

Dépistage et diagnostic du VIH dans les laboratoires en France (2001-2002)

Françoise Cazein, Sophie Couturier, Josiane Pillonel, Florence Lot, Caroline Semaille

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice

INTRODUCTION

Une surveillance (LaboVIH) a été mise en place en 2001 dans les laboratoires d'analyses médicales avec deux objectifs :

- d'une part, en 2001 et 2002, période à laquelle la notification obligatoire de l'infection par le VIH n'était pas encore opérationnelle, mesurer l'activité de dépistage du VIH et recueillir une information minimale sur les personnes diagnostiquées séropositives pour le VIH ;

- d'autre part, contribuer à l'interprétation des données issues de la notification obligatoire de l'infection par le VIH une fois celle-ci en place, en suivant au cours du temps l'évolution de l'activité de dépistage du VIH.

Cet article présente les résultats de cette surveillance pour les années 2001 et 2002. Les données de l'année 2003 sont actuellement en cours de recueil auprès des biologistes.

MÉTHODE

La surveillance concerne l'ensemble des laboratoires d'analyses médicales, qu'ils soient hospitaliers ou de ville. Les données sont recueillies chaque semestre, directement par l'InVS sur la base d'un questionnaire adressé par voie postale aux biologistes, ou par l'intermédiaire des Observatoires régionaux de Santé (ORS), qui transmettent à l'InVS les données des laboratoires de leur région. Une validation téléphonique est effectuée par l'InVS auprès des biologistes en cas de questionnaire incomplet, et une relance est réalisée auprès de ceux qui n'ont pas retourné leur questionnaire à l'InVS.

Les données recueillies sont le nombre de personnes testées vis-à-vis du VIH et le nombre de personnes confirmées VIH positives¹ pour la première fois dans le laboratoire, en distinguant les tests effectués dans un cadre anonyme des autres tests. Pour la période 2001-2002, le sexe, l'âge et le département de domicile des personnes confirmées positives ont également été recueillis.

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

RÉSULTATS

Le taux de réponse de l'ensemble des laboratoires était de 81 % en 2001 [1] et 78 % en 2002, il varie d'une région à l'autre [tableau 1]. La participation des laboratoires hospitaliers (88 % en 2002) est plus élevée que celle des laboratoires de ville (76 %).

Le nombre de sérologies VIH réalisées par l'ensemble des laboratoires est estimé à environ 4,3 millions en 2001 et 4,5 millions en 2002 (dont 72 % en laboratoire de ville). Un quart de ces sérologies sont réalisées en Ile-de-France.

Le nombre de sérologies confirmées positives est estimé à environ 10 000 en 2001 et 10 200 en 2002 (dont 63 % à l'hôpital), parmi lesquelles la moitié sont réalisées en Ile-de-France. Ces tests positifs ne correspondent pas à autant de découvertes de séropositivité car ils incluent des sérologies faites plusieurs fois pour la même personne. La proportion de sérologies multiples a été estimée dans différentes études à environ 20 % dans les laboratoires de ville, et de 60 à 80 % dans les laboratoires hospitaliers [2-5]. En appliquant ces proportions, le nombre de découvertes de séropositivité peut être estimé entre 4 500 et 5 000 par an, dont 59 % dans des laboratoires de ville.

La proportion de sérologies confirmées positives parmi les sérologies effectuées est estimée à 2,3 pour mille, en 2001 comme en 2002. Elle est beaucoup plus élevée en Ile-de-France (5,2/1000 en 2001 et en 2002) et dans les départements d'Outre Mer (4,2/1000 en 2001 et 4,5/1000 en 2002) que dans les autres régions de métropole (de 0,3 à 1,8 en 2001, de 0,4 à 2,1 en 2002).

Tableau 1

Activité de dépistage du VIH par région
(France, données au 30/09/2003)

