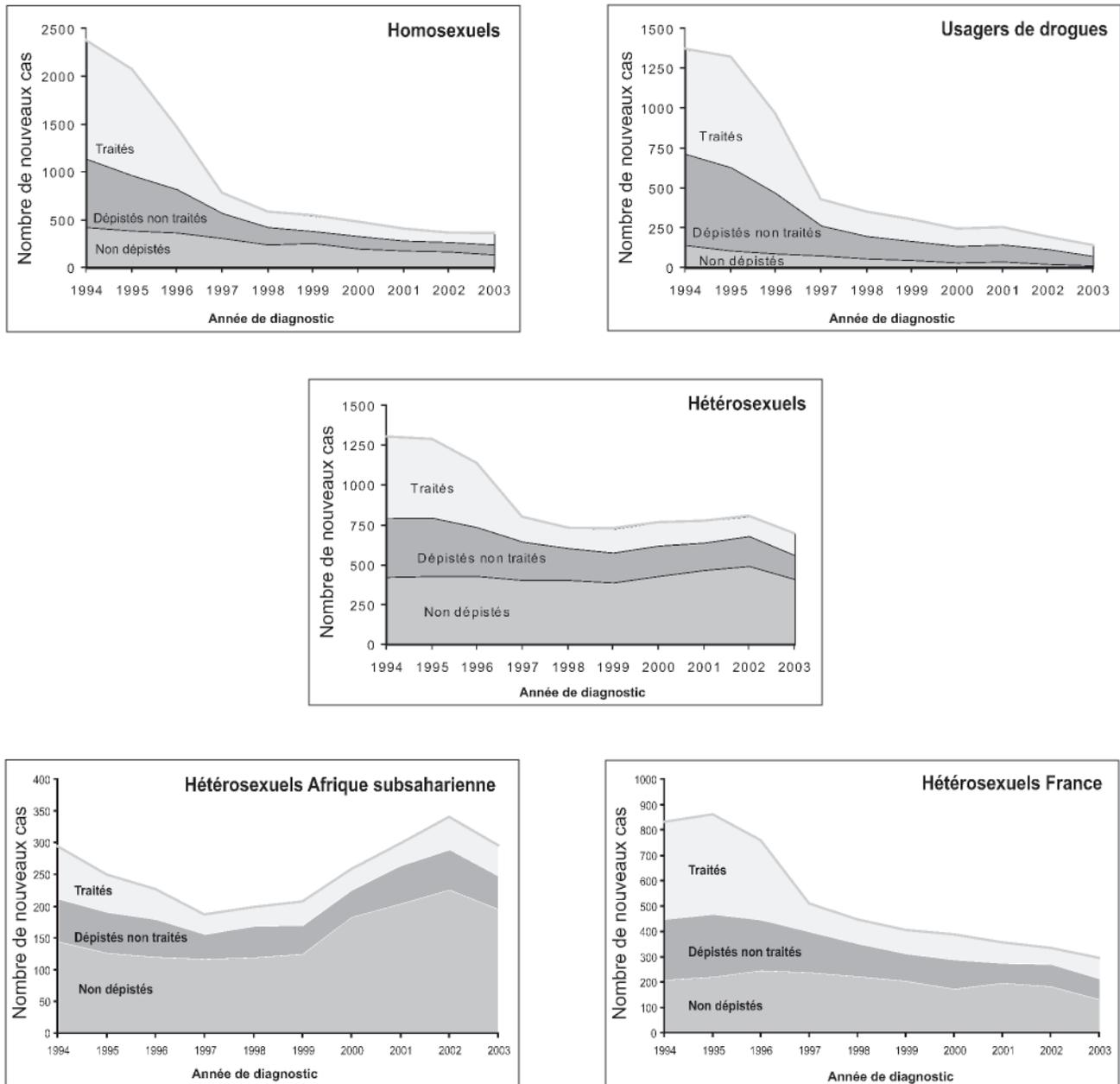
personnes contaminées par rapports homosexuels ou par usage de drogues continuait à diminuer.

La méconnaissance de la séropositivité est plus fréquente chez les personnes d'Afrique subsaharienne (65 % en 2003) que chez les personnes de nationalité française (39 %). Cette différence est liée en partie aux différences de connaissance de statut selon le mode de contamination, mais elle apparaît aussi parmi les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, plus marquée chez les femmes (65 % versus 34 %) que chez les hommes (68 % versus 53 %).

Cependant, lorsque la séropositivité est connue, la non-prise d'un traitement antirétroviral pré-sida est similaire entre les hommes et les femmes, entre les principaux modes de contamination et entre les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne (47 % en 2003) et de nationalité française (46 %).

Figure 5 – 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 mars 2004)



N.B. Les graphiques ne sont pas à la même échelle

Dépistage et diagnostic du VIH dans les laboratoires : LaboVIH 2001-2003

Unité VIH-sida-IST-VHC, Département maladies infectieuses, Institut de veille sanitaire

Les points essentiels :

- environ 4,7 millions de sérologies VIH effectuées en 2003, hors don du sang, soit une augmentation moyenne de 4 % par an depuis 2001 ;
- environ 10 900 sérologies confirmées positives en 2003, soit une augmentation moyenne de 5 % par an depuis 2001 ;
- stabilité du nombre de sérologies positives rapporté au nombre total de sérologies (2,3 ‰ de 2001 à 2003) ;
- près de 6 000 découvertes de séropositivité en 2003 ;
- près d'un quart des sérologies effectuées et la moitié des sérologies positives sont réalisées en Île-de-France.

