

d'intensifier et de diversifier les stratégies de dépistage, notamment par les médecins généralistes qui devraient systématiquement proposer le test, y compris en dehors de tout risque repéré. Sans oublier le dépistage répété des populations les plus touchées, le dépistage dans les services d'urgence qui a déjà fait la preuve de sa relative utilité [4], le dépistage à organisation communautaire et d'autres approches innovantes qui restent à expérimenter. Il faut que cette révolution des pratiques des professionnels de santé et l'adhésion des populations qui devra l'accompagner soient rapides car le dépistage volontaire généralisé est absolument coût-efficace [5]. Des objectifs quantifiés doivent donc être urgemment fixés, sur le nombre de tests réalisés tout d'abord qui devrait doubler puis tripler, sur la disparition planifiée des diagnostics très tardifs et leur remplacement par des diagnostics très précoces jusqu'à ce que ceux-ci deviennent la seule forme d'entrée dans les soins. Dépistage généralisé, diagnostics et traitement précoces feront chuter la charge virale communautaire et donc la transmission, comme cela a été récemment démontré au sein de couples sérodifférents [6]. Les systèmes de surveillance de l'InVS permettront alors d'évaluer l'efficacité dans la population de la combinaison de ces dispositifs en mesurant la chute de l'incidence des nouvelles contaminations.

Mieux que le simple contrôle sans objectif précis, et plus réaliste que l'éradication du VIH-sida qui n'est pas aujourd'hui possible, l'élimination des nouvelles contaminations VIH est un engagement à prendre de toute urgence en France. La réduction de 80 à 90% des nouvelles infections, probablement atteignable en cinq ans, devrait figurer dans la rubrique « Santé » de tous les programmes électoraux qui nous seront prochainement proposés.

Références

- [1] Yéni P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport 2010. Recommandations du groupe d'experts. Paris : La Documentation Française, 2010.
- [2] Hasse B, Ledergerber B, Furrer H, Battegay M, Hirschel B, Cavassini M, *et al*. Morbidity and aging in HIV-infected persons: The Swiss HIV Cohort Study. *Clin Infect Dis*. 2011;53(1):1130-9.
- [3] 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.
- [4] d'Almeida KW, Kierzek G, de Truchis P, Le Vu S, Pateron D, Renaud B, *et al*; for the Emergency Department HIV-Screening Group. Modest public health impact of nontargeted Human Immunodeficiency Virus screening in 29 emergency departments. *Arch Intern Med*. 2011 Oct 24. [Epub ahead of print]
- [5] Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Paris : Ministère de la Santé et des Sports ; Novembre 2010. 266 p. Disponible à : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf
- [6] Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, *et al*; HPTN 052 Study Team. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Eng J Med*. 2011;365:493-505.

Dépistage du VIH et découvertes de séropositivité, France, 2003-2010

Françoise Cazein (f.cazein@invs.sante.fr)¹, Yann Le Strat¹, Josiane Pillonel¹, Florence Lot¹, Vanina Bousquet¹, Roselyne Pinget¹, Stéphane Le Vu¹, Denys Brand², Sylvie Brunet², Damien Thierry², Marlène Leclerc¹, Lotfi Benyelles¹, Sophie Couturier¹, Clara Da Costa¹, Francis Barin², Caroline Semaille¹

1/ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

2/ Inserm U966, Centre national de référence du VIH, Tours, France

Résumé / Abstract

Cet article présente, pour la période 2003 à 2010, des données sur l'activité de dépistage du VIH en France à partir de l'enquête LaboVIH, et sur les découvertes de séropositivité, à partir de la déclaration obligatoire de l'infection à VIH et de la surveillance virologique menée par le Centre national de référence du VIH.

Le nombre de sérologies VIH réalisées en France est stable depuis 2006, environ 5 millions par an. En 2010, le nombre de sérologies confirmées positives est estimé à environ 10 800. La proportion de sérologies positives pour 1 000 tests est nettement plus élevée en Île-de-France, en Guyane et en Guadeloupe que dans les autres régions.

Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en 2010 est estimé à environ 6 300 (IC95% [5 914-6 616]), nombre stable par rapport à 2009. Ce nombre a augmenté depuis 2003 chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Le diagnostic très tardif (<200 CD4/mm³ ou stade sida) concernait 30% des diagnostics en 2010, et le diagnostic précoce (>500 CD4 sans sida) 36%. Les praticiens de ville réalisent plus de diagnostics précoces que les médecins hospitaliers.

La généralisation du dépistage et sa proposition répétée aux personnes les plus exposées, si elles réduisent la part des diagnostics tardifs de l'infection, devraient permettre d'améliorer la prise en charge des personnes atteintes. La surveillance fournit des indicateurs qui permettront de suivre l'application de ces recommandations.

HIV testing and new HIV diagnoses, France, 2003-2010

This article summarizes information for France in the period 2003-2010 on HIV testing from the LaboVIH survey and new diagnoses of HIV infection from the mandatory case reporting and virological surveillance conducted by the National Reference Center for HIV.

The number of HIV testing performed in France has been stable since 2006 with approximately five millions tests per year. Among these tests, 10,800 were found positive in 2010. Relative to the other regions, the proportion of positive tests for 1,000 was far higher for Paris area, French Guiana and Guadeloupe.

We estimated that 6,300 persons (CI95% [5,914-6,616]) were newly diagnosed in 2010, with no difference compared to 2009. However this figure is increasing in men who have sex with men since 2003. In 2010, 30% of diagnoses were considered as very late (less than 200 CD4/mm³ or AIDS stage) and 36% were considered as early diagnoses (more than 500 CD4). Community-based practitioners tend to make more early diagnoses than hospital-based physicians.

Expanding HIV testing and repeating HIV tests among most-at-risk population should reduce the number of late diagnoses and thus improve care for HIV infected subjects. The surveillance system provides indicators to monitor this strategy.

Mots clés / Key words

VIH, surveillance, déclaration obligatoire, surveillance virologique, France / HIV, surveillance, mandatory reporting, virological surveillance, France

Introduction

Cet article présente les données de surveillance du dépistage et du diagnostic de l'infection à VIH en France en 2010 à partir de systèmes coordonnés par l'Institut de veille sanitaire (InVS) : la surveillance LaboVIH auprès des laboratoires d'analyses médicales, la notification obligatoire des diagnostics d'infection à VIH à laquelle est couplée la surveillance virologique, réalisée par le Centre national de référence (CNR) du VIH.

Les données recueillies permettent de décrire les personnes découvrant leur séropositivité VIH en France en 2010 et fournissent des indicateurs sur l'étape préalable à leur prise en charge médicale qu'est le diagnostic, qu'il soit effectué en ville ou à l'hôpital, et sur le statut clinique et immunologique lors de ce diagnostic. Ces données sont déclinées selon le cadre du diagnostic (ville/hôpital) et selon la région.

Objectifs et méthodes

La surveillance de l'activité de dépistage du VIH (LaboVIH)

Cette surveillance a pour objectifs de suivre l'évolution nationale et régionale du nombre de sérologies VIH réalisées et positives, y compris dans un cadre anonyme, permettant ainsi d'améliorer l'interprétation de la notification obligatoire du VIH et d'en estimer l'exhaustivité. Elle inclut l'ensemble des sérologies, qu'elles soient orientées ou non par des prises de risques ou par des signes cliniques évocateurs.

Depuis 2001, l'InVS demande chaque semestre aux biologistes de l'ensemble des laboratoires d'analyses de biologie médicale de ville et hospitaliers (environ 4 300), d'indiquer le nombre de personnes testées pour le VIH et le nombre de personnes confirmées positives la première fois pour le laboratoire, en distinguant les sérologies effectuées dans un cadre anonyme, notamment pour une Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). Une même personne est comptée plusieurs fois si elle a réalisé plusieurs sérologies dans l'année. Une personne diagnostiquée séropositive n'est comptée qu'une seule fois pour un laboratoire donné, mais plusieurs fois si elle est retrouvée positive par plusieurs laboratoires. Les sérologies réalisées à l'occasion d'un don de sang sont exclues de cette surveillance.

Les résultats présentés ici correspondent à l'activité de l'ensemble des laboratoires. En considérant que les laboratoires participant à LaboVIH (88% en 2010) constituent un échantillon issu d'un plan de sondage à un degré, stratifié sur la région et le type de laboratoire (ville ou hôpital), il est possible d'estimer le nombre total de sérologies VIH réalisées et de sérologies positives. Les médianes des nombres de sérologies ont été utilisées pour calculer les poids de sondage afin de générer des estimations plus robustes au biais de non-participation. Ces poids ont permis d'estimer les valeurs centrales et les variances des nombres de sérologies réalisées et de sérologies positives.