Région d'implantation du laboratoire	LaboVIH Activité de dépistage du VIH Année 2002			
	taux de participation des laboratoires	estimation* du nombre de testés	estimation* du nombre de positifs	estimation* du nombre de positifs pour mille tests
Alsace	71 %	148 733	116	0,8
Aquitaine	74 %	203 466	293	1,4
Auvergne	89 %	83 850	35	0,4
Bourgogne	88 %	95 800	101	1,1
Bretagne	99 %	173 092	184	1,1
Centre	75 %	152 833	320	2,1
Champagne-Ardennes	82 %	77 798	106	1,4
Corse	64 %	18 365	11	0,6
Franche-Comté	88 %	73 990	37	0,5
Ile-de-France	72 %	1 084 071	5 623	5,2
Languedoc-Roussillon	67 %	170 092	258	1,5
Limousin	93 %	34 721	22	0,6
Lorraine	84 %	183 580	118	0,6
Midi-Pyrénées	86 %	185 384	233	1,3
Nord-Pas-de-Calais	83 %	269 006	286	1,1
Normandie (Basse-)	82 %	89 672	63	0,7
Normandie (Haute-)	85 %	105 160	150	1,4
Pays-de-Loire	82 %	193 319	272	1,4
Picardie	82 %	104 954	81	0,8
Poitou-Charentes	87 %	81 803	29	0,4
Paca	72 %	419 981	652	1,6
Rhône-Alpes	84 %	395 247	510	1,3
Dom	68 %	158 182	715	4,5
Total France	78 %	4 503 097	10 214	2,3

* Estimations pour l'ensemble des laboratoires

L'activité de dépistage du VIH des laboratoires inclut des sérologies prescrites dans le cadre d'une CDAG (Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit). La proportion de sérologies positives pour 1 000 tests est environ deux fois plus élevée dans un cadre anonyme et gratuit que dans un cadre non anonyme : en effet les CDAG ne représentent que 6% des sérologies VIH réalisées en 2002 mais 11 % des sérologies confirmées positives.

Le nombre de sérologies confirmées positives représente à l'échelle nationale 167 cas par million d'habitants en 2001 et 170 en 2002. Cette proportion montre également une disparité régionale, avec un maximum dans les régions Ile-de-France (environ 500 cas par million) et Dom (environ 400 cas par million). Sur le reste du territoire, le nombre de positifs rapporté à la population est plus faible, inférieur à 150 cas par million.

La proportion de femmes parmi les personnes ayant eu une sérologie VIH confirmée positive est de 40 % en 2001, 42 % en 2002. Elle est plus élevée en Ile-de-France (46 % en 2002) et dans les départements d'Outre-Mer (50 %) que dans les autres départements de la métropole (35 %) ($p < 10^{-6}$).

¹ Sérologie VIH positive confirmée par Western Blot ou Western Blot incomplet de séro-conversion associé à une autre technique de confirmation : antigénémie ou PCR qualitative

L'âge médian des personnes ayant eu une sérologie VIH confirmée positive est plus élevé chez les hommes (38 ans) que chez les femmes (32 ans), en 2001 comme en 2002 ($p < 10^{-4}$).

DISCUSSION

La fiabilité des estimations du nombre de personnes testées et de personnes confirmées positives pour le VIH est d'autant plus importante que le taux de participation des laboratoires est élevé. Ce taux de participation (81 % en 2001 et 78 % en 2002 pour l'ensemble de la France) est comparable à celui qui était observé dans les onze régions du Resors en 1997 (74 %), mais il varie selon les régions (tableau 1).

La comparaison 2001-2002 montre sur cette période une stabilité de l'activité de dépistage, que ce soit en termes de nombre de sérologies effectuées ou de sérologies confirmées positives. L'activité de dépistage du VIH se maintient en France à un niveau élevé. Le nombre de sérologies VIH effectuées en France rapporté à la population (75 pour 1000 en 2002) est plus élevé que dans les autres pays d'Europe de l'Ouest pour lesquels cette information est disponible (de 6 pour 1000 en Irlande à 53 pour 1000 en Belgique), à l'exception de l'Autriche (80 pour mille) [6].

Cette surveillance de l'activité de dépistage et de diagnostic du VIH au niveau national n'a qu'un recul de deux ans, encore insuffisant pour mettre en évidence des tendances au cours du temps. La comparaison des nombres de personnes testées et confirmées positives avec des enquêtes plus anciennes comme le réseau national Renavi (1989-1997) et le système régional de surveillance du Resors (1988-1997) est difficile car leurs méthodes de recueil et d'estimation de l'activité de l'ensemble des laboratoires à partir des laboratoires participants sont différentes [3-5]. En revanche, la comparaison avec ces deux enquêtes est possible en termes de sexe et d'âge des personnes confirmées positives, caractéristiques qui sont moins liées au taux de participation des laboratoires.