Un système de surveillance de l'activité de dépistage du VIH (LaboVIH) a été mis en place en 2001 dans les laboratoires d'analyses médicales [12] avec deux objectifs :

- en 2001 et 2002, avant la mise en place de la notification obligatoire d'infection à VIH, mesurer l'activité de dépistage du VIH et recueillir une information minimale sur les personnes diagnostiquées séropositives pour le VIH ;

- à partir de 2003, contribuer à l'interprétation des données issues de la notification obligatoire de l'infection à VIH, en suivant au cours du temps l'évolution de l'activité de dépistage du VIH.

La surveillance de l'activité de dépistage du VIH dans les laboratoires et la notification obligatoire d'infection à VIH sont deux systèmes d'information complémentaires, dont la combinaison permet d'estimer le nombre de découvertes de séropositivités (cf. chapitre "Notification obligatoire de l'infection à VIH").

Méthode

La surveillance concerne l'ensemble des laboratoires d'analyses médicales de ville et hospitaliers (environ 4 300 laboratoires). Les données sont recueillies chaque semestre, soit directement par l'InVS au moyen d'un questionnaire adressé aux biologistes, soit par l'intermédiaire de certains observatoires régionaux de santé (4 en 2001-2002, 1 en 2003), qui ont transmis à l'InVS les données des laboratoires de leur région. Une relance est réalisée auprès des biologistes qui n'ont pas retourné leur questionnaire à l'InVS, et une validation est effectuée par l'InVS en cas de questionnaire incomplet.

Les données recueillies sont le nombre de personnes testées pour le VIH, hors don du sang, et le nombre de personnes confirmées VIH positives¹ pour la première fois dans le laboratoire, en distinguant parmi l'ensemble des tests, ceux effectués dans un cadre anonyme. En 2001 et 2002, le sexe, l'âge et le département de domicile des personnes confirmées positives étaient également recueillis.

Les estimations du nombre total de personnes testées pour le VIH et du nombre de personnes confirmées positives sont faites en attribuant aux laboratoires non participants, la médiane de l'activité des laboratoires participants de même type (hospitalier ou de ville) et de même région.

¹ Sérologie VIH positive confirmée par Western Blot ou Western Blot incomplet de séroconversion associé à une autre technique de confirmation (antigénémie ou PCR qualitative).

Résultats

Le **taux de réponse** de l'ensemble des laboratoires est de 80 % en 2003, proche de celui observé les années précédentes : 81 % en 2001 et 78 % en 2002 [12,13]. Il varie d'une région à l'autre [tableau 6]. La participation des laboratoires hospitaliers (87 % en 2003) est toujours plus élevée que celle des laboratoires de ville (75 %).

Le **nombre de sérologies VIH réalisées** par l'ensemble des laboratoires est estimé à 4,7 millions en 2003 (dont 75 % en ville). Près d'un quart de ces sérologies sont réalisées en Île-de-France. Les estimations du nombre de sérologies VIH depuis 2001, montrent une tendance à l'augmentation (de 4,3 millions en 2001 à 4,7 millions en 2003) [12,13].

Le **nombre de sérologies confirmées positives** est estimé à 10 900 en 2003 (61 % d'entre elles en laboratoire hospitalier), dont la moitié en Île-de-France. Cette estimation marque une augmentation depuis 2001 (environ 10 000 positifs) [12,13].

Le **nombre de sérologies confirmées positives rapporté au nombre de sérologies effectuées** est estimé à 2,3 ‰ en 2003, stable depuis 2001. Cette proportion est beaucoup plus élevée en Île-de-France (5,2 ‰ en 2003) et dans les départements d'outre-mer (4,4 ‰) que dans les autres régions de métropole (de 0,7 à 2,5 en 2003).

L'activité de dépistage du VIH de l'ensemble des laboratoires inclut les **sérologies prescrites dans le cadre d'une CDAG** (Consultation de dépistage anonyme et gratuit) : 7 % des sérologies effectuées et 11 % des sérologies confirmées positives ont été faites dans ce cadre. Les tests effectués en CDAG font l'objet d'une surveillance particulière (cf. chapitre "CDAG").

Le **nombre de sérologies VIH effectuées rapporté à la population** est de 79 ‰ pour l'ensemble de la France, il est plus élevé outre-mer (111 ‰), en Île-de-France (101 ‰)

et en Paca (100 ‰) que dans les autres régions (69 ‰). Le nombre de **sérologies confirmées positives rapporté à la population** représente à l'échelle nationale 182 cas par million d'habitants en 2003. Ce rapport est beaucoup plus élevé en Île-de-France (523 cas par million) et outre-mer (491 cas par million) que dans toutes les autres régions, où il reste inférieur à la moyenne nationale [tableau 6].

