

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:S13-8.

- [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/équilibre/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, Delpech 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.

Le nombre total de nouveaux cas de sida a été estimé en appliquant deux facteurs de correction aux notifications reçues à l'InVS jusqu'au 31 décembre 2010, pour prendre en compte d'une part les délais de déclaration (entre le diagnostic de sida et sa notification) et d'autre part la sous-déclaration (proportion de cas jamais notifiés), comme suit :

- chaque cas notifié a été pondéré à partir de la distribution régionale des délais de déclarations sur les années récentes [2] ;

- chaque cas notifié a été pondéré par l'inverse des taux d'exhaustivité estimés par une approche capture-recapture à deux sources sur la période 2004-2006 [3]. Le taux d'exhaustivité des cas de sida a été estimé globalement à 66% sur cette période.

Le nombre de diagnostics de chaque pathologie inaugurale a également été estimé pour tenir compte de ces deux facteurs de correction.

Les caractéristiques des cas de sida ont été analysées chez les adultes (15 ans et plus) sur la période 2003-2010, pour les pathologies inaugurales isolées les plus fréquentes. Ont également été décrites les caractéristiques des adultes atteints de plusieurs pathologies opportunistes au moment du diagnostic de sida.

La fiche de notification renseigne sur la date de la première sérologie positive et permet donc de calculer un délai entre la découverte de la séropositivité et l'entrée dans le sida. Ce délai a été calculé chez les personnes qui connaissaient leur séropositivité depuis au moins 3 mois avant le diagnostic de sida sur la période 2003-2010 (délai disponible pour 97% d'entre elles), les autres (sérologie positive connue depuis moins de 3 mois ou inconnue) ayant été considérées comme ne connaissant pas leur séropositivité au moment du diagnostic.

La fiche de notification renseigne également sur la prescription d'un traitement antirétroviral dans les 2 années précédant le diagnostic de sida, avec une précision sur la durée de ce traitement (moins de 3 mois *versus* 3 mois ou plus). Ont été considérées comme « traitées » les personnes dont la durée du traitement pré-sida a été de 3 mois ou plus.

Le nombre de lymphocytes CD4 au moment du diagnostic du sida est aussi demandé dans le cadre de la notification obligatoire. Ont été conservées pour l'analyse les valeurs disponibles dans un délai de plus ou moins un mois par rapport à la date de diagnostic, soit pour 86% des cas diagnostiqués sur 2003-2010.

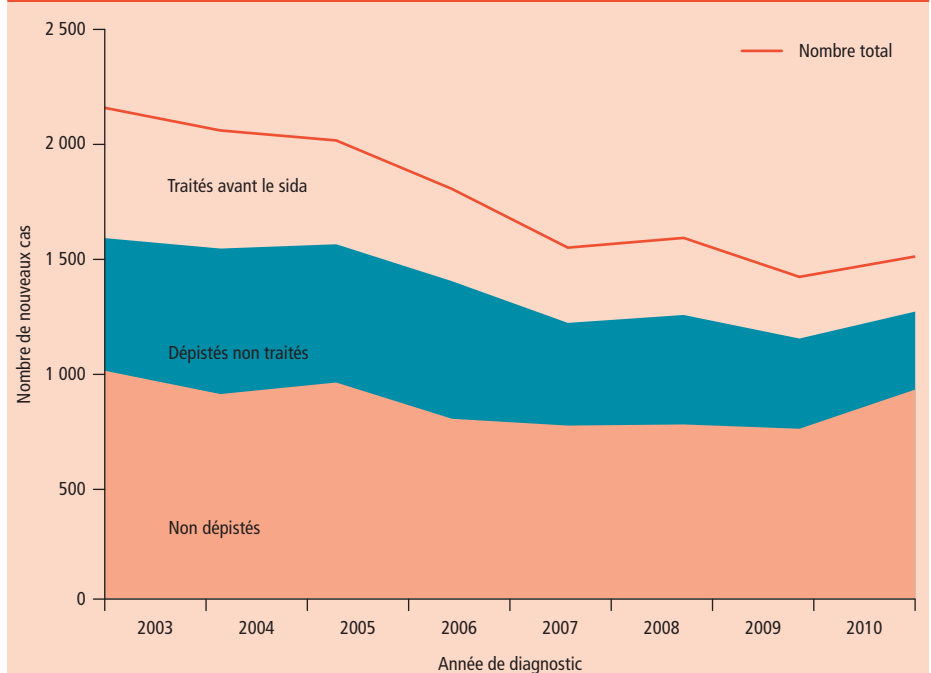
Résultats

Au 31 décembre 2010, le nombre total de personnes ayant développé un sida est estimé à environ 84 500 depuis le début de l'épidémie en France. Parmi celles-ci, on estime à 37 300 le nombre de personnes vivantes fin 2010.

