CIRE NORMANDIE

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

Le point épidémio

Description des cas de VIH et de sida en région Haute-Normandie en 2013

Point épidémiologique du 27 mars 2015

| Introduction |

Cet article présente les données d'activité de dépistage et de surveillance de l'infection à VIH et du sida en Haute-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 Haute-Normandie, 95 % des laboratoires recensés transmettent ces données à l'InVS (89 % pour l'ensemble de la France). 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). Elles sont complétées par le nombre de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) réalisés par les structures associatives dans le cadre d'actions de dépistage (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 74 % en Haute-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/mm^3 en l'absence de pathologie sida est considéré comme précoce, tout diagnostic au stade sida ou avec CD4 inférieur à 200/mm^3 est considéré comme tardif.

La surveillance virologique consiste 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 diagnostic 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 67 % en Haute-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 Haute-Normandie. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata (V12.0, Stata Corporation, College Station, TX, USA). Les analyse 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.

| Résultats |

| Activité de dépistage |

Sérologies VIH réalisées

En 2013, on estime que les laboratoires du recueil « LaboVIH » de la région Haute-Normandie ont réalisé 128 724 sérologies VIH (IC 95 % 118 697-138 752) soit 70 sérologies pour 1 000 habitants. Ce nombre a augmenté significativement entre 2003 et 2013 ($p < 10^{-3}$) (Figure 1).

Un total de 6 342 sérologies (5 %) ont été réalisées dans un cadre anonyme. Cette proportion est restée stable par rapport à 2003.

Sérologies VIH positives

En 2013, le nombre de sérologies VIH confirmées positives était estimé à 212 (IC 95 % 151-274), soit 115 sérologies positives par million d'habitants. Ce nombre est resté stable entre 2003 et 2013 (Figure 2).

Sur les 212 sérologies positives, 18 (8 %) ont été réalisées 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 1,6 sérologies positives pour 1 000. Ce nombre est resté stable entre 2003 et 2013.

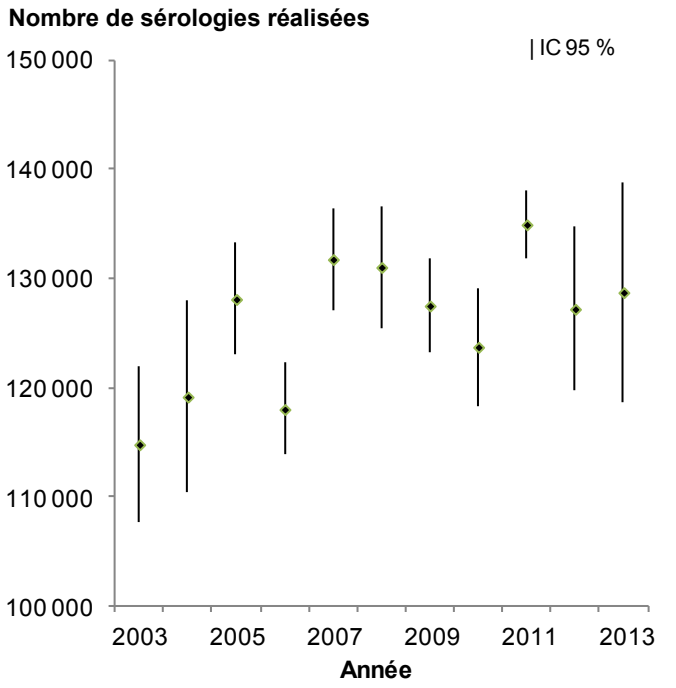
Nombre de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD)

En 2013, en Haute-Normandie, 1 061 TROD ont été réalisés par deux structures associatives dans différents milieux communautaires.

Quatre tests étaient positifs.