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. Ces sérologies multiples représentent une part importante des tests positifs, estimée au début des années 1990 à environ 20 % dans les laboratoires de ville et de 60 à 80 % dans les laboratoires hospitaliers [14-17]. Cependant, les pratiques de recours au test ont probablement évolué. Il est désormais possible d'utiliser les données de la notification obligatoire d'infection à VIH, pour estimer plus précisément le nombre de **découvertes de séropositivité**. En effet, d'une part la définition de cas est identique pour la notification et l'enquête LaboVIH, mises à part les sérologies effectuées dans le cadre d'une CDAG qui n'entrent pas dans le champ de la notification obligatoire, et d'autre part les informations recueillies par la notification obligatoire permettent de distinguer les découvertes de séropositivité parmi l'ensemble des sérologies positives. L'enquête LaboVIH permet d'estimer l'exhaustivité de la notification obligatoire pour l'ensemble des sérologies confirmées positives (environ 65 %, cf. chapitre "Notification obligatoire de l'infection à VIH"). Si on applique cette exhaustivité aux découvertes de séropositivité (environ 1 950 sur six mois), on obtient une estimation d'environ 3 000 découvertes de séropositivité en six mois, soit 6 000 par an.

Tableau 6 – LaboVIH : activité de dépistage du VIH hors don du sang, par région, 2003

LaboVIH – activité de dépistage du VIH – année 2003						
Région d'implantation du laboratoire	Participation des laboratoires	Estimation du nombre de sérologies*	Nombre de sérologies* pour 1 000 habitants	Estimation du nombre de positifs*	Nombre de positifs* par million d'habitants	Nombre de positifs* pour 1 000 tests*
Alsace	89 %	147 701	85	161	93	1,1
Aquitaine	78 %	211 596	73	268	92	1,3
Auvergne	83 %	84 964	65	62	47	0,7
Bourgogne	88 %	101 141	95	85	80	0,8
Bretagne	82 %	191 147	66	183	63	1,0
Centre	82 %	150 920	62	372	152	2,5
Champagne-Ardennes	87 %	94 171	70	97	72	1,0
Corse	69 %	19 461	75	15	58	0,8
Franche-Comté	88 %	70 852	63	88	79	1,2
Île-de-France	75 %	1 105 643	101	5 730	523	5,2
Languedoc-Roussillon	72 %	195 826	85	212	92	1,1
Limousin	98 %	47 874	67	55	77	1,1
Lorraine	83 %	186 230	81	146	63	0,8
Midi-Pyrénées	88 %	182 879	72	358	140	2,0
Nord-Pas-de-Calais	80 %	262 133	66	275	69	1,0
Normandie (Basse-)	84 %	89 466	45	76	39	0,8
Normandie (Haute-)	85 %	110 745	62	170	95	1,5
Pays-de-Loire	81 %	191 301	59	235	73	1,2
Picardie	88 %	113 704	61	119	64	1,0
Poitou-Charentes	82 %	109 613	67	105	64	1,0
Paca	75 %	448 877	100	756	168	1,7
Rhône-Alpes	82 %	425 507	75	566	100	1,3
Outre-mer	75 %	185 404	111	819	491	4,4
Total France	80 %	4 727 153	79	10 953	182	2,3

* Estimations rapportées à l'ensemble des laboratoires à partir des laboratoires participants.

En 2001 et en 2002, la **proportion de femmes** parmi les personnes ayant eu une sérologie VIH confirmée positive était respectivement de 40 % et 42 %. Elle était plus élevée en Île-de-France (46 % en 2002) et dans les départements d'outre-mer (50 %) que dans les autres départements de la métropole (35 %) ($p < 10^{-6}$). L'**âge médian** des personnes ayant eu une sérologie VIH confirmée positive était plus

élevé chez les hommes (38 ans) que chez les femmes (32 ans) ($p < 10^{-4}$), en 2001 comme en 2002.

Depuis 2003, le sexe et l'âge des personnes confirmées positives ne sont plus recueillis dans l'enquête LaboVIH, puisque ces informations figurent dans la notification obligatoire d'infection à VIH (cf. chapitre "Notification obligatoire de l'infection à VIH").

Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) – bilan en 2003

Unité VIH-sida-IST-VHC, Département maladies infectieuses, Institut de veille sanitaire

Les points essentiels :

- activité de dépistage anonyme du VIH en augmentation avec environ 280 000 sérologies rapportées en 2003 ;
- le taux de sérologies positives (5,1 ‰) est stable au cours du temps et reste deux fois plus important que dans le dépistage hors CDAG ;
- la proportion de femmes retrouvées positives est en augmentation ;
- les régions Île-de-France et Antilles-Guyane ont les proportions de sérologies positives les plus élevées.

Parmi les mesures préconisées pour lutter contre le VIH/sida, le dépistage du VIH est l'un des éléments essentiels. Le test de dépistage peut être pratiqué en France selon deux modalités, nominative ou anonyme, depuis l'instauration des CDAG en 1988. La surveillance du dépistage anonyme du

VIH est réalisée au travers du recueil de l'activité des CDAG, qui par ailleurs proposent information et dépistage pour les hépatites B et C. Les résultats qui suivent concernent cette surveillance pour l'année 2003.

Méthode

Chaque CDAG adresse des bilans d'activité trimestriels à la Ddass qui les transmet à l'InVS après validation. L'analyse est faite à partir de ces bilans, en agrégeant les données par année. L'activité est décrite par le nombre de personnes reçues, les nombres de tests VIH réalisés, le nombre de tests positifs, et le rapport des deux exprimé en proportion de

tests positifs pour mille tests réalisés (‰), selon le sexe des consultants et la région de la consultation.

