

| Introduction |

Cet article présente les données d'activité de dépistage et de surveillance de l'infection à VIH et du sida en Basse-Normandie en 2013. Ces données sont issues de trois systèmes de surveillance coordonnés par l'Institut de veille sanitaire (InVS) (1,2) : 1) la surveillance de l'activité de dépistage de l'infection à VIH par le recueil « LaboVIH », 2) la notification obligatoire des diagnostics d'infection à VIH à laquelle est couplée la surveillance virologique du VIH réalisée par le Centre national de référence (CNR) du VIH, 3) la notification obligatoire du sida.

| Méthodes |**| Surveillance de l'activité de dépistage de l'infection à VIH |**

La surveillance de l'activité de dépistage de l'infection à VIH se fait à partir du recueil « LaboVIH » (3,4). Elle a pour objectif de décrire la dynamique de dépistage en collectant des informations sur le nombre de sérologies réalisées et le nombre de sérologies positives rendues par les laboratoires d'analyses médicales de ville et hospitaliers. Elle inclut les sérologies prescrites par les centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG) et les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist). En France, 89 % des laboratoires recensés transmettent ces données à l'InVS. Toutes les données « LaboVIH » présentées dans ce point sont redressées afin de représenter l'activité de l'ensemble des laboratoires de la région (3,4).

| La déclaration obligatoire des diagnostics d'infection à VIH |

La déclaration obligatoire (DO) des diagnostics d'infection à VIH complète depuis 2003 la DO du sida (2). Elle a pour objectif de décrire le nombre et les caractéristiques des personnes découvrant leur séropositivité vis-à-vis du VIH et de suivre la dynamique de l'infection, ceci afin de mieux adapter les actions de prévention. Le nombre annuel de DO d'infection à VIH est estimé en prenant en compte les délais de déclaration et la sous déclaration (5). En 2013, l'exhaustivité de la DO était de 81 % en Basse-Normandie (71 % en France).

Depuis 2008, un indicateur de diagnostic tardif construit à partir de la combinaison du stade clinique et du nombre de CD4 est disponible et présenté dans cette analyse. Tout diagnostic au stade de primo-infection ou avec des CD4 supérieurs ou égaux à 500/mm³ en l'absence de pathologie sida est considéré comme précoce, tout diagnostic au stade sida ou avec CD4 inférieur à 200/mm³ est considéré comme tardif.

La surveillance virologique consiste entre autre en la réalisation d'un test d'infection récente et un sérotypage (non présenté). Le test d'infection récente permet d'estimer la part des contaminations récentes (moins de 6 mois en moyenne) parmi les découvertes de séropositivité. Ces résultats sont utilisés pour estimer l'incidence de l'infection par le VIH (6,7).

| La déclaration obligatoire du sida |

La DO du sida mise en place depuis 1986 a pour objectif de décrire le nombre et les caractéristiques des personnes ayant atteint le stade le plus avancé de l'infection. Ses modalités ont été décrites précédemment (2,5). Le nombre annuel de DO de diagnostics de sida est estimé en prenant en compte les délais de déclaration et la sous déclaration (5). En 2007-2009, l'exhaustivité de la DO du sida était de 77 % en Basse-Normandie (59 % en France).

| Analyses statistiques |

Les chiffres redressés du nombre de DO sont donnés avec leur intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %). Les analyses descriptives des caractéristiques des personnes ayant découvert leur infection à VIH et des cas de sida sont réalisées à partir des données brutes issues des DO reçues à l'InVS au 31 décembre 2013 pour des personnes domiciliées en région Basse-Normandie. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata (V12.0, Stata Corporation, College Station, TX, USA). Les analyses des tendances (depuis 2003) ont été testées par régression linéaire en utilisant la méthode des moindres carrés pondérés par la variance. La comparaison de deux proportions sont faites à l'aide d'un Chi 2.

| Activité de dépistage |

Sérologies VIH réalisées

En 2013, on estime que les laboratoires du recueil « LaboVIH » de la région Basse-Normandie ont réalisé 82 719 sérologies VIH (IC 95 % 74 274-91 163) soit 56 sérologies pour 1 000 habitants. Ce nombre est resté stable entre 2003 et 2013 (Figure 1).

