

Notification obligatoire de l'infection à VIH – données au 31 mars 2004

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

Les points essentiels :

- près de 6 000 découvertes de séropositivité en 2003 ;
- prépondérance des contaminations par rapports hétérosexuels (57 % des nouveaux diagnostics d'infection à VIH, dont un tiers concerne des femmes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne), persistance des contaminations par rapports homosexuels (21 %) et confirmation de la réduction de la transmission du VIH parmi les usagers de drogues injectables (2 %).

Méthode

La notification obligatoire du VIH [1] est initiée par les biologistes, qui déclarent toute sérologie confirmée positive pour la première fois dans un laboratoire, même si une sérologie positive a pu être effectuée auparavant dans un autre laboratoire. Ils créent un code d'anonymat pour la personne à partir de sa date de naissance, son prénom, l'initiale de son nom et son sexe, au moyen d'un logiciel fourni par l'Institut de veille sanitaire (InVS). Le code d'anonymat ainsi généré est à la fois irréversible et unique. Les informations épidémiologiques et cliniques sont ensuite

complétées par les cliniciens sur le volet médical. Les cas pédiatriques sont notifiés uniquement par les cliniciens (pédiatres), avec le même code d'anonymat. Les notifications sont adressées aux médecins inspecteurs de santé publique des Ddass, qui couplent le volet du biologiste et celui du clinicien puis les transmettent à l'InVS. Une étape de relance (pour obtenir le volet médical) et de validation (pour compléter des informations manquantes) par la Ddass et/ou par l'InVS est souvent nécessaire auprès des médecins déclarants.

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, qui est invariable pour une même personne. Elles ne sont donc pas enregistrées comme de nouveaux cas, mais permettent souvent de compléter la première notification. Parmi les 5 504 notifications d'infection à VIH parvenues à l'InVS au 31 mars 2004, 18 % correspondaient à des doubles notifications.

Les cas sont notifiés avec un certain délai. Parmi les cas d'infection à VIH notifiés de janvier 2003 à mars 2004, 32 % ont été diagnostiqués et notifiés le même trimestre,

51 % ont été notifiés le trimestre suivant, 11 % après deux trimestres de délai, 4 % après trois trimestres et 2 % après un an.

L'exhaustivité de la notification d'infection à VIH a pu être évaluée à partir du nombre de notifications, y compris les doublons, reçues à l'InVS entre octobre 2003 et mars 2004 (environ 3 150, soit 6 300 sur un an), période au cours de laquelle, après une montée en charge progressive [2], le nombre de notifications par trimestre s'est stabilisé. La comparaison de ce nombre avec les 9 700 sérologies confirmées positives en 2003, hors CDAG, d'après l'enquête LaboVIH (cf. chapitre "LaboVIH") (10 900 moins environ 1 200 en CDAG), permet d'estimer l'exhaustivité de la notification d'infection à VIH à environ 65 % (6 300 / 9 700).

L'analyse ci-dessous porte sur les notifications correspondant aux réelles découvertes de séropositivité

(première sérologie positive ou sérologie antérieure positive datant de moins de douze mois).

Résultats

De janvier 2003 à mars 2004, 3 349 notifications correspondant à des nouveaux diagnostics d'infection

à VIH en 2003 ou au premier trimestre 2004 étaient parvenues à l'InVS (3 333 adultes et 16 cas pédiatriques).

Estimation du nombre de découvertes de séropositivité en 2003

En appliquant l'estimation du taux d'exhaustivité (65 %) au nombre de nouveaux diagnostics notifiés sur la période octobre 2003-mars 2004 (environ 1 950 sur six mois, soit

environ 3 900 sur un an), on peut estimer le nombre réel de découvertes de séropositivité, à environ 6 000 dans l'année.

Répartition géographique

Parmi les 3 349 découvertes de séropositivité, 49 % concernent des personnes domiciliées en Île-de-France et 7 % des personnes domiciliées dans les départements

français d'Amérique (DFA) : Guadeloupe, Martinique et Guyane.