Les données analysées sont les nombres de sérologies VIH réalisées, de sérologies confirmées positives et le nombre de sérologies positives pour 1 000 effectuées en 2010, ainsi que leur évolution depuis 2003. Les différences régionales

sont appréciées par les nombres de sérologies rapportés à la population. Les populations utilisées sont celles de l'Insee au 1^{er} janvier 2010, sauf pour Mayotte où les dernières données disponibles de population sont celles de 2007.

La notification obligatoire des diagnostics d'infection à VIH

Les objectifs de cette notification sont de connaître le nombre et les caractéristiques des personnes découvrant leur séropositivité vis-à-vis du VIH et d'en suivre l'évolution.

Cette notification, mise en place en 2003, est initiée par les biologistes qui doivent déclarer, en créant un code d'anonymat, toute personne dont la sérologie VIH est confirmée positive¹ pour la première fois pour leur laboratoire [1]. Les informations cliniques et épidémiologiques sont complétées par le médecin prescripteur du test. Les notifications sont adressées aux médecins inspecteurs des Agences régionales de santé (ARS) puis à l'InVS. Les doublons (plusieurs déclarations pour une même personne) sont détectés à l'InVS grâce au code d'anonymat, ce qui permet de ne pas les compter comme de nouveaux cas mais de compléter la notification initiale.

Le nombre de découvertes de séropositivité est estimé :

- en éliminant les doublons ;
- en corrigeant le nombre de notifications pour prendre en compte les délais de déclaration et l'exhaustivité de la notification ;
- en sélectionnant les diagnostics d'infection VIH chez des personnes dont la séropositivité n'était pas connue auparavant ou était connue depuis moins d'un an.

La correction pour les délais de déclaration repose sur l'hypothèse d'une stabilité au cours du temps de la distribution de ces délais. L'exhaustivité de la notification du VIH est calculée chaque année pour chaque région en comparant le nombre de notifications reçues, doublons compris, avec le nombre de sérologies positives non anonymes, estimé à partir du réseau LaboVIH. Elle était de 72% en 2010. L'estimation du nombre de découvertes de séropositivité est assortie d'une variance.

Par ailleurs, certaines informations cliniques et épidémiologiques sont manquantes, soit que le volet médical de la déclaration ne soit pas parvenu à l'InVS (16% sur la période 2003-2010), soit que le médecin n'ait pas renseigné la variable (17% pour le mode de contamination, par exemple). Une méthode d'imputation multiple a permis d'estimer les données manquantes pour les variables : découverte de séropositivité, pays de naissance, mode de contamination, stade clinique, motif de dépistage, nombre de lymphocytes CD4, type et sous-type viral, test d'infection récente [2]. Quinze bases de données complètes ont été générées et les estimations ainsi que leurs variances ont été obtenues par une analyse combinée de ces bases selon les règles de Rubin [3].

¹ Les sérologies effectuées de façon anonyme dans le cadre d'une Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) sont exclues de cette surveillance, dans la mesure où la construction du code d'anonymat repose sur le recueil de la date de naissance, du prénom, de l'initiale du nom et du sexe.

Un indicateur de diagnostic tardif a été construit à partir de la combinaison du stade clinique et du nombre de CD4, donnée disponible depuis 2008. Le diagnostic a été considéré comme précoce si la personne était au stade de primo-infection ou si les CD4 étaient supérieurs ou égaux à 500/mm³ en l'absence de pathologie sida. Il a été considéré comme très tardif si la personne découvrait sa séropositivité au stade sida ou si les CD4 étaient inférieurs à 200/mm³ en dehors d'une primo-infection.

La surveillance virologique (sérotypage et test d'infection récente)

La surveillance virologique consiste en la réalisation par le Centre national de référence (CNR) du VIH d'un test d'infection récente [4] et d'un sérotypage [5].

Le test d'infection récente permet d'estimer la part des contaminations récentes (≤ 6 mois en moyenne) parmi les découvertes de séropositivité. Le résultat de ce test est utilisé dans un modèle mathématique pour estimer l'incidence de l'infection par le VIH [6].

Le sérotypage permet de suivre l'évolution des groupes et des sous-types du virus circulant actuellement en France, parmi les découvertes de séropositivité à VIH chez les adultes.

La surveillance virologique est volontaire pour le patient (2% de refus en 2010) et pour le biologiste (17% de non participation en 2010). Le biologiste dépose un échantillon de sérum sur buvard à partir du « fond de tube » ayant permis de diagnostiquer l'infection à VIH. Les résultats sont transmis à l'InVS, où ils sont couplés aux informations de la notification obligatoire du VIH grâce au code d'anonymat. En cas de refus du patient, refus transmis à l'InVS par le médecin déclarant sur le formulaire de notification, le buvard est détruit.

Les données de la notification obligatoire du VIH et de la surveillance virologique sont présentées pour l'année 2010, à partir des notifications reçues jusqu'au 31 décembre 2010. Les tendances depuis 2003 ont été testées par régression linéaire en utilisant la méthode des moindres carrés pondérés par la variance, ou par le Chi 2 de tendance.

Résultats

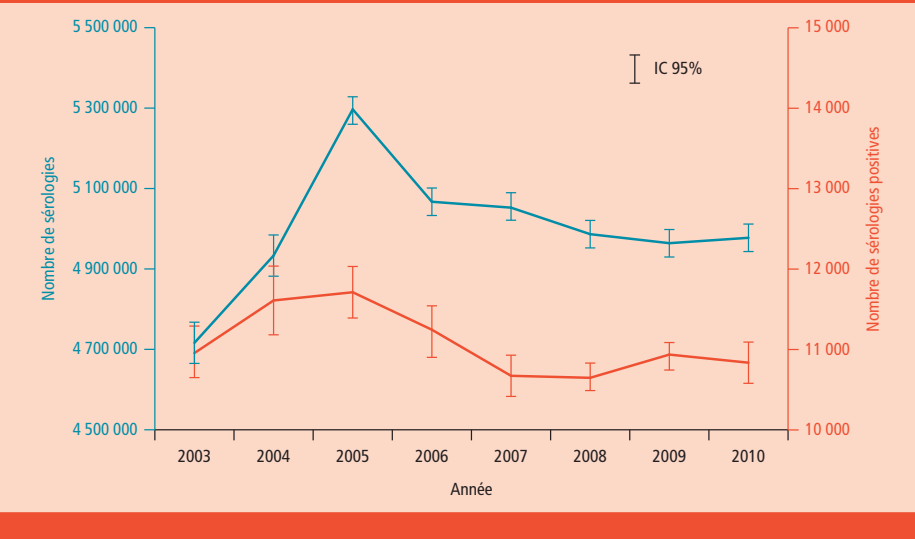
Activité de dépistage du VIH : la surveillance LaboVIH

Sérologies VIH réalisées

Le nombre de sérologies VIH réalisées en France en 2010 est estimé à 4,98 millions (IC95% [4,91-5,05]). Ce nombre, qui avait augmenté de 2003 à 2005 ($p=0,008$), atteignant 5,29 millions de sérologies (IC95% [5,22-5,38]), a diminué en 2006 puis s'est stabilisé ($p=0,5$) (figure 1). Parmi l'ensemble de ces sérologies, une proportion de 8%, inchangée depuis 2005, a été réalisée dans un cadre anonyme (le plus souvent des consultants de CDAG), soit en 2010 environ 395 000 sérologies.

Les laboratoires de ville ont réalisé 77% des sérologies VIH effectuées en 2010, proportion stable depuis 2007 après avoir augmenté entre 2003 (74%) et 2007 ($p<10^{-4}$).

Figure 1 Sérologies VIH réalisées et sérologies confirmées positives, LaboVIH, France, 2003-2010 / Figure 1 HIV tests performed and HIV positive tests, LaboVIH, France, 2003-2010



En 2010, le nombre total de sérologies VIH rapporté à la population française était de 77 pour 1 000 habitants, dont 6 sérologies pour 1 000 habitants dans un cadre anonyme.

Rapporté à la population par région, le nombre de sérologies était environ deux fois plus élevé que la moyenne nationale en Guyane et en Guadeloupe et 1,7 fois plus élevé en Martinique. Les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) et Île-de-France (IdF) effectuent aussi plus de sérologies que les autres régions (figure 2a).

Sérologies VIH positives

Le nombre de sérologies pour le VIH confirmées positives en 2010 est estimé à 10 836 (IC95% [10 377-11 295]). Ce nombre est stable depuis 2007 (figure 1).

Depuis 2003, la part des sérologies anonymes parmi les sérologies VIH confirmées positives est restée stable autour de 12%, soit en 2010 près de 1 300.

Parmi les sérologies VIH positives en 2010, 40% ont été réalisées en laboratoire de ville. Cette

proportion est stable depuis 2008 après avoir augmenté entre 2003 (37%) et 2008 ($p < 10^{-4}$).