Un certain nombre d'antennes de consultations situées en prison permet de décrire l'activité de dépistage en milieu carcéral par rapport au milieu libre.

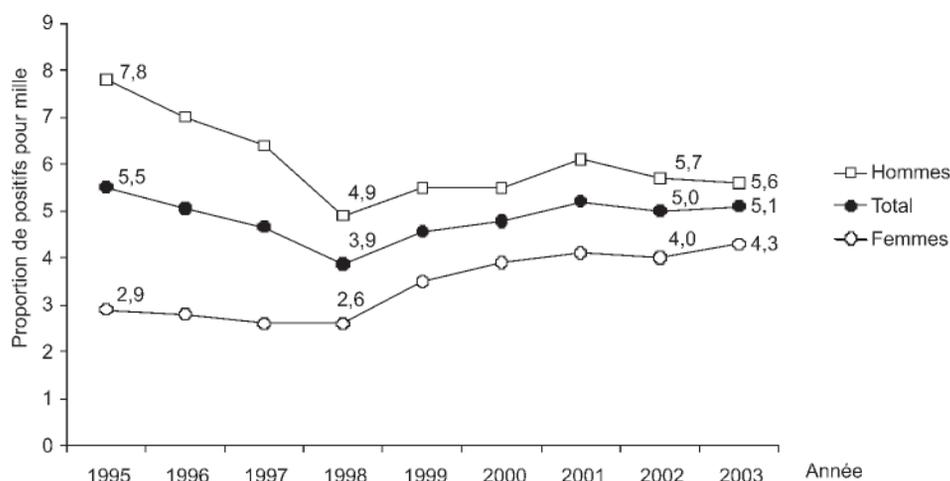
Résultats

En 2003, sur les 346 CDAG et les 98 antennes en prison répertoriées, la participation était de 81 % et 58 % respectivement.

Les CDAG ont accueilli environ 307 000 personnes, 279 400 sérologies VIH ont été effectuées et 1 426 ont été retrouvées

positives. Le nombre de sérologies VIH réalisées est en hausse par rapport à 2002 (265 900) et 2001 (248 600). Le taux de sérologies VIH positives par rapport à l'ensemble des sérologies effectuées était de 5,1 ‰. Ce taux est stable par rapport aux deux dernières années [figure 6].

Figure 6 - Évolution des diagnostics VIH positifs par sexe dans les CDAG hors prison de 1995 à 2003



Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)

Les consultants appartenait en majorité à la classe d'âge des 20 à 29 ans, les sérologies positives étant retrouvées principalement parmi les classes d'âge des 30 à 39 ans et dans une moindre mesure celle des 20 à 29 ans.

La fréquentation des CDAG reste plus masculine, 55 % des tests réalisés en 2003 ayant concerné des hommes (cette proportion est relativement stable depuis 2001). De même, les hommes sont plus souvent retrouvés positifs que les

femmes. Néanmoins, la proportion de tests positifs chez les femmes est en augmentation entre 1999 (3,5 %) et 2003 (4,3 %) [figure 6]. Ainsi, la part des tests réalisés par des femmes étant constante, 36 % des sérologies positives concernaient des femmes en 2001, 37 % en 2002 et 38 % en 2003. Depuis 2002, les femmes de 30 à 39 ans consultant en CDAG sont plus fréquemment retrouvées positives que les hommes du même âge [tableau 7].

Tableau 7 – Nombre de tests totaux et positifs par sexe et âge dans les CDAG hors prison en 2003

Tranche d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	Tests positifs / Total	Proportion de positifs ‰	Tests positifs / Total	Proportion de positifs ‰	Tests positifs / Total	Proportion de positifs ‰
< 20 ans	30 / 18 020	1,7	34 / 30 548	1,1	64 / 48 568	1,3
20-29 ans	250 / 74 744	3,3	228 / 63 147	3,6	478 / 137 891	3,5
30-39 ans	341 / 33 012	10,3	167 / 15 808	10,6	508 / 48 820	10,4
40-49 ans	142 / 13 291	10,7	61 / 6 920	8,8	203 / 20 211	10,0
50-59 ans	46 / 5 464	8,4	18 / 2 876	6,3	64 / 8 340	7,7
60 ans et +	10 / 2 246	4,5	3 / 805	3,7	13 / 3 051	4,3
Inconnue	-	-	-	-	30 / 1 425	-
Total	819 / 146 777	5,6	511 / 120 104	4,3	1 360 / 268 366	5,1

En prison, les dépistages (environ 11 000 tests réalisés) ont concerné presque exclusivement des hommes (96 %). La proportion de sérologies positives en milieu carcéral était de 6,0 ‰.

Au niveau régional et rapporté à la taille de la population, les CDAG d'Île-de-France et de Paca ont réalisé le plus de dépistages [tableau 8]. Les proportions de sérologies positives étaient particulièrement élevées dans les régions Antilles-Guyane (10,6 ‰) et Île-de-France (9,2 ‰).

