

Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), bilan 2001 et 2002 d'activité du dépistage du VIH en France

Stéphane Le Vu, Magid Herida, Josiane Pillonel, Mireille Allemand, Sophie Couturier, Caroline Semaille

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.

INTRODUCTION

Instaurées en 1988, les Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) avaient pour objectif initial de faciliter le dépistage de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en levant les réticences liées au coût et au manque de discréetion. Régulièrement, un bilan d'activité de ces CDAG est dressé par l'Institut de veille sanitaire (InVS). Cet article présente les bilans d'activité de dépistage du VIH pour les années 2001 et 2002.

MÉTHODE

Chaque CDAG adresse un bilan d'activité trimestriel au médecin inspecteur de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass) qui le transmet à l'InVS après validation. L'analyse se fait sur des données agrégées, pour l'année entière. Les variables considérées sont l'âge, le sexe du sujet testé, le résultat du diagnostic VIH et la région de la CDAG. Puisqu'en l'absence d'identifiant, il n'est pas possible de tenir compte du fait que plusieurs tests peuvent être réalisés par une même personne, la proportion de personnes testées positives vis-à-vis du VIH ne peut pas être calculée. Le résultat est exprimé en proportion de tests positifs pour mille tests réalisés (%). Les données provenant des CDAG situées en prison sont analysées séparément de celles issues des CDAG hors prison.

RÉSULTATS*

Participation des CDAG et nombre de tests réalisés

Pour l'année 2001, sur les 363 CDAG hors prison existantes, 290 (80 %) ont envoyé au moins un bilan trimestriel et le nombre total de questionnaires analysés est de 1 056, correspondant à 236 070 tests VIH réalisés. Sur les 105 CDAG en prison, 66 (63 %) ont envoyé au moins un bilan trimestriel et le nombre total de questionnaires analysés s'élève à 242, représentant 12 497 tests réalisés.

Pour l'année 2002, sur les 386 CDAG hors prison existantes, 296 (77 %) ont envoyé au moins un bilan trimestriel et le nombre total de questionnaires analysés est de 1 056 correspondant à 251 857 tests VIH réalisés. Sur les 109 CDAG en prison, 73 (67 %) ont envoyé au moins un questionnaire et le nombre total de questionnaires analysés s'élève à 267, correspondant à 14 004 tests réalisés.

Les niveaux de participation et d'activité étaient sensiblement les mêmes pour les deux années.

Population testée

Dans les CDAG hors prison, le sex-ratio (hommes/femmes) des personnes testées était en 2001 comme en 2002 de 1,2. Quel que soit l'âge, le nombre d'hommes testés était supérieur au nombre de femmes testées excepté pour les moins de 20 ans où environ 2 femmes pour 1 homme étaient testées. La classe d'âge la plus représentée était celle des 20-29 ans avec 52 % de personnes testées (tableau 1).

Dans les CDAG en prison, la classe d'âge la plus testée était également celle des 20-29 ans (45 % et 48 % des personnes testées respectivement en 2001 et 2002).

* Des tableaux et figures complémentaires concernant les analyses détaillées en prison et par sexe et âge sont consultables sur le site Internet de l'InVS, www.invs.sante.fr, sous la rubrique BEH.

Tableau 1

Nombre de tests totaux et positifs par sexe et âge dans les CDAG hors prison en 2001 et 2002

Tranche d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	Nb de positifs/total	Taux %	Nb de positifs/total	Taux %	Nb de positifs/total	Taux %
2001						
moins de 20 ans	13 / 14 595	0,9	22 / 27 042	0,8	35 / 41 637	0,8
20-29 ans	251 / 66 516	3,8	204 / 56 901	3,6	455 / 123 417	3,7
30-39 ans	331 / 28 479	11,6	147 / 13 740	10,7	478 / 42 219	11,3
40-49 ans	132 / 11 759	11,2	54 / 6742	8,0	186 / 18 501	10,1
50-59 ans	48 / 4868	9,9	15 / 2469	6,1	63 / 7337	8,6
60 ans et plus	10 / 1972	5,1	2 / 660	3,0	12 / 2632	4,6
					6 / 327*	
Total 2001	786 / 128 225	6,1	446 / 107 588	4,1	1235 / 236 070	5,2
2002						
moins de 20 ans	16 / 15 698	1,0	23 / 28 433	0,8	39 / 44 131	0,9
20-29 ans	235 / 70 595	3,3	200 / 60 375	3,3	435 / 130 970	3,3
30-39 ans	336 / 30 955	10,9	171 / 14 423	11,9	507 / 45 378	11,2
40-49 ans	146 / 12 895	11,3	46 / 6970	6,6	192 / 19 865	9,7
50-59 ans	44 / 5302	8,3	14 / 2885	4,9	58 / 8187	7,1
60 ans et plus	11 / 2196	5,0	7 / 764	9,2	18 / 2960	6,1
					17 / 366*	
Total 2002	788 / 137 641	5,7	461 / 113 850	4,0	1266 / 251 857	5,0