Évolution des principales pathologies inaugurales de sida

Après avoir diminué pour passer d'environ 2 200 cas en 2003 à 1 600 en 2007, le nombre estimé de diagnostics de sida en France fluctue depuis entre 1 400 et 1 600 cas annuels ; il était estimé à 1 510 en 2010 (figure 1). Moins de 1% des diagnostics de sida concernent des enfants de moins de 15 ans.

Figure 1 Évolution des cas de sida chez les adultes selon la connaissance de la séropositivité et la prescription d'un traitement antirétroviral pré-sida (France - Données au 31/12/2010 corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration) | *Figure 1* AIDS cases according to knowledge of HIV status and to antiretroviral treatment before AIDS (France - Data up to 31/12/2010 adjusted for reporting delays and underreporting)



Les deux pathologies inaugurales de sida les plus fréquentes chez les adultes sur toute la période 2003-2010 sont la pneumocystose pulmonaire à *Pneumocystis carinii* (PCP) et la tuberculose (toutes localisations confondues), même si leurs évolutions sont assez contrastées (figure 2). Le nombre de PCP a diminué de 2003 (349 cas) à 2007 (252 cas), puis a fortement augmenté les 3 années suivantes, ce qui en fait la pathologie la plus couramment diagnostiquée en 2010 avec un nombre de cas

(377 cas) supérieur à celui de 2003. La tuberculose était la pathologie inaugurale la plus fréquente en 2003 (450 cas), mais en raison d'une diminution particulièrement marquée sur deux périodes (2003-2005 et 2008-2009), le nombre de tuberculoses est désormais inférieur au nombre de PCP.

L'entrée dans le sida par plusieurs pathologies simultanées n'est pas rare puisqu'elle constitue le troisième mode de survenue de la maladie entre

Figure 2 Pathologies inaugurales de sida les plus fréquentes chez les adultes (France - Données au 31/12/2010 corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration) | *Figure 2* Number of newly diagnosed AIDS indicative diseases in adults (France - Data up to 31/12/2010 adjusted for reporting delays and underreporting)



^a Pathologies isolées.

2003 et 2010, après la PCP et la tuberculose (figure 2) : dans 83% des cas, il s'agit de deux pathologies associées, dans 15% de trois pathologies et dans 2% des cas de plus de trois. Les pathologies les plus fréquemment associées sont la PCP et la candidose œsophagienne (17% de l'ensemble des pathologies multiples), la PCP et la maladie de Kaposi, la PCP et l'infection à cytomégalo-virus (CMV), la tuberculose et la candidose œsophagienne (chacune de ces associations comptant pour environ 5% des pathologies multiples), la toxoplasmose cérébrale et la PCP (4%), la toxoplasmose cérébrale et la candidose œsophagienne (3%). Stable de 2003 à 2005 (240-250 cas annuels), le nombre de personnes ayant présenté plusieurs pathologies inaugurales simultanées de sida a diminué ensuite, puis s'est stabilisé depuis 2008 (177 cas en 2010).

Le nombre de personnes diagnostiquées par la survenue d'une candidose œsophagienne ou d'une toxoplasmose cérébrale était très proche en 2003 (200-225 chacune). Mais du fait d'une diminution plus importante des candidoses œsophagiennes depuis 2005, cette pathologie inaugurale est en 2010 un mode d'entrée dans le sida moins fréquent (98 cas) que la toxoplasmose cérébrale (156 cas).

La maladie de Kaposi et les lymphomes non-hodgkiniens (LNH) sont respectivement le mode d'entrée dans le sida de 95 et 73 personnes en 2010. Malgré des fluctuations annuelles, le nombre de cas de ces deux pathologies inaugurales a eu tendance à diminuer depuis 2003.