Tableau 8 – Activité de dépistage VIH anonyme rapportée par région en 2003 (hors prison)

Région	Nombre total de tests	Nombre de tests / 1 000 habitants*	Nombre de tests positifs	Proportion de tests positifs (‰)
Alsace	6 820	3,9	22	3,2
Aquitaine	9 546	3,3	18	1,9
Auvergne	3 684	2,8	11	3,0
Basse-Normandie	4 437	3,1	9	2,0
Bourgogne	5 986	3,7	5	0,8
Bretagne	10 796	3,7	18	1,7
Centre	3 820	1,6	21	5,5
Champagne-Ardennes	6 388	4,8	9	1,4
Corse	1 313	5,0	1	0,8
Franche-Comté	5 477	4,9	13	2,4
Haute-Normandie	2 320	1,3	8	3,4
Île-de-France	96 876	8,8	893	9,2
Languedoc-Roussillon	11 287	4,9	27	2,4
Limousin	2 654	3,7	3	1,1
Lorraine	6 370	2,8	15	2,4
Midi-Pyrénées	6 718	2,6	32	4,8
Nord-Pas-de-Calais**	-	-	-	-
Pays-de-Loire	11 508	3,6	18	1,6
Picardie	3 734	2,0	13	3,5
Poitou-Charentes	8 310	5,1	14	1,7
Paca	26 559	5,9	68	2,6
Rhône-Alpes	23 315	4,1	72	3,1
Antilles-Guyane	4 631	4,8	49	10,6
La Réunion	2 830	4,0	9	3,2
Nouvelle-Calédonie	1 685	8,6	1	0,6
Total	267 617	4,4	1 357	5,1

* Population Insee 1999 sauf pour la Nouvelle-Calédonie, population en 1996.

** En raison du faible nombre de bilans reçus pour la région Nord-Pas-de-Calais, le résultat pour cette région en 2003 est inexploitable.

Discussion

Fonctionnement de la surveillance du VIH/sida en France

Par rapport à la surveillance du sida telle qu'elle était réalisée jusqu'en 2002, les nouveautés du système de surveillance sont l'intégration de la notification obligatoire du VIH impliquant également les médecins de ville et les biologistes, l'utilisation d'un code permettant une protection maximale de l'anonymat des personnes, et l'instauration d'une surveillance virologique couplée à la notification du VIH.

L'année 2003 a montré que ce système fonctionnait. L'implication des praticiens de ville est effective : 30 % des notifications d'infection à VIH parvenant à l'InVS sont initiées par des biologistes de ville et 27 % des volets médicaux émanent de 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 sont probablement à l'origine de la montée en charge très progressive de la nouvelle surveillance du VIH au cours de l'année 2003 [2], et du taux d'exhaustivité de 65 % sur la période octobre 2003-mars 2004, avec d'importantes disparités régionales. Il faut souligner l'importance du respect de la définition de cas (première sérologie positive dans le laboratoire, même si la personne a eu une sérologie positive antérieure dans un autre laboratoire), seule manière de limiter la sous-déclaration dans la mesure où la première sérologie positive a pu ne pas être notifiée.

Activité de dépistage

Le nombre de sérologies VIH effectuées en France rapporté à la population est plus élevé que dans les autres pays d'Europe de l'Ouest pour lesquels cette information est disponible : 75 ‰ en France en 2002, à comparer à des chiffres allant de 6 ‰ (Irlande) à 53 ‰ (Belgique), à l'exception de l'Autriche (80 ‰) [19]. Les résultats de LaboVIH de 2001 à 2003 [12,13] montrent que l'activité de dépistage se maintient à ce niveau élevé : on observe sur ces trois ans, une augmentation moyenne du nombre de sérologies effectuées de 4 % par an et du nombre de sérologies confirmées positives de 5 % par an.

Le recours au dépistage VIH anonyme, mesuré par l'activité des CDAG, est également en augmentation depuis 2001 [18]. L'activité globale de dépistage du VIH, tout comme l'activité de dépistage anonyme, montre des disparités régionales : les régions Antilles-Guyane, Île-de-France et

La diminution apparente du nombre de cas de sida entre 2002 et 2003, plus marquée qu'au cours des quatre années précédentes, est peut-être la conséquence d'une sous-déclaration ponctuelle liée à l'adaptation au nouveau système de surveillance. Cette diminution semble plus marquée pour les cas chez des personnes qui ignoraient leur séropositivité avant le diagnostic de sida, et par conséquent plus marquée pour les cas hétérosexuels.

Concernant la surveillance virologique, la proportion de personnes refusant d'y participer est relativement faible (5 %). Les données manquantes ont le plus souvent pour cause l'absence d'envoi de buvard au CNR par le biologiste (13 %) ou l'absence d'information sur le consentement de la personne par le clinicien (12 %). Ces deux points pourraient être améliorés.

Une évaluation du dispositif est en cours afin d'analyser les difficultés de fonctionnement. Ses résultats seront disponibles courant 2005.

En ce qui concerne le fonctionnement de la surveillance de l'activité de dépistage du VIH dans les laboratoires, la fiabilité des estimations du nombre de personnes testées et confirmées positives pour le VIH est d'autant meilleure que le taux de participation des laboratoires est élevé. En 2003, six régions sur vingt-trois ont néanmoins une participation inférieure à 80 %.