Un total de 63 169 sérologies (76 %) ont été réalisées en ville. Un total de 3 420 sérologies (4 %) ont été réalisées dans un cadre anonyme.

Sérologies VIH positives

En 2013, le nombre de sérologies VIH confirmées positives était estimé à 212 (IC 95 % 55-125), soit 61 sérologies positives par million d'habitants. Ce nombre est resté stable entre 2003 et 2013 ($p = 0,058$) (Figure 2).

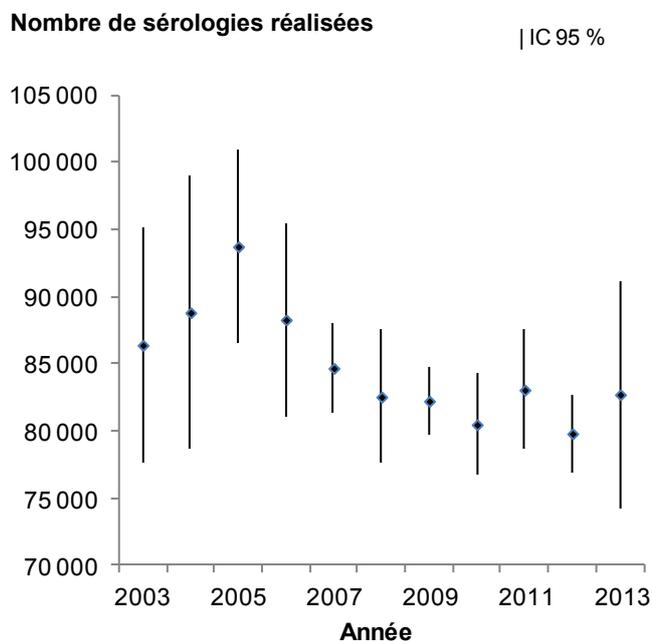
Sur les 90 sérologies positives, une sérologie a été réalisée dans un cadre anonyme.

Sérologies VIH positives pour 1 000 sérologies réalisées

En 2013, le nombre de sérologies confirmées positives pour 1 000 sérologies réalisées était estimé à 1,1 sérologies positives pour 1 000. Ce nombre est resté stable entre 2003 et 2013.

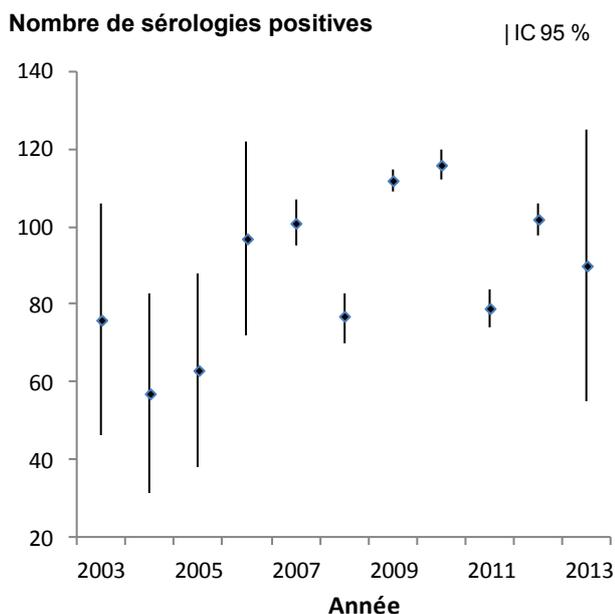
| Figure 1 |

Evolution du nombre estimé de sérologies VIH réalisées, Basse-Normandie, 2003-2013 (données au 31 décembre 2013 corrigées pour les délais de déclaration et la sous déclaration)



| Figure 2 |

Evolution du nombre estimé de sérologies VIH positives, Basse-Normandie, 2003-2013 (données au 31 décembre 2013 corrigées pour les délais de déclaration et la sous déclaration)