*Âge et sexe inconnus

Population séropositive

Dans les CDAG hors prison, la proportion de diagnostics positifs pour le VIH était de 5,2 % en 2001 (1 235 tests positifs / 236 070 tests réalisés) et de 5,0 % en 2002 (1 266 / 251 857). Cette proportion était plus élevée chez les hommes (6,1 % en 2001 et 5,7 % en 2002) que chez les femmes (4,1 % et 4,0 %), le sex-ratio des sujets testés positifs pour le VIH étant de 1,8 en 2001 et 1,7 en 2002. Les classes d'âge les plus touchées étaient, chez les femmes et pour les deux années celle des 30-39 ans, et pour les hommes celle des 30-39 ans en 2001 et celle des 40-49 ans en 2002. La proportion des jeunes de moins de 20 ans testés positifs pour le VIH était plus faible qu'en 2000 (1,2 % en 2000 contre 0,8 % en 2001 et 0,9 % en 2002). En 2002, la classe d'âge des plus de 60 ans était particulièrement touchée chez les femmes (tableau 1).

Dans les CDAG en prison, la proportion de diagnostics positifs pour le VIH était de 4,6 % en 2001 (58/12 497) et de 4,4 % en 2002 (61/14 004). Cette proportion était plus élevée chez les hommes (5,1 % en 2001 et 4,6 % en 2002) que chez les femmes (1,4 % et 2,2 %), le calcul étant basé sur de petits nombres de patientes positives (2 en 2001 et 3 en 2002). La classe d'âge la plus affectée par le virus était celle des 30-39 ans. La proportion de tests positifs pour le VIH était pour les deux années plus faible en prison qu'en dehors des prisons.

Analyse par région dans les CDAG hors prison

La comparaison des volumes de tests réalisés (positifs et négatifs) par région rapportés à la population du recensement Insee de 1999, permet de considérer les régions Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur comme celles à plus forte fréquentation des CDAG.

En 2001 et 2002, les régions présentant les taux de positivité les plus importants étaient la région Antilles-Guyane (respectivement 12,1 % et 9,7 % en 2001 et 2002) et l'Île-de-France (10,1 % et 9,0 % en 2001 et 2002). De façon constante pour les deux années, les régions présentant les taux de positivité les plus faibles étaient la Bourgogne, le Limousin, la Basse-Normandie et la Corse (tableau 2).

Tableau 2

Nombre de tests totaux et positifs par région dans les CDAG hors prison en 2001 et 2002

Région	2001			2002		
	Tests positifs	Total des tests	Taux % [*]	Tests positifs	Total des tests	Taux % [*]
Alsace	12	4 266	2,8	25	6 692	3,7
Antilles-Guyane	38	3 148	12,1	58	5 988	9,7
Aquitaine	23	9 832	2,3	33	9 505	3,5
Auvergne	9	3 050	3,0	9	3 392	2,7
Basse-Normandie	2	3 294	0,6	4	3 628	1,1
Bourgogne	2	5 003	0,4	8	5 462	1,5
Bretagne	19	8 832	2,2	15	8 834	1,7
Centre	12	3 236	3,7	20	5 745	3,5
Champagne-Ardenne	9	5 859	1,5	14	5 903	2,4
Corse	2	1 467	1,4	1	1 360	0,7
Franche-Comté	6	3 934	1,5	10	4 540	2,2
Haute-Normandie	6	3 481	1,7	8	4 102	2,0
Île-de-France	829	81 946	10,1	759	84 605	9,0
Languedoc-Roussillon	28	8 786	3,2	33	9 441	3,5
Limousin	1	1 943	0,5	3	1 898	1,6
Lorraine	10	5 240	1,9	8	5 802	1,4
Midi-Pyrénées	26	8 497	3,1	8	4 268	1,9
Nord-Pas-de-Calais**	7	884	7,9	20	5 943	3,4
Nouvelle-Calédonie	2	1 429	1,4	6	1 477	4,1
Pays-de-Loire	25	10 756	2,3	26	9 240	2,8
Picardie	11	4 560	2,4	10	4 236	2,4
Poitou-Charentes	8	5 836	1,4	13	7 090	1,8
Provence-Alpes-Côte d'Azur	80	25 832	3,1	77	27 717	2,8
Réunion	8	2 290	3,5	8	2 711	3,0
Rhône-Alpes	60	22 669	2,6	73	22 278	3,3
Inconnue				17		
Total	1 235	236 070	5,2	1 266	251 857	5,0