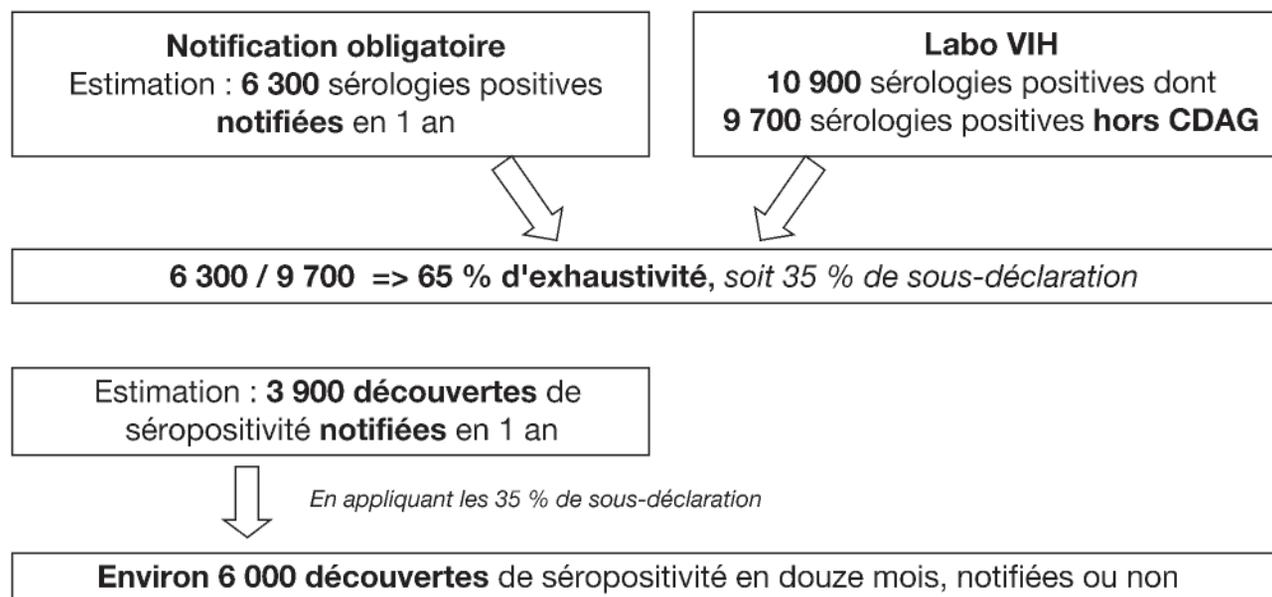
Paca ont, proportionnellement à leur population respective, les nombres de sérologies effectuées les plus élevés. Pour les deux premières régions, les proportions de sérologies positives sont également plus élevées que la moyenne nationale, ce qui reflète les plus fortes prévalences du VIH dans ces régions. À l'inverse, la région Paca présente la particularité d'avoir une forte activité de dépistage mais une proportion de positifs relativement faible parmi la population testée.

L'activité des laboratoires d'analyse médicale permet d'estimer que 7 % des sérologies sont effectuées dans le cadre de CDAG et que 11 % des sérologies positives y sont dépistées. La proportion de sérologies positives est deux fois plus importante en CDAG que dans les autres contextes de dépistage (médecine générale, hôpital, etc.).

Le nombre estimé de 6 000 découvertes de séropositivité en 2003 est calculé par confrontation des résultats d'activité de dépistage, qui sont eux-mêmes des estimations, et des notifications obligatoires d'infection à VIH [figure 7]. Ce calcul repose sur deux hypothèses : d'une part, la montée en charge de la notification obligatoire est réellement terminée depuis octobre 2003 et d'autre part, la sous-déclaration est comparable pour les découvertes de

séropositivité et pour les cas ayant une sérologie positive antérieure. On peut néanmoins établir que le nombre réel de découvertes de séropositivité en 2003 est compris entre 3 900 (nombre de découvertes qui ont fait l'objet d'une notification, ramené à une année) et 10 900 (nombre total de sérologies positives sur l'année, incluant les sérologies multiples).

Figure 7 – Récapitulatif des données sur le nombre de sérologies VIH positives permettant de calculer l'exhaustivité de la notification VIH et d'estimer le nombre de découvertes de séropositivité VIH en 2003



Modes de contamination

Les **rapports hétérosexuels** représentent en 2003, le principal mode de contamination parmi les nouveaux diagnostics d'infection à VIH (56 %) et parmi les cas de sida (51 %). L'infection à VIH chez les hétérosexuels touche particulièrement les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne, qui représentent 49 % des découvertes de séropositivité chez des hétérosexuels, 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 à VIH et l'ignorance plus fréquente de la séropositivité au moment du sida parmi les cas hétérosexuels africains par rapport 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 [20].

La diffusion du VIH se poursuit chez les hommes contaminés par **rapports homosexuels**, qui représentent une part aussi importante des nouveaux diagnostics d'infection à VIH (37 % des cas masculins) que des cas de sida (38 %) en 2003. Le nombre de nouveaux cas de sida chez des hommes homosexuels ne diminue plus en 2003. La proportion d'infections récentes est la plus élevée dans ce groupe (51 %), ce qui peut être le reflet d'un relâchement des comportements de prévention, observé depuis quelques années dans cette population. 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 dépistés 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**, qui représentent 11 % des cas de sida en 2003, leur très faible proportion parmi les nouveaux diagnostics d'infection à VIH (2 %) et la faible part de contaminations récentes parmi ceux-ci confirment la réduction de la transmission du VIH dans cette population.