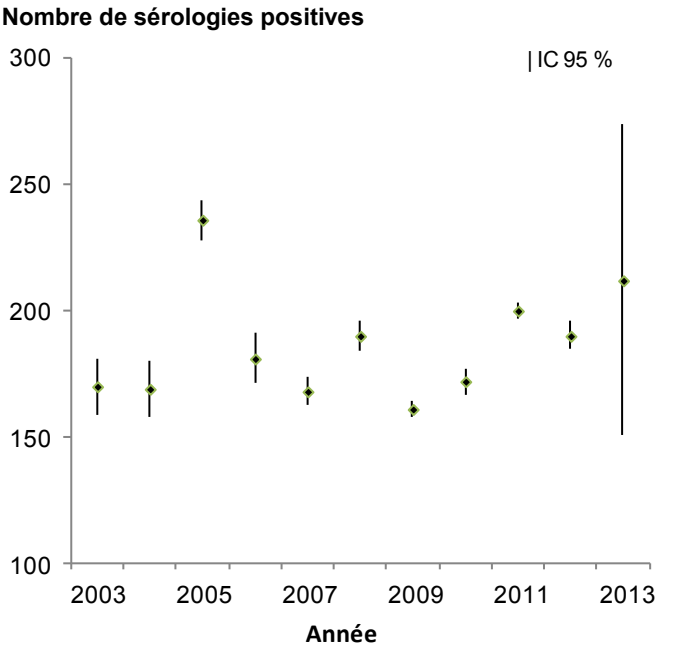
| Figure 1 |

Evolution du nombre estimé de sérologies VIH réalisées, Haute-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, Haute-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

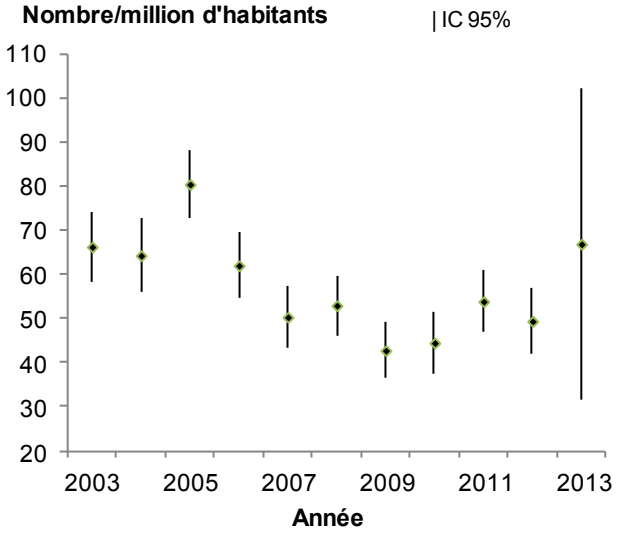
En 2013, le nombre de personnes ayant découvert leur infection à VIH était de 124 (IC 95 % 58-189) soit un taux rapporté à la population de 67 cas/million d'habitants (IC 95 % 32-102). Ce nombre a été estimé à partir des 68 déclarations d'infection à VIH reçues à l'InVS au 31 décembre 2013 pour des personnes domiciliées en Haute-Normandie. Le nombre de découvertes d'infection à VIH a tendance à diminuer entre 2003 et 2013 ($p < 10^{-3}$).

Un tiers (35 %) de ces personnes était domicilié dans le département de l'Eure (N = 24) et deux tiers (65 %) dans le département de Seine-Maritime (N = 44) (Tableau 1).

Les laboratoires de ville étaient à l'origine de 18 % des découvertes d'infection à VIH en 2013.

| Figure 3 |

Evolution du nombre estimé de découvertes d'infection à VIH par million d'habitants, Haute-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

La proportion d'hommes parmi les personnes ayant découvert leur infection à VIH est restée stable entre 2003 et 2013 respectivement égale à 69 % et 54 % (p = 0,073).

Les personnes âgées entre 31 et 49 ans représentaient 46 % des découvertes d'infection à VIH en 2013, celles âgées de moins de 30 ans 29 %, et celles âgées de plus de 50 ans 25 %. Cette distribution n'a pas évolué entre 2003 et 2013.