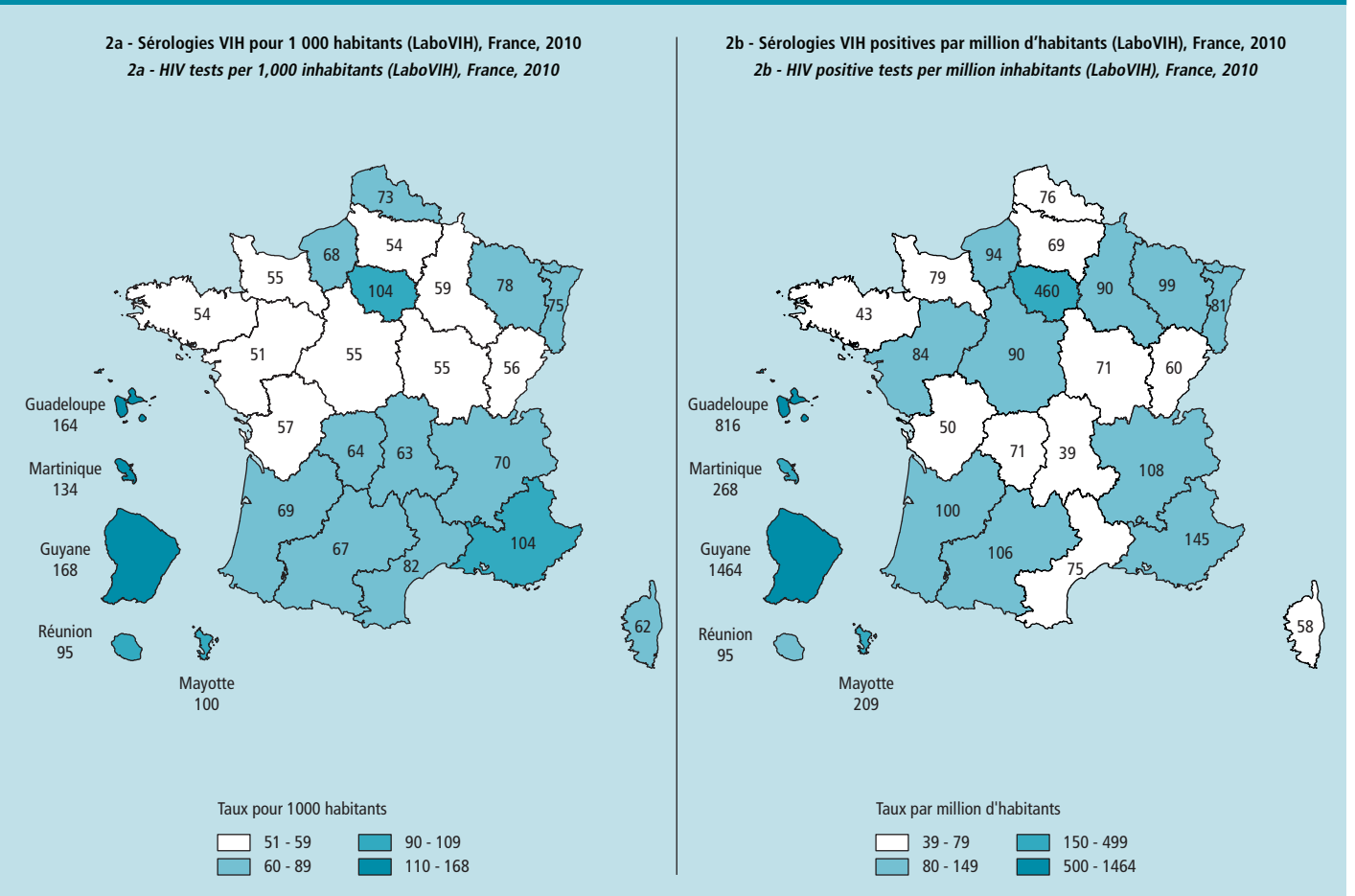
Le nombre de sérologies positives rapporté à la population est de 167 cas par million d'habitants en 2010, avec des variations régionales beaucoup plus importantes que les sérologies réalisées. Ainsi, le nombre de sérologies positives par million d'habitants est neuf fois plus élevé en Guyane par rapport à la moyenne nationale. Il dépasse également la moyenne nationale en Guadeloupe, en IdF, en Martinique et à Mayotte (figure 2b).

Proportion de sérologies VIH positives pour 1 000 sérologies réalisées

La proportion de sérologies confirmées positives pour 1 000 sérologies réalisées est estimée à 2,2 en 2010, stable par rapport à 2009. Depuis 2005, cette proportion est restée comprise entre 2,1 et 2,2.

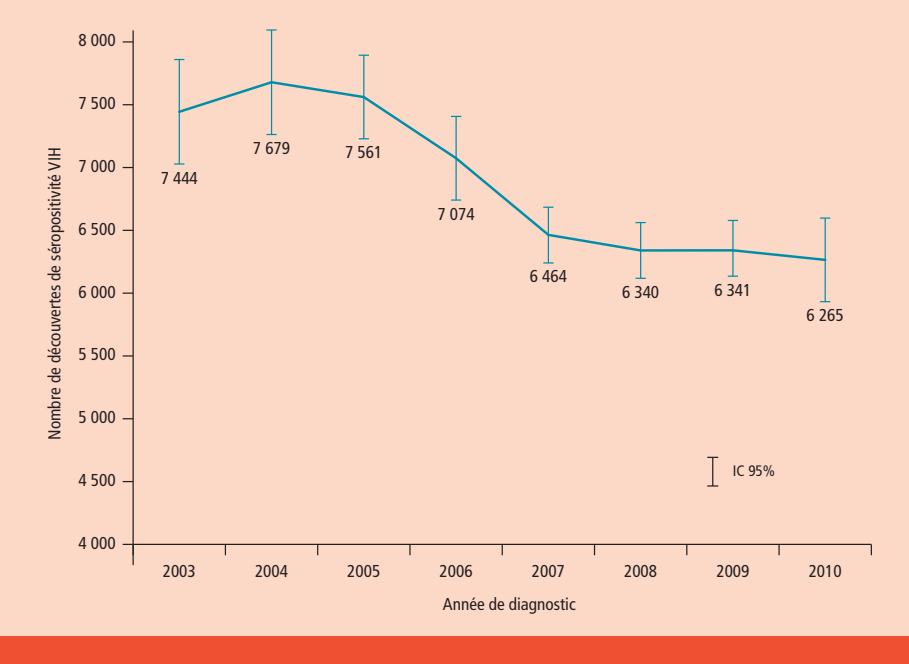
Les régions avec les taux de sérologies positives par million d'habitants les plus élevés sont aussi celles où la proportion de sérologies positives pour 1 000 sérologies réalisées est la plus élevée : Guyane (8,7 pour 1 000 en 2010), Guadeloupe (5,0), IdF (4,4). À Mayotte et en Martinique, ce taux est proche de la moyenne nationale (respectivement 2,1 et 2,0). Dans les autres régions, il s'échelonne entre 0,6 et 1,7 pour 1 000. Au sein de la région IdF, les départements de Paris, du Val-de-Marne, de Seine-Saint-Denis et du Val-d'Oise présentent en 2010 les taux les plus élevés (respectivement 6,6 pour 1 000, 4,7, 4,5 et 3,2). Avec 1,4 sérologie positive

Figure 2 Taux de sérologies VIH réalisées et de sérologies confirmées positives par région, France, 2010 / Figure 2 HIV tests performed and HIV positive tests rates, per region, France, 2010



Estimations 2010 pour l'ensemble des laboratoires, à partir des laboratoires participant à LaboVIH.

Figure 3 Estimations du nombre de découvertes de séropositivité VIH, France (données au 31/12/2010 corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration) / **Figure 3** Estimated number of new diagnoses of HIV infections, France (data up to 31/12/2010 adjusted for reporting delays and underreporting)



pour 1 000 sérologies réalisées, la région Paca se situe dans la moyenne des régions de métropole hors IdF.

La proportion de sérologies positives est toujours plus élevée dans les CDAG : 3,5 pour 1 000 en 2010 comme en 2009.

Découvertes de séropositivité à partir de la notification obligatoire du VIH

Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité vis-à-vis du VIH en 2010 a été estimé à 6 265 (IC95% [5 914-6 616])

à partir des 4 695 notifications reçues à l'InVS au 31 décembre 2010.

Le nombre de découvertes de séropositivité, après avoir diminué significativement entre 2004 et 2007 ($p < 10^{-3}$), se stabilise depuis ($p = 0,36$) (figure 3). La majorité de ces découvertes a été effectuée à l'hôpital, mais la part des diagnostics réalisés par des médecins de ville est passée de 24% en 2003 à 32% en 2010.