Sexe et âge

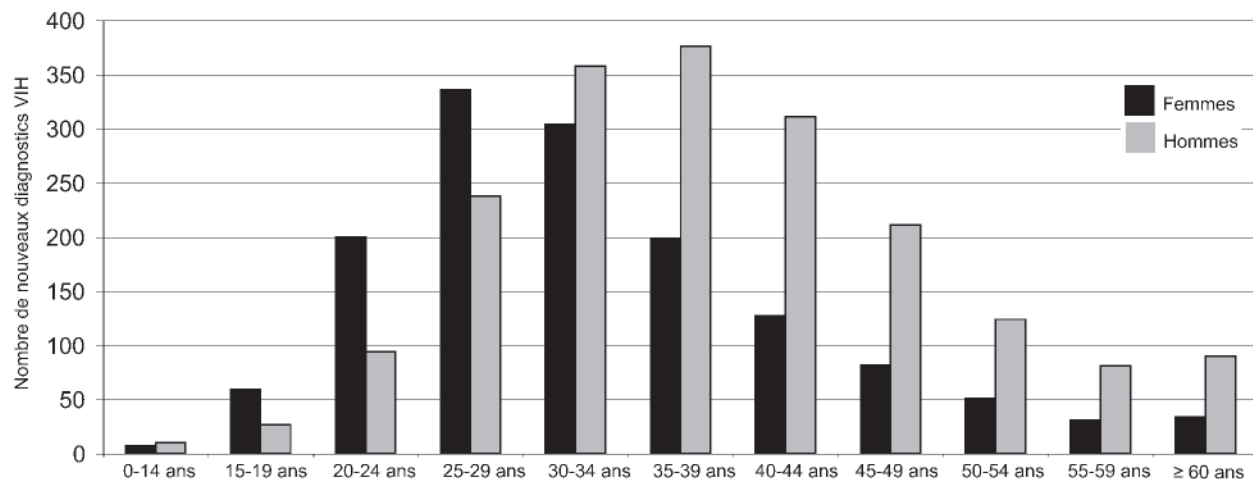
Parmi les nouveaux diagnostics d'infection à VIH, la proportion de femmes est de 43 %.

L'âge moyen au diagnostic d'infection à VIH est de 36,3 ans pour l'ensemble des cas. Les femmes sont diagnostiquées

plus jeunes que les hommes (moyenne d'âge de 33,2 ans *versus* 38,7 ans, $p < 10^{-4}$). La distribution par classe d'âge est plus dispersée chez les hommes que chez les femmes [figure 1].

Figure 1 – Nouveaux diagnostics d'infection à VIH par sexe et classe d'âge

Cas diagnostiqués entre janvier 2003 et mars 2004 (France, données au 31 mars 2004)



Les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne sont plus jeunes que celles de nationalité française, tant chez les femmes (32,0 ans *versus* 35,8 ans, $p = 0,0007$) que chez les hommes (37,3 ans *versus* 39,3 ans, $p = 0,027$).

Activité professionnelle

Au moment du diagnostic d'infection à VIH, 35 % des personnes sont en activité professionnelle, 42 % sont inactives et 7 % sont au chômage. Le statut d'emploi reste inconnu pour 15 % des cas.

Chez les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne, la proportion de celles exerçant une activité professionnelle (17 %) est plus faible que chez les personnes de nationalité française (62 %) ou d'une autre nationalité (33 %).

Mode de contamination

Parmi les personnes découvrant leur séropositivité, 57 % ont été contaminées par rapports hétérosexuels, 21 % par

rapports homosexuels et 2 % par usage de drogues injectables [tableau 1].

Tableau 1 – Nouveaux diagnostics d'infection à VIH par sexe et mode de contamination

Cas diagnostiqués entre janvier 2003 et mars 2004 (France, données au 31 mars 2004)

Mode de contamination	Sexe					
	Femmes		Hommes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Rapports homosexuels	-	-	718	37,4 %	718	21,4 %
Rapports hétérosexuels	1 138	79,6 %	771	40,2 %	1 909	57,0 %
Injection de drogues	16	1,1 %	58	3,0 %	74	2,2 %
Autres *	9	0,6 %	16	0,8 %	25	0,7 %
Non renseigné	266	18,6 %	357	18,6 %	623	18,6 %
Total	1 429	100 %	1 920	100 %	3 349	100 %

* 5 cas homosexuels et usagers de drogues, 5 transfusés, 15 cas de transmission mère-enfant.