La proportion de femmes parmi les personnes confirmées positives pour le VIH en 2001 (40%) et 2002 (42%) selon LaboVIH semble en progression importante par rapport à celle observée dans les enquêtes Renavi et Resors en 1997 (30 %) [4,5]. L'âge médian a augmenté chez les hommes entre 1997 (35 ans) et la période 2001-2002 (38 ans) mais pas chez les femmes (32 ans pour chacune des 3 années). Ces observations pourraient refléter, soit l'évolution de la population ayant recours au dépistage (augmentation du recours au test chez les femmes quel que soit leur âge, et parmi les hommes, augmentation du recours au test chez les hommes plus âgés ou diminution chez les hommes les plus jeunes) soit l'évolution des caractéristiques de la population séropositive en France (renouvellement de la population séropositive plus important chez les femmes). Or les enquêtes KABP [7], enquêtes en population portant sur les connaissances et les comportements face au VIH, ne sont pas

en faveur de la première interprétation puisqu'elles 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.

Les disparités régionales de l'activité de dépistage du VIH s'observent également dans le système de notification obligatoire d'infection à VIH et du sida (lire article ci-joint), avec une prédominance de l'Île-de-France et des départements d'Outre-Mer.

La surveillance de l'activité de dépistage et de diagnostic du VIH dans les laboratoires et la notification obligatoire d'infection VIH sont deux systèmes d'information complémentaires. Dès que le système de notification obligatoire sera stabilisé, c'est à dire probablement en 2004, les données issues de cette notification permettront de préciser et d'actualiser la proportion de sérologies positives multiples (plusieurs sérologies positives pour une même personne), proportion qui permet d'estimer le nombre de découvertes de séropositivités à partir du nombre total de personnes confirmées positives pour le VIH. Réciproquement, l'évolution du nombre de sérologies VIH effectuées en France dans les laboratoires et du nombre total de sérologies positives, y compris les sérologies multiples dans plusieurs laboratoires, permettra d'interpréter le nombre de notifications obligatoires d'infection par le VIH et son évolution.

REMERCIEMENTS

Nous remercions vivement tous les biologistes qui participent au recueil d'information sur leur activité de dépistage du VIH, ainsi que les quatre ORS (Alsace, Auvergne, Bretagne, Poitou-Charentes) qui ont transmis à l'InVS les données des laboratoires de leur région.

RÉFÉRENCES

- [1] Institut de Veille Sanitaire. Sida, VIH et IST. Etat des lieux des données en 2002. Saint-Maurice, Novembre 2002.
- [2] L.Brice, B.Garros. Le dépistage des séropositivités au VIH en Aquitaine de 1984 à 1993. Solidarité Santé. 1994; 3:47-59.
- [3] Réseau National de Santé Publique. Renavi : Réseau National du VIH. Rapport 1989-1994. RNSP, Saint-Maurice, France, octobre 1996.
- [4] Activité de dépistage de l'infection à VIH en France en 1997. Réseau Renavi. Bulletin Epidémiologique Annuel. Situation en 1997. Réseau National de Santé Publique, Saint-Maurice, France, avril 1999:31-4.
- [5] Infections à VIH – Resors-VIH. Bulletin épidémiologique annuel. Situation en 1997. Réseau National de Santé Publique, Saint-Maurice, France, avril 1999:27-9.
- [6] Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologique du Sida. Surveillance du VIH/sida en Europe. Rapport du 2^e semestre 2002. Saint-Maurice : Institut de Veille Sanitaire, 2003. n° 68.
- [7] Les connaissances, attitudes, croyances et comportement face au VIH/sida en France. Evolutions 1992-1994-1998-2001. Grémy I. et al. ORS Ile-de-France, décembre 2001.

Nouvelle stratégie thérapeutique antibiotique des gastro-entérites à *shigella sonnei*

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) propose une stratégie thérapeutique antibiotique pour le traitement des gastro-entérites à *Shigella sonnei*.

Cette mise au point intervient dans un contexte de résistance de certaines souches bactériennes de *Shigella sonnei* aux traitements antibiotiques classiquement utilisés dans cette indication (*aminopénicilline*, *cotrimoxazole*), ce phénomène n'étant pas seulement localisé à la France mais constaté également dans d'autres pays (Etats-Unis, Canada, Israël).

Le traitement antibiotique doit prendre en compte la sensibilité de la souche bactérienne identifiée, l'âge et la gravité de l'infection.

Les mesures d'hygiène, en particulier le lavage soigneux des mains avant les repas et après passage aux toilettes, sont la base d'une prévention des *shigelloses*.

Par ailleurs, il faut souligner la nécessité d'effectuer les coprocultures selon de bonnes pratiques de laboratoire afin d'initier le traitement antibiotique qu'après identification correcte de la souche bactérienne.

Ces recommandations sont disponibles sur le site internet de l'Afssaps :

www.afssaps.sante.fr