* En raison de taux de participation des consultations variables, les nombres ne peuvent pas être strictement comparés entre les années.

** Pour 2001, le nombre global de tests de la région Nord-Pas-de-Calais était anormalement faible et correspondait à un défaut de réponse d'un certain nombre de CDAG.

Évolution dans le temps et à participation égale

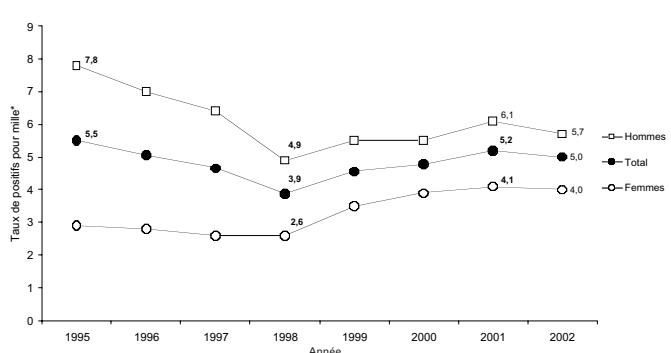
La tendance globale à la hausse du taux de positifs apparue entre 1999 et 2001 ne s'est pas confirmée en 2002 (figure 1). L'écart entre la proportion de positifs chez les hommes et chez les femmes qui avait diminué depuis 1995, s'est stabilisé entre 1999 et 2002. Une forte tendance à l'augmentation de la proportion de diagnostics positifs chez les femmes de 30 à 39 ans a été observée (6,6 à 11,9 % de 1998 à 2002), dépassant pour la première fois en 2002 la proportion chez les hommes du même âge. Ce résultat est en grande partie attribuable à l'activité des CDAG d'Île-de-France.

Par souci de comparabilité, l'évolution de l'activité a aussi été mesurée en considérant uniquement les CDAG ayant transmis la totalité des bilans trimestriels pour chaque année (correspondant à environ 200 000 tests par an). Pour l'ensemble des CDAG hors prison, le taux de positivité était de 5,3 % en 2001 (1 153 / 216 373) et 5,0 % en 2002 (1 022 / 202 850). Ces taux montrent une augmentation par rapport à ceux de 2000 (4,7 %) et de 1999 (4,3 %) [1]. Une analyse des données concernant uniquement les CDAG de Paris, prépondérantes en terme de volume de tests, confirmait la tendance à la hausse des diagnostics VIH positifs constatée en 2000 pour cette ville (11,2 % en 2001 et 12,8 % en 2002).

Une comparaison sur les consultations en milieu carcéral répondant chaque année depuis 2000 (représentant environ trois quarts des tests en prison) a confirmé la diminution des taux de positivité par rapport à l'année 2000 (8,1 % en 2000 contre 5,7 % en 2001 et 4,8 % en 2002) [1].

Figure 1

Evolution de la proportion de diagnostics VIH positifs par sexe dans les CDAG hors prison de 1995 à 2002



* Avec en légende les taux de 2001 et 2002 et en gras, le taux le plus faible et le taux le plus fort depuis 1995

DISCUSSION - CONCLUSION

Suite à l'augmentation des diagnostics VIH positifs dans les CDAG entre 1998 et 2000, particulièrement à Paris [1], les proportions de positifs en 2001 et 2002 restent élevées, supérieures à 5,0 %. Le sex-ratio et la répartition par classe d'âge sont à peu près constants ces dernières années. Par contre, la proportion de diagnostics positifs chez les femmes dans la classe d'âge la plus touchée des 30-39 ans est en forte augmentation et dépasse celle des hommes du même âge, particulièrement en Île-de-France.