Sexe et âge

La progression de l'infection à VIH en France chez les femmes est confirmée par l'ensemble des systèmes de surveillance : augmentation au cours du temps de la proportion de femmes parmi les personnes confirmées séropositives et parmi les cas de sida, proportion de femmes plus élevée parmi les diagnostics de séropositivité que parmi les diagnostics de sida.

Le sexe et l'âge des personnes confirmées positives, recueillis par LaboVIH peuvent être comparés d'une part, avec des enquêtes plus anciennes comme le réseau national Renavi (1989-1997), le système régional de surveillance du Resors (1988-1997) [15-17] et d'autre part, avec les données de la notification obligatoire du VIH en 2003. La proportion de femmes parmi les personnes confirmées positives pour le VIH en 2001 (40 %) et 2002 (42 %) selon LaboVIH et en 2003 d'après la notification obligatoire d'infection à VIH (43 %) montre une progression importante par rapport à celle observée dans les enquêtes Renavi et Resors en 1997 (30 %). L'âge médian a augmenté chez les hommes (35 ans en 1997, 38 ans en 2001-2002, 39 ans en 2003)

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).

mais pas chez les femmes (32 ans en 1997, 32 ans en 2001-2002, 33 ans en 2003).

L'activité de dépistage anonyme du VIH montre une augmentation depuis 2001 de la proportion de femmes parmi les personnes confirmées positives, particulièrement accentuée dans la tranche d'âge de 30 à 39 ans, alors que la proportion de femmes parmi les recours au dépistage anonyme n'augmente pas.

Par ailleurs, les enquêtes KABP [21], enquêtes en population portant sur les connaissances et les comportements face au VIH, ont montré une stabilité entre 1998 et 2001 du profil, en termes de sexe et d'âge, de la population ayant effectué au moins un test de dépistage du VIH au cours de l'année. Cette stabilité confirme que l'augmentation de la proportion de femmes, observée dans les différents systèmes de surveillance, est bien liée à une progression de l'infection à VIH chez les femmes, et non pas à des modifications de comportement vis-à-vis du dépistage.

Surveillance de la diffusion des types de virus

Cette surveillance a permis de mesurer pour la première fois en France, la proportion de VIH-2 (2,3 %) et de VIH du groupe O (0,3 %) parmi l'ensemble des nouveaux diagnostics d'infection à VIH et d'identifier pour la première fois 2 cas de co-infection O-M [25]. La proportion de VIH-2 est élevée par rapport à celle observée parmi les personnes dépistées lors d'un don de sang (0,6 %) [22].

La proportion des sous-types "non-B" (50 % des VIH-1 sous-typables) est aussi plus élevée que celle observée dans plusieurs études antérieures : l'observatoire des sous-types du VIH en 1996-1998 (16 %) [23], l'étude Odyssee

en 2001 (33 %) [24] et les donneurs de sang en 2000-2002 (26 %). 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 pour lesquelles elle est de 27 %) indique que le sous-type "non-B" circule aussi dans la population française, en particulier dans la population hétérosexuelle.

Conclusion

Les informations recueillies au travers des différents systèmes de surveillance de l'infection à VIH en France permettent de montrer que les populations les plus touchées par l'épidémie en France sont les homosexuels masculins et les populations d'Afrique subsaharienne, avec en particulier les femmes originaires de cette région.

Chez les homosexuels, ces informations viennent corroborer les résultats des enquêtes comportementales (presse gay et baromètre gay) et de la surveillance des infections sexuellement transmissibles, qui montrent une reprise des pratiques à risque dans cette population [26]. La prévention dans cette population doit donc être poursuivie et renforcée.

Bien que l'activité de dépistage du VIH soit élevée en France, les données de surveillance du sida montrent que l'accès au dépistage reste insuffisant pour les populations d'Afrique subsaharienne et doit donc y être amélioré.

La faible proportion des usagers de drogues parmi les nouveaux diagnostics VIH et la diminution des cas de sida

depuis plus de cinq ans confirment la réduction de la transmission du VIH dans cette population. Mais d'autres indicateurs, comme la baisse des ventes des seringues depuis 1999 et la prévalence de l'hépatite C, conduisent à rester vigilant dans cette population [27].

La coexistence d'épidémies parmi des populations d'origines géographiques différentes a un impact sur les types de virus qui circulent actuellement en France : les sous-types "non-B" minoritaires en France dans les années 1990, représentent la moitié des nouveaux diagnostics en 2003-2004.

La proportion d'infections récentes parmi les découvertes de séropositivité (32 %) dépend des comportements de recours au dépistage dans les différentes populations exposées au VIH. Ces données comportementales devront être prises en compte pour estimer l'incidence du VIH en France, indicateur essentiel pour analyser la dynamique de l'infection à VIH.