Lorsque le lieu de naissance était documenté (N = 62/68), plus de la moitié (58 %) des personnes ayant découvert leur infection à VIH en 2013 était née en France, 40 % étaient nées en Afrique subsaharienne. Parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne, 76 % étaient des femmes. Cette distribution est restée stable entre 2003 et 2013.

Modes de contamination probable

Le mode de contamination était connu pour 87 % des personnes ayant découvert leur infection à VIH en 2013 (N = 59/68). Parmi ces personnes, 66 % ont été contaminées à l'occasion de rapports hétérosexuels et 34 % étaient des hommes contaminés à l'occasion de rapports sexuels avec les hommes (HSH). Aucune personne contaminée par usage de drogue injectable n'a été déclarée en 2013. Le nombre de découvertes parmi les personnes contaminées à l'occasion de rapports hétérosexuels avait tendance à diminuer depuis 2003 ($p < 10^{-3}$). Il était stable parmi les HSH.

Les rapports hétérosexuels étaient la source de contamination de l'ensemble des femmes (N = 26) et de 39 % des hommes pour lesquels le mode de contamination était connu (N = 59). Ce mode de contamination touchait des personnes majoritairement âgées entre 31 et 49 ans (46 %), près d'une sur quatre (23 %) avait moins de 30 ans. Près des deux tiers (61 %) de ces personnes étaient nées en Afrique subsaharienne, 68 % des femmes contaminées à l'occasion de rapports hétérosexuels étaient originaires d'Afrique subsaharienne.

Parmi les HSH, 35 % étaient âgés de moins de 30 ans, 45 % étaient âgés entre 31 et 49 ans et 20 % étaient âgés de 50 ans et plus. Ils étaient majoritairement nés en France (95 %). Ce mode de contamination concernait 61 % des hommes pour lesquels le mode de contamination était connu (N = 20).

Motif de dépistage

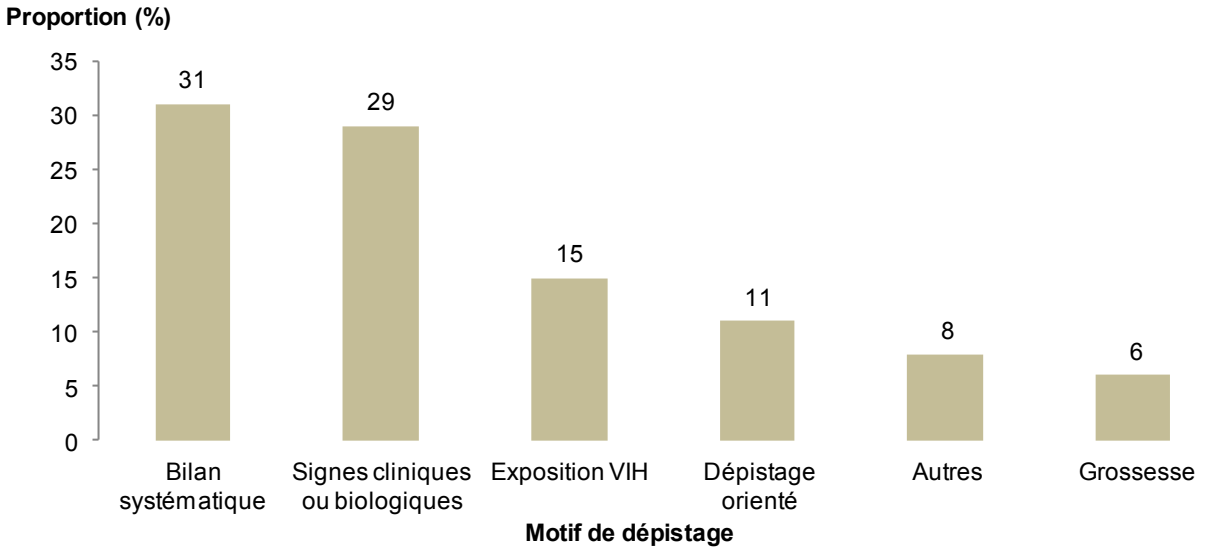
En 2013, en Haute-Normandie, la réalisation d'un bilan systématique était le motif de dépistage le plus fréquent (31 %) suivi par la présence de signes cliniques et biologiques liés au VIH (29 %) (Figure 4).