Sexe, âge et lieu de naissance

La proportion d'hommes parmi les personnes découvrant leur séropositivité a continué

à augmenter en 2010 ($p < 10^{-3}$) ; elle atteint 68% alors qu'elle était de 57% en 2003.

Les personnes qui ont découvert leur séropositivité en 2010 étaient âgées en moyenne de 37,9 ans (36,3 ans chez les femmes et 38,7 ans chez les hommes). Depuis 2003, l'âge moyen des femmes a augmenté régulièrement (il était de 33,9 ans en 2003) alors que celui des hommes est resté stable. Les personnes de 25 à 49 ans représentaient 70% des découvertes de séropositivité en 2010, les personnes de 50 ans et plus, 18%, et les moins de 25 ans, 12%. Entre 2003 et 2010, la proportion de jeunes de moins de 25 ans n'a pas évolué de façon significative, alors que la proportion de 25-49 ans a diminué (de 77% à 70%, $p < 10^{-3}$) et la proportion de 50 ans et plus a augmenté (de 12% à 18%, $p < 10^{-3}$).

Un peu plus de la moitié des personnes découvrant leur séropositivité en 2010 étaient nées en France et un tiers en Afrique subsaharienne (tableau 1). La majorité des femmes étaient nées en Afrique subsaharienne (59%). Les personnes nées en Europe (hors France) représentaient 4% des découvertes de séropositivité VIH en 2010.

La répartition par lieu de naissance des personnes découvrant leur séropositivité variait selon la région de domicile. Parmi les régions qui comptaient plus de 100 découvertes en 2010, la proportion de personnes nées à l'étranger s'échelonnait de 14% à 78%, les proportions les plus élevées s'observant en IdF, en Guadeloupe et en Guyane où plus de la moitié des personnes diagnostiquées étaient nées à l'étranger.

La proportion de personnes nées en France ou en Europe a régulièrement augmenté entre 2003 et 2010 (de 42% à 52% et de 2% à 4%, $p < 10^{-3}$). À l'inverse, la part des personnes nées

Tableau 1 Découvertes de séropositivité VIH en 2010 par mode de contamination, sexe et lieu de naissance, France (données au 31/12/2010 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes) / **Table 1** HIV infections newly diagnosed in 2010 by transmission group, sex and place of birth, France (data reported by 31/12/2010 adjusted for reporting delays underreporting and missing values)

Lieu de naissance		France	Afrique subsaharienne	Europe (hors France)	Amériques	Autres	Total
Mode de contamination							
Hommes							
Rapports sexuels entre hommes	N	2 086	70	141	127	100	2 524
	%	82,6	2,8	5,6	5,0	4,0	100
Rapports hétérosexuels	N	622	718	65	142	81	1 627
	%	38,2	44,1	4,0	8,7	5,0	100
Usage de drogues injectables	N	27	4	22	0	5	58
	%	46,1	6,9	37,9	0,8	8,3	100
Autres	N	18	11	3	3	1	36
	%	50,8	31,4	7,9	7,4	2,5	100
Sous-total	N	2 753	803	231	273	187	4 247
	%	64,8	18,9	5,5	6,4	4,4	100
Femmes							
Rapports hétérosexuels	N	504	1 152	43	178	80	1 957
	%	25,8	58,8	2,2	9,1	4,1	100
Usage de drogues injectables	N	6	2	3	0	2	13
	%	45,6	17,7	22,5	0,0	14,2	100
Autres	N	13	30	1	3	0	47
	%	27,5	64,7	1,2	5,7	1,0	100
Sous-total	N	523	1 185	47	181	82	2 018
	%	25,9	58,7	2,3	9,0	4,1	100
Total	N	3 276	1 988	278	453	270	6 265
	%	52,3	31,7	4,4	7,2	4,3	100,0

en Afrique subsaharienne a diminué depuis 2003 (de 44% à 32%, $p < 10^{-3}$).

Mode de contamination probable

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2010, on estime que 57% ont été contaminées par rapports hétérosexuels (97% des femmes et 38% des hommes), 40% par rapports sexuels entre hommes et 1% par usage de drogues injectables.

Parmi les diagnostics de séropositivité réalisés en ville en 2010, 47% concernaient des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et 52% des hommes ou femmes hétérosexuels. Par comparaison, les diagnostics réalisés à l'hôpital concernaient moins souvent des HSH (47%) et plus souvent des hétérosexuels (60%).

En 2010, environ 3 600 (IC95% [3 355-3 818]) personnes contaminées par rapports hétérosexuels ont découvert leur séropositivité. Ce nombre, qui avait diminué rapidement de 2004 à 2007 ($p < 10^{-3}$), s'est stabilisé de 2007 à 2009 ($p = 0,23$) (figure 4). L'apparente diminution en 2010 sera à confirmer avec plus de recul. L'âge moyen au moment de la découverte a régulièrement augmenté entre 2003 (36,7 ans) et 2010 (39,3 ans). La part des moins de 25 ans est restée stable depuis 2006, autour de 10%, plus élevée chez les femmes (13% en 2010) que chez les hommes (6%). La part des 25-34 ans a diminué et celle des plus de 50 ans a augmenté depuis 2003 (de 19% à 28% chez les hommes, et de 9% à 16% chez les femmes). La répartition par lieu de naissance est décrite dans

le tableau 1. Depuis 2003, la proportion de personnes nées en Afrique subsaharienne a diminué alors que celle de personnes nées en France ou en Europe a augmenté.

En 2010, le nombre de découvertes de séropositivité chez les HSH a été estimé à 2 500 (IC95% [2 341-2 707]), en augmentation sur la période 2003-2010 ($p < 10^{-3}$) (figure 4). L'âge moyen au diagnostic était de 36,5 ans en 2010, sans augmentation depuis 2003. Cette stabilité de l'âge moyen depuis 2003 recouvre une augmentation de la part des jeunes de moins de 25 ans (de 7% à 14%), une diminution de celle des personnes de 25 à 49 ans (de 81% à 73%), tandis que celle des 50 ans et plus est restée stable autour de 12%. Les HSH découvrant leur séropositivité étaient le plus souvent nés en France (tableau 1).

Les usagers de drogues injectables (UDI) ayant découvert leur séropositivité en 2010 (nombre estimé à 70 (IC95% [43-100]) étaient âgés en moyenne de 36,4 ans. Pour la première fois depuis 2003, la majorité d'entre eux étaient nés à l'étranger (tableau 1). Après avoir diminué de 2003 à 2008 ($p < 10^{-3}$), le nombre de découvertes de séropositivité fluctue autour de 80 cas par an (figure 4).

Les modes de contamination varient selon les régions. Parmi les régions dans lesquelles plus de 100 personnes ont découvert leur séropositivité en 2010, les rapports sexuels entre hommes étaient un motif plus souvent évoqué à Paris et en Provence (plus de 40% des découvertes en 2010) alors que les rapports hétérosexuels étaient un

mode de contamination plus fréquent (plus de 60%) dans les départements d'IdF autres que Paris, en Guadeloupe et en Guyane.

Motifs de dépistage

Le motif de dépistage le plus fréquent en 2010 était la présence de signes cliniques (35%), qu'ils soient liés à une primo-infection ou à un stade tardif de l'infection à VIH. Les autres motifs les plus courants étaient une exposition récente au VIH (23%) et un bilan systématique (19%) comme le bilan prénatal.

Les diagnostics réalisés en ville faisaient suite plus souvent à une sérologie effectuée à cause d'une exposition au VIH (34%) ou d'un bilan systématique (24%) que ceux réalisés à l'hôpital (respectivement 18% et 16%). Par contre, les diagnostics en ville étaient moins souvent le fait des signes cliniques que ceux réalisés à l'hôpital (26% versus 39%).

En dehors de la présence de signes cliniques, à l'origine d'environ un tiers de découvertes quel que soit le mode de contamination, les autres motifs de dépistage différaient selon le mode de contamination. Les HSH étaient diagnostiqués plus souvent suite à une exposition au VIH (31%) et moins souvent lors d'un bilan (8%) que les hommes hétérosexuels (respectivement 18% et 16%). Un tiers des femmes hétérosexuelles étaient diagnostiquées à l'occasion d'un bilan (incluant le bilan prénatal).

Les femmes hétérosexuelles nées à l'étranger étaient diagnostiquées plus souvent lors d'un bilan que celles nées en France (38% vs. 26%). Chez les hommes hétérosexuels, les motifs de dépistage en 2010 variaient selon le lieu de naissance, contrairement aux années précédentes. La présence de signes cliniques était toujours le principal motif de dépistage, que les hommes soient nés en France ou à l'étranger (respectivement 49% et 39%), mais le bilan systématique concernait plus souvent les hommes nés à l'étranger (20%) que ceux nés en France (9%).

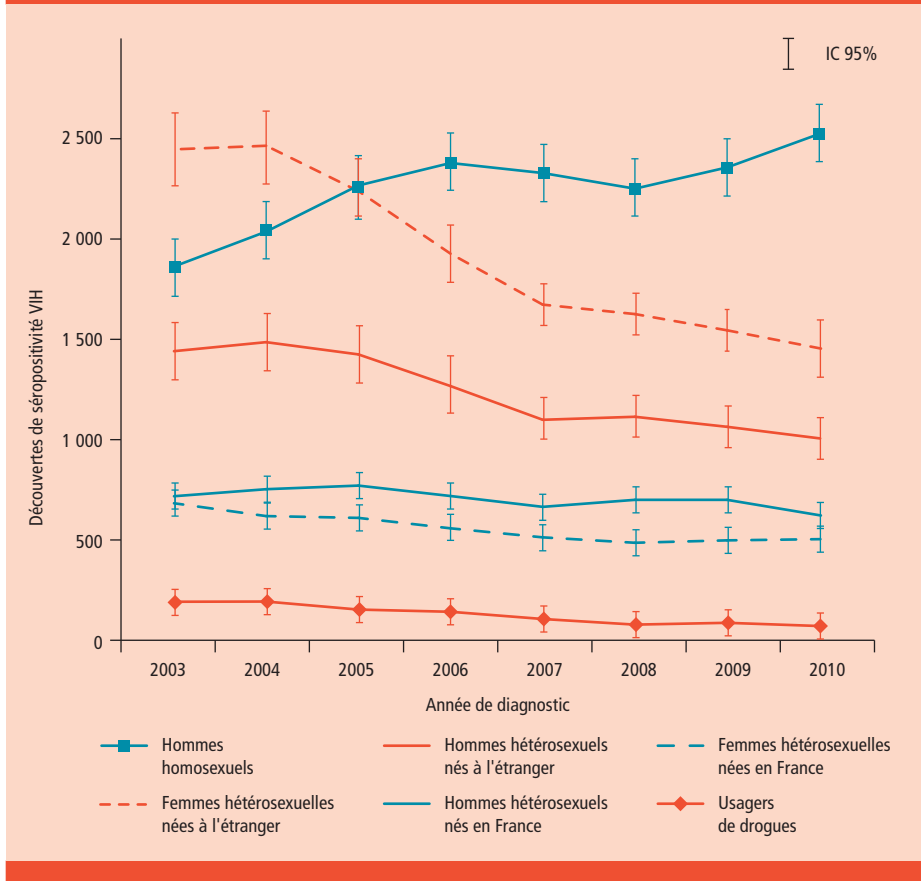
Mis à part les signes cliniques, les motifs de dépistage en 2009-2010 variaient selon les régions. Par rapport à la moyenne nationale, les personnes domiciliées en Bourgogne, en Basse-Normandie et à la Martinique étaient moins souvent diagnostiquées suite à une exposition récente au VIH (autour de 10%), alors que ce motif était plus fréquent en Midi-Pyrénées (31%) et à la Réunion (49%). Les bilans systématiques étaient plus fréquents en IdF (22%), en Guyane (26%) et à Mayotte (44%), et plus rares à la Réunion (4%), dans le Nord (10%), en Basse-Normandie (7%) et en région Paca (12%).

Les motifs de dépistage ne montrent pas de tendances significatives entre 2003 et 2010.

Stade clinique au moment de la découverte de la séropositivité

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2010, 11% étaient au stade de primo-infection, 62% à un stade asymptomatique, 12% à un stade symptomatique non sida, et 15% au stade sida.

Figure 4 Découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination, sexe, lieu de naissance et année de diagnostic, France (données au 31/12/2010 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes) / **Figure 4** New diagnoses of HIV infection by transmission group, sex, place of birth and year of diagnosis, France (data reported by 31/12/2010 adjusted for reporting delays underreporting and missing values)



La proportion de découvertes au stade de primo-infection ne diffère pas significativement selon le lieu de découverte. En revanche, les découvertes en ville étaient plus souvent faites au stade asymptomatique (73%) que celles effectuées à l'hôpital (58%) et moins souvent au stade sida (5% vs. 20%).

Le stade clinique diffère selon le mode de contamination et le pays de naissance. En 2010, les HSH ont été plus souvent diagnostiqués au moment d'une primo-infection (20%) que les hétérosexuels nés en France (9%) ou à l'étranger (3%). La proportion de découvertes au stade sida est comparable chez les HSH (11%) et chez les femmes hétérosexuelles (12%). Cette proportion est plus élevée chez les hommes hétérosexuels (24%) et chez les usagers de drogues (24%).

La comparaison des stades cliniques par région montre des différences avec la moyenne nationale. En Paca, la proportion de découvertes au stade de primo-infection (18%) est plus élevée que la moyenne nationale. Inversement, cette proportion est plus faible en Guyane (2%), dans le Val-d'Oise (2%), l'Essonne (4%) et la Seine-Saint-Denis (6%).

L'évolution positive observée entre 2003 et 2007 (augmentation de la proportion de diagnostics dès la primo-infection et diminution de la proportion de diagnostics au stade sida ($p < 10^{-3}$) ne s'est pas poursuivie. Depuis 2007, ces proportions se sont stabilisées. La proportion de diagnostics à un stade asymptomatique a augmenté, passant de 59% en 2003 à 64% en 2009 ($p < 10^{-3}$), mais cette évolution ne se poursuit pas en 2010.

Chez les hétérosexuels nés en France, les caractéristiques des cas diagnostiqués en 2010 diffèrent des années précédentes : chez les hommes, la part des découvertes de séropositivité au stade de primo-infection, qui avait augmenté jusqu'en 2007, retrouve, en 2010, le même niveau qu'en 2003 (9%), alors que la part des découvertes très tardives, au stade sida, suit l'évolution inverse et retrouve également en 2010 son niveau de 2003 (29%). Chez les femmes hétérosexuelles nées en France, l'année 2010 est marquée par une proportion plus élevée que les années précédentes de découvertes de séropositivité au stade asymptomatique et inversement, une proportion plus faible de découvertes au stade sida. Ces particularités en 2010 ne s'appliquent pas aux hétérosexuels nés à l'étranger (proportions stables depuis 2008). Chez les HSH, la part des découvertes au stade sida ne diminue plus et celle au stade de primo-infection n'augmente plus depuis 2007 ; les diagnostics à un stade asymptomatique n'augmentent plus depuis 2009.

Statut immunologique

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2010, 29% avaient un taux de lymphocytes CD4 à moins de 200/mm³ au moment du diagnostic, 20% compris entre 200 et 349, 21% entre 350 et 499 et 30% à 500 et plus. Ces proportions sont constantes entre 2008 et 2010.

La part des découvertes de séropositivité à un stade avancé de l'immunodépression (moins de 200 lymphocytes CD4) est plus importante chez les hommes hétérosexuels, qu'ils soient nés en France ou à l'étranger (respectivement 39% et 44%), que chez les femmes hétérosexuelles nées

en France ou à l'étranger (22% et 31%) et que chez les HSH (19%).

Les découvertes de séropositivité à 500 lymphocytes CD4 ou plus ne concernent que 39% des HSH et des femmes hétérosexuelles nées en France, 24% de celles nées à l'étranger, 21% des hommes hétérosexuels nés en France et 16% de ceux nés à l'étranger.

Caractère précoce ou tardif du diagnostic

Selon l'indicateur choisi (cf. méthode), 30% des personnes ont découvert leur séropositivité en 2010 très tardivement et 36% précocement. Ces proportions varient selon le cadre du diagnostic, l'âge, le sexe et le mode de contamination (tableau 2).

Test d'infection récente

La part des infections récentes parmi les découvertes de séropositivité VIH-1 chez les adultes est de 29% en 2010. Elle est beaucoup plus élevée chez les HSH (44%) que chez les hétérosexuels nés en France (30%) ou chez ceux nés à l'étranger (13%). Elle est plus élevée en Midi-Pyrénées (43%) et en Paca (40%).

La proportion d'infections récentes est toujours plus élevée chez les personnes âgées de 15 à 24 ans au moment du diagnostic (41% en 2010), que chez les 25-49 ans (28%) ou chez les 50 ans et plus (23%).

Parmi les jeunes de 15 à 24 ans qui ont découvert leur séropositivité depuis 2003, la part de ceux qui avaient été contaminés récemment a augmenté entre 2003 et 2008, passant de 31 à 44% ($p = 10^{-3}$), puis s'est stabilisée. Chez les personnes plus âgées, en revanche, la proportion d'infections récentes parmi les découvertes de séropositivité ne montre pas de tendance significative durant la période 2003-2010.

Évolution des virus circulant en France

La proportion d'infections à VIH-2 parmi les infections diagnostiquées en 2010 était de

1,5% (IC95% [1,0-1,9]), et celle de co-infections VIH-1/VIH-2 était inférieure à 0,1%. Les infections à VIH-2 concernaient surtout des personnes nées en Côte d'Ivoire ou en Guinée.

En 2010, 0,2% des découvertes de séropositivité étaient liées à un VIH-1 de groupe O. Il s'agissait de personnes nées au Cameroun, au Cap Vert ou en France, contaminées par rapports hétérosexuels.

La proportion de sous-types non-B a diminué entre 2003 (46% des diagnostics d'infection à VIH-1) et 2005 (38%) ($p < 10^{-3}$), puis s'est stabilisée autour de 39% jusqu'en 2010.

Cette proportion restait en 2010 beaucoup plus élevée chez les personnes nées en Afrique subsaharienne (73%) que chez celles nées en France (24%) ou dans un autre pays (28%), bien qu'elle ait augmenté depuis 2005 chez les personnes nées en France (de 18 à 24%). Les personnes nées en Afrique subsaharienne et porteuses d'une infection par un VIH-1 de sous-type B ont probablement été contaminées en France, ce sous-type étant très rare en Afrique. La proportion de sous-types B, qui avait augmenté chez ces personnes entre 2003 et 2005, passant de 23% à 32%, a cessé d'augmenter depuis 2006.

La part des sous-types non-B a augmenté chez les HSH entre 2005 (14%) et 2010 (20%). Parmi les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, cette proportion est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, qu'elles soient nées en France (en 2010, 41% vs. 28%) ou à l'étranger (69% vs. 56%). Chez les UDI, elle est restée très variable d'une année à l'autre, globalement de 27% sur la période 2003-2010.

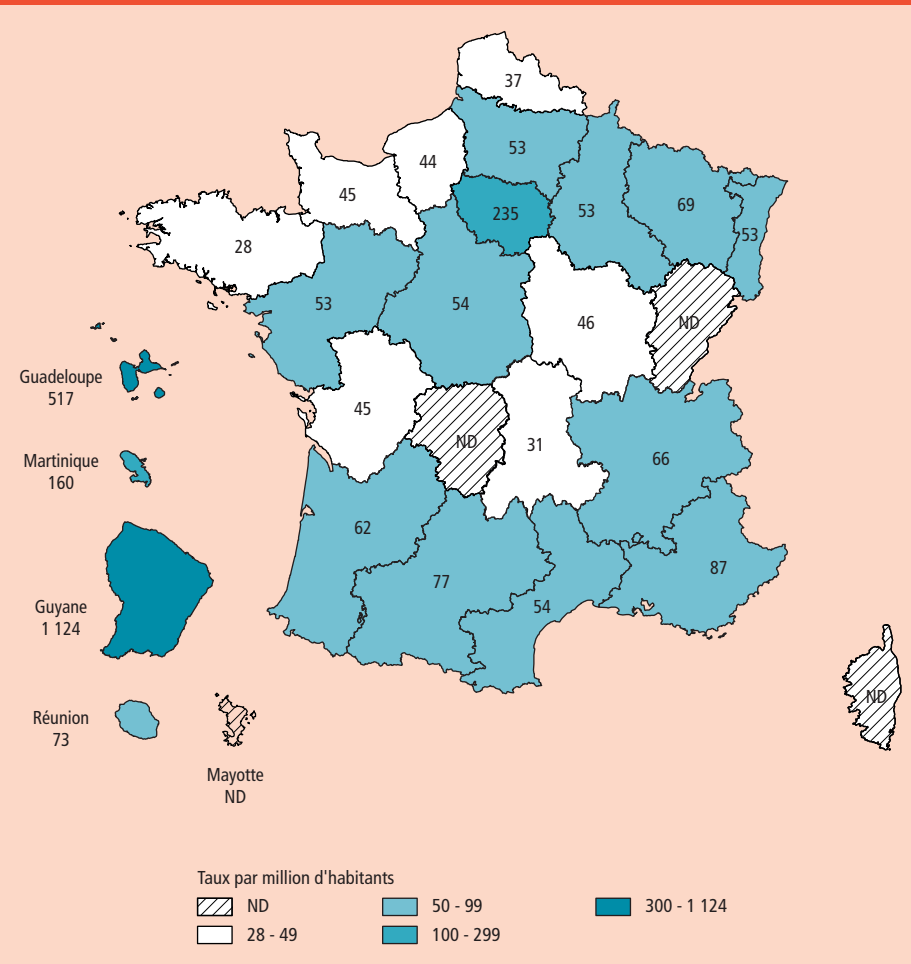
Répartition géographique

Rapporté à la population française, le nombre de découvertes de séropositivité en 2010 est de 97 cas par million d'habitants. Les taux de découvertes sont supérieurs à la moyenne nationale en Martinique, en IdF, en Guadeloupe et en

Tableau 2 Caractère précoce ou tardif des nouveaux diagnostics d'infection à VIH en 2010, France (données au 31/12/2010 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes) / *Table 2* Early or late nature of the new diagnoses of HIV infection in 2010, France (data reported by 31/12/2010 adjusted for reporting delays underreporting and missing values)

	Diagnostic précoce (%)	Diagnostic intermédiaire (%)	Diagnostic très tardif (%)
Ensemble des cas	36	34	30
Selon le cadre du diagnostic			
En ville	43	39	18
À l'hôpital	32	32	36
Selon l'âge au diagnostic			
15 à 24 ans	48	37	15
25 à 49 ans	36	34	30
50 ans et plus	26	30	44
Selon le mode de contamination			
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	49	31	20
Hétérosexuels	26	37	37
Usagers de drogues injectables (UDI)	22	32	46
Selon le lieu de naissance et le sexe parmi les hétérosexuels			
Femmes nées en France	44	33	23
Femmes nées à l'étranger	26	40	34
Hommes nés en France	26	32	42
Hommes nés à l'étranger	19	34	47

Figure 5 Taux de découvertes de séropositivité VIH par million d'habitants, par région, France, 2010 /
Figure 5 Rate of new HIV diagnoses by million inhabitants, by region, France, 2010



Données au 31/12/2010 corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration
ND = correction 2010 non disponible : les calculs de correction ne sont pas possibles pour certaines régions, en général du fait de délais de transmission trop irréguliers des déclarations.

Guyane (figure 5). La région IdF regroupe 44% de l'ensemble des découvertes de séropositivité et les départements français d'Amérique 9%.

Découvertes de séropositivité chez les enfants de moins de 15 ans (données brutes non corrigées pour la sous-déclaration)

Entre 30 et 40 cas de séropositivité sont déclarés chaque année chez des enfants de moins de 15 ans. Sur les 269 notifications d'enfants découverts séropositifs entre 2003 et 2010, 42% sont nés en Afrique subsaharienne, 34% en France et 8% dans un autre pays (le pays de naissance est inconnu pour 16% des enfants). Pour un quart des enfants, le mode de contamination n'est pas renseigné. La quasi-totalité des autres enfants a été contaminée par transmission materno-fœtale, 3 par transfusion à l'étranger et 6 enfants âgés de 14 ans ont été infectés par voie sexuelle (3 par rapports sexuels entre hommes et 3 par rapports hétérosexuels). Parmi les 61 cas pédiatriques, contaminés par transmission mère-enfant, nés en France depuis 2003, le diagnostic d'infection à VIH a été fait dans les deux premières années de vie pour 87% d'entre eux.

Discussion

Le dépistage

Depuis 2006, le nombre de sérologies VIH réalisées s'est stabilisé autour de 5 millions par an,

avec une répartition ville-hôpital stabilisée elle aussi après une augmentation de la part des sérologies faites en ville. Ce nombre recouvre des situations diverses et pouvant se conjuguer : dépistage systématique, dépistage orienté par des prises de risque et sérologies à visée diagnostique. Il s'agit d'un indicateur global, ne permettant pas de faire la part de ces différentes situations, mais permettant de suivre quantitativement la mise en œuvre des nouvelles recommandations de dépistage [7]. La stratégie qui vise à généraliser la proposition de dépistage en dehors de la notion de risque et à la répéter parmi les populations les plus exposées, et les actions de sensibilisation des professionnels de santé et de campagnes menées depuis fin 2010 pour la promouvoir [8;9] pourraient entraîner, à partir de 2011, une augmentation du nombre de sérologies réalisées et de sérologies positives.

Les disparités régionales du nombre de sérologies effectuées peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs, parmi lesquels la connaissance par les prescripteurs de la situation locale de l'infection à VIH, et la facilité d'accès au dépistage (nombre et accessibilité des lieux où il est possible de réaliser une sérologie). Le premier facteur cité est corroboré par l'enquête « Baromètre santé médecins généralistes 2009 » [10]. Cette enquête montre, pour la métropole, le rôle majeur des prescripteurs : les médecins d'IdF et de Paca prescrivent plus de sérologies VIH que ceux

des autres régions. Pour illustrer le deuxième facteur, on constate que les régions Paca et Languedoc-Roussillon, celles qui dépistent le plus en métropole en dehors de l'IdF, sont celles où le nombre de laboratoires par habitant est le plus élevé. Inversement, les régions qui dépistent le moins (Pays-de-la-Loire, Picardie, Bretagne) ont moins de laboratoires par rapport à leur population que la moyenne française. Cette relation n'est pas observée dans les départements d'Outre-mer. L'IdF a une position particulière, d'autres facteurs, comme la proximité géographique, modifiant cette relation.

Les découvertes de séropositivité

Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité à VIH en 2010 est estimé à 6 300. Comme chaque année, les estimations du dernier point (année 2010) doivent être interprétées avec prudence. Par rapport à l'estimation publiée en novembre 2010, le nombre de découvertes en 2009 a été revu à la baisse. Cette différence avec les chiffres présentés auparavant peut s'expliquer par l'allongement des délais de notification et de transmission des déclarations obligatoires VIH/sida en 2009-2010. De plus, alors que les méthodes d'estimation reposent sur l'hypothèse de délais stables dans le temps, ils sont devenus très irréguliers dans certaines régions, rendant les estimations régionales moins fiables, voire impossibles (4 régions en 2010). L'allongement et l'irrégularité des délais sont probablement liés, en 2009, à l'épisode de grippe A(H1N1) et, en 2010, à la mise en place des ARS, impliquant dans le circuit de déclaration obligatoire des changements de lieux, d'acteurs et d'organisation. Un retour à plus de régularité permettra d'améliorer la fiabilité des estimations du nombre de diagnostics dans les années les plus récentes.

Cependant, à l'échelle nationale, les principales tendances observées précédemment [11] (augmentation significative du nombre de découvertes chez les HSH, pas de tendance significative chez les hétérosexuels, stabilisation depuis 2007 de la part des personnes diagnostiquées au stade sida ou lors de leur primo-infection) sont confirmées par les données 2010.

Âge au diagnostic

Les découvertes de séropositivité depuis 2003 montrent une évolution contrastée de l'âge moyen au diagnostic, qui augmente régulièrement chez les hétérosexuels, mais pas chez les HSH. Cette différence reflète à la fois la diffusion plus rapide du VIH parmi les HSH et le fait que la part des jeunes de moins de 25 ans parmi les HSH a augmenté régulièrement depuis 2003, ce qui n'est pas le cas chez les hétérosexuels. L'âge moyen au diagnostic de l'infection VIH reflète à la fois l'âge moyen au moment de la contamination et la distribution des délais entre la contamination et le diagnostic, délais qui peuvent atteindre plusieurs années. Il est modifié par la dynamique des contaminations. En effet, si les contaminations diminuent globalement dans un groupe de population, l'âge moyen au diagnostic augmente mécaniquement car les diagnostics récents concernent de plus en plus souvent les personnes dont le délai entre contamination et diagnostic est le plus long (effet cohorte).

Les découvertes de séropositivité après 50 ans concernent environ 1 100 personnes en 2010. L'augmentation de la part de cette classe d'âge depuis 2003 et le caractère plus souvent tardif de ces diagnostics par rapport à la contamination, observés aussi dans d'autres pays [12], souligne la nécessité de sensibiliser à la fois le public et les personnels de santé à l'utilité du dépistage des seniors. En outre, le fait qu'un quart des seniors soit récemment contaminés au moment du diagnostic montre que les contaminations ne sont pas exceptionnelles à cet âge et souligne le besoin de programmes de prévention adaptés à cette population.

Lieu de naissance

Les personnes nées en France représentent depuis 2007 la majorité des découvertes de séropositivité. Entre 2003 et 2010, la part des personnes nées en France ou dans un autre pays d'Europe a augmenté, alors que la part de celles nées en Afrique subsaharienne a diminué. Cette évolution n'est pas seulement liée à l'augmentation des cas chez les HSH, elle s'observe aussi parmi les hétérosexuels.

Ville-hôpital

Les praticiens exerçant en ville jouent un rôle important dans le dépistage et le diagnostic de l'infection VIH. La part des cas diagnostiqués en ville a augmenté depuis 2003. Les médecins de ville diagnostiquent moins de seniors, plus d'HSH, plus de personnes au stade asymptomatique et font plus de diagnostics précoces que leurs confrères hospitaliers. Ces différences sont liées au choix des personnes qui s'adressent de préférence à un professionnel de santé exerçant en ville ou à l'hôpital, mais également aux motifs de dépistage : les diagnostics effectués en ville découlent plus souvent d'une sérologie réalisée suite à une exposition récente au virus ou lors d'un bilan systématique.

Diagnostics précoces ou tardifs

La précocité des diagnostics est logiquement liée aux circonstances de la sérologie VIH et aux raisons qui ont amené à la réaliser. Les personnes moins sensibilisées ou moins suivies médicalement, qui ne recourent au dépistage que lorsqu'elles perçoivent des symptômes, sont diagnostiquées trop tardivement. C'est probablement ce qui explique que le diagnostic des hommes hétérosexuels soit toujours plus tardif que celui des femmes ou celui des HSH. Les sérologies motivées par une prise de risque ou prescrites dans le cadre d'un bilan systématique ont plus de chance de détecter une infection VIH à un stade précoce. Ainsi, la rupture observée en 2010 chez les hommes hétérosexuels nés en France, dont les diagnostics ont été plus tardifs que les années précédentes, coïncide avec une diminution dans ce groupe des diagnostics effectués lors d'un bilan systématique.

Les personnes infectées par le VIH devraient être diagnostiquées précocement quand leur statut immunologique est relativement préservé si on se réfère aux recommandations de mise sous traitement antirétroviral [13]. Or, cette situation ne concerne que 36% des diagnostics. Il y a donc un effort de dépistage à effectuer, y compris parmi les HSH qui ont pourtant un meilleur recours au

dépistage que les autres personnes atteintes. Le statut immunologique au moment du diagnostic est comparable à ce qu'on observe actuellement dans d'autres pays européens. Ainsi, au Royaume-Uni comme en France, la moitié des adultes diagnostiqués en 2009 avaient des CD4 inférieurs à 350/mm³ [14], ce qui justifie dans les deux pays l'élargissement du dépistage [15]. En France, l'évolution favorable observée sur la période 2003-2007, avec augmentation de la part des découvertes de séropositivité les plus précoces et diminution des plus tardives, ne se poursuit pas. Ceci semble indiquer que la stratégie de dépistage appliquée jusqu'ici, si elle a permis des progrès, n'est plus suffisante, et conforte l'intérêt de la généralisation du dépistage. Or, le public comme les professionnels de santé ne sont pas forcément convaincus de l'utilité de cette généralisation et ont besoin pour l'adopter d'arguments objectifs. Ainsi, en 2009, la moitié des médecins généralistes interrogés par le « Baromètre santé médecins généralistes », étaient opposés à l'idée de prescrire une sérologie VIH en dehors de tout facteur de risque apparent [10]. Les actions de communication menées notamment par l'Inpes depuis fin 2010 [8;9] ont pour but de modifier cette perception. Cette nouvelle stratégie devra être évaluée.

Diversité régionale

L'infection par le VIH touche toutes les régions de France sans exception, mais à des degrés et avec des caractéristiques différents. La région Paca est caractérisée par une part importante de diagnostics précoces, en lien avec la sensibilisation du public et des professionnels de santé, à l'accessibilité au dépistage, comme souligné plus haut, mais aussi avec la population touchée par le VIH dans cette région, comptant une proportion plus élevée que la moyenne nationale de personnes nées en France et contaminées par rapports sexuels entre hommes. En Martinique et à la Réunion, la majorité des découvertes de séropositivité concerne également des personnes nées en France, les rapports sexuels entre hommes constituent un mode de contamination non négligeable, et les diagnostics sont plus précoces que la moyenne nationale. Inversement, en Guyane et en Guadeloupe, où les personnes diagnostiquées sont plus souvent nées dans un pays du continent américain (notamment Haïti, Surinam, Brésil et Guyana) et contaminées par rapports hétérosexuels, les diagnostics sont plus tardifs que dans les autres régions. En IdF, on retrouve les mêmes contrastes, les diagnostics étant plus tardifs dans les départements où ils concernent plus de personnes nées à l'étranger et contaminées par rapports hétérosexuels (Seine-Saint-Denis, Val-d'Oise) et moins tardifs quand les HSH représentent la majorité des diagnostics, comme à Paris. Le nombre de découvertes à Mayotte n'a pas pu être estimé pour 2010 car la plupart des notifications de diagnostics en 2010 sont parvenues à l'InVS en 2011 et donc n'apparaîtront que dans la prochaine analyse.

Évolution de la surveillance

Pour s'adapter à l'évolution de l'épidémie et répondre à de nouvelles questions tout en facilitant le remplissage des notifications, une nouvelle version de la fiche de notification du VIH/sida est disponible et distribuée par les ARS depuis octobre 2011. Certaines variables ont

été supprimées ou simplifiées, d'autres ont été ajoutées ou précisées. Ainsi, un libellé spécifique permettra de prendre en compte les personnes transgenres. Les notions de co-infections par les virus des hépatites et par les infections sexuellement transmissibles ont été ajoutées. La charge virale est également demandée pour évaluer le risque de transmission du VIH. Les modalités du motif de dépistage sont précisées, pour pouvoir suivre l'évolution des pratiques en lien avec les nouvelles recommandations. L'année d'arrivée en France est à renseigner pour les personnes nées à l'étranger, afin de préciser la part de celles contaminées en France.

Conclusion

Les données de surveillance de l'infection par le VIH en 2010 ne peuvent pas encore montrer d'évolution liée à une généralisation du dépistage et à sa répétition dans les populations exposées, telles que prônées par les recommandations du Plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST 2010-2014, puisque ce plan a été rendu public fin 2010.

Néanmoins, plusieurs résultats confortent la nécessité de faire évoluer les stratégies de dépistage du VIH, comme la part importante des diagnostics trop tardifs au regard des recommandations de traitement et l'absence d'amélioration de ce dépistage depuis 2007. Le diagnostic précoce présente en effet un double intérêt : pour la personne diagnostiquée elle-même, puisque le traitement peut lui être proposé plus rapidement, et pour limiter le nombre de contaminations secondaires. Proposer le test en dehors de toute notion d'exposition à un risque de contamination devrait permettre d'atteindre les personnes qui ne se sentent pas concernées par le VIH, et qui sont souvent diagnostiquées plus tardivement (comme les hommes hétérosexuels ou les personnes de plus de 50 ans). Les dépistages répétés annuellement dans les populations les plus touchées, notamment les HSH, pourraient permettre de renouer avec la tendance à la baisse des diagnostics tardifs, qui n'est plus observée depuis 2007. La surveillance permettra d'objectiver l'application de la nouvelle stratégie de dépistage, qui devrait se traduire dans un premier temps par une augmentation de découvertes à un stade asymptomatique et, dans un deuxième temps, par une diminution des découvertes tardives, favorisant une prise en charge des personnes atteintes dans les meilleures conditions.

Les données montrent également que les actions de prévention doivent être poursuivies et diversifiées, pour atteindre les publics les plus exposés au risque d'infection, tout particulièrement les HSH, et parmi eux les jeunes de moins de 25 ans pour lesquels la perception du risque est peut-être abstraite. Ces programmes de prévention ne doivent pas omettre les plus de 50 ans, qui représentent une part croissante des diagnostics.

Remerciements

Nous remercions vivement tous les biologistes participant à LaboVIH et les CDAG ayant fourni leurs bilans. Ces données n'existeraient pas sans leur travail de transmission d'information.

Nous remercions très sincèrement toutes les personnes qui participent à la surveillance de l'infection à VIH et du sida, notamment les biologistes et les cliniciens

ayant notifié les cas qu'ils ont diagnostiqués, les biologistes participant à LaboVIH, ainsi que les médecins inspecteurs de santé publique des Agences régionales de santé et leurs collaborateurs.

Références

- [1] Institut de veille sanitaire. Comment notifier l'infection à VIH et le sida ? Disponible à : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm>
- [2] Royston P. Multiple imputation of missing values: Update of ice. *Stata J.* 2005;5:527-36.
- [3] Rubin DB. Multiple imputation after 18+ years. *Am Stat Assoc.* 1996;91:473-89.
- [4] Barin F, Meyer L, Lancar R, Devau C, Gharib M, Laporte A, 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(9):4441-7.
- [5] Barin F, Plantier JC, Brand D, Brunet S, Moreau A, Liandier B, et al. Human immunodeficiency virus serotyping on dried serum spots as a screening tool for the

surveillance of the AIDS epidemic. *J Med Virol.* 2006;78 Suppl 1:513-8.

- [6] 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.
- [7] Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Novembre 2010. 264 p. Disponible à : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf
- [8] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. VIH : un dépistage proposé à tous. *Équilibre.* 2010;(66):1-2. Disponible à : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/equilibre/pdf/Lettre66.pdf>
- [9] Dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) – Informations et ressources pour les professionnels de santé. Mai 2011. Disponible à : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1323.pdf>
- [10] Gautier A (dir). Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé,

2011; 266 p. Disponible à : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>

- [11] Cazein F, Lot F, Pillonel J, Pinget R, Bousquet V, Le Strat Y, et al. Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2009. *Bull Epidemiol Hebd.* 2010;(45-46):467-72.
- [12] Smith RD, Delphech VC, Brown AE, Rice BD. HIV transmission and high rates of late diagnoses among adults aged 50 years and over. *AIDS.* 2010;24(13):2109-15.
- [13] Yéni P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport 2010. Recommandations du groupe d'experts. Paris : La Documentation Française, 2010.
- [14] Health Protection Agency. HIV in the United Kingdom: 2010 Report. Health Protection Report. 2010;4(47).
- [15] Health Protection Agency. Time to test for HIV: Expanding HIV testing in healthcare and community services in England. Final report, 2011. Septembre 2011. Disponible à : http://www.hpa.org.uk/web/HPAweb&HPAwebStandard/HPAweb_C/1316424785434

Les pathologies inaugurales de sida, France, 2003-2010

Florence Lot (f.lot@invs.sante.fr), Josiane Pillonel, Roselyne Pinget, Françoise Cazein, Pascale Bernillon, Marlène Leclerc, Lotfi Benyelles, Clara Da Costa, Caroline Semaille

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Résumé / Abstract

Cet article présente une description des pathologies inaugurales de sida les plus fréquentes entre 2003 et 2010, à partir de la notification obligatoire du sida.

Le nombre de cas de sida se stabilise autour de 1 500 cas annuels depuis 2007, en raison de la part importante des personnes ne découvrant leur séropositivité qu'au moment du diagnostic de sida et n'ayant pas pu bénéficier d'une prise en charge adaptée (6 personnes sur 10 en 2010).

Le délai médian entre la découverte de la séropositivité et l'entrée dans le sida est près de 2 fois plus court chez les personnes n'ayant pas bénéficié d'un traitement par rapport à celles qui en ont bénéficié (respectivement 5,9 et 10,2 ans).

La pathologie inaugurale la plus fréquente est désormais la pneumocystose pulmonaire, suite à une augmentation du nombre de cas depuis 2007. Les autres pathologies inaugurales de sida sont, par ordre de fréquence décroissante : la tuberculose, la toxoplasmose cérébrale, la candidose œsophagienne, la maladie de Kaposi et les lymphomes non-hodgkiniens. Toutes ces pathologies ont diminué depuis 2003, notamment la tuberculose, en lien avec la diminution du nombre de cas de sida chez les personnes nées à l'étranger.

Même si ces données sur les personnes développant un sida ne constituent qu'un sous-échantillon très particulier de la population des séropositifs, elles montrent une fois encore l'importance d'un dépistage précoce.

Mots clés / Key words

Sida, pathologie inaugurale, surveillance, notification obligatoire / AIDS, indicative diseases, surveillance, mandatory notification

Introduction

Malgré les progrès considérables réalisés dans la prise en charge de l'infection à VIH, le sida, qui représente un stade avancé de l'infection, est encore diagnostiqué chez environ 1 500 personnes chaque année en France. Cet article a pour objet de décrire les pathologies inaugurales les plus fréquemment présentées par les personnes adultes ayant atteint le stade sida en France entre 2003 et 2010, à partir des données de la déclaration obligatoire (DO) du sida.

Objectifs et méthodes

Les objectifs de la DO du sida sont de connaître le nombre et les caractéristiques des personnes ayant atteint le stade le plus avancé de l'infection à VIH, en raison soit d'un échec thérapeutique, soit d'un nonaccès à un dépistage et/ou à un traitement antirétroviral.

Cette déclaration, mise en place au début des années 1980, remaniée en 2003 lors de l'instauration de la DO de l'infection à VIH, est effectuée par les cliniciens qui doivent déclarer sous un

code d'anonymat toute personne dont l'infection VIH atteint le stade de sida, stade caractérisé par la survenue d'une pathologie opportuniste entrant dans la définition de cas [1]. Les décès liés au sida sont également à DO. Les notifications sont adressées aux médecins inspecteurs de santé publique des Agences régionales de santé, qui les transmettent ensuite à l'Institut de veille sanitaire (InVS). Pour chaque cas de sida déclaré, ne sont enregistrées dans la base que la première pathologie et celles survenues simultanément dans un délai maximal de un mois.