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] Premiers résultats du nouveau dispositif de surveillance de l'infection à VIH et situation du sida au 30 septembre 2003. BEH 2004; 24-25:102-10.
- [3] 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.
- [4] 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>) (accès 04/2005).
- [5] Définition du sida avéré (révision 1987). BEH 1987;51:201-3.
- [6] Révision de la définition du sida en France. BEH 1993;11:49.
- [7] Ancelle-Park R, Expanded European AIDS case definition. Lancet, 1993;341:441.
- [8] Heisterkamp S H, Jager J C, Ruitenbergh E J, Van Druten J A M, Downs A M, Correcting reported AIDS incidence: a statistical approach. Stat Med 1989, 8:963-76.
- [9] 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. BEH 1997;5:19-21.
- [10] Semaille C, Durée de survie des patients atteints de sida entre 1981 et 1994 : le pronostic s'est-il amélioré ? Mémoire pour le DEA "Épidémiologie et intervention en santé Publique", universités Bordeaux-II – François-Rabelais, Tours, septembre 1995.
- [11] 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.
- [12] Institut de veille sanitaire, Sida, VIH et IST. État des lieux des données en 2002. Saint-Maurice, novembre 2002.
- [13] Cazein F, Couturier S, Pillonel J, Lot F, Semaille C, Dépistage et diagnostic du VIH dans les laboratoires en France (2001-2002). BEH 2004;24-25:111-2.
- [14] Brice L, Garros B, Le dépistage des séropositivités au VIH en Aquitaine de 1984 à 1993. Solidarité Santé, 1994;3:47-59.
- [15] Réseau national de santé publique. Renavi : Réseau national du VIH. Rapport 1989-1994. RNSP, Saint-Maurice, France, octobre 1996.
- [16] Activité de dépistage de l'infection à VIH en France en 1997. Réseau Renavi. Bulletin épidémiologique annuel. Situation en 1997. Réseau national de santé publique, Saint-Maurice, France, avril 1999;31-4.
- [17] Infections à VIH – Resors-VIH. Bulletin épidémiologique annuel. Situation en 1997. Réseau national de santé publique, Saint-Maurice, France, avril 1999;27-9.

- [18] Le Vu S, Herida M, Pillonel J, Allemand M, Couturier S, Semaille C. Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), bilan 2001 et 2002 d'activité du dépistage du VIH en France. BEH 2004;17:65-6.
- [19] Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida. Surveillance du VIH/SIDA en Europe. Rapport du 2^e semestre 2002. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, 2003. N° 68.
- [20] 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'Île-de-France, 2002. Institut de veille sanitaire, février 2004.
- [21] Les connaissances, attitudes, croyances et comportement face au VIH/sida en France. Évolutions 1992-1994-1998-2001. Grémy I *et al.*, ORS Île-de-France, décembre 2001.
- [22] 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.
- [23] Couturier E, Damond F, Roques P, Fleury H, Barin F, Brunet J-B, Brun-Vézinet F, Simon F, and the AC 11 laboratory network. HIV-1 Diversity in France, 1996-1998. AIDS 2000;14:289-96.
- [24] 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>) (accès 04/2005).
- [25] Brand D, Beby-Defaux A, Mace M, Brunet S, Moreau A, Godet C, Jais X, Cazein F, Semaille C, Barin F, First identification of HIV-1 groups M and O dual infections in Europe. AIDS. 18(18):2425-8, December 3, 2004.
- [26] Michel A, Velter A, Couturier E, Semaille C. Baromètre Gay 2002 : enquête auprès des hommes fréquentant les lieux de rencontre gay en France. BEH 2004;48:227-8.
- [27] Emmanuelli J, Jauffret-Roustide M, Barin F. Épidémiologie du VHC chez les usagers de drogues, France, 1993-2002. BEH 2003; 16-17:97-9.

Index

Index des tableaux

<i>Tableau 1 – Nouveaux diagnostics d'infection à VIH par sexe et mode de contamination</i>	<i>p. 4</i>
<i>Tableau 2 - Proportion d'infections récentes parmi les découvertes de séropositivité VIH</i>	<i>p. 7</i>
<i>Tableau 3 - Proportion de sous-types "non-B" parmi les découvertes de séropositivité VIH-1</i>	<i>p. 9</i>
<i>Tableau 4 – 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</i>	<i>p. 11</i>
<i>Tableau 5 – Cas de sida par mode de contamination, sexe et année de diagnostic</i>	<i>p. 12</i>
<i>Tableau 6 – LaboVIH : activité de dépistage du VIH hors don du sang, par région, 2003</i>	<i>p. 16</i>
<i>Tableau 7 - Nombre de tests totaux et positifs par sexe et âge dans les CDAG</i>	<i>p. 18</i>
<i>Tableau 8 - Activité de dépistage VIH anonyme rapportée par région en 2003</i>	<i>p. 19</i>

Index des figures

<i>Figure 1 – Nouveaux diagnostics d'infection à VIH par sexe et classe d'âge</i>	<i>p. 3</i>
<i>Figure 2 – Nouveaux diagnostics d'infection à VIH chez des personnes contaminées par rapports hétérosexuels selon le sexe et la nationalité</i>	<i>p. 4</i>
<i>Figure 3 – Stade clinique au moment du diagnostic d'infection à VIH selon le mode de contamination</i>	<i>p. 5</i>
<i>Figure 4 – Nouveaux diagnostics VIH selon le groupe et le sous-type de virus</i>	<i>p. 8</i>
<i>Figure 5 – Cas de sida par année de diagnostic selon la connaissance de la séropositivité et l'éventualité d'un traitement antirétroviral avant le sida</i>	<i>p. 13</i>
<i>Figure 6 - Évolution des diagnostics VIH positifs par sexe dans les CDAG hors prison</i>	<i>p. 17</i>
<i>Figure 7 – Récapitulatif des données sur le nombre de sérologies VIH positives</i>	<i>p. 21</i>