| La déclaration obligatoire des diagnostics d'infection à VIH |

Evolution du nombre de découvertes d'infection à VIH

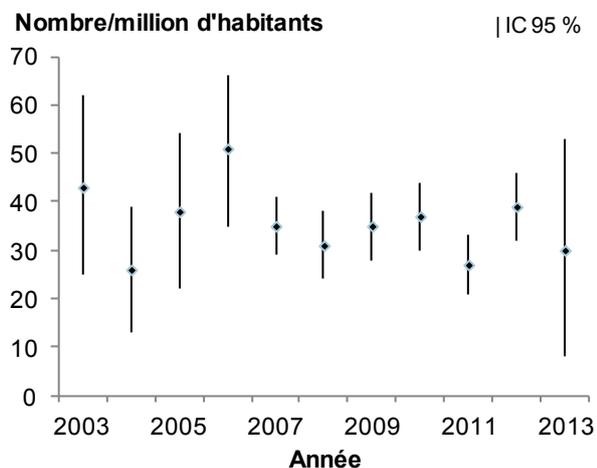
En 2013, le nombre de personnes ayant découvert leur infection à VIH était de 45 (IC 95 % 12-78) soit un taux rapporté à la population de 30 cas/million d'habitants (IC 95 % 8-53). Ce nombre a été estimé à partir des 28 déclarations d'infection à VIH reçues à l'InVS au 31 décembre 2013 pour des personnes domiciliées en Basse-Normandie. Le nombre de découvertes d'infection à VIH est resté stable entre 2003 et 2013.

Les trois-quarts (75 %) de ces personnes étaient domiciliés dans le département du Calvados (N = 21), cinq personnes dans le département de la Manche et deux dans le département de l'Orne (Tableau 1).

Les laboratoires de ville étaient à l'origine de 14 % des découvertes d'infection à VIH en 2013.

| Figure 3 |

Evolution du nombre estimé de découvertes d'infection à VIH par million d'habitants, Basse-Normandie, 2003-2013 (données au 31 décembre 2013, corrigées pour les délais de déclaration et la sous déclaration)



Distribution des cas par sexe, âge et lieu de naissance

En 2013, 18 personnes (65 %) ayant découvert leur infection à VIH étaient des hommes. Cette distribution est restée stable entre 2003 (64 %) et 2013.

Un total de sept personnes (25 %) ayant découvert leur infection à VIH étaient âgées de moins de 30 ans, 13 personnes (46 %) étaient âgées entre 31 et 49 ans et huit personnes (29 %) étaient âgées de plus de 50 ans. Cette distribution n'a pas évolué entre 2003 et 2013.

Le lieu de naissance était documenté pour 27 des 28 personnes ayant découvert leur infection à VIH. Vingt d'entre elles (75 %) étaient nées en France et sept personnes étaient nées à l'étranger (25 %) dont six en Afrique subsaharienne. Parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne, quatre étaient des femmes. Cette distribution est restée stable entre 2003 et 2013.

Modes de contamination probable

Le mode de contamination était connu pour 26 (93 %) des 28 personnes ayant découvert leur infection à VIH en 2013. Parmi ces personnes, 11 (42 %) ont été contaminées à l'occasion de rapports hétérosexuels et 13 (50 %) étaient des hommes contaminés à l'occasion de rapports sexuels avec les hommes (HSH), une personne par usage de drogue intraveineuse (UDI) et une personne par transmission materno-fœtale. Le nombre de découvertes à l'occasion de rapports hétérosexuels et parmi les HSH était stable depuis 2003.

Les rapports hétérosexuels étaient la source de contamination des huit femmes et de trois hommes pour lesquels le mode de contamination était connu (N = 26). Parmi les 11 personnes contaminées à l'occasion de rapports hétérosexuels, cinq étaient âgées entre 31 et 49 ans et cinq avait 50 ans et plus. Une seule avait moins de 30 ans. Sept personnes étaient nées en France et quatre personnes étaient originaires d'Afrique subsaharienne.

Parmi les HSH (N = 13), quatre personnes étaient âgées de moins de 30 ans, sept personnes étaient âgées entre 31 et 49 ans, et deux personnes étaient âgées de 50 ans et plus. Onze d'entre eux étaient nés en France (le pays de naissance était connu pour 12 d'entre eux).

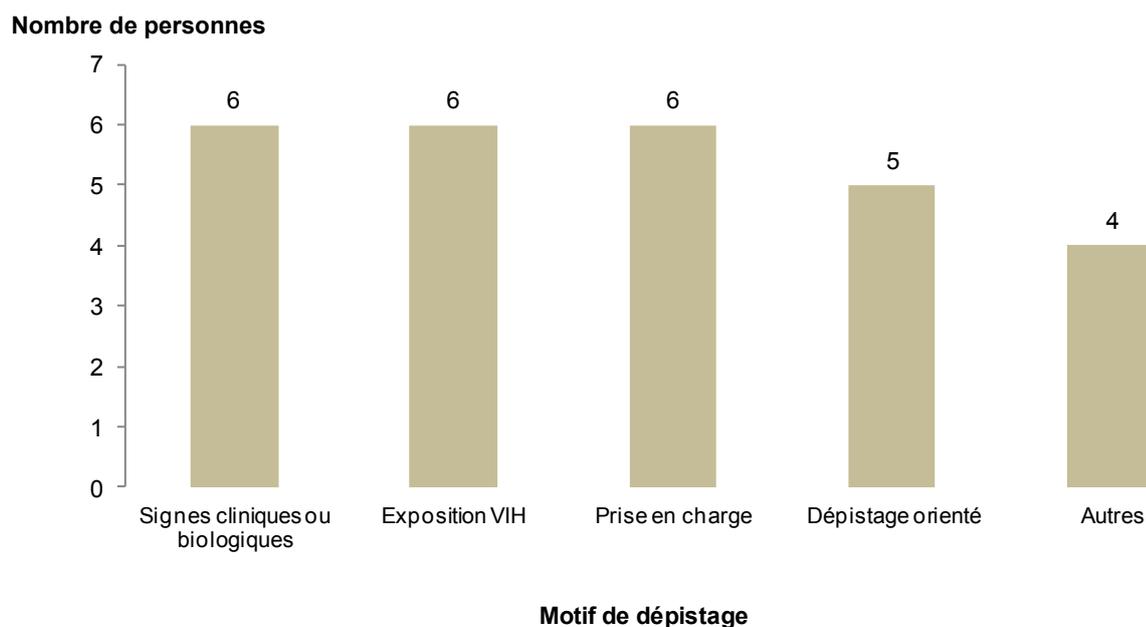
Motif de dépistage

Le motif de dépistage était connu pour 27 des 28 personnes ayant découvert leur infection à VIH en 2013 en Basse-Normandie : six personnes (22 %) présentaient des signes cliniques et biologiques liés au VIH, six personnes (22 %) rapportaient une exposition récente au VIH et six découvertes (22 %) ont été réalisées dans le cadre d'une prise en charge du VIH (personne dont la première sérologie n'a pas été déclarée) (Figure 4).

Cinq découvertes (19 %) d'infections ont été réalisées dans le cadre d'un dépistage orienté, c'est-à-dire la sérologie VIH proposée à l'occasion d'une consultation pour une pathologie autre que le VIH (exemple : hépatite) ou dans un contexte suggérant une contamination possible (exemple : prise de risque ancienne).

| Figure 4 |

Distribution des motifs de dépistage parmi les personnes ayant découvert leur infection à VIH, Basse-Normandie, 2013 (N = 27)



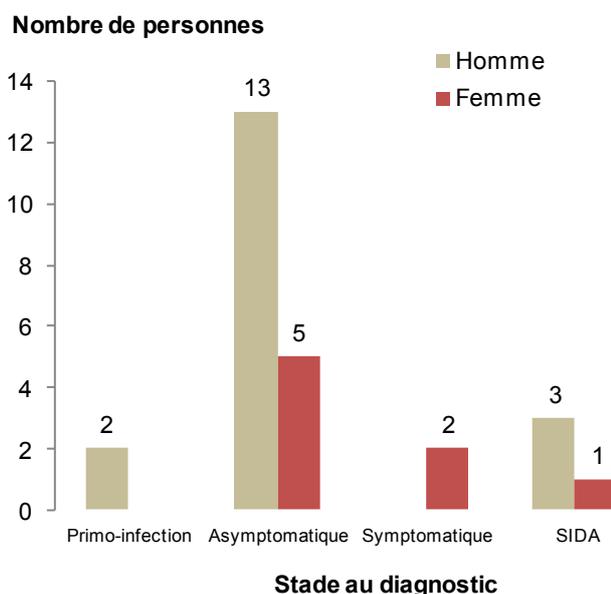
| Figure 5 |

Distribution du stade clinique selon le sexe au moment du diagnostic d'infection à VIH, Basse-Normandie, 2013 (N = 26)

Stades cliniques et immunologiques au moment de la découverte de l'infection à VIH

Parmi les personnes ayant découvert leur infection à VIH en 2013 et dont le stade clinique était documenté (N = 26/28), deux étaient au stade de primo-infection symptomatique, 18 personnes (69 %) étaient asymptomatiques, deux à un stade symptomatique non sida et quatre au stade sida (Figure 5).

L'analyse de l'indicateur de diagnostic précoce ou tardif indique que 33 % des découvertes d'infection à VIH étaient au stade précoce et 27 % étaient à un stade tardif en 2013 en Basse-Normandie.



Test d'infection récente

Le résultat du test d'infection récente était disponible pour 25 des 28 personnes ayant découvert leur infection à VIH (Tableau 1) : huit d'entre elles (32 %) étaient des infections récentes (en moyenne moins de 6 mois). Quatre personnes étaient âgées de moins de 30 ans, deux étaient âgées entre 31 et 49 ans et deux étaient âgées de 50 ans et plus. En 2013, une personne était une infection récente parmi les 5 personnes (20 %) originaires d'Afrique subsaharienne contre 5 personnes (28 %) parmi les 18 personnes nées en France.

| Tableau 1 |

Distribution des caractéristiques des personnes ayant découvert leur infection à VIH par département, Basse-Normandie, 2013 (N = 28)

Caractéristiques		Calvados (N = 21)	Manche * (N = 5)	Orne * (N = 2)	Basse- Normandie (N = 28)
Sexe	Femme	5 (24 %)	3	2	10 (36 %)
	Homme	16 (76 %)	2	0	18 (64 %)
Classe d'âge	≤ 30 ans	7 (33 %)	0	0	7 (25 %)
	31 - 49 ans	8 (38 %)	4	1	13 (46 %)
	≥ 50 ans	6 (29 %)	1	1	8 (29 %)
Pays de naissance (N = 27)	France	15 (75 %)	3	2	20 (74 %)
	Afrique subsaharienne	4 (20%)	2	0	6 (22 %)
	Autre pays	1 (5 %)	0	0	1 (4 %)
Mode de contamination (N = 26)	Rapports homosexuels	11 (55 %)	2	0	13 (50%)
	Rapports hétérosexuels	7 (35 %)	2	2	11 (42%)
	Autres contaminations	2 (10 %)	0	0	2 (8 %)
Infection récente (N = 25)	Oui	8 (40 %)	0	0	8 (32 %)
	Non	12 (60 %)	3	2	17 (68 %)

* Calcul des proportions non pertinent au vu de la faible taille des effectifs

| Déclaration obligatoire du sida |

Evolution du nombre de découvertes de cas de sida entre 2003 et 2013

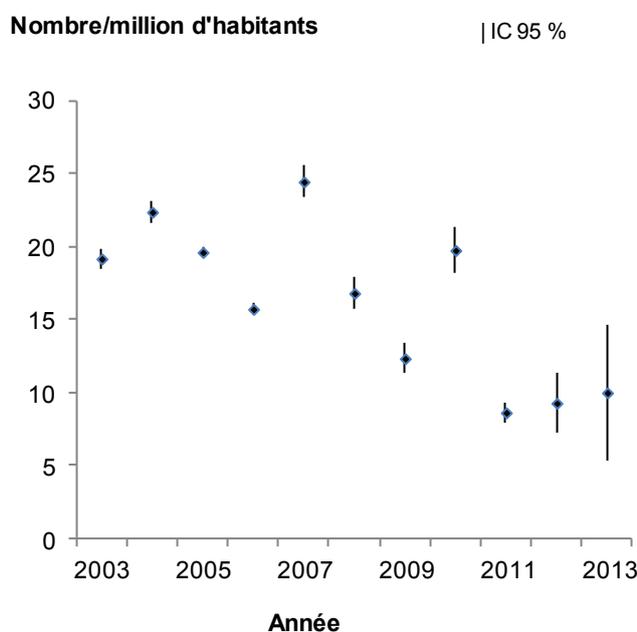
En 2013, le nombre de personnes ayant découvert leur diagnostic de sida était de 10 (IC 95 % 5-15) soit un taux rapporté à la population de 7 cas/million d'habitants (IC 95 % 4-10). Ce nombre a été estimé à partir des 6 déclarations reçues à l'InVS au 31 décembre 2013 pour des personnes résidant en Basse-Normandie.

Depuis 2003, on estime à environ 178 le nombre de nouveaux diagnostics de sida à partir des 127 déclarations reçues à l'InVS au 31 décembre 2013. Ce nombre annuel de nouveaux cas varie entre 5 (IC 95 % 5-15) en 2013 et 24 (IC 95 % 23-26) en 2007.

Depuis 2003, la tendance est à la diminution du nombre de nouveaux cas de sida déclarés ($p < 10^{-3}$) (Figure 7).

| Figure 7 |

Evolution du nombre estimé de découvertes de cas de sida par million d'habitants, Basse-Normandie, 2003-2013 (données au 31 décembre 2013, corrigées pour les délais de déclaration et la sous déclaration)



Sexe, âge et lieu de naissance

Près des deux tiers (61 %) des personnes ayant découvert leur diagnostic de sida étaient des hommes.

Parmi les 127 cas de sida déclarés entre 2003 et 2013 en Basse-Normandie, 64 % étaient âgés de 31 à 49 ans, 28 % étaient âgés de 50 ans et plus et 9 % avaient moins de 30 ans.

Lorsque le pays de naissance était documenté (N = 126/127), les trois quarts (75 %) des cas étaient nés en France (85 % des hommes et 60 % des femmes), 21 % étaient nés en Afrique subsaharienne (12 % des hommes et 35 % des femmes) et 4 % dans un autre pays.

Mode de contamination

Le mode de contamination était connu pour 98 % des personnes ayant découvert leur diagnostic de sida entre 2003 et 2013 (N = 124/127). Parmi ces personnes, 53 % ont été contaminées à l'occasion de rapports hétérosexuels, 31 % étaient des hommes contaminés à l'occasion de rapports sexuels avec les hommes et 16 % ont été contaminées par d'autres modes de contamination.

Traitement antirétroviral pré-sida

La connaissance de la séropositivité VIH avant le diagnostic de sida était rapportée pour 99 % des personnes ayant eu un diagnostic de sida (N = 126/127). La majorité de ces personnes (64 %) avait un diagnostic d'infection à VIH et un tiers d'entre elles était sous traitement antirétroviral (N = 28/81).

Pathologies inaugurales

Parmi les 127 personnes ayant découvert leur diagnostic de sida, les pathologies inaugurales les plus fréquentes étaient une pneumocystose (32 %), une candidose œsophagienne (21 %), une toxoplasmose cérébrale (9 %) et une maladie de Kaposi (9 %).

| Discussion |

En 2013, en Basse-Normandie, le nombre de découvertes d'infection à VIH est resté stable entre 2003 et 2013 tandis que le nombre de découvertes de nouveaux cas de sida a diminué sur cette même période. Les méthodes de correction appliquées au nombre de déclarations effectivement reçues permettent d'estimer à 45 le nombre de nouvelles personnes ayant une infection à VIH et à 10 le nombre de personnes ayant découvert leur diagnostic de sida en 2013. La précision de ces estimateurs dépend de l'exhaustivité de la déclaration obligatoire dans la région. Elle était estimée à 81 % pour les déclarations de découvertes d'infection à VIH en 2013 et à 77 % pour les déclarations de découvertes de sida en 2007-2009 (dernière estimation disponible). Ces valeurs permettent une description assez fiable de l'incidence de l'infection à VIH et du sida dans la région.

L'activité de dépistage est restée stable dans la région entre 2003 et 2013 à un niveau peu élevé de 56 sérologies pour 1 000 habitants comparé à 80 sérologies pour 1 000 habitants au niveau national. Il est probable que la recommandation du plan de lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2010 –2014 (8) d'élargir le dépistage en population générale ait été difficile à mettre en place. Par ailleurs avec 1,1 sérologie positive pour 1 000 sérologies effectuées, le taux de positivité est inférieur à celui observé au niveau national (2,1 sérologies positives pour 1 000 sérologies effectuées). Il est possible que les campagnes de dépistage ne ciblent pas suffisamment les populations les plus à risque de contamination par le VIH (personnes originaires d'Afrique subsaharienne, HSH...).

Les HSH et les personnes nées à l'étranger sont deux groupes à risque élevé de contamination. Chez les HSH notamment il a en effet été observé une baisse de la vigilance quant à la prévention et une augmentation des comportements sexuels à risque (multipartenariat, non protection des rapports, usage de drogues) faisant craindre une augmentation de l'incidence du VIH (9). Communiquer sur le dépistage et favoriser l'accès au dépistage dans les populations à risque restent une priorité de santé publique. L'utilisation de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) est un moyen de répondre à ces objectifs. Avec une proportion de TROD positifs plus élevée comparée aux résultats des sérologies classiques, il a été montré que ce dispositif touche une population très exposée (4). Un accès simplifié permet également de répéter le dépistage, ce qui favorise le repérage des infections récentes et l'optimisation de la prise en charge. En Basse-Normandie, 32 % des découvertes d'infection à VIH ont été réalisées chez des personnes dont la contamination remontait à moins de 6 mois en moyenne. Cette proportion est comparable à ce qui est observé au niveau national.

| Conclusion |

L'augmentation de l'activité de dépistage et la répétition des tests dans les populations à risque permettront une augmentation des diagnostics d'infection à VIH et le dépistage précoce des populations particulièrement exposées. Ces deux axes faisaient partie du plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014 et nécessitent d'être renforcés dans la région.

| Bibliographie |

1. Institut de veille sanitaire. Dépistage du VIH [Internet]. Disponible : <http://www.invs.sante.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Depistage-du-VIH>
2. Institut de veille sanitaire. Déclaration obligatoire de l'infection à VIH et du sida. Disponible : <http://www.invs.sante.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Declaration-obligatoire-de-l-infection-a-VIH-et-du-sida>
3. Cazein F, Le Strat Y, Pillonel J et al. Dépistage du VIH et découverte de séropositivité, France 2003 - 2010. Bull Epidemiol Hebd 2011;43-44:446–54. Disponible : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-n-43-44-2011>
4. Cazein F, Le Strat Y, Sarr A, Ramus C, Bouche N, Le Vu S et al. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2013. Bull Epidemiol Hebd. 2014;32-33:534–40
5. Cazein F, Lot F, Pillonel J, Le Strat Y, Sommen C, Pinget R et al. Découverte de séropositivité VIH et sida - France, 2003-2012. Bull Epidemiol Hebd [Internet]. 2014;9-10:154–62. Disponible : http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12010
6. Le Vu S, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Cazein F, Bousquet V et al. Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008. Bull Epidemiol Hebd 2010;45-46:473–6. Disponible : http://www.invs.sante.fr/beh/2010/45_46/BEH_45_46.pdf
7. Le Vu S, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Cazein F, Bousquet V, et al. Population-based HIV-1 incidence in France, 2003-08: A modelling analysis. Lancet Infect Dis. 2010;10:682–7.
8. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST2010-2014. Novembre 2010. Disponible : <http://www.sante.gouv.fr/le-plan-de-lutte-contre-le-vih-sida-et-les-autres-ist-2010-2014,15635.html>
9. Velter A, Saboni L, Bouyssou A, S. C. (2013). Comportements sexuels entre hommes à l'ère de la prévention combinée - résultats de l'enquête presse gays et lesbiennes 2011. Bull Epidemiol Hebd 2013;39-40: 510–6. Retrieved from http://www.invs.sante.fr/beh/2013/39-40/pdf/2013_39-40_3.pdf

Publications de la Cire Normandie :

[http://www.invs.sante.fr/regions/
index.htm](http://www.invs.sante.fr/regions/index.htm)

Si vous souhaitez être destinataire
des **points épidémiologiques**
réalisés par la Cire Normandie,
merci de nous en informer par
courriel :

ars-normandie-cire@ars.sante.fr

InVS Directeur Générale
Dr François BOURDILLON

Rédacteur en chef
Arnaud MATHIEU

Rédaction du Point
Arthur SPILLEBOUT
Dr Nathalie NICOLAY