Les autres pathologies inaugurales isolées, diagnostiquées sur la période 2003-2010, sont, par ordre de fréquence, l'encéphalopathie à VIH (541 cas), la leucoencéphalite multifocale progressive (352 cas), la cryptococcose, le syndrome cachectique, l'infection à CMV (environ 300 cas chacun), l'infection à mycobactérie atypique (219 cas), l'histoplasmose, la cryptosporidiose (environ 150 cas chacun), les pneumopathies bactériennes récurrentes (132 cas), l'isosporidiose, le cancer invasif du col et l'infection à herpès (entre 70 et 90 cas), les septicémies récidivantes à *Salmonella non typhi* et la coccidioïdomycose.

Caractéristiques des cas de sida selon la pathologie inaugurale

Sexe, âge, pays de naissance et mode de contamination (tableau 1)

Le sexe ratio des 14 124 personnes ayant développé un sida entre 2003 et 2010 est de 2,2 hommes pour 1 femme. Il varie de 1,4 pour les personnes dont le mode d'entrée dans la maladie est une tuberculose à 7,1 pour celles dont la pathologie inaugurale est une maladie de Kaposi. Il est de 4,5 pour les LNH et se situe entre 1,6 et 2,7 pour les autres pathologies.

L'âge moyen des personnes ayant développé un sida sur la période considérée est de 42,4 ans. L'âge moyen est plus faible chez les personnes diagnostiquées avec une tuberculose (39 ans) que chez celles diagnostiquées avec d'autres pathologies inaugurales (autour de 42-43 ans

à l'exception des LNH où l'âge moyen au diagnostic est de 46 ans).

Globalement, 54% des personnes diagnostiquées avec un sida entre 2003 et 2010 sont nées en France. Ce pourcentage est plus élevé (73%) chez celles dont le diagnostic inaugural est un LNH. Il est beaucoup moins important (20%) chez celles dont le mode d'entrée dans la maladie est une tuberculose, les personnes nées en Afrique subsaharienne représentant 58% des cas de cette pathologie.

Les modes de contamination des adultes ayant développé un sida sur 2003-2010 se répartissent de la manière suivante : rapports hétérosexuels pour 60% d'entre eux, rapports entre hommes pour 28% et usage de drogues injectables (UDI) pour 11%. Le contraste le plus important entre les modes de contamination concerne la tuberculose (78% d'hétérosexuels, 11% d'hommes ayant des rapports avec les hommes [HSH]) et la maladie de Kaposi (65% d'HSH et 33% d'hétérosexuels). La plus forte proportion de personnes contaminées par UDI (18%) est observée parmi les personnes dont la pathologie inaugurale est une candidose œsophagienne.

Région de domicile

Les diagnostics de sida entre 2003 et 2010 ont concerné une proportion assez comparable de personnes domiciliées en Île-de-France (IdF) et en métropole hors IdF (respectivement 43% et 46%, tableau 1). Les diagnostics ont été

Tableau 1 Caractéristiques des adultes ayant développé un sida entre 2003 et 2010 selon la pathologie inaugurale (France - Données au 31/12/2010) / **Table 1** Characteristics of AIDS adult cases through 2003-2010 by AIDS defining disease (France, data reported by 31/12/2010)

		Pneumo-cystose ^a	Tuberculose ^a	Toxoplas-mose céré-brale ^a	Candidose œsopha-gienne ^a	Maladie de Kaposi ^a	Lymphomes ^a	Autres pathologies isolées	Pathologies multiples	Ensemble des cas
Nombre de cas estimé^b		2 632	2 534	1 410	1 339	1 012	786	2 760	1 650	14 124
Sexe-ratio	(H/F)	2,5	1,4	1,6	2,1	7,1	4,5	2,1	2,7	2,2
Âge moyen	Années	42,6	38,9	41,8	43,6	42,6	45,5	43,5	43,3	42,4
Pays de naissance										
Afrique du Nord	%	5,4	5,5	4,4	5,1	3,1	5,2	5,1	6,4	5,2
Afrique subsaharienne	%	15,2	58,3	30,5	18,4	23,1	13,8	26,5	22,0	28,3
Amérique et Haïti	%	4,9	8,6	8,2	10,9	2,4	4,0	9,0	7,2	7,3
Asie et Océanie	%	1,5	4,0	1,3	1,2	1,1	0,8	1,0	2,1	1,8
Europe sauf France	%	3,8	3,5	2,3	3,1	2,4	3,8	3,2	3,3	3,2
France	%	69,2	20,3	53,3	61,3	67,9	72,5	55,1	59,1	54,2
Mode de contamination										
Rapports entre hommes	%	32,8	11,2	18,6	24,5	65,2	42,8	23,5	32,3	27,7
Injection de drogues	%	8,6	9,4	10,3	17,6	1,1	12,4	14,6	7,5	10,5
Rapports hétérosexuels	%	57,1	78,3	69,7	55,2	32,5	43,2	59,4	58,7	60,1
Autres	%	1,5	1,1	1,4	2,7	1,2	1,6	2,4	1,5	1,7
Région de domicile										
Île-de-France (IdF)	%	39,6	60,5	43,5	35,4	44,4	40,7	37,9	36,5	43,0
DOM	%	8,2	8,5	14,6	20,7	3,4	3,5	11,9	15,1	11,0
Métropole hors IdF	%	52,2	31,1	41,9	43,8	52,3	55,8	50,2	48,5	46,0
Sérologie/Traitement										
Dépistés traités	%	12,8	22,7	15,0	34,8	22,8	41,2	31,4	11,1	22,7
Dépistés non traités	%	26,6	30,2	28,2	26,4	38,7	28,7	27,9	24,9	28,4
Non dépistés	%	60,6	47,1	56,8	38,8	38,5	30,1	40,7	64,0	48,9
Délai médian entre 1^{re} sérologie VIH et sida										
Dépistés traités	Années	11,5	6,4	9,5	10,0	11,4	13,1	11,4	9,5	10,2
Dépistés non traités	Années	7,8	3,2	7,5	4,3	6,7	6,2	7,5	6,0	5,9
Médiane des CD4	/mm ³	31	150	34	77	191	185	52	26	57

^a Pathologies isolées.

^b Nombre estimé pour tenir compte de la sous-déclaration et des délais de déclaration.

établis dans 11% des cas chez des patients domiciliés dans les DOM.

La tuberculose comme mode d'entrée dans le sida est le diagnostic le plus fréquent en IdF (61%), alors que dans les DOM, il s'agit de la candidose œsophagienne (21%).

Connaissance de la séropositivité VIH, traitement antirétroviral pré-sida

Sur la période considérée, la proportion de personnes non dépistées avant le diagnostic de sida est de 49%, celle des personnes dépistées non traitées par antirétroviraux de 28% et celle des personnes dépistées et traitées de 23% (tableau 1).

La plus forte proportion de personnes non dépistées avant le sida est observée chez celles ayant présenté des pathologies multiples (64% de non-dépistées), une PCP (61% de non-dépistées) ou une toxoplasmose cérébrale (57%).

La population la plus importante de personnes dépistées mais non traitées avant le sida est notée parmi celle dont le diagnostic inaugural est une maladie de Kaposi (39%).

La plus forte proportion de personnes ayant été traitées par antirétroviraux avant le sida est observée parmi celles dont le diagnostic d'entrée dans le sida se fait par un LNH (41% de traitées) ou une candidose œsophagienne (35%). Lorsque les personnes ont bénéficié d'un traitement antirétroviral pré-sida, le délai médian entre le diagnostic de la séropositivité VIH et le sida est toujours plus long qu'en l'absence de traitement. Ce délai atteint 13,1 ans si la pathologie inaugurale est un LNH, mais il est plus court s'il s'agit d'une tuberculose.

Nombre de CD4

La médiane des CD4 au diagnostic de sida est la plus basse chez les personnes présentant des pathologies multiples (26/mm³), une PCP (31/mm³) ou une toxoplasmose cérébrale (34/mm³). La médiane est en revanche plus élevée chez celles présentant une maladie de Kaposi (191/mm³), un LNH (185/mm³) ou une tuberculose (150/mm³).