L'activité de dépistage du VIH est également surveillée en France par des données issues des laboratoires d'analyse. Les données de ce réseau confirment d'une part la proportion de diagnostics positifs en CDAG (5,0 %) et d'autre part permettent de la comparer au taux observé dans les autres structures (hôpital, médecine libérale ...), qui est deux fois moindre (2,6 % en 2002) [2].

Les disparités entre régions sont retrouvées en 2001-2002 telles qu'en 2000, avec en terme de volume de tests, l'Île-de-France largement prépondérante et en terme de proportion de positifs, les régions Antilles-Guyane et Île-de-France particulièrement concernées. La région Provence-Alpes-Côte d'Azur historiquement fortement concernée par l'épidémie de VIH, est pourtant caractérisée par une proportion de positifs dans les CDAG plus faible qu'au niveau national. Les seules données d'activité ne permettent pas d'expliquer cette situation et notamment de savoir si les usagers de drogue par voie intraveineuse (Udiv), population à forte prévalence du VIH dans cette région, fréquentent moins ce type de structures qu'auparavant.

Concernant le dépistage en prison, les taux de séropositivité ont diminué depuis 2001 et rejoignent les taux en milieu libre. L'infection à VIH en milieu carcéral concernant majoritairement les Udiv, une diminution générale de la prévalence dans cette population ou leur moindre représentation dans les prisons ont pu contribuer à cette diminution [3].

Pour améliorer la description des consultants, le recueil des données d'activité va évoluer à partir de l'année 2004 et sera complété par une enquête épidémiologique transversale ainsi que par un réseau de CDAG assurant un recueil de données épidémiologiques plus fourni et continu. Mieux appréhender cette population est d'autant plus nécessaire que le dépistage de l'infection à VIH dans le cadre anonyme et gratuit n'est pas inclus dans le système de déclaration obligatoire de séropositivité.

RÉFÉRENCES

- [1] Gouëzel P. Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), bilan d'activité du dépistage du VIH, France, 2000. BEH 2002, 43 : 213-14
- [2] Cazein F, Lot F, Couturier S, Semaille C. Activité de dépistage du VIH en 2001 et 2002 dans les laboratoires d'analyse. VIH, sida et IST. InVS, 27 novembre 2003. (http://www.invs.sante.fr/publications/2003/vih_sida_ist_2003/depistage_vih_2002.pdf)
- [3] Stankoff S, Dherot J. Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral. Direction générale de la santé, Direction générale de l'administration pénitentiaire ; 2000

REMERCIEMENTS

Nous remercions toutes les personnes ayant participé au recueil des données d'activité de 2001 et 2002 au sein des CDAG.

Causes de décès des personnes infectées par le VIH en 2000 : persistance du sida, rôle émergent des cancers et des hépatites.

Charlotte Lewden¹, Dominique Salmon², Philippe Morlat^{1,3}, Sibylle Bévilacqua⁴, Eric Jouglé⁵, Fabrice Bonnet^{1,3}, Laurence Héripert⁶, Dominique Costagliola^{7,8}, Thierry May⁴, Geneviève Chêne¹ et le Groupe Mortalité 2000.

¹ Inserm U593 (ex U330), Bordeaux ; ² Hôpital Cochin-Tarnier, Paris ; ³ Hôpital Saint-André, Bordeaux ;

⁴ Hôpital Brabois, Vandoeuvre-Les-Nancy ; ⁵ Inserm, CépiDc, Le Vésinet ;

⁶ Hôpital de l'Archet, Nice ; ⁷ Inserm EMI0214, Paris ; ⁸ Université Pierre et Marie Curie, Paris

INTRODUCTION

Depuis 1996 et l'utilisation des traitements antirétroviraux dits hautement actifs, la mortalité due au sida a fortement diminué [1]. Les préoccupations actuelles pour la prise en charge de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) concernent en particulier les effets secondaires des traitements, les co-morbidités dont l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC), et les échecs des traitements. De plus, les causes de décès des personnes infectées par le VIH se sont diversifiées [2] et une étude portant sur les certificats de décès avec mention de l'infection par le VIH comme celle réalisée en 1992 [3] n'identifierait pas les décès non liés au VIH. L'enquête « Mortalité 2000 » avait pour objectif de décrire la répartition des causes des décès survenus en 2000 en France chez les adultes infectés par le VIH et les caractéristiques des personnes décédées.

MÉTHODES

Les médecins impliqués dans la prise en charge de l'infection par le VIH en France ont été contactés au début de l'année 2000. Les participants signalaient chaque trimestre les décès survenus en 2000 chez des adultes infectés par le VIH avec mention d'une cause de décès résumée. Dans un second temps, un questionnaire standardisé permettait de décrire les pathologies ayant contribué au décès et les caractéristiques des patients. Les doublons étaient identifiés par croisement des dates de naissance et de décès. La précarité socio-économique était définie par au moins un des items suivants : sans couverture sociale, sans emploi, sans logement, revenu du foyer < 535 € /mois, étranger en situation irrégulière. Une cause initiale de décès a été établie à partir du questionnaire par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc-Inserm) selon les règles de la Classification internationale des maladies -10 ème révision (Cim-10). La cause initiale est définie par la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès (ou par les circonstances de l'accident ayant entraîné le décès). L'algorithme de détermination de la cause initiale a été adapté aux questions spécifiques posées dans le cadre de l'infection par le VIH pour pouvoir classer les décès selon les catégories : sida, effets secondaires des traitements, VHC et virus de l'hépatite B (VHB) incluant les carcinomes hépatocellulaires.

L'exhaustivité des données a été estimée pour le mois de janvier 2000 par croisement avec la base nationale des certificats de décès et par la méthode de capture-recapture à deux sources.

Les caractéristiques des patients ont été comparées selon la cause de décès par les tests du Chi-2 ou de Kruskal-Wallis, en fonction de la distribution des caractéristiques.

RÉSULTATS

Au total 64 000 patients infectés par le VIH avaient au moins un contact en 2000 avec un des 185 services de France métropolitaine et d'Outre-mer (Dom-Tom) ayant participé à cette enquête. Parmi eux 964 décès ont été signalés, et 924 ont été documentés (96 %). Leur âge médian était 41 ans (étendue interquartile 36-49), un tiers n'avait pas atteint le sida (672 étaient au stade sida) et 32 % avait des lymphocytes CD4 ≥ 200/mm³. Une précarité socio-économique était rapportée dans 33 % des cas.

Cause initiale de décès

La cause initiale de décès était le sida pour 47 % (figure 1), puis les cancers non classant sida et non liés aux hépatites (11 %), l'hépatite C (9 %), les atteintes cardiovasculaires (7 %), les infections bactériennes (6 %) et le suicide (4 %).

Pour les patients décédés du sida (n= 456), les pathologies les plus fréquemment en cause étaient le lymphome malin non hodgkinien et l'infection à cytomégalovirus (tableau 1). Lorsque

le diagnostic de l'infection par le VIH datait de moins de six mois (81 cas), la pathologie la plus fréquente était la pneumocystose pulmonaire.

Les cancers (classant sida ou non) représentaient 28 % des causes initiales de décès (n= 269). Les cancers classant sida étaient : lymphomes non hodgkinien (n= 105), sarcomes de Kaposi (n= 40), et cancers du col de l'utérus (n= 4) et les cancers non classant sida : tumeurs des voies respiratoires (n= 50), carcinomes hépatocellulaires (n=19), maladies de Hodgkin (n= 12), cancers digestifs (n= 9), autre cancers solides (n= 25), et hémopathies (n= 5). Parmi les carcinomes hépatocellulaires, 10 étaient dus au VHC et 7 au VHB.

Une atteinte cardiovasculaire était la cause initiale de 67 décès, dont 22 coronaropathies ischémiques et 12 accidents vasculaires cérébraux.

Les infections bactériennes les plus fréquentes étaient les infections à pneumocoque (n= 12) et les infections pulmonaires sans étiologie déterminée (n= 14).

Un acte iatrogène était la cause initiale de décès dans 2 % des cas et le traitement antirétroviral dans 1 % des cas.

Caractéristiques des personnes décédées selon la cause initiale de décès

Par rapport aux patients décédés d'autres causes, les patients décédés du sida étaient moins souvent toxicomanes (16 % versus 39 %) et plus souvent décédés dans les Dom-Tom (14 % vs 7 %). L'infection par le VIH datait de moins de six mois pour 18 % d'entre eux (vs 5 %).

Les patients décédés de cancers non classