

Surveillance du VIH / sida en France



Rapport n°3
Données au 30 juin 2005



INSTITUT DE
VEILLE SANITAIRE

Introduction	p. 2
Notification obligatoire de l'infection à VIH - données au 30 juin 2005	p. 3
Surveillance virologique du VIH - données au 30 juin 2005	p. 8
Notification obligatoire du sida en France - données au 30 juin 2005	p. 11
Dépistage et diagnostic du VIH dans les laboratoires : LaboVIH 2004	p. 16
Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) - bilan en 2004	p. 18
Discussion - conclusion	p. 22
Références bibliographiques	

Références bibliographiques

- [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] Surveillance du VIH/sida en France. Rapport n°2 - Données au 31 mars 2004. Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, mai 2005. <http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm>
- [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.* Development and validation of an immunoassay for identification of recent human immunodeficiency virus type 1 infections and its use on dried serum spots. *J Clin Microbiol* 2005;43:4441-7.
- [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] Révision du système de classification de l'infection VIH chez l'enfant de moins de 13 ans. *BEH* 1995;11:47-50.
- [8] Heisterkamp SH, Jager JC, Ruitenberg EJ, Van Druten JAM, Downs AM. 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 "Epidémiologie 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] Surveillance de l'infection à VIH/sida en France, 2003-2004. *BEH* 2005;46-47:230-2.
- [15] EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2004. Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2005;71:44.
- [16] Desenclos JC, Costagliola D, Commenges D, Lellouch J et les membres de l'AC 23 de l'ANRS "Dynamique de l'épidémie". *BEH* 2005;11:41-4.
- [17] Lewden C, Jouglu E, Alioum A *et al.* Number of deaths among HIV-infected adults in France in 2000, three-source capture-recapture estimation. *Epidemiol Infect* 2006 (sous presse).

Index

Index des tableaux

<i>Tableau 1 - Découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination, période de diagnostic et sexe</i>	<i>p. 5</i>
<i>Tableau 2 - Proportion d'infections récentes parmi les découvertes de séropositivité VIH chez les adultes en 2004</i>	<i>p. 9</i>
<i>Tableau 3 - Proportion de sous-types non-B parmi les découvertes de séropositivité VIH-1 chez les adultes en 2004</i>	<i>p. 10</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 30 juin 2005</i>	<i>p. 12</i>
<i>Tableau 5 - Cas de sida par mode de contamination, sexe et année de diagnostic</i>	<i>p. 13</i>
<i>Tableau 6 - Nombre de tests totaux et positifs par sexe et âge dans les CDAG en 2004 (hors prisons)</i>	<i>p. 19</i>
<i>Tableau 7 - Nombre de tests VIH totaux et positifs en CDAG rapportés par région en 2004 (hors prisons)</i>	<i>p. 20</i>

Index des figures et cartes

<i>Figure 1 - Découvertes de séropositivité VIH en 2004 par classe d'âge et sexe</i>	<i>p. 4</i>
<i>Figure 2 - Découvertes de séropositivité VIH en 2004 chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, par sexe et nationalité</i>	<i>p. 5</i>
<i>Figure 3 - Découvertes de séropositivité VIH chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, par sexe, nationalité et semestre de diagnostic</i>	<i>p. 6</i>
<i>Figure 4 - Stade clinique au moment de la découverte de la séropositivité VIH en 2004 selon le mode de contamination</i>	<i>p. 7</i>
<i>Figure 5 - Taux de découvertes de séropositivité VIH en 2004 par million d'habitants</i>	<i>p. 7</i>
<i>Figure 6 - Taux de cas de sida diagnostiqués en 2004 par million d'habitants</i>	<i>p. 14</i>
<i>Figure 7 - 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. 15</i>
<i>Figure 8 - LaboVIH : activité de dépistage du VIH hors don du sang par région, 2004</i>	<i>p. 17</i>
<i>Figure 9 - Évolution des diagnostics VIH positifs par sexe dans les CDAG de 1995 à 2004 (hors prisons)</i>	<i>p. 18</i>
<i>Figure 10 - Nombre de sérologies réalisées en CDAG par région en 2004 (hors prisons)</i>	<i>p. 21</i>

Introduction

Depuis 2003, la surveillance de l'infection à VIH en France repose sur plusieurs systèmes anonymisés et complémentaires [1] :

- la notification obligatoire des diagnostics d'infection à **VIH** ;
- la surveillance virologique du **VIH**, qui permet d'estimer la part des contaminations récentes (≤ 6 mois) et de suivre l'évolution des sous-types viraux circulant en France ;
- la notification obligatoire des cas de **sida**, qui permet de caractériser la population des personnes au stade le plus avancé de l'infection ;
- deux systèmes de surveillance de l'**activité de dépistage** du VIH :
 - **LaboVIH**, qui recueille l'activité globale de dépistage de l'ensemble des laboratoires (de ville et hospitaliers) depuis 2001, et
 - la surveillance des dépistages dans le cadre des consultations de dépistage anonyme et gratuit (**CDAG**).

Ce rapport fait le bilan des données épidémiologiques pour 2004, en présentant les résultats des cinq systèmes indiqués ci-dessus et en les discutant ensuite de manière globale.

Remerciements

Nous remercions vivement toutes les personnes qui participent à la surveillance de l'infection VIH et du sida, notamment les biologistes et les cliniciens ayant notifié les cas qu'ils ont diagnostiqués, les biologistes participant à LaboVIH, l'ORS de Bretagne qui a transmis à l'InVS les données des laboratoires de sa 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 30 juin 2005

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

Les points essentiels :

- près de 7 000 découvertes de séropositivité en 2004 ;
- majorité de contaminations par rapports hétérosexuels (55 % des découvertes de séropositivité VIH en 2004), dont la moitié concerne des personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne ;
- augmentation des contaminations par rapports homosexuels (24 % en 2004) ;
- confirmation de la réduction de la transmission du VIH parmi les usagers de drogues injectables (2 %).

Méthode

La notification obligatoire du VIH chez l'adulte [1] est initiée par les biologistes qui déclarent toute sérologie confirmée positive pour la première fois dans leur laboratoire (même si un diagnostic de sérologie positive a pu être effectué auparavant dans un autre laboratoire). Les informations épidémiologiques et cliniques sont ensuite complétées par les cliniciens. Les cas pédiatriques de moins de 13 ans sont notifiés uniquement par les cliniciens (pédiatres).

Les différents éléments du dispositif de surveillance de l'infection par le VIH ont déjà été décrits et publiés dans un rapport précédent [2].

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. Elles ne sont donc pas enregistrées comme de nouveaux cas mais permettent souvent de compléter la première notification. Parmi les 14 883 notifications d'infection à VIH parvenues à l'InVS au 30 juin 2005, 24 % correspondaient à des doubles notifications.

Les cas sont notifiés avec un certain délai. Parmi les cas d'infection à VIH notifiés en 2004, 28 % ont été

diagnostiqués et notifiés le même trimestre, 47 % ont été notifiés durant le trimestre qui a suivi leur diagnostic, 14 % avec deux trimestres de délai, 5 % avec trois trimestres et 6 % après un an ou plus. Compte tenu du peu de recul par rapport à la mise en place de la notification obligatoire du VIH, il n'est pas encore possible de redresser les données pour tenir compte des délais de déclaration.

L'exhaustivité de la notification d'infection à VIH a pu être évaluée à partir du nombre de notifications de cas diagnostiqués en 2004, y compris les doublons, reçues à l'InVS au 31 mars 2006 et attendues entre avril et décembre 2006 (environ 6 500). La comparaison de ce nombre avec les 10 300 sérologies confirmées positives en 2004, hors CDAG, d'après l'enquête LaboVIH (cf. chapitre "LaboVIH"), permet d'estimer l'exhaustivité de la notification d'infection à VIH à environ 63 % (6 500 / 10 300).

L'analyse ci-dessous porte sur les notifications correspondant aux découvertes de séropositivité (première sérologie positive ou sérologie positive antérieure datant de moins de 12 mois), entre janvier 2003 et juin 2005, avec un éclairage particulier sur l'année 2004.

Résultats

Entre janvier 2003 et le 30 juin 2005, 11 952 diagnostics d'infection VIH ont été notifiés, dont 9 058 notifications correspondent à des découvertes de séropositivité (9 000 adultes et 58 enfants de moins de 13 ans).

Parmi ces 9 058 cas, 3 831 ont été diagnostiqués en 2003, 4 033 en 2004 et 1 194 au 1^{er} semestre de 2005.

Estimation du nombre de découvertes de séropositivité en 2004

En appliquant l'estimation du taux d'exhaustivité (63 %) au nombre de découvertes de séropositivité en 2004 qui ont été notifiées (n=4 033), corrigé pour les délais de déclaration

(soit un total attendu d'environ 4 600), on estime à environ 7 000 le nombre de découvertes de séropositivité en 2004.

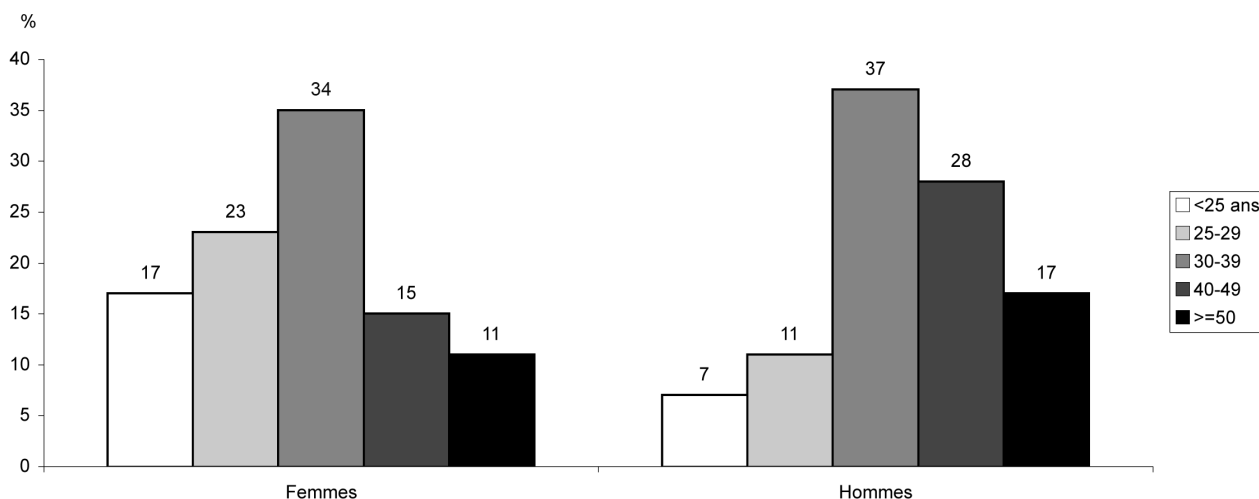
Sexe et âge

Parmi les découvertes de séropositivité VIH en 2004, la proportion d'hommes est de 59 %. Cette proportion est passée de 58 % à 62 % entre 2003 et 2005. Cet accroissement est principalement lié à l'augmentation de la proportion d'homosexuels qui est passée de 36 % à 41 %.

L'âge moyen au diagnostic d'infection à VIH en 2004 est de 37 ans pour l'ensemble des cas. Les femmes sont plus jeunes que les hommes (âge moyen 34 ans *versus* 39 ans) et la distribution par âge diffère selon le sexe. La proportion des moins de 30 ans est plus importante chez les femmes et celle des plus de 40 ans est plus élevée chez les hommes (figure 1).

Figure 1 – Découvertes de séropositivité VIH en 2004 par classe d'âge et sexe

(France, données au 30/06/2005)



Les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne sont plus jeunes que celles de nationalité française, tant chez les femmes (32 ans *versus* 38 ans) que chez les hommes (38 ans *versus* 40 ans).

Activité professionnelle

Au moment de la découverte de la séropositivité en 2004, 38 % des personnes sont en activité professionnelle (20 % des femmes et 52 % des hommes), 42 % sont inactives et 7 % sont au chômage. Le statut d'emploi reste inconnu pour 13 % des cas.

Chez les femmes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne, la proportion de celles exerçant une activité professionnelle (15 %) est plus faible que chez les Françaises (43 %). De même, les hommes africains sont moins nombreux à exercer une activité professionnelle en 2004 (31 %) que les hommes français (67 %).

Mode de contamination

Parmi les personnes découvrant leur séropositivité en 2004, 55 % ont été contaminées par rapports hétérosexuels,

24 % par rapports homosexuels et 2 % par usage de drogues injectables (tableau 1).

Tableau 1 – Découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination, période de diagnostic et sexe
(France, données au 30/06/2005)

	2003				2004				2005 (1 ^{er} semestre)				Total			
	Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Rapports homosexuels	-	-	796	36,0	-	-	950	39,8	-	-	303	41,2	-	-	2 049	38,4
Rapports hétérosexuels	1 279	79,1	919	41,5	1 291	78,6	920	38,5	372	81,1	274	37,3	2 942	79,1	2 113	39,6
Injection de drogues	20	1,2	71	3,2	22	1,3	68	2,9	5	1,1	22	3,0	47	1,2	161	3,0
Autres*	16	1,0	23	1,0	13	0,8	23	0,9	3	0,6	1	0,1	32	0,9	47	0,9
Non renseigné	303	18,7	404	18,3	317	19,3	429	17,9	79	17,2	135	18,4	699	18,8	968	18,1
Total	1 618	100,0	2 213	100,0	1 643	100,0	2 390	100,0	459	100,0	735	100,0	3 720	100,0	5 338	100,0

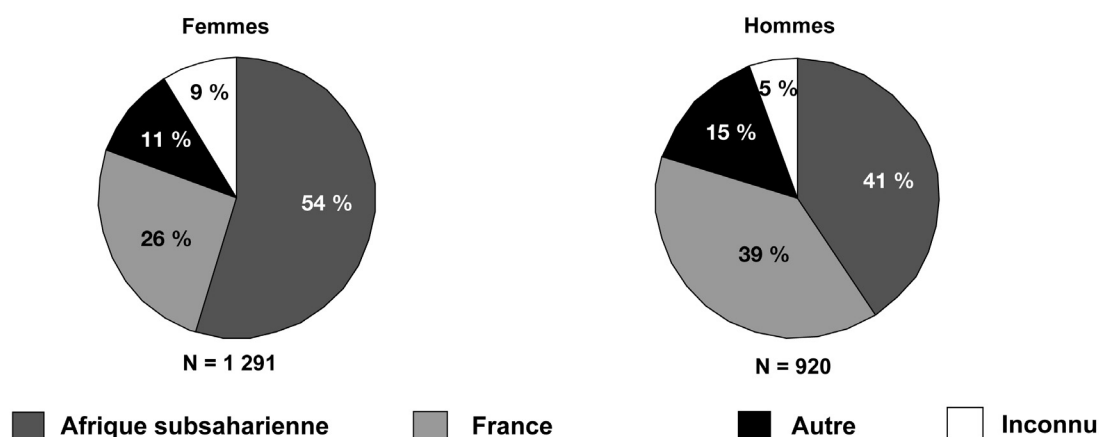
* rapports homosexuels et usage de drogues, transfusion, contamination mère-enfant.

En 2004, la quasi-totalité des femmes dont le mode de contamination est documenté ont été contaminées par rapports hétérosexuels (79 %). Chez les hommes, les contaminations par rapports homosexuels (40 %) et rapports hétérosexuels (39 %) sont en proportions comparables, néanmoins, la proportion d'homosexuels a tendance à augmenter entre 2003 et 2005.

En 2004, 58 % des personnes contaminées par rapports hétérosexuels sont des femmes. Plus de la moitié des femmes (54 %) et 41 % des hommes contaminés par rapports hétérosexuels sont de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne (figure 2) : principalement du Cameroun et de Côte d'Ivoire, puis du Congo et du Mali, puis secondairement de la République Démocratique du Congo, du Sénégal, du Togo, de la République Centrafricaine et de Guinée.

Figure 2 – Découvertes de séropositivité VIH en 2004 chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, par sexe et nationalité

(France, données au 30/06/2005)

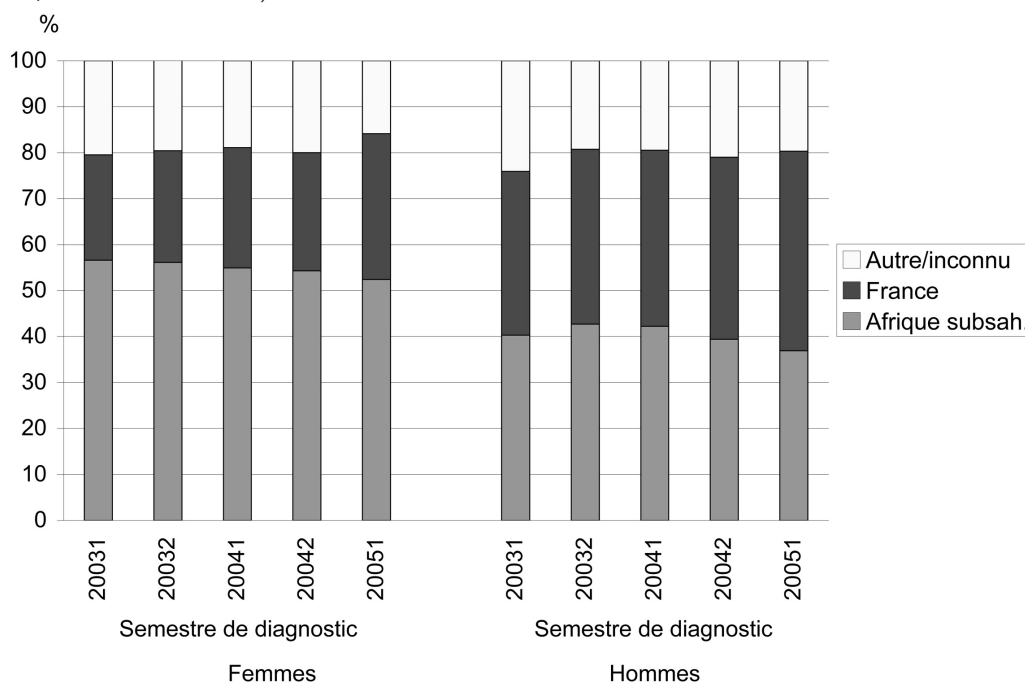


La proportion de femmes et d'hommes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne a tendance à diminuer entre 2003 et 2005, tandis que celle des personnes françaises augmente (figure 3).

Parmi les personnes de nationalité française contaminées par rapports hétérosexuels, des informations sur le partenaire sont disponibles dans la moitié des cas : il s'agit d'un partenaire stable dans 57 % des cas, d'un partenaire occasionnel dans 30 %, d'un partenaire anonyme dans 8 %.

Figure 3 – Découvertes de séropositivité VIH chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, par sexe, nationalité et semestre de diagnostic

(France, données au 30/06/2005)



Motif de dépistage

Le 1^{er} motif de dépistage est la présence de signes cliniques ou biologiques pour 32 % des découvertes de séropositivité en 2004. A noter qu'il peut s'agir de signes cliniques témoins d'une infection avancée mais aussi de signes cliniques évocateurs d'une primo-infection. Le 2^{ème} motif de dépistage est le fait d'une exposition à un risque d'infection par le VIH (21 %). Le 3^{ème} motif est la réalisation d'un bilan systématique (11 %).

Les motifs de dépistage diffèrent selon le sexe, en raison notamment de la proposition systématique d'une sérologie VIH aux femmes enceintes (18 % des découvertes chez les femmes).

Les femmes haïtiennes et africaines sont plus fréquemment diagnostiquées à l'occasion d'une grossesse (respectivement 31 % et 21 % d'entre elles) que les femmes françaises (14 %).

Stade clinique

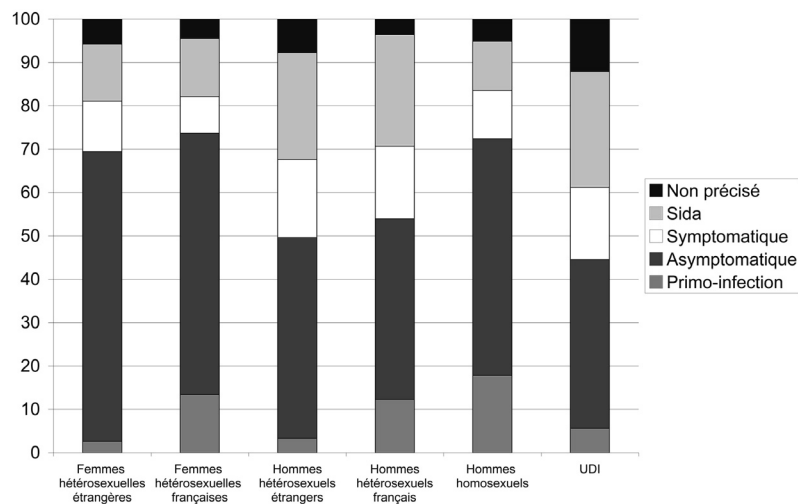
Parmi les personnes découvrant leur séropositivité en 2004, 9 % ont été diagnostiquées précocement à un stade de primo-infection, la moitié (52 %) sont à un stade asymptomatique, 13 % à un stade symptomatique non sida et 16 % au stade sida. Le stade clinique n'est pas précisé pour 10 % des notifications.

Le stade clinique au moment du diagnostic d'infection à VIH varie selon le mode de contamination (figure 4). Les homosexuels sont plus souvent diagnostiqués au moment d'une primo-infection (18 %) que les personnes françaises

contaminées par rapports hétérosexuels (13 %) et surtout que les personnes étrangères hétérosexuelles (3 %). La proportion de personnes diagnostiquées au stade sida est relativement faible chez les homosexuels (11 %) et les femmes (13 %), qu'elles soient étrangères ou non. Par contre, chez les hommes hétérosexuels et les usagers de drogues, la proportion de ceux découvrant leur séropositivité au stade sida est plus importante (respectivement 25 % et 27 %).

Figure 4 – Stade clinique au moment de la découverte de la séropositivité VIH en 2004 selon le mode de contamination

(France, données au 30/06/2005)



La proportion de diagnostics à un stade asymptomatique a significativement augmenté entre 2003 (50 %) et le premier

semestre 2005 (54 %), tandis que les diagnostics au stade sida ont diminué (de 20 % à 17 % sur la même période).

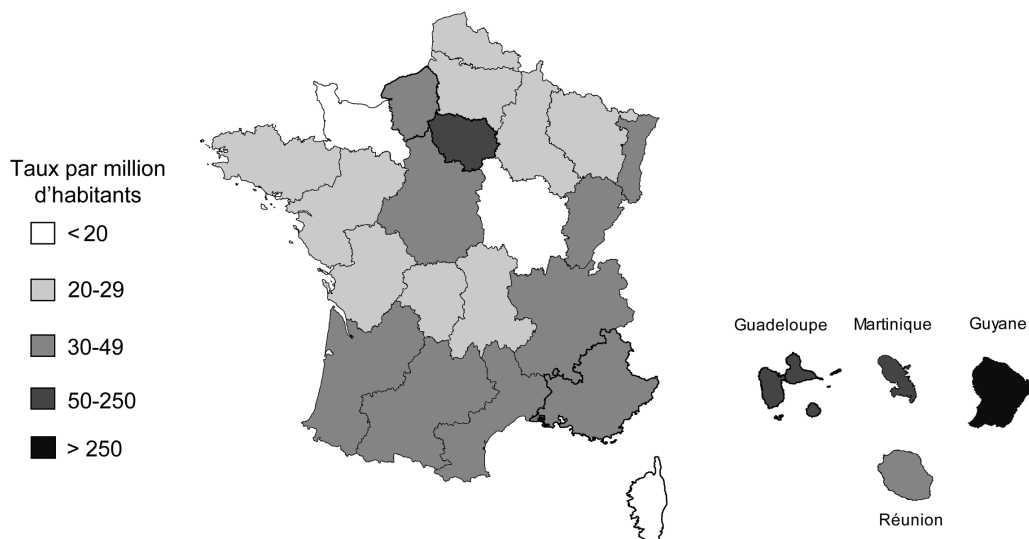
Répartition géographique

En 2004, 48 % des découvertes de séropositivité concernent des personnes domiciliées en Île-de-France (IDF), 7 % des personnes domiciliées dans les Départements français d'Amérique (DFA : Guadeloupe, Martinique et Guyane), 5 % en Rhône-Alpes et 4 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA).

Les taux rapportés à la population montrent que la Guyane est particulièrement touchée avec un taux de 859 découvertes de séropositivité par million d'habitants en 2004 (figure 5). Les taux sont ensuite assez comparables entre la Guadeloupe, la Martinique et l'IDF (respectivement 223, 176 et 176). Les taux dans les autres régions se situent entre 11 et 43 cas par million d'habitants.

Figure 5 – Taux de découvertes de séropositivité VIH en 2004 par million d'habitants

(France, données au 30/06/2005)



Surveillance virologique du VIH – données au 30 juin 2005

Unité VIH-sida-IST-VHC, Département des maladies infectieuses, Institut de veille sanitaire et Centre national de référence (CNR) du VIH

Les points essentiels :

- 23 % des découvertes de séropositivité VIH en 2004 correspondent à des contaminations datant de moins de 6 mois ;
- 1,3 % des diagnostics en 2004 concernent des infections par le VIH-2 et 0,2 % par le VIH-1 du groupe O ;
- 46 % des infections à VIH-1 sont de sous-types non-B (22 % chez les personnes de nationalité française et 79 % chez celles de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne).

Méthode

La surveillance virologique consiste à déterminer le type de virus, le groupe, le sous-type [3] et à évaluer, parmi les infections à VIH-1, si la contamination est récente (≤ 6 mois) ou non [4]. Ces examens sont effectués par le CNR du VIH.

L'organisation de la surveillance virologique a déjà été décrite et publiée dans un rapport précédent [2].

Résultats

Les résultats du test d'infection récente sont disponibles pour 6 644 découvertes de séropositivité VIH-1 de janvier 2003 à juin 2005, soit 74 % du total des cas adultes. Ces résultats ne sont pas disponibles pour les autres cas,

soit du fait du refus du patient (4 %), soit parce que le prélèvement sur buvard n'a pas été adressé au CNR par le biologiste (22 %).

Test d'infection récente

Parmi les 3 014 découvertes de séropositivité en 2004, la proportion d'infections récentes est de 23 % [IC à 95 % : 21,2 – 24,2], en diminution par rapport à 2003 (27 %) mais comparable au premier semestre 2005 (24 %).

Cette proportion diffère significativement selon le sexe, le mode de contamination et la nationalité (tableau 2).

Elle est beaucoup plus élevée chez les hommes, les homosexuels et les personnes de nationalité française. La différence selon la nationalité s'observe également parmi les personnes contaminées par rapports hétérosexuels (8 % d'infections récentes chez les personnes d'Afrique subsaharienne *versus* 27 % chez les personnes de nationalité française).

Tableau 2 - Proportion d'infections récentes parmi les découvertes de séropositivité VIH chez les adultes en 2004
(France, données au 30/06/2005)

	Infections récentes			p*
	N	%	[IC 95 %]	
Sexe				p<10 ⁻⁴
Hommes	498	26,1	[24,2 - 28,1]	
Femmes	187	15,5	[13,4 - 17,5]	
Groupe d'âge				NS
< 30 ans	185	23,3	[20,3 - 26,2]	
30-39 ans	274	24,5	[21,9 - 27,0]	
40-49 ans	147	21,8	[18,7 - 24,9]	
≥ 50 ans	79	18,6	[14,9 - 22,3]	
Mode de contamination				p<10 ⁻⁴
Rapports homosexuels	332	42,7	[39,2 - 46,1]	
Rapports hétérosexuels	262	15,9	[14,2 - 17,7]	
Injections de drogues	12	18,8	[9,2 - 28,3]	
Autres/Inconnu	79	15,0	[11,9 - 18,0]	
Nationalité				p<10 ⁻⁴
France	482	34,6	[32,1 - 37,1]	
Europe (hors France)	18	26,1	[15,7 - 36,4]	
Afrique subsaharienne	75	7,8	[6,1 - 9,5]	
Afrique du Nord	14	23,0	[12,4 - 33,5]	
Autres/Inconnu	96	18,3	[14,9 - 21,6]	

* Test du Khi-2.

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 8 946 personnes diagnostiquées entre janvier 2003 et juin 2005, soit 99 % des découvertes de séropositivité.

En 2004, la proportion de VIH-2 est de 1,3 %, dont 1,1 % d'infection à VIH-2 seule et 0,2 % de co-infection VIH-1 / VIH-2. Parmi les infections à VIH-1, le groupe est connu dans 3 097 cas ; 0,2 % des cas sont des infections du groupe O (soit 6 cas).

Parmi les cas du groupe M dont on a pu déterminer le sous-type, 46 % [44,3-48,0] sont des non-B. On observe une

diminution de cette proportion entre 2003 (50 %) et 2004 qui se poursuit au premier semestre 2005 (40 %). Cette diminution est à la fois liée à une diminution de la proportion de personnes d'Afrique subsaharienne parmi l'ensemble des découvertes de séropositivité et à une baisse de la proportion des non-B chez les Africains, qui n'est pas observée chez les Français.

La proportion de sous-types non-B est significativement plus élevée chez les femmes, chez les jeunes, chez les hétérosexuels et chez les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne (tableau 3).

Tableau 3 - Proportion de sous-types non-B parmi les découvertes de séropositivité VIH-1 chez les adultes en 2004
(France, données au 30/06/2005)

Sous-types non-B			
	N	%	[IC 95 %]
Sexe			p*
			< 10 ⁻⁴
Hommes	524	33,6	[31,3 - 36,0]
Femmes	721	63,4	[60,6 - 66,2]
Groupe d'âge			p*
			< 10 ⁻⁴
< 30 ans	421	58,1	[54,5 - 61,7]
30-39 ans	471	47,5	[44,4 - 50,6]
40-49 ans	219	36,1	[32,3 - 40,0]
≥ 50 ans	134	35,8	[31,0 - 40,7]
Mode de contamination			p*
			< 10 ⁻⁴
Rapports homosexuels	74	12,4	[9,7 - 15,0]
Rapports hétérosexuels	907	58,8	[56,4 - 61,3]
Injections de drogues	9	14,8	[5,9 - 23,7]
Autres/Inconnu	255	51,5	[47,1 - 55,9]
Nationalité			p*
			< 10 ⁻⁴
France	257	22,3	[19,9 - 24,7]
Europe (hors France)	17	29,3	[17,6 - 41,0]
Afrique subsaharienne	750	78,9	[76,4 - 81,5]
Afrique du Nord	20	35,7	[23,2 - 48,3]
Autres/Inconnu	201	41,9	[37,5 - 46,3]

* Test du Khi-2.

Notification obligatoire du sida en France – données au 30 juin 2005

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

Les points essentiels :

- environ 28 500 personnes vivent en France au 30 juin 2005 après avoir développé un sida ;
- 45 % des personnes dont le sida a été diagnostiqué en 2004 ignoraient leur séropositivité, ce qui excluait toute possibilité de prise en charge de leur infection à VIH ;
- parmi les personnes qui connaissent leur séropositivité, plus de la moitié (54 %) n'avaient pas bénéficié d'un traitement antirétroviral avant le sida, pourcentage qui est en augmentation par rapport à 2003 (47 %).

Méthode

La notification du sida est réalisée par les cliniciens sur la base de la définition du sida révisée en 1993 [5-7]. Le dispositif de surveillance du sida a déjà été décrit et publié dans un rapport précédent [2].

Un même cas peut être notifié par plusieurs déclarants. Parmi les 1 785 notifications de sida parvenues à l'InVS en 2004, 14 % correspondaient à des doubles notifications.

Les cas sont notifiés avec un certain délai. Parmi les cas de sida notifiés en 2004, 26 % ont été diagnostiqués et notifiés le même trimestre, 37 % ont été notifiés le trimestre

suivant le diagnostic, 13 % après deux trimestres, 7 % après trois trimestres et 17 % 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 avait 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 30 juin 2005, le nombre total de cas de sida notifiés depuis le début de l'épidémie est de 60 212. Le nombre de personnes vivantes au 30 juin 2005 après avoir

développé un sida est de 26 239 (tableau 4) (ou 28 500 si on tient compte de la sous-déclaration des cas et des décès).

Évolution depuis 1998

Entre 1998 et 2002, le nombre annuel de cas de sida a diminué en moyenne de 4 % par an. Cette diminution se poursuit de façon plus marquée en 2003 (-11 % entre

2002 et 2003) et 2004 (-7 % entre 2003 et 2004). Le nombre de cas diagnostiqués en 2004 est d'environ 1 350 (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 30 juin 2005
(France, données au 30/06/2005)

	<1998	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 (1 ^{er} semestre)	Total
Nombre de cas de sida par année de diagnostic	48 440	1 944	1 833	1 730	1 666	1 626	1 438	1 232	303	60 212
Nombre de cas redressés							1 447*	1 349*	671*	60 707*
Nombre de cas de sida décédés par année de décès	30 009**	769	708	621	585	665	476	394	124	34 351
							478*	421*	213*	34 468*
Nombre de cas de sida vivants cumulés à la fin de chaque année	18 431	19 606	20 731	21 840	22 921	23 882	24 851*	25 780*	26 239*	26 239*

* Nombre redressé par rapport aux délais de déclaration, mais sans tenir compte des cas ou des décès qui ne sont pas déclarés.

**dont 98 décès pour lesquels l'année de décès est inconnue.

Sexe et âge

Parmi les diagnostics de sida en 2004, la proportion de femmes est de 32 %. Le nombre annuel de cas continue à diminuer chez les hommes (-12 % entre 2003 et 2004), alors qu'il augmente de 5 % entre 2003 et 2004 chez les femmes.

L'âge moyen au diagnostic de sida augmente régulièrement au cours du temps, il est passé de 38 ans en 1994 à 41 ans en 2004. Cette augmentation concerne davantage les

usagers de drogues injectables (de 34 ans en 1994 à 40 ans en 2004) que les homosexuels (de 40 ans à 42 ans sur la même période) et les hétérosexuels (de 39 ans à 41 ans). Quelle que soit l'année de diagnostic, les femmes sont toujours plus jeunes que les hommes : en 2004, l'âge moyen au diagnostic de sida est de 38 ans chez les femmes et de 43 ans chez les hommes.

Mode de contamination

Les personnes contaminées par rapports hétérosexuels représentent plus de la moitié des nouveaux cas de sida en 2004 (54 %), les hommes contaminés par rapports homosexuels (22 %) et les personnes contaminées par usage de drogues injectables (11 %) (tableau 5). Pour 11 % des cas, le mode de contamination n'est pas connu.

Le nombre annuel de cas de sida chez les usagers de drogues a diminué régulièrement jusqu'en 2004. Le nombre de cas chez les homosexuels continue à diminuer en 2004 (-23 % par rapport à 2003)¹.

Chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, le nombre de cas se stabilise depuis 1997

entre 700 et 800 cas par an. Parmi ces cas, la proportion de personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne s'est stabilisée à environ 40 %, après une période de forte augmentation entre 1998 et 2002. Les personnes de nationalité française représentent 42 % des cas hétérosexuels diagnostiqués en 2004 et cette proportion est stable sur la période 2002-2004, après une période de forte diminution entre 1997 et 2002. Les personnes d'une autre nationalité (principalement des pays d'Afrique du Nord et d'Amérique dont Haïti) représentent 15 % des cas hétérosexuels en 2004.

¹ L'évolution des cas de sida est calculée à partir des données redressées pour les délais de notification.

Tableau 5 – Cas de sida par mode de contamination, sexe et année de diagnostic
(France, données au 30/06/2005)

Mode de contamination	Année de diagnostic du sida									Total
	<1998	1998	1999	2000	2001	2002	2003*	2004*	2005* 1 ^{er} sem.	
Rapports homosexuels	21 701 45%	587 30%	549 30%	492 28%	409 25%	393 24%	378 26%	267 22%	70 23%	24 846 41%
Usage de drogues injectables (UDI)	11 336 23%	357 18%	308 17%	246 14%	256 15%	203 12%	166 12%	141 11%	29 10%	13 042 22%
Hommes	8 373	273	215	189	207	150	127	99	22	9 655
Femmes	2 963	84	93	57	49	53	39	42	7	3 387
Rapports homosexuels et UDI	588 1%	12 1%	7 0%	4 0%	6 0%	2 0%	6 0%	6 0%	0 0%	631 1%
Rapports hétérosexuels	9 279 19%	737 38%	732 40%	768 44%	787 47%	822 51%	721 50%	667 54%	166 55%	14 679 24%
Hommes	5 183	433	424	397	443	437	386	349	83	8 135
Femmes	4 096	304	308	371	344	385	335	318	83	6 544
Transfusion ou injection de produits antihémophiliques	2 377 5%	26 1%	26 1%	18 1%	13 1%	15 1%	9 1%	7 1%	0 0%	2 491 4%
Transmission materno-fœtale	636 1%	8 0%	8 0%	6 0%	6 0%	7 0%	9 1%	9 1%	2 1%	691 1%
Autre, inconnu	2 523 5%	217 11%	203 11%	196 11%	189 11%	184 11%	149 10%	135 11%	36 12%	3 832 6%
Hommes	2 032	180	174	162	147	149	119	104	27	3 094
Femmes	491	37	29	34	42	35	30	31	9	738
Total	48 440 100%	1 944 100%	1 833 100%	1 730 100%	1 666 100%	1 626 100%	1 438 100%	1 232 100%	303 100%	60 212 100%
Hommes	39 726	1 505	1 391	1 257	1 226	1 146	1 028	832	202	48 313
Femmes	8 714	439	442	473	440	480	410	400	101	11 899

*Données provisoires non redressées.

Répartition géographique

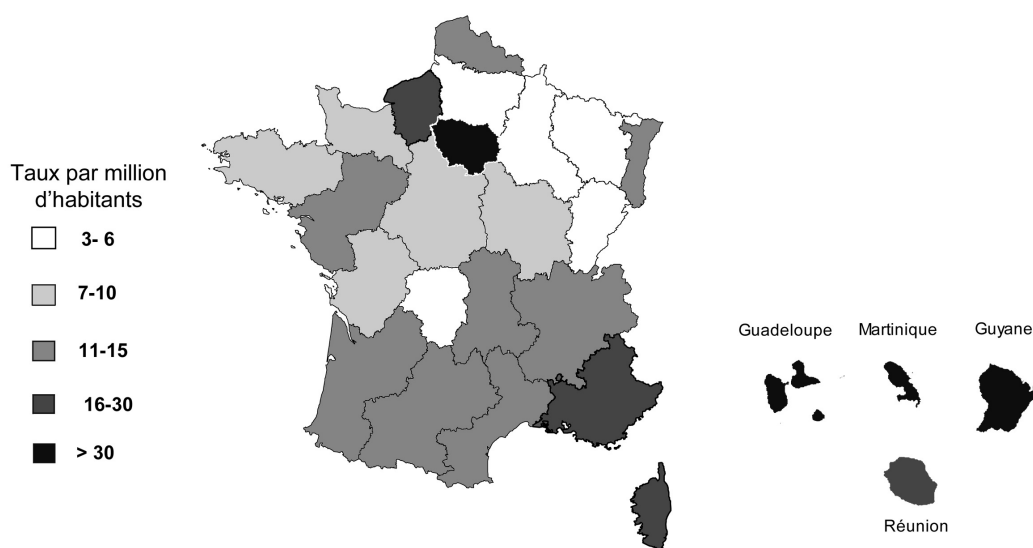
L'analyse régionale des taux de cas de sida par million d'habitants montre une amplitude très forte entre les régions, allant de 3 à 490 cas par million d'habitants pour les cas diagnostiqués en 2004 (figure 6).

Parmi les régions ayant les taux les plus élevés, la Guyane (490/million d'hab.) a un taux environ 9 fois supérieur à l'Île-de-France (53/million d'hab.). La région PACA, dont les taux

étaient dans le milieu des années 1990 proches de ceux de l'IDF, a actuellement un taux presque 3 fois inférieur (20/million d'hab.). À l'opposé, une région comme la Haute-Normandie, qui avait des taux presque 7 fois inférieurs à l'IDF, se situe maintenant à un taux du même ordre que celui de la région PACA (19/million d'hab.).

Figure 6 – Taux de cas de sida diagnostiqués en 2004 par million d'habitants

(France, données au 30/06/2005)



Connaissance de la séropositivité et traitement antirétroviral avant le sida

Près de la moitié (45 %) des personnes chez lesquelles un diagnostic de sida a été posé en 2004 ignoraient leur séropositivité au moment du diagnostic, 30 % la connaissaient mais n'avaient pas bénéficié d'un traitement antirétroviral avant le sida.

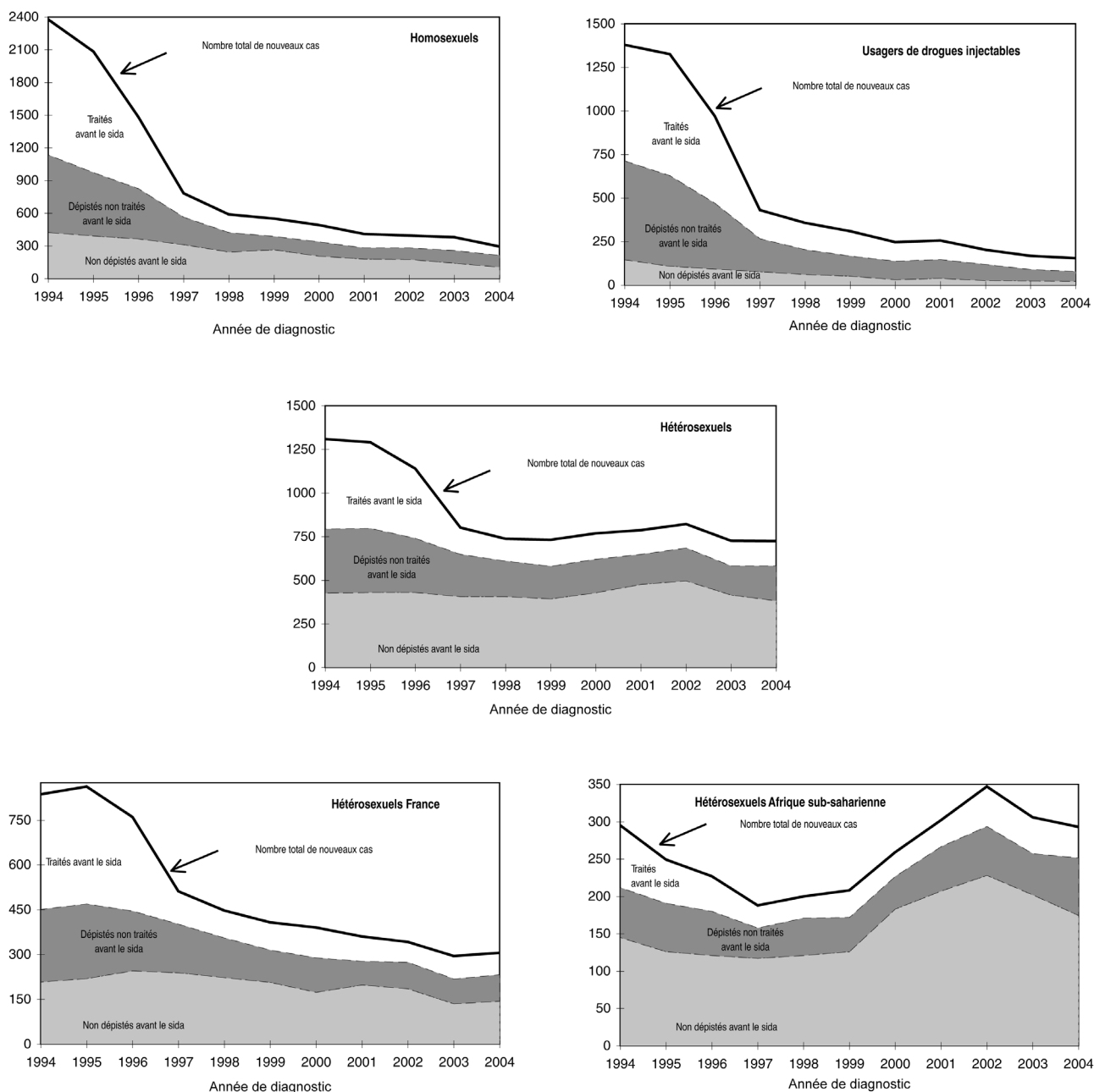
La méconnaissance de la séropositivité VIH au moment du diagnostic de sida est plus fréquente chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels (52 % en 2004) que par rapports homosexuels (36 %) et surtout que par injection de drogues (17 %). Cependant, depuis 2002, cette proportion a diminué chez les hétérosexuels passant de 60 % en 2002 à 52 % en 2004 et, notamment chez ceux de

nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne (de 66 % à 59 % sur la même période). Les évolutions du nombre de cas de sida selon les modes de contamination sont liées à des différences de connaissance de statut sérologique (figure 7) : lorsque cette connaissance est faible, les diminutions sont limitées (exemple chez les hétérosexuels).

Lorsque la séropositivité est connue, la non-prise d'un traitement antirétroviral avant le sida est comparable chez les homosexuels et chez les hétérosexuels (autour de 58 % en 2004) et est plus faible chez les usagers de drogues (39 %).

Figure 7 – 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 redressées au 30/06/2005)



NB : les graphiques ne sont pas à la même échelle.

Dépistage et diagnostic du VIH dans les laboratoires : LaboVIH 2004

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

Les points essentiels :

- environ 4,9 millions de sérologies VIH effectuées en 2004, hors don du sang, soit une augmentation moyenne de 4 % par an depuis 2001 ;
- environ 11 700 sérologies confirmées positives en 2004, soit une augmentation moyenne de 6 % par an depuis 2001 ;
- 2,4 sérologies confirmées positives pour 1 000 sérologies effectuées en 2004 ;
- plus de la moitié des sérologies positives sont mises en évidence en Île-de-France (IDF).

Méthode

La surveillance LaboVIH concerne l'ensemble des laboratoires d'analyses médicales de ville et hospitaliers (environ 4 300 laboratoires). Ses objectifs sont de mesurer l'activité de dépistage du VIH et son évolution dans le temps et, en combinaison avec la notification obligatoire,

d'estimer le nombre de découvertes de séropositivités (cf. chapitre "Notification obligatoire de l'infection à VIH").

Les modalités de LaboVIH ont déjà été décrites et publiées dans un rapport précédent [2].

Résultats

Le taux de réponse de l'ensemble des laboratoires est de 82 % en 2004, proche de celui observé les années précédentes [12,13], mais variable d'une région à l'autre [14]. Cinq régions ont un taux plus faible compris entre 70 % et 80 % : Languedoc-Roussillon, PACA, IDF, Corse et Aquitaine. La participation des laboratoires hospitaliers (88 % en 2004) est toujours plus élevée que celle des laboratoires de ville (77 %).

Le nombre de sérologies VIH réalisées par l'ensemble des laboratoires est estimé à 4,9 millions en 2004, dont la majorité (74 %) est faite en ville. Le nombre de sérologies VIH a augmenté en moyenne de 4 % par an depuis 2001 (environ 4,3 millions en 2001) [12,13]. L'IDF représente 24 % des sérologies effectuées.

Le nombre de sérologies VIH effectuées rapporté à la population est de 82 ‰ pour l'ensemble de la France, il est plus élevé dans les Départements français d'Amérique (DFA, 109 ‰ en Martinique, 141 en Guadeloupe et 196 en Guyane), en IDF (108 ‰) et en PACA (102 ‰) que dans les autres régions (71 ‰) (figure 8).

Le nombre de sérologies confirmées positives² est estimé à 11 700 en 2004, dont la majorité (61 %) est mise en évidence dans un laboratoire hospitalier. Cette estimation montre une augmentation moyenne de 6 % par an depuis 2001 (environ 10 000 positifs) [12,13]. L'IDF représente 53 % des sérologies positives.

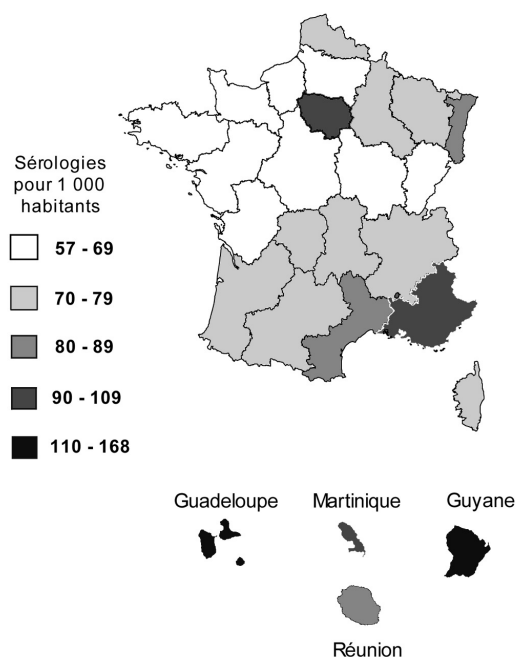
Le nombre de sérologies confirmées positives² rapporté au nombre de sérologies effectuées est estimé à 2,4 ‰ en 2004. Il est beaucoup plus élevé en IDF (5,3 ‰) et dans les DFA (4,1 ‰ en Martinique, 8,6 en Guadeloupe et 17,2 en Guyane) que dans les autres régions de métropole (de 0,6 en Basse-Normandie à 1,7 dans le Centre) (figure 8).

Ces estimations de l'activité de dépistage du VIH de l'ensemble des laboratoires incluent les sérologies prescrites dans le cadre d'une CDAG : 7 % des sérologies effectuées et 12 % des sérologies confirmées positives² ont été faites dans ce cadre. Les tests effectués en CDAG font l'objet d'une surveillance particulière (cf. chapitre "CDAG").

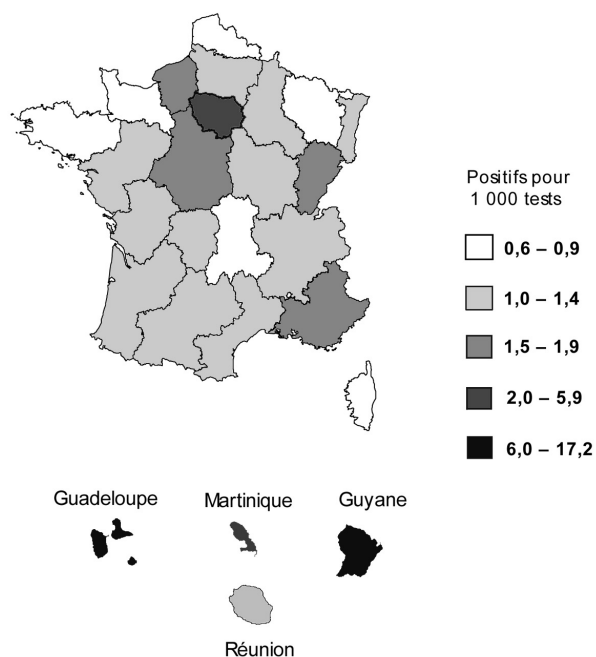
² Les sérologies confirmées positives ne correspondent pas toutes à des découvertes de séropositivité puisqu'elles incluent des sérologies faites plusieurs fois pour la même personne dans des laboratoires différents.

Figure 8 - LaboVIH : activité de dépistage du VIH hors don du sang par région, 2004

Nombre de sérologies VIH*/1 000 habitants



Nombre de sérologies VIH positives*/1 000 tests



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

Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) – bilan en 2004

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

Les points essentiels :

- l'activité de dépistage anonyme du VIH est en augmentation avec environ 280 000 sérologies rapportées en 2004 ;
- la proportion de sérologies positives est stable et reste deux fois plus importante que dans le dépistage hors CDAG (4,8 ‰ contre 2,4 ‰) ;
- la proportion d'hommes retrouvés positifs continue à diminuer ;
- les régions Île-de-France (IDF), Guyane et Guadeloupe ont les proportions de sérologies positives les plus élevées.

Méthode

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

Ce dispositif de surveillance a été décrit et publié dans un précédent rapport [2] ; depuis 2004, le recueil de données est devenu annuel.

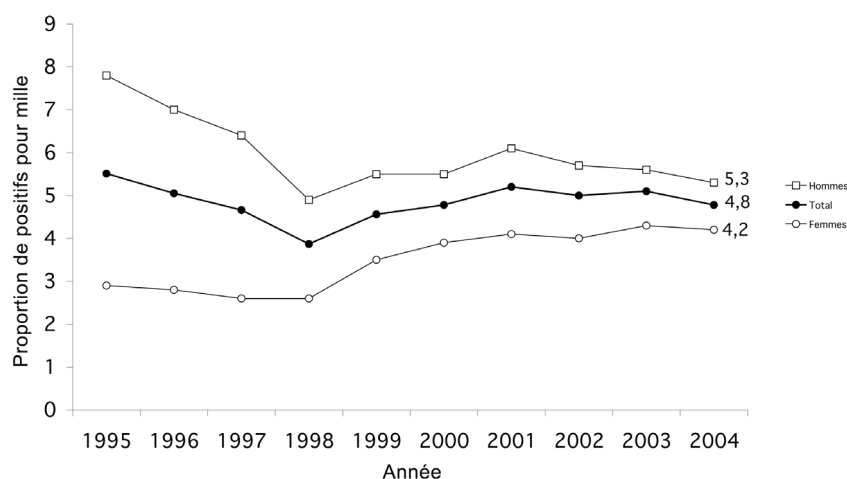
Résultats

En 2004, sur les 353 CDAG et 80 antennes en prison répertoriées, la participation a été respectivement de 77 % et 60 %.

Les CDAG ont accueilli 327 000 personnes dont 12 378 en prison. Hors prisons, 274 641 sérologies VIH ont été effectuées et 1 322 ont été retrouvées positives.

Le nombre de sérologies VIH réalisées est en hausse par rapport à 2003 (265 932) et 2002 (250 117). La proportion de sérologies positives par rapport à l'ensemble des sérologies effectuées est de 4,8 ‰ en 2004. Cette proportion est stable par rapport aux deux dernières années (figure 9).

Figure 9 - Évolution de la proportion des diagnostics VIH positifs par sexe dans les CDAG, de 1995 à 2004 (hors prisons)



Les consultants appartiennent en majorité (52 %) à la classe d'âge des 20 à 29 ans. Ceux dépistés positifs appartiennent principalement à la classe des 30 à 39 ans (40 %) et dans une moindre mesure à celle des 20 à 29 ans (35 %).

En terme d'évolution, la fréquentation des CDAG reste plus masculine avec 55 % d'hommes parmi les testés et 61 % parmi les positifs en 2004. Néanmoins, la proportion de tests positifs chez les hommes est en diminution entre 2001 (6,1 ‰) et 2004 (5,3 ‰), alors que cette proportion

chez les femmes semble se maintenir au niveau élevé atteint en 2003 (figure 9). En 2004, comme en 2003, les femmes de moins de 40 ans consultant en CDAG sont plus fréquemment retrouvées positives que les hommes du même âge (tableau 6).

En prison, les dépistages (environ 8 500 tests réalisés) ont concerné presque exclusivement des hommes (95 %). La proportion de sérologies positives en milieu carcéral est de 3,0 ‰ en 2004.

Tableau 6 – Nombre de tests totaux et positifs par sexe et âge dans les CDAG en 2004 (hors prisons)

Tranche d'âge	Tests chez les hommes		Tests chez les femmes		Total	
	Positifs / Total	Taux ‰	Positifs / Total	Taux ‰	Positifs / Total	Taux ‰
< 20 ans	18 / 18 952	0,9	29 / 29 876	1,0	47 / 48 828	1,0
20-29 ans	242 / 76 318	3,2	215 / 64 705	3,3	457 / 141 023	3,2
30-39 ans	333 / 33 490	9,9	185 / 15 663	11,8	518 / 49 153	10,5
40-49 ans	145 / 13 798	10,5	65 / 7 017	9,3	210 / 20 815	10,1
50-59 ans	46 / 5 694	8,1	13 / 3 007	4,3	59 / 8 701	6,8
60 ans et +	11 / 2 288	4,8	5 / 923	5,4	16 / 3 211	5,0
Âge ou sexe inconnus	-	-	-	-	15 / 2 910	-
Total	795 / 150 540	5,3	512 / 121 191	4,2	1 322 / 274 641	4,8

Au niveau régional et rapportés à la population, les CDAG d'IDF, de Guyane et de PACA ont réalisé le plus de dépistages (tableau 7 et figure 10).

Les taux de sérologies positives sont particulièrement élevés en Guyane (13,1 %), en Guadeloupe (8,9 %) et en IDF (8,2 %).

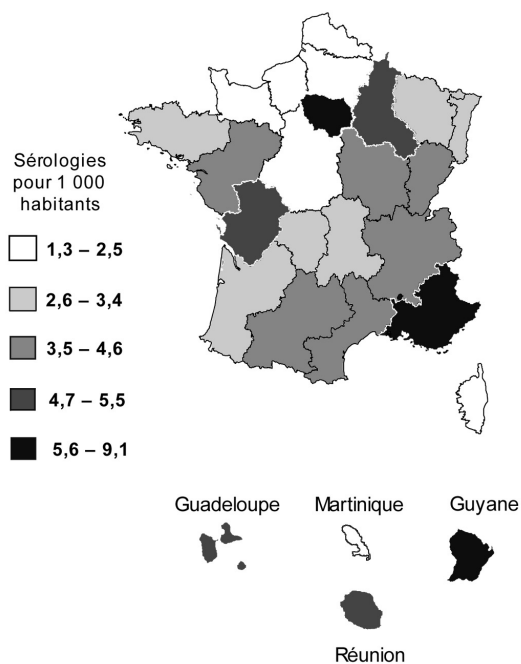
Tableau 7 – Nombre de tests VIH totaux et positifs en CDAG rapportés par région en 2004 (hors prisons)

Région	Nombre de tests	Nombre de tests / 1 000 habitants*	Nombre de sérologies positives	Taux de positifs / 1 000 tests
Alsace	4 576	2,6	27	5,9
Aquitaine	9 403	3,1	23	2,4
Auvergne	3 718	2,8	5	1,3
Bourgogne	5 835	3,6	6	1,0
Bretagne	10 056	3,3	14	1,4
Centre	6 252	2,5	31	5,0
Champagne-Ardenne	6 265	4,7	10	1,6
Corse	373	1,4	1	2,7
Franche-Comté	4 587	4,0	8	1,7
Île-de-France	102 433	9,1	835	8,2
Languedoc-Roussillon	11 387	4,6	29	2,5
Limousin	2 112	3,0	1	0,5
Lorraine	6 008	2,6	12	2,0
Midi-Pyrénées	10 089	3,8	26	2,6
Nord - Pas-de-Calais	5 325	1,3	22	4,1
Basse-Normandie	414	0,3	3	7,2
Haute-Normandie	2 431	1,3	3	1,2
Pays de la Loire	11 772	3,5	37	3,1
Picardie	3 640	1,9	16	4,4
Poitou-Charentes	7 921	4,7	14	1,8
Provence - Alpes - Côte d'Azur	28 745	6,2	66	2,3
Rhône-Alpes	23 155	3,9	81	3,5
Guadeloupe	2 244	5,3	20	8,9
Martinique	852	2,2	5	5,9
Guyane	1 144	7,3	15	13,1
Réunion	3 904	5,5	12	3,1
Total	274 641	4,4	1 322	4,8

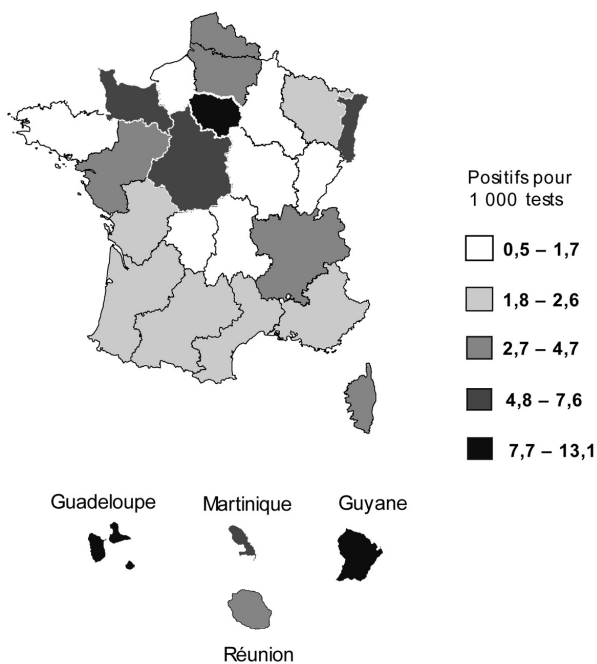
* Population du recensement 2004.

Figure 10 - Nombre de sérologies réalisées en CDAG par région en 2004 (hors prisons)

Nombre de sérologies VIH/1 000 habitants



Nombre de sérologies VIH positives/1 000 tests



Discussion - conclusion

Fonctionnement de la surveillance du VIH/sida en France

- Depuis la mise en place de la notification obligatoire anonymisée de l'infection par le VIH en 2003, de nombreux praticiens se sont impliqués dans cette surveillance, y compris des praticiens de ville, puisque 30 % des notifications VIH sont initiées par des biologistes de ville et que 24 % des volets médicaux émanent de médecins de ville.

Cependant, le taux d'exhaustivité de la notification du VIH peut être amélioré puisqu'il est estimé à 63 % en 2004, avec d'importantes disparités régionales (ce qui incite à la prudence quant aux comparaisons entre les régions françaises). La sous-déclaration a parfois pour origine la présomption, par un déclarant potentiel, que la déclaration a été faite par un autre praticien. Il est donc important de déclarer tous les cas correspondants à 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.

Pour impliquer l'ensemble des déclarants, l'InVS s'efforce de réaliser un retour d'information régulier, par l'intermédiaire de différents supports : BEH, rapports, mise à jour trimestrielle des données sur le site de l'InVS, envoi de données sur demande.

- Concernant la surveillance virologique, les données manquantes sont principalement liées à la non-réalisation des buvards par les biologistes. La seule manière d'augmenter l'exhaustivité de cette surveillance est d'inciter tous les biologistes à adresser systématiquement un buvard au CNR à l'occasion de chaque nouveau diagnostic d'infection VIH.
- La diminution apparente du nombre de cas de sida depuis 2003, plus marquée qu'au cours des années précédentes, est probablement liée à l'introduction de la notification obligatoire du VIH et au fait que les cliniciens omettent d'adresser une fiche sida lors d'une découverte de séropositivité concomitante à celle du sida. Dans ce cas particulier, il est prévu, à l'occasion de la modification prochaine des fiches de déclaration, de permettre aux cliniciens de notifier le sida sur la fiche VIH.
- En ce qui concerne le fonctionnement de la surveillance de l'activité de dépistage du VIH, 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 et des CDAG est élevé, ce qui est le cas au niveau national et pour la majorité des régions. La fiabilité des comparaisons régionales pourrait être améliorée et les comparaisons départementales deviendraient possibles si la participation augmentait dans les régions où les taux de réponse sont les plus faibles.

Activité de dépistage

Le nombre de sérologies VIH effectuées en France en 2004 rapporté à la population (82 ‰) est plus élevé que dans la plupart des autres pays d'Europe de l'Ouest pour lesquels cette information est disponible : de 2 ‰ (Grèce) à 53 ‰ (Belgique) [15], à l'exception de l'Autriche (86 ‰). Les résultats de LaboVIH, disponibles depuis 2001, montrent que l'activité de dépistage se maintient à un niveau élevé et augmente même de 4 % par an depuis cette date.

Parallèlement, le nombre de sérologies confirmées positives augmente en moyenne de 6 % chaque année.

Le recours au dépistage anonyme du VIH, mesuré par l'activité des CDAG, est également en augmentation depuis 2001. La population qui fréquente les CDAG est toujours

composée en majorité de jeunes âgés de moins de 30 ans et d'hommes. La différence s'estompe entre hommes et femmes quant à la proportion de dépistés positifs, notamment parmi les consultants de moins de 40 ans, où les femmes sont désormais les plus touchées.

L'activité des laboratoires d'analyses médicales permet d'estimer que 7 % des sérologies sont effectuées dans le cadre de CDAG et que 12 % des sérologies positives y sont dépistées. La proportion de sérologies positives est 2 fois plus importante en CDAG que dans les autres contextes de dépistage (médecine générale, hôpital, etc.).

L'activité de dépistage du VIH dans les laboratoires, y compris celle des CDAG, montre des disparités régionales importantes depuis plusieurs années. Ainsi, les DFA et

les régions d'IDF et de PACA sont les régions qui dépistent le plus. Les DFA et l'IDF ont à la fois une activité de dépistage et une proportion de sérologies positives élevées, ce qui est cohérent avec le fait qu'il s'agit de régions toujours particulièrement touchées par l'épidémie.

Pour la région PACA, la situation est différente puisque la proportion de personnes séropositives dépistées en 2004 est inférieure à la moyenne nationale, ceci étant probablement lié au recul de la transmission du VIH chez les usagers de drogues injectables.

Nombre de personnes séropositives dépistées en 2004 et nombre de personnes vivant avec le VIH fin 2005

Le nombre estimé de 7 000 découvertes de séropositivité en 2004 est calculé par combinaison des estimations d'activité de dépistage et des notifications obligatoires d'infection à VIH. Ce calcul repose sur l'hypothèse que l'exhaustivité de la notification obligatoire est la même pour tout diagnostic d'infection à VIH, qu'il s'agisse ou non d'une découverte de séropositivité, hypothèse qui n'est pas vérifiable. On peut néanmoins établir que le nombre de découvertes de séropositivités en 2004 est nécessairement compris entre 4 600 (nombre de découvertes en 2004 qui ont fait l'objet d'une notification, corrigé pour les délais de déclaration) et 11 700 (nombre total de sérologies positives en 2004 qui inclut les sérologies multiples – enquête LaboVIH).

Il est important de noter que ces chiffres ne peuvent être interprétés en termes de nouvelles contaminations, puisqu'une proportion importante de personnes ayant découvert leur séropositivité en 2004 ont été contaminées plusieurs années auparavant.

Le nombre total de personnes infectées par le VIH a été estimé par la méthode directe, fin 1997, à 105 800 (IC à 95 % : 89 000-122 000) [16]. Sous l'hypothèse d'une incidence constante entre 1998 et 2005 (5 200 nouvelles contaminations par an) et d'un nombre de décès constant (1 700 décès par an) [17], la prévalence du VIH est estimée à environ 130 000 à la fin 2005 avec un intervalle de plausibilité se situant entre 100 000 et 160 000.

Modes de contamination

Les rapports hétérosexuels représentent le principal mode de contamination des personnes qui ont découvert leur séropositivité en 2004 (55 % ou 67 % si on exclut les cas pour lesquels le mode de contamination n'est pas renseigné).

- Les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne représentent en 2004 la moitié des découvertes de séropositivité chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels. Si parmi les personnes d'Afrique subsaharienne les femmes sont majoritaires, c'est peut être parce qu'elles sont plus touchées par le VIH, mais aussi parce qu'elles sont mieux dépistées que les hommes, comme le montre la proportion plus élevée d'hommes découvrant leur séropositivité à un stade avancé de l'infection.

Après une forte augmentation entre 1999 et 2002, le nombre de cas de sida diagnostiqués chez des personnes d'Afrique subsaharienne a tendance à diminuer en 2003 et 2004. Parmi les découvertes de séropositivité, la proportion de personnes d'Afrique subsaharienne a elle aussi tendance à diminuer entre 2003 et le premier semestre 2005.

- Les personnes de nationalité française représentent en 2004 un tiers des découvertes de séropositivité chez les

hétérosexuels (31 %), pourcentage qui a tendance à augmenter au cours du temps, à la fois chez les hommes et chez les femmes. Plus de la moitié des contaminations semblent s'être produites au sein de couples sérodifférents (donnée renseignée pour 48 % des notifications).

La diffusion du VIH continue chez les **hommes contaminés par rapports homosexuels**. Ils représentent une part importante des découvertes de séropositivité en 2004 (24 % ou 29 % si on exclut les cas pour lesquels le mode de contamination n'est pas renseigné), qui a de plus augmenté entre 2003 et le 1^{er} semestre 2005.

La proportion d'infections récentes est la plus élevée dans ce groupe (43 %), ce qui reflète d'une part, un relâchement des comportements de prévention observé depuis quelques années dans cette population et d'autre part, un recours au dépistage du VIH plus fréquent que dans les autres groupes exposés (leur probabilité d'être dépistés peu de temps après leur contamination est donc plus élevée). La proportion relativement importante d'homosexuels qui découvrent leur séropositivité au moment d'une primo-infection corrobore ce constat.

La diminution du nombre de cas de sida chez les **usagers de drogues**, qui représentent 11 % des cas de sida en 2004, et leur très faible proportion parmi les découvertes

de séropositivité (2 %) confirment la réduction de la transmission du VIH dans cette population. Parmi les usagers de drogues séropositifs, une large proportion a déjà

été dépistée (en 2004, seuls 17 % ignoraient leur séropositivité au moment du diagnostic de sida *versus* 36 % chez les homosexuels et 52 % chez les hétérosexuels).

Diffusion des types de virus

La proportion du VIH-2 parmi les découvertes de séropositivité en 2004 est de 1,3 %, celle du VIH-1 du groupe O est de 0,2 %.

Parmi les virus VIH-1 du groupe M, le sous-type B a toujours prédominé en France, alors que sur le continent africain, il existe une grande diversité des souches : les sous-types non-B (A, C ou D par exemple) y sont largement majoritaires.

Néanmoins, actuellement, la proportion des sous-types non-B est importante en France (46 % en 2004).

Chez les Africains ayant découvert leur séropositivité en 2004, cette proportion est plus élevée (79 %) mais a tendance à diminuer entre 2003 et 2005.

La proportion non négligeable et stable des sous-types non-B (22 %) chez les personnes de nationalité française indique que ces sous-types circulent aussi dans la population française, en particulier dans la population hétérosexuelle.

La présence des sous-types non-B chez les Français et l'augmentation du sous-type B chez les Africains suggèrent l'intrication de la transmission du VIH au sein des populations françaises et africaines et le fait que des contaminations ont lieu chez des personnes d'Afrique subsaharienne vivant en France.

Cette surveillance des souches circulant en France est importante pour suivre la diffusion virale et adapter si besoin les tests de dépistage et de suivi des séropositifs.

L'activité de dépistage du VIH se maintient à un niveau élevé en France et augmente même depuis 2001 : 82 tests réalisés pour 1 000 habitants en 2004. Le nombre de sérologies VIH effectuées en Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) est lui aussi en augmentation.

En 2004, compte-tenu d'une sous-déclaration évaluée à 35 %, on estime que 7 000 personnes ont découvert leur séropositivité VIH. Il ne s'agit pas de nouvelles contaminations, puisque des personnes dépistées positives en 2004 ont pu être contaminées plusieurs années auparavant.

Les groupes les plus représentés restent les personnes d'Afrique subsaharienne, les homosexuels masculins et, dans une moindre mesure, les personnes françaises contaminées par rapports hétérosexuels, alors que la réduction de la transmission chez les usagers de drogues semble se poursuivre.

Même si, depuis 2003, on observe une diminution de la proportion de personnes d'Afrique subsaharienne parmi les découvertes de séropositivité VIH, elles représentent encore 27 % des découvertes en 2004.

La transmission du VIH se poursuit chez les homosexuels masculins : ils représentent 24 % des découvertes de séropositivité en 2004, pourcentage en augmentation depuis 2003, et la proportion de contaminations récentes (de moins de 6 mois) y est la plus élevée.

Les personnes françaises contaminées par rapports hétérosexuels représentent, en 2004, 17 % des découvertes de séropositivité, pourcentage qui a tendance à augmenter, notamment chez les femmes.

La faible proportion d'usagers de drogues parmi les personnes découvrant leur séropositivité en 2004 et la poursuite de la diminution des cas de sida confirment la réduction de la transmission du VIH dans cette population.

La surveillance virologique associée à la notification obligatoire d'infection à VIH montre que les virus VIH-1 de sous-types non-B, minoritaires en France dans les années 90, représentent la moitié des séropositivités découvertes en 2004.

HIV testing activity remains at a high level in France and has increased since 2001 with 82 tests performed per 1000 population in 2004. The annual number of HIV tests performed in anonymous free testing consultations has also increased.

The number of newly diagnosed HIV infections is estimated to be 7000 in 2004. This number takes into account adjustments for under-reporting which is about 35%. The number of 7000 new HIV diagnoses does not represent new infections because individuals diagnosed with HIV in 2004 could have been infected in previous years.

Persons originating from sub-Saharan Africa, homo/bisexual men and French persons infected through heterosexual contact constitute the most frequent groups of transmission, whereas transmission among injecting drug users is decreasing.

New HIV diagnoses among persons originating from sub-Saharan Africa have decreased since 2003 but this group still accounts for 27% of new diagnoses in 2004.

HIV transmission is still important among homo/bisexual men who account for 24% of new HIV diagnoses in 2004; this proportion increased between 2003 and 2005. Recent infections (less than 6 months) are the most frequent in this group.

French persons infected through heterosexual contact account for 17% of new diagnoses in 2004; this proportion has increased, particularly in women.

The low proportion of injecting drug users in new HIV diagnoses in 2004 and the decrease of AIDS cases among them in recent years confirm the decrease of HIV transmission in this group.

The virological surveillance linked to the HIV mandatory reporting shows that, in 2004, non-B subtypes of HIV-1 account for the half of new diagnoses in France.



INSTITUT DE
VEILLE SANITAIRE

Département des maladies infectieuses

12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice cedex
Tél. : 33(0) 1 41 79 67 00 - Fax : 33(0) 1 41 79 67 67
<http://www.invs.sante.fr>