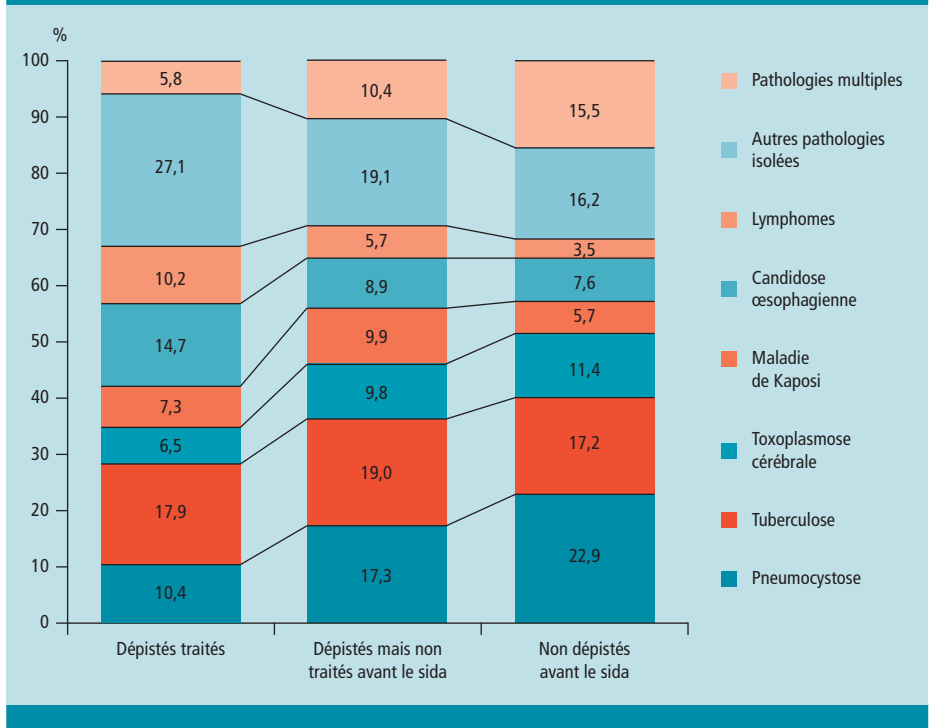
Impact de la prise en charge sur le mode d'entrée dans le sida

Le nombre de cas de sida diminue depuis 2003 chez les personnes dépistées, de manière assez comparable chez celles ayant pu bénéficier d'un traitement antirétroviral pré-sida et chez celles non traitées (figure 1). Par contre, le nombre de cas chez les personnes ignorant leur séropositivité s'est stabilisé à partir de 2007 et a même augmenté en 2010, représentant 61% de l'ensemble des cas.

Le fait de bénéficier d'un traitement antirétroviral modifie le mode d'entrée dans le sida. La fréquence de la PCP, de la toxoplasmose cérébrale et des pathologies multiples est moindre chez les personnes traitées par rapport à celles n'ayant pas été traitées (figure 3). À l'inverse, la fréquence des lymphomes et des autres pathologies isolées est plus élevée.

Les personnes ayant bénéficié d'un traitement antirétroviral pré-sida (comparativement à celles n'en ayant pas bénéficié) sont plus particulièrement des femmes (33% versus 30%), des HSH

Figure 3 Fréquence des principales pathologies inaugurales de sida diagnostiquées chez les adultes entre 2003 et 2010 selon la connaissance de la séropositivité et la prescription d'un traitement antirétroviral pré-sida (France - Données au 31/12/2010 corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration) / *Figure 3* Frequency of main AIDS defining diseases diagnosed in adults between 2003 and 2010 according to knowledge of HIV status and to antiretroviral treatment before AIDS (France - Data up to 31/12/2010 adjusted for reporting delays and underreporting)



et des UDI (30% d'HSH versus 27%, 20% d'UDI versus 7%) et sont plus souvent nées en France (63% versus 52%).

Discussion

Le nombre estimé de nouveaux cas de sida ne diminue plus depuis 2007, il fluctue autour de 1 500 chaque année.

Cette stabilité cache des évolutions contrastées en termes de mode d'entrée dans le sida. La plupart des pathologies inaugurales sont en diminution, le nombre de PCP augmente cependant depuis 2007 et représente désormais la première pathologie marquant le début du stade sida. Ceci peut s'expliquer par le fait que la PCP est une pathologie fréquente chez les personnes non dépistées avant le sida, et que la part de ce sous-groupe a augmenté au cours du temps. En 2010, 6 personnes sur 10 ignoraient leur séropositivité au moment du diagnostic de sida. Il est également possible que l'exhaustivité des cas de sida varie selon la pathologie inaugurale et que la PCP soit l'un des diagnostics les mieux déclarés par les cliniciens, sans pouvoir néanmoins l'objectiver.

Cette augmentation du nombre de PCP inaugurales depuis 2007 n'est pas observée dans les données de la base hospitalière des patients pris en charge pour le VIH (FHDH) [4], ce qui pourrait s'expliquer par au moins deux raisons. Cette base enregistre l'ensemble des pathologies diagnostiquées, qu'elles soient inaugurales ou non ; or, les tendances pourraient être différentes selon le cas. Par ailleurs, ces données ne sont pas corrigées pour tenir compte des délais de transmission par les établissements de santé, ce qui rend difficile la comparaison avec les données de la DO sur les années les plus récentes. Les tendances des principales

pathologies sont par contre assez comparables jusqu'en 2007.

La forte diminution du nombre de cas de sida depuis 2003 chez les personnes dépistées, qu'elles soient traitées ou non, est respectivement le signe de l'efficacité des traitements dans la prise en charge de l'infection à VIH chez les personnes en ayant bénéficié, et le signe d'un recours plus systématique à une prise en charge chez celles qui connaissaient leur séropositivité et n'avaient jusque-là pas eu recours au système de soins. Le délai médian entre la découverte de la séropositivité et l'entrée dans le sida est près de 2 fois plus long chez les personnes ayant bénéficié d'un traitement par rapport à celles n'en ayant pas bénéficié (respectivement 10,2 et 5,9 ans). C'est là encore le signe de l'efficacité des traitements antirétroviraux.

L'indicateur de prise en charge disponible dans le cadre de la DO du sida (avoir ou non bénéficié d'un traitement antirétroviral dans les 2 dernières années pendant au moins 3 mois) n'est pas parfait, puisque le traitement peut avoir été arrêté dans les mois qui précèdent l'entrée dans le sida et l'observance peut ne pas avoir été optimale. Cette limite permettrait d'expliquer que les UDI sont surreprésentés parmi les personnes développant un sida malgré un traitement antirétroviral.

Si la DO ne renseigne que sur la prise d'un traitement antirétroviral pré-sida, il est probable que les personnes ayant bénéficié d'un tel traitement ont aussi bénéficié d'une prophylaxie contre la PCP et la toxoplasmose cérébrale. Ceci pourrait expliquer que les personnes traitées développent moins souvent l'une de ces 2 pathologies inaugurales, et que l'entrée dans le sida se fait plus tard par une autre pathologie.

Le fait que la tuberculose touche particulièrement les personnes migrantes, et notamment celles nées en Afrique subsaharienne, explique la plus forte proportion de femmes et le plus jeune âge des personnes développant cette pathologie inaugurale, et sa fréquence en Île-de-France. Le nombre de tuberculoses inaugurales de sida a diminué assez régulièrement depuis 2003, de façon assez parallèle à la diminution du nombre de cas de sida chez les migrants. Cette diminution découle principalement de l'efficacité des traitements, dans un contexte où les flux migratoires en provenance d'Afrique subsaharienne sont relativement stables.

La maladie de Kaposi est l'une des pathologies inaugurales fréquentes chez les HSH, ainsi que chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne, qui survient à un niveau d'immunité relativement préservé (médiane des CD4 proche de 200/mm³). Les LNH concernent des personnes dont l'âge est plus élevé, plus souvent nées en France, qui ont reçu un traitement antirétroviral et dont l'atteinte immunitaire est là aussi relativement modérée. Les niveaux d'immunodéficience

observés pour ces deux cancers classant sida sont assez proches de ceux observés dans l'étude des cancers chez les patients infectés par le VIH en France (OncoVIH, 2006) [5], 158 pour la maladie de Kaposi et 205 pour le LNH. Cette étude avait permis de décrire la distribution et les caractéristiques de l'ensemble des cancers chez les patients VIH+ (et pas uniquement les cancers inauguraux).

Conclusion

Après une diminution jusqu'en 2006, le nombre de cas de sida ne diminue plus depuis 2007. Cette stabilité est la conséquence d'une part importante, en 2010, de personnes qui entrent dans la maladie sans avoir été dépistées auparavant et donc sans avoir pu bénéficier d'une prise en charge adaptée. De ce fait, la PCP est devenue en 2010 la pathologie inaugurale de sida la plus fréquente.

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

Remerciements

Nous remercions vivement toutes les personnes qui participent à la surveillance du sida, et notamment les cliniciens qui notifient les cas qu'ils diagnostiquent, ainsi que les médecins inspecteurs de santé publique des Agences régionales de santé et leurs collaborateurs.

Références

- [1] Ancelle-Park R. Expanded European AIDS case definition. *Lancet* 1993;341(8842):441.
- [2] Heisterkamp SH, Jager JC, Ruitenbergh EJ, Van Druten JA, Downs AM. Correcting reported AIDS incidence: a statistical approach. *Stat Med*. 1989;8(8):963-76.
- [3] Spaccaverri G, Cazein F, Lièvre L, Bernillon P, Geffard S, Lot F, *et al*. Estimation de l'exhaustivité de la surveillance des cas de sida par la méthode capture-recapture, France, 2004-2006. *Bull Epidemiol Hebd*. 2010;(30):313-6.
- [4] Unité 943 de l'Inserm. FHDH-ANRS CO4. Retour d'informations clinico-épidémiologiques, juin 2011. Disponible à : www.ccede.fr
- [5] Lanoy E, Spano JP, Bonnet F, Boué F, Cadranet J, Carcelain G, *et al*. Cancers chez les patients infectés par le VIH en France en 2006 : l'étude OncoVIH. *Bull Epidemiol Hebd*. 2008;(45-46):443-7.

Admissions en affection de longue durée pour le VIH : comparaison avec les découvertes de séropositivité VIH, France, 2003-2009

Josiane Pillonel (j.pillonel@invs.sante.fr)¹, Cécile Brouard¹, Alain Weill², Michelle Altana³, Jean-Marc Harlin⁴, Roselyne Pinget¹, Florence Lot¹, Françoise Cazein¹

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

3/ Caisse nationale du régime social des indépendants (RSI), La Plaine Saint-Denis, France

2/ Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS), Paris, France

4/ Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (MSA), Bagnolet, France

Résumé / Abstract

Introduction – L'objectif de cette étude est de comparer les admissions en affection de longue durée pour le VIH (ALD7) avec les découvertes de séropositivité VIH chez les 15 ans et plus sur la période 2003-2009, afin d'évaluer l'apport de données médico-administratives pour la surveillance du VIH en France.

Méthodes – Les données d'ALD proviennent des trois principaux régimes d'assurance-maladie (CnamTS, MSA et RSI), couvrant 96% des assurés. Ont été analysées les admissions en ALD7 dont le diagnostic correspond à une infection par le VIH. Le nombre de découvertes de séropositivité VIH est estimé à partir de la déclaration obligatoire du VIH en prenant en compte les délais de déclaration et la sous-déclaration. Les données de l'ALD7 et les découvertes de séropositivité VIH ont été comparées au niveau national et régional ou départemental.

Résultats – Les nombres annuels d'admissions en ALD et de découvertes de séropositivité sont proches, avec un total de respectivement 48 000 et 49 000 sur la période 2003-2009. Cependant, le nombre estimé de découvertes de séropositivité tend à diminuer, tandis que le nombre d'admissions en ALD est stable. L'analyse par sexe et classe d'âge montre quelques disparités de tendances ou de nombres, plus marquées chez les femmes et les 15-34 ans. Les tendances par région et par département francilien et d'Outre-mer sont en partie concordantes. En 2009, les admissions en ALD sont plus nombreuses que les découvertes de séropositivité pour la totalité des régions. Le ratio nombres d'ALD7/découvertes de séropositivité diminue significativement lorsque la proportion de personnes nées à l'étranger augmente.

Long term disease agreements for HIV: comparison with new HIV diagnoses, France, 2003-2009

Introduction – The objective of this study is to compare severe and costly long term disease (LTD) for HIV (LTD7) with new HIV diagnoses among people aged 15 years and older over the 2003-2009 period to assess the contribution of medical-administrative data to HIV surveillance in France.

Methods – Data on LTD7 are issued from the three major health insurance schemes (CnamTS, MSA and RSI), that cover 96% of insured people in France. Only new LTD7 agreements corresponding to a diagnosis of HIV infection were analyzed. The number of new HIV diagnoses is estimated from the HIV case mandatory reporting taking into account reporting delays and underreporting. LTD7 and new HIV diagnoses were compared at national and regional or departmental level.

Results – Annual numbers of new LTD7 and new HIV diagnoses are close, with a total of respectively 48,000 and 49,000 on the 2003-2009 period. Nevertheless, the estimated number of new HIV diagnoses tends to decrease while the number of new LTD7 is stable. Analysis by gender and age shows some differences in trends or numbers, more marked in women and in the 15-34 years age group. Trends by region or by district in the Paris area and overseas territories are partly concordant. In 2009, numbers of new LTD7 are higher than new HIV diagnoses for all regions. The ratio 'new LTD7/new HIV diagnoses' significantly decreases when the proportion of people born in foreign countries increases.