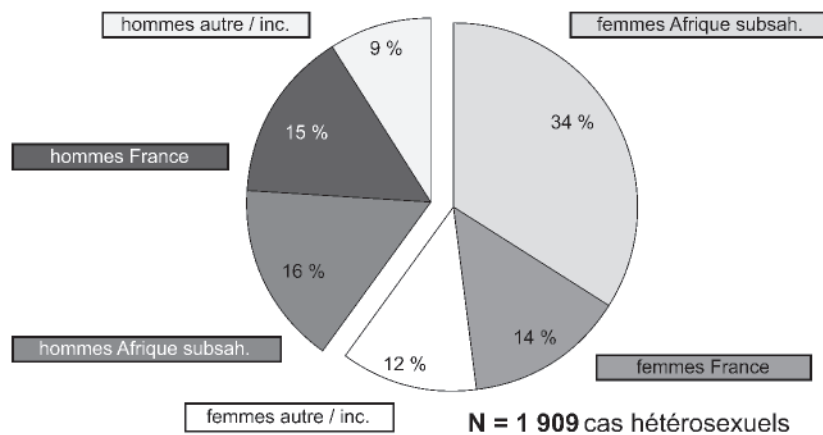
La quasi-totalité des femmes dont le mode de contamination est documenté ont été contaminées par rapports hétérosexuels (80 %). Chez les hommes, les contaminations par rapports hétérosexuels (40 %) et rapports homosexuels (37 %) sont en proportions comparables.

Les personnes contaminées par rapports hétérosexuels sont en majorité des femmes (60 %) [figure 2]. Plus de la moitié (56 %) des femmes et 40 % des hommes contaminés par

rapports hétérosexuels sont de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne (principalement Cameroun, Côte d'Ivoire, Congo et République démocratique du Congo), 24 % des femmes et 37 % des hommes sont de nationalité française, 9 % des femmes et 13 % des hommes sont de nationalité autre. La nationalité n'est pas documentée pour 10 % des hommes et des femmes.

Figure 2 – Nouveaux diagnostics d'infection à VIH chez des personnes contaminées par rapports hétérosexuels selon le sexe et la nationalité

Cas diagnostiqués entre janvier 2003 et mars 2004 (France, données au 31 mars 2004)



Parmi les personnes de nationalité française contaminées par rapports hétérosexuels, aucune information sur le partenaire n'est connue dans 67 % des cas. On sait seulement que le partenaire est originaire d'Afrique

subsaharienne dans 13 % des cas. Dans 4 % des cas, le mode probable de contamination du partenaire est l'injection de drogues.

Motif de dépistage

Le premier motif de dépistage est la présence de signes cliniques ou biologiques (25 % des femmes et 39 % des hommes). Le dépistage a été réalisé du fait d'une exposition au risque d'infection à VIH pour 17 % des femmes et 24 % des hommes. Un bilan systématique est à l'origine de 13 % des diagnostics. Les motifs de dépistage diffèrent selon le sexe, en raison notamment de la proposition systématique

d'une sérologie VIH aux femmes enceintes (19 % des diagnostics chez les femmes).

Les femmes africaines sont plus fréquemment diagnostiquées à l'occasion d'une grossesse (21 %) que les femmes françaises (15 %) ($p = 0,02$). Parmi les femmes d'une autre nationalité, 19 % sont dépistées à l'occasion d'une grossesse.

Stade clinique

Parmi les personnes découvrant leur séropositivité en 2003 ou au 1^{er} trimestre 2004, 8 % ont été diagnostiquées précocement au stade de primo-infection, la majorité (54 %) à un stade asymptomatique, 15 % à un stade symptomatique non sida, et 13 % tardivement 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 3]. Les homosexuels sont plus souvent diagnostiqués au moment d'une primo-infection (19 %) que les hétérosexuels

(5 %), et les hétérosexuels plus souvent à un stade asymptomatique (60 %) que les homosexuels (52 %). En revanche, la proportion de personnes diagnostiquées au stade sida est très proche pour ces deux modes de contamination : 11 % des cas homosexuels et 13 % des cas hétérosexuels. Parmi le faible nombre de découvertes de séropositivité chez des usagers de drogues, la proportion de personnes au stade sida (19 %) est plus élevée que dans les autres groupes, mais cette différence n'est pas significative ($p = 0,14$).

Figure 3 – Stade clinique au moment du diagnostic d'infection à VIH selon le mode de contamination

Cas diagnostiqués entre janvier 2003 et mars 2004 (France, données au 31 mars 2004)

