

SURVEILLANCE

TENDANCES RÉCENTES DU SIDA EN FRANCE

(Janvier 1998 – Juin 2000)

F. Cazein, R. Pinget, F. Lot, D. David, J. Pillonel, A. Laporte

Institut de veille sanitaire

Vers une stabilisation du nombre de nouveaux cas de sida
et du nombre de décès

Prépondérance des cas de sida liés à une contamination hétérosexuelle

Part croissante des personnes de nationalité étrangère
parmi les cas de sida

Plus de 10% des cas de sida diagnostiqués chez des adultes jeunes (< 30 ans)

INTRODUCTION

Chez un patient infecté par le VIH, les associations d'anti-rétroviraux permettent le plus souvent de stabiliser l'infection et d'empêcher la survenue d'un sida. Ainsi actuellement, la survenue d'un sida peut résulter soit d'une absence de dépistage de l'infection ne permettant pas de bénéficier d'une prise en charge thérapeutique, soit d'une absence de prise en charge thérapeutique malgré la connaissance de la séropositivité VIH, soit d'un échec du traitement.

L'objectif de cet article est de mettre en évidence les tendances récentes du sida entre janvier 1998 et juin 2000 : net ralentissement de la diminution du nombre de nouveaux cas de sida et de décès, prépondérance de la contamination par rapports hétérosexuels et part croissante des personnes de nationalité étrangère parmi les cas de sida et de décrire les caractéristiques des cas de sida chez les adultes jeunes.

MÉTHODE

Les données de surveillance des cas de sida proviennent des déclarations obligatoires faites par les cliniciens et transmises à l'InVS par l'intermédiaire des médecins inspecteurs de santé publique des DDASS.

Les données présentées ont été établies à partir des fiches de notification reçues à l'InVS jusqu'au 30 septembre 2000, pour les cas diagnostiqués jusqu'au 30 juin 2000, soient 52 399 cas depuis le début de l'épidémie.

Pour permettre d'analyser les tendances au cours du temps, le nombre de cas diagnostiqués au cours des 8 derniers trimestres est redressé [1] pour tenir compte des délais de notification (total redressé : 52 635 cas depuis le début de l'épidémie).

La sous déclaration (cas de sida qui ne sont jamais déclarés, estimés entre 10 et 20 % [2]) n'est pas prise en compte.

RÉSULTATS

• Vers une stabilisation du nombre de nouveaux cas de sida

Après une augmentation du nombre de cas de sida jusqu'en 1994, une diminution s'est amorcée en 1995 et s'est fortement accentuée, en 1996, lors de la diffusion des thérapeutiques antirétrovirales. On observe en 1998 un ralentissement de cette diminution qui se confirme en 1999-2000 (environ 800 à 900 cas de sida diagnostiqués chaque semestre). La même évolution s'observe pour le nombre de décès, qui se stabilise autour de 300 à 350 décès par semestre depuis le deuxième semestre 1998.

Sur la période récente (janvier 1998 – juin 2000), le nombre de nouveaux cas de sida diminue faiblement pour les trois principaux modes de contamination (Fig. 1). Il se situe entre 300 et 400 cas par semestre chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, autour de 250 cas chez les homosexuels masculins et de 100 à 150 cas chez des usagers de drogues injectables (UDI).

Le nombre de décès diminue seulement pour les cas de sida dont le mode de contamination est l'usage de drogues injectables (environ 100 décès au premier semestre de 1998, environ 60 au premier semestre 2000). Il se stabilise pour les cas dont le mode de contamination est homosexuel ou hétérosexuel (environ 100 décès par semestre) (Fig. 1).

Figure 1. Nombre de cas de sida par semestre de diagnostic et nombre de décès par semestre de décès, pour les 3 principaux modes de contamination. Données du 30/09/2000 redressées pour les délais de déclaration.

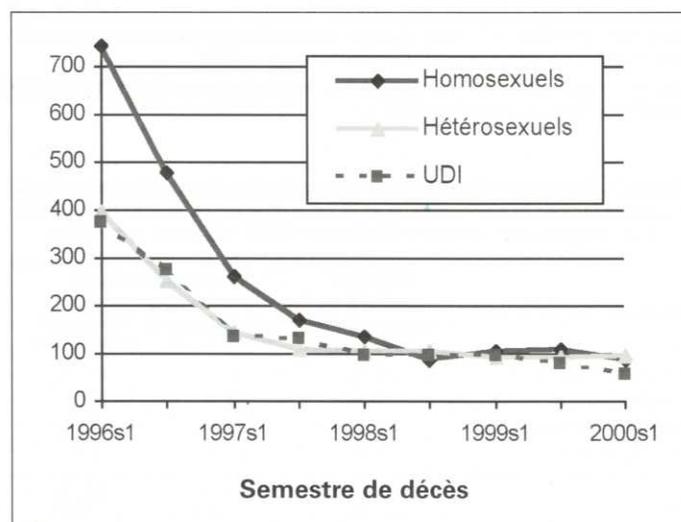
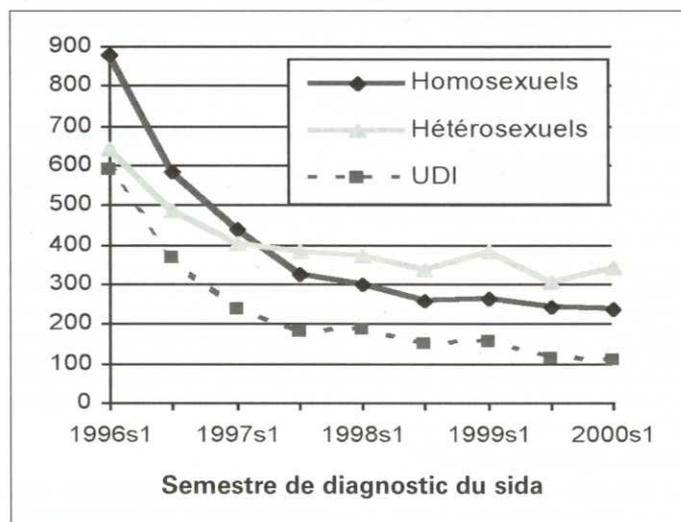
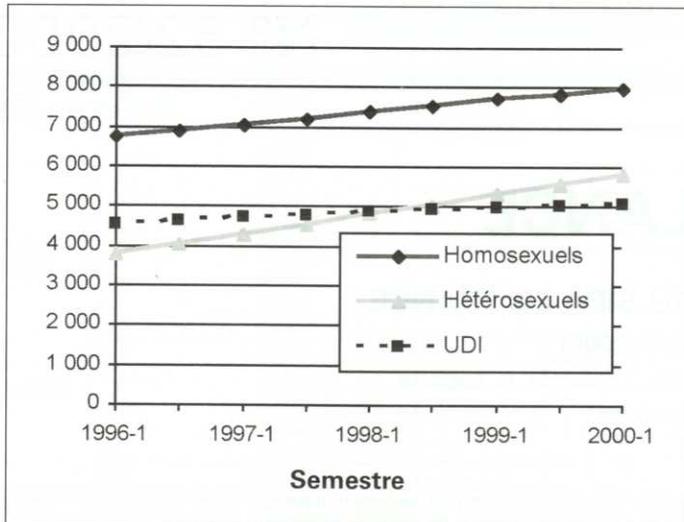


Figure 2. Nombre de personnes ayant développé un sida et vivantes à la fin de chaque semestre, pour les 3 principaux modes de contamination.
Données du 30/09/2000 redressées pour les délais de déclaration.



Le nombre de personnes ayant développé un sida et vivantes à la fin de chaque semestre continue d'augmenter (+2,5 % entre le deuxième semestre 1999 et le premier semestre 2000), il est estimé à près de 21 500 personnes au 30 juin 2000.

Le nombre de personnes ayant développé un sida et vivantes à la fin de chaque semestre augmente pour chacun des trois principaux modes de contamination (Fig. 2), mais il progresse plus rapidement chez les personnes contaminées par rapports hétéro-sexuels (en moyenne + 5 % par semestre depuis 1998) que chez ceux contaminés par rapports homosexuels (+2 %) ou par injection de drogues (+1 % par semestre).

• Prépondérance des cas de sida liés à une contamination hétérosexuelle

Parmi les cas de sida diagnostiqués sur la période janvier 1998 - juin 2000, environ 40 % (n = 1735) des personnes ont été contaminées par rapports hétérosexuels, 30 % (n = 1303) par rapports homosexuels et 15 % (n = 719) par usage de drogues injectables.

Les rapports hétérosexuels représentent le mode de contamination le plus fréquent parmi les cas de sida diagnostiqués depuis 1997. En effet, la diminution du nombre de cas de sida a été à la fois moins marquée et de plus courte durée pour les cas hétérosexuels que pour les autres modes de contamination : entre le premier et le deuxième semestre de 1997, la diminution semestrielle du nombre de cas chez des hétérosexuels n'était plus que de -4 % alors qu'elle était encore de l'ordre de -25 % pour les cas contaminés par rapport homosexuel ou par usage de drogues.

Quelles en sont les raisons ?

Les personnes ayant développé le sida entre janvier 1998 et juin 2000 sont, pour la moitié (proportion croissante au cours du temps), des personnes qui ne se sont pas fait dépister (n = 2066), pour un quart, des personnes qui connaissaient leur séropositivité mais qui n'avaient pas bénéficié d'un traitement anti-rétroviral (n = 1203) et, pour un dernier quart, des personnes traitées en possible échappement thérapeutique (n = 1041).

Ces trois populations sont différentes, en particulier en terme de répartition des modes de contamination (Tab. 1).

Tableau 1. Répartition des modes de contamination des cas de sida selon la connaissance de la séropositivité et la prise d'un traitement anti-rétroviral
Cas diagnostiqués de janvier 1998 à juin 2000 - données redressées

| Modes de contamination | Diagnostic simultané de séropositivité et de sida | Séropositivité connue | |
|------------------------------|---|---------------------------------|--------------------------|
| | | Pas de traitement avant le sida | Traitement avant le sida |
| Rapports homosexuels | 29 % | 28 % | 33 % |
| Usage de drogues injectables | 6 % | 24 % | 29 % |
| Rapports hétérosexuels | 47 % | 38 % | 29 % |
| Autres, inconnu | 18 % | 10 % | 9 % |
| Total | 100 % (n = 2066) | 100 % (n = 1203) | 100 % (n = 1041) |

En effet, on constate une proportion significativement plus importante d'hétérosexuels parmi les personnes qui ignoraient leur séropositivité au moment du diagnostic de sida (47 %) et chez ceux qui, se sachant séropositifs, ne sont pas traités (38 %), ces deux catégories étant celles où le nombre de cas de sida a peu ou pas diminué (Tab. 1).

Si on considère séparément chaque mode de contamination, on constate que la connaissance de la séropositivité et la prise de traitement anti-rétroviral sont moins fréquentes parmi les cas hétérosexuels.

Parmi les cas de sida diagnostiqués en janvier 1998 - juin 2000 et liés à une contamination par rapports hétérosexuels, la méconnaissance de la séropositivité est encore très répandue (56 %), plus encore pour les hommes (2 hommes sur 3) que pour les femmes (1 femme sur 2). Par comparaison, sur la même période, la méconnaissance de la séropositivité concernait 46 % des cas de sida chez des homosexuels et 17 % des cas liés à l'usage de drogues injectables.

Parmi les personnes ayant développé le sida et qui connaissaient leur séropositivité, l'accès aux traitements a aussi été plus rare pour les hétérosexuels (six sur dix n'ont pas bénéficié d'un traitement anti-rétroviral avant le sida) que pour les homosexuels ou les UDI (un sur deux).

Quelles sont les personnes contaminées par rapports hétérosexuels qui développent un sida ?

Sur la période janvier 1998 - juin 2000, 42 % des cas de sida liés à une contamination hétérosexuelle sont survenus chez des femmes et 58 % chez des hommes. L'évolution du nombre de ces cas diffère selon le sexe : il diminue faiblement chez les hommes (environ 200 cas par semestre), mais ne montre aucune diminution chez les femmes (environ 150 cas par semestre). Les femmes sont en moyenne plus jeunes de 5 ans (37,6 ans) que les hommes (42,7 ans).

Les circonstances de la contamination hétérosexuelle sont connues pour 70 % des femmes. La grande majorité (71 %) de ces contaminations est liée à la prévalence du VIH élevée dans la zone Caraïbe ou en Afrique subsaharienne, 15 % sont liées à un partenaire UDI, 12 % à un partenaire hétérosexuel sans facteur de risque connu et 2 % à un partenaire bisexuel.

Les circonstances sont connues pour 60 % des hommes. Pour la grande majorité de ces cas (79 %) la contamination est liée à la forte prévalence en Afrique subsaharienne ou dans les Caraïbes, dans 15 % des cas il s'agit d'un partenaire hétérosexuel sans facteur de risque connu et dans 5 % des cas, d'une partenaire UDI.

• L'évolution du nombre de nouveaux cas de sida n'est pas identique chez les personnes de nationalité étrangère et chez les personnes de nationalité française¹

Sur la période janvier 1998 - juin 2000, 963 nouveaux cas de sida ont été diagnostiqués en France chez des personnes de nationalité étrangère, ce qui correspond à presque un quart des cas (963/4 224) diagnostiqués sur cette période. La proportion d'étrangers, après avoir été stable autour de 14 % jusqu'en 1994, a augmenté ensuite : 20 % au 1^{er} semestre 1998 et 26 % au 1^{er} semestre 2000.

En effet, la diminution du nombre de nouveaux cas de sida observée à partir de 1995 a été moins marquée pour les personnes de nationalité étrangère comparativement à celles de nationalité française. Le nombre de nouveaux cas chez les étrangers augmente même depuis 1999 (+7 % entre le 1^{er} semestre 1998 et le 1^{er} de 2000, versus -26 % chez les Français sur la même période).

Cette ré augmentation du nombre de nouveaux cas touche essentiellement les personnes ayant pour nationalité celle d'un pays d'Afrique sub-saharienne (+23 % entre le 1^{er} semestre 1998 et le 1^{er} de 2000) (Tab. 2).

La diminution du nombre de décès par sida observée depuis 1995 s'est ralentie de manière similaire entre les personnes de nationalité étrangère et les personnes de nationalité française (respectivement -20 % et -28 % entre le 1^{er} semestre 1998 et le 1^{er} de 2000).

Sur la période janvier 1998-juin 2000, la méconnaissance de la séropositivité à l'entrée dans le sida touche 60 % des personnes de nationalité étrangère comparativement à 43 % pour les personnes françaises. Cette méconnaissance chez les étrangers varie en fonction de la nationalité : 63 % chez les personnes d'Afrique sub-saharienne, 55 % chez les Haïtiens et 52 % chez les nord-Africains.

Toujours sur la même période, parmi les personnes qui connaissaient leur séropositivité à l'entrée dans le sida, 58 % des personnes de nationalité étrangère n'avaient pas bénéficié d'un traitement anti-rétroviral avant le sida (comparativement à 51 % chez les Français). Ce pourcentage est de 73 % chez les Haïtiens, de 56 % chez les personnes d'Afrique sub-saharienne et de 55 % chez les Nord-Africains.

• Les 15-29 ans représentent plus de 10 % des nouveaux cas de sida

Etant donnée la longue durée d'incubation entre la contamination et le sida, les adultes de moins de 30 ans au moment du diagnostic de sida ont été contaminés très jeunes. Entre janvier 1998 et juin 2000, 2,5 % des cas de sida

1. Personnes adultes (âge > 15 ans) domiciliées en France.

Tableau 2. Répartition des cas de sida adultes domiciliés en France selon la nationalité, par semestre de diagnostic

Cas diagnostiqués de janvier 1998 à juin 2000 - données redressées

| | 1998 1 ^{er} semestre | 1998 2 ^e semestre | 1999 1 ^{er} semestre | 1999 2 ^e semestre | 2000 1 ^{er} semestre | Janvier 1998 à Juin 2000 |
|---------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| France | 763 80 % | 661 80 % | 671 74 % | 570 76 % | 567 73 % | 3 232 76 % |
| Pays d'Afrique Subsaharienne | 95 10 % | 78 10 % | 114 12 % | 92 12 % | 117 15 % | 496 12 % |
| Pays d'Afrique du Nord | 43 4 % | 28 3 % | 34 4 % | 27 4 % | 31 4 % | 163 4 % |
| Pays d'Europe (hors France) | 26 3 % | 18 2 % | 29 3 % | 12 2 % | 21 3 % | 106 3 % |
| Haïti | 11 1 % | 24 3 % | 27 3 % | 17 2 % | 19 2 % | 98 2 % |
| Pays d'Amérique (hors Haïti) | 13 1 % | 7 1 % | 16 2 % | 15 2 % | 11 1 % | 62 1 % |
| Pays d'Asie | 5 1 % | 7 1 % | 11 1 % | 9 1 % | 8 1 % | 40 1 % |
| Autre/inconnue | 3 0 % | 3 0 % | 8 1 % | 5 1 % | 8 1 % | 27 1 % |
| Total | 959 100 % | 826 100 % | 910 100 % | 747 100 % | 782 100 % | 4 224 100 % |

ont été diagnostiqués chez des personnes de 15 à 24 ans et 9 % chez des personnes de 25 à 29 ans, soit 11,5 % (502 cas) d'adultes jeunes de 15 à 29 ans. Cette proportion, qui avait diminué de 1994 (20 %) à 1996 (13 %), s'est stabilisée depuis cette date.

Par comparaison avec les adultes âgés de 30 à 59 ans au moment du diagnostic de sida, les jeunes adultes sont plus souvent des femmes (42 % vs 21 %).

On observe une proportion significativement plus élevée de personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne parmi les femmes jeunes (31 %) que parmi les femmes âgées de 30 à 59 ans (22 %). Cette différence ne s'observe pas entre les hommes jeunes (13 %) et les plus âgés (10 %).

Le mode de contamination hétérosexuel est plus fréquent chez les femmes jeunes développant un sida (83 %) que chez les femmes plus âgées (70 %) et moins souvent lié à l'injection de drogues (11 % vs 20 %). Parmi les hommes, le

mode de contamination est plus souvent homosexuel chez les jeunes (54 %) que chez les plus âgés (38 %) et moins souvent lié à l'usage de drogues (7 % vs 19 %).

L'accès au dépistage et au traitement anti-rétroviral pré-sida de ces jeunes sur la période considérée n'est pas différent de ce que l'on observe pour l'ensemble des cas de sida : 48 % des jeunes adultes ignoraient leur séropositivité au diagnostic de sida et parmi ceux qui la connaissaient, 55 % n'avaient pas bénéficié d'un traitement anti-rétroviral pré-sida.

DISCUSSION - CONCLUSION

La stabilité du nombre de nouveaux cas de sida par rapport aux semestres précédents où l'on observait une baisse, n'est pas liée au relâchement des comportements de prévention observé depuis 1998, notamment chez les homosexuels masculins. Le fait de développer le sida est bien sûr lié au fait d'être infecté mais surtout au fait de ne pas connaître sa séropositivité, ce qui empêche de bénéficier des avancées thérapeutiques, ou de ne pas être traité lorsqu'on la connaît.

La ré-augmentation récente du nombre de nouveaux cas de sida chez les étrangers et notamment chez les personnes ayant pour nationalité celle d'un pays d'Afrique sub-saharienne est préoccupante. Cette tendance est principalement liée au problème de la méconnaissance de la séropositivité chez un grand nombre d'entre eux.

Le défaut d'accès aux thérapeutiques anti-rétrovirales avant le sida est plus important chez les étrangers que chez les Français.

Par contre, la diminution similaire du nombre de décès par sida chez les étrangers et les Français laisse à penser que, une fois l'infection diagnostiquée au stade de sida, la prise en charge des patients de nationalité étrangère est assez comparable à celle des patients de nationalité française.

Dans leurs messages, les programmes d'incitation au dépistage devraient lier plus directement connaissance de la séropositivité et absence de survenue d'un sida grâce à une prise en charge thérapeutique. Ces programmes doivent porter leurs efforts, en particulier, en direction des personnes s'exposant au VIH lors de rapports hétérosexuels et en direction des personnes de nationalité d'un pays d'Afrique, notamment d'Afrique subsaharienne.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] SH Heisterkamp, JC Jager, EJ Ruitenberg, Van Druten JAM, Downs AM. Correcting reported AIDS incidence: a statistical approach. *Stat Med* 1989, 8:963-976.
- [2] P Bernillon, L Lièvre, J Pillonel, A Laporte, D Costagliola. Estimation de la sous-déclaration des cas de sida en France par la méthode de capture-recapture. *BEH* 1997, 5:19-21.

ENQUÊTE

LES LEGIONELLOSES DECLAREES EN FRANCE EN 1999

C. Campese, B. Decludt
Institut de Veille Sanitaire

INTRODUCTION

Depuis 1987, la surveillance de la légionellose en France est essentiellement basée sur le système de déclaration obligatoire. La surveillance a été renforcée en 1997 par le système interactif de signalement de cas de légionellose entre le Centre National de Référence des *Legionella* (CNR) et l'Institut de Veille Sanitaire (InVS). En 1999, 37 services de microbiologie volontaires ont créé l'Observatoire des *Legionella* en Ile de France qui notifie tout diagnostic positif à la DDASS et à l'InVS.

Au niveau européen, la France participe activement au réseau EWGLI. Ce réseau qui regroupe 31 pays signale, aux autorités sanitaires du pays concerné, tout cas de légionellose chez une personne ayant voyagé pendant les 10 jours précédant le début de la maladie en précisant les lieux fréquentés.

OBJECTIFS DE LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Au niveau local, la déclaration permet à la DDASS de réaliser une enquête afin d'identifier les expositions à risque, de rechercher d'autres cas liés à ces expositions et de prendre les mesures environnementales de contrôle appropriées.

Au niveau national, elle a pour objectif de connaître la fréquence, les tendances et les principales caractéristiques épidémiologiques de cette maladie.

Au niveau européen, l'objectif principal est d'identifier des cas groupés pouvant être rattachés à une source commune d'exposition afin de prendre les mesures de prévention appropriées.