Depuis 2012, le 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), représente un diagnostic sur dix (entre 10 % et 11 %) contre 1 % en 2003 ($p < 0,015$). La part des dépistages effectués sur la présence de signes cliniques ou biologiques a diminué entre 2003 et 2013 passant de 40 % à 29 % ($p < 0,006$).

Les motifs de dépistage différaient selon le mode de contamination. La présence de signes cliniques ou biologiques était un motif de dépistage plus fréquent chez les hommes hétérosexuels (43 % parmi ceux nés en France et 67 % parmi ceux nés en Afrique subsaharienne), alors que le recours au test après une exposition récente au VIH était plus fréquent chez les HSH (37 %). La sérologie VIH réalisée lors d'un bilan systématique ou à l'occasion d'une grossesse étaient les motifs de dépistage les plus fréquents chez les femmes, respectivement 50 % et 14 % en 2013.

| Figure 4 |

Distribution des motifs de dépistage parmi les personnes ayant découvert leur infection à VIH, Haute-Normandie, 2013 (N = 62)



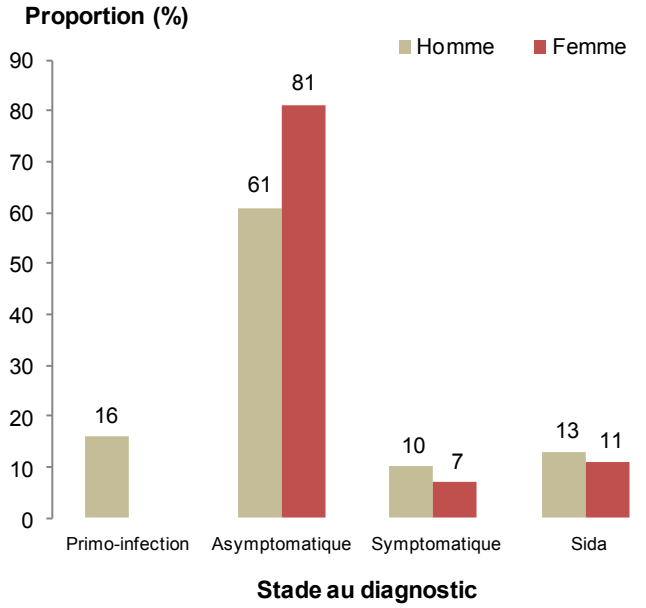
Stades cliniques et immunologiques au moment de la découverte de l'infection à VIH

Parmi les personnes ayant découvert leur infection à VIH en 2013 et dont le stade clinique était documenté (N = 58/68), 9 % étaient au stade de primo-infection symptomatique, 71 % étaient asymptomatiques, 9 % à un stade symptomatique non sida et 12 % au stade sida (Figure 5). Ces deux derniers stades de découverte sont en diminution par rapport à 2003 où ils représentaient respectivement 23 % et 22 % des stades de découverte ($p < 0,01$).

L'analyse de l'indicateur de diagnostic précoce ou tardif indique que 42 % des découvertes d'infection à VIH étaient au stade précoce et 22 % étaient à un stade tardif en 2013 en Haute-Normandie.

| Figure 5 |

Distribution du stade clinique selon le sexe au moment du diagnostic d'infection à VIH, Haute-Normandie, 2013 (N = 58)

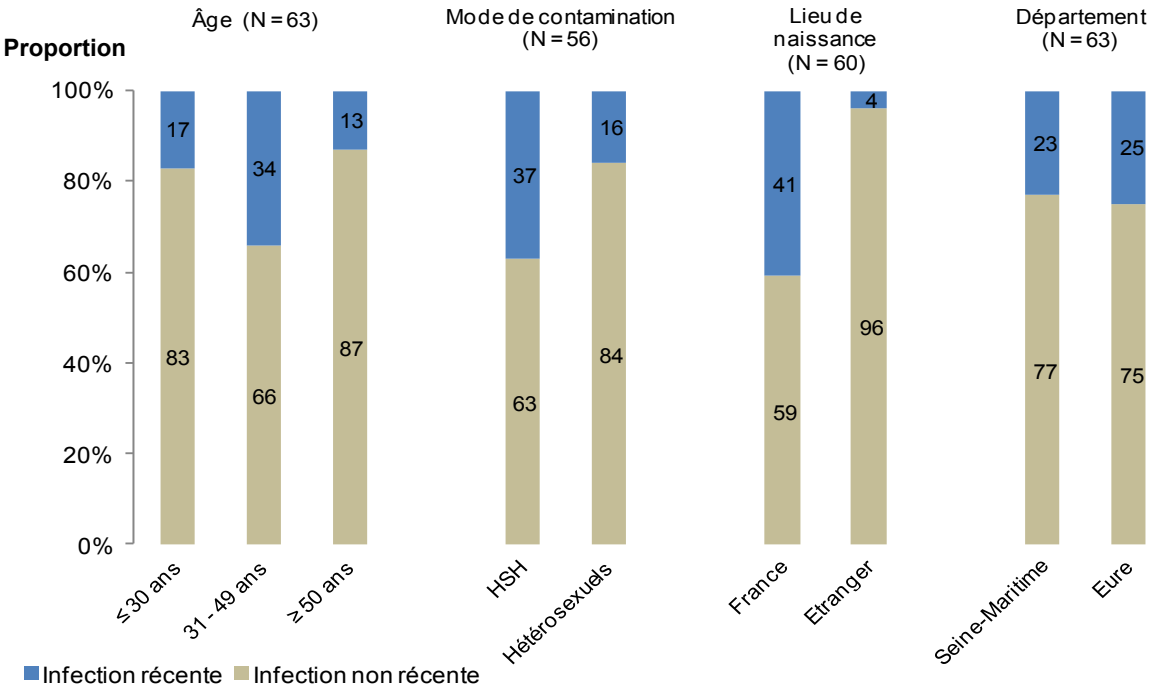


Test d'infection récente

Le résultat du test d'infection récente était disponible pour 93 % des découvertes d'infection à VIH (N = 63/68) (Tableau 1). Un quart (24 %) des découvertes d'infection à VIH était des infections récentes (en moyenne moins de 6 mois). Cette proportion est restée stable par rapport à 2003 (26 %). La part des infections récentes variait avec l'âge : elle était de 34 % des infections chez les 31-49 ans, 17 % chez les moins de 30 ans et 13 % chez les 50 ans et plus (Figure 6). En 2013, 4 % des découvertes étaient des infections récentes parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne contre 41 % chez les personnes nées en France. La distribution du résultat du test d'infection récente ne variait pas significativement selon le mode de contamination .

| Figure 6 |

Distribution du caractère récent et non récent de l'infection à VIH selon les caractéristiques des personnes ayant découvert leur infection à VIH, Haute-Normandie, 2013



| Tableau 1 |

Distribution des caractéristiques des personnes ayant découvert leur infection à VIH par département, Haute-Normandie, 2013 (N = 68)

Caractéristiques		Seine-Maritime (N = 44)	Eure (N = 24)	Haute-Normandie
Sexe	Femme	34	67	46
	Homme	66	33	54
Classe d'âge	≤ 30 ans	34	21	29
	31 - 49 ans	39	58	46
	≥ 50 ans	27	21	25
Lieu de naissance (N = 62)	France	63	48	58
	Afrique subsaharienne	34	52	40
	Autre	2	0	2
Mode de contamination (N = 59)	Rapports homosexuels	46	10	34
	Rapports hétérosexuels	54	90	66
Infection récente (N = 63)	Oui	23	25	24
	Non	77	75	76

| Déclaration obligatoire du sida |

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

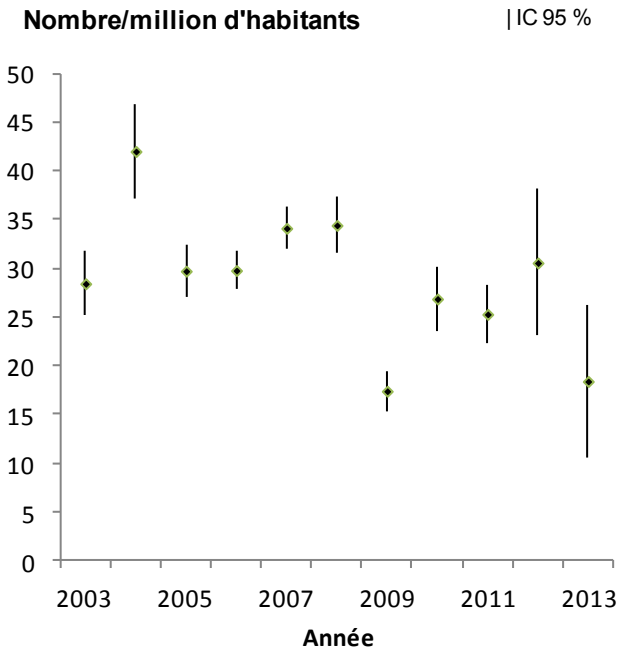
En 2013, le nombre de personnes domiciliées en Haute-Normandie ayant découvert leur diagnostic de sida était de 18 (IC 95 % 10-26) soit un taux rapporté à la population de 10 cas/million d'habitants (IC 95 % 6-14). Ce nombre a été estimé à partir des 8 déclarations reçues à l'InVS au 31 décembre 2013 pour des personnes domiciliées en Haute-Normandie.

Depuis 2003, on estime à environ 317 le nombre de nouveaux diagnostics de sida à partir des 217 déclarations reçues à l'InVS au 31 décembre 2013. Ce nombre annuel de nouveaux cas varie entre 17 (IC 95 % 15-19) en 2009 et 42 (IC 95 % 37-47) en 2004.

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, Haute-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 trois quarts (71 %) des personnes ayant découvert leur diagnostic de sida étaient des hommes.

Parmi les 217 cas de sida déclarés entre 2003 et 2013 en Haute-Normandie, 60 % étaient âgés de 31 à 49 ans, 28 % étaient âgés de 50 ans et plus et 12 % avaient moins de 30 ans.

Lorsque le pays de naissance était documenté (N = 213/217), 63 % des cas étaient nés en France (72 % des hommes et 44 % des femmes), 31 % étaient nés en Afrique subsaharienne (21 % des hommes et 53 % des femmes) et 6 % dans un autre pays.

Mode de contamination

Le mode de contamination était connu pour 94 % des personnes ayant découvert leur diagnostic de sida entre 2003 et 2013 (N = 203/217). Parmi ces personnes, 55 % ont été contaminées à l'occasion de rapports hétérosexuels, 33 % étaient des hommes contaminés à l'occasion de rapports sexuels avec les hommes et 9 % étaient des usagers de drogues injectables.

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 = 215/217). Près d'une personne sur deux (46 %) avaient un diagnostic d'infection à VIH et 39 % d'entre elles étaient sous traitement antirétroviral (N = 36/92) (six données manquantes concernant le traitement).

Pathologies inaugurales

Parmi les 217 personnes ayant découvert leur diagnostic de sida, les pathologies inaugurales les plus fréquentes étaient une pneumocystose (29 %), une candidose œsophagienne (17 %), une toxoplasmose cérébrale (13 %) et une tuberculose pulmonaire (10 %).

| Discussion |

Depuis 2003, on observe une tendance à la hausse de l'activité de dépistage classique de l'infection à VIH en Haute-Normandie. Cette hausse est particulièrement marquée en 2011 (+ 10 % de sérologies réalisées) à la suite d'un changement de stratégie du nouveau plan national de lutte contre le VIH/sida et l'élargissement du dépistage à la population générale. Elle ne s'est cependant pas maintenue les années suivantes illustrant la difficulté à mettre en application cette stratégie de dépistage. Par ailleurs, le taux de positivité pour 1 000 sérologies effectuées est resté constant sur la période étudiée illustrant la difficulté à toucher les populations les plus à risque de séroconversion (8).

En 2013, en Haute-Normandie, environ 124 personnes ont découvert leur séropositivité VIH et 18 personnes ont présenté des signes cliniques indicateurs de sida. La tendance à la baisse observée du nombre total de déclarations d'infection à VIH dans la région qui s'explique par une diminution marquée du nombre de découvertes d'infection à VIH chez les hétérosexuels entre 2003 et 2006. Le nombre de découvertes d'infection à VIH parmi les HSH est quant à lui resté stable depuis 2003. En 2013, les découvertes d'infection à VIH parmi les HSH sont marquées par un taux de diagnostic d'infection récente élevé (37 %) par rapport aux hétérosexuels. Les recommandations de proposer un dépistage répété aux HSH a eu pour conséquence de diagnostiquer les personnes les plus récemment exposées (10). Une nécessaire sensibilisation au dépistage doit être poursuivie dans cette population chez qui il est observé une accentuation des comportements à risque (multipartenariat, non protection des rapports, usage de drogues) et une baisse de la vigilance quant au dépistage du VIH (11) faisant craindre une augmentation de l'incidence de l'infection à VIH dans cette population (4).

En 2013, les personnes ayant découvert leur séropositivité, nées à l'étranger, étaient presque exclusivement originaires d'Afrique subsaharienne et représentaient une proportion importante de nouveaux cas aussi bien en Haute-Normandie qu'au niveau national. En Haute-Normandie, ces personnes présentaient moins fréquemment une infection récente que celles nées en France. Un effort d'accessibilité au dépistage doit être poursuivi dans cette population. Dans cet objectif, l'utilisation de TROD représente une alternative au dépistage conventionnel qui permet un accès facilité au dépistage des populations les plus isolées. Avec un taux de positivité observé de 4/1 000 en 2013, les TROD permettent de cibler une population très à risque d'infection par le VIH.

| Conclusion |

L'amélioration du dépistage du VIH est un des moyens garantissant une prise en charge de la séropositivité la plus précoce possible. Malgré des campagnes ciblées, une proportion encore non négligeable de personnes découvre leur infection à VIH à un stade cliniquement avancé. Ainsi les efforts entrepris pour faire en sorte que le dépistage soit le plus accessible possible, par exemple le dépistage communautaire avec les TROD, doivent être poursuivis. L'ensemble de ces efforts permettront également de diminuer encore le nombre de diagnostics de sida.

| 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. Prise en charge médicale des personnes vivants avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS. 2013 p. 478. Disponible : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Morlat_2013_Mise_en_ligne.pdf

9. Spaccaferri G, Cazein F, Brunet S, THierry D, Pillonel J, Lot F et al. Estimation de l'exhaustivité de la surveillance des cas de sida par la méthode capture-recapture, France, 2004-2006. Bull Epidemiol Hebd 2010;30:313–6. Disponible : http://www.invs.sante.fr/beh/2010/30/beh_30_2010.pdf

10. 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

11. 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. Disponible : http://www.invs.sante.fr/beh/2013/39-40/pdf/2013_39-40_3.pdf

12. Lert F, Annequin M, Tron L, Aubrière C, Hamelin C, Spire B et al. Situation économique des personnes vivants avec le VIH suivies à l'hôpital en France métropolitaine en 2011. Premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2. Bull Epidemiol Hebd 2013;26-27:293–9. Disponible : http://www.invs.sante.fr/beh/2013/27/pdf/2013_26-27_2.pdf

Publications de la Cire Normandie :

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

Relecture InVS
Dr Françoise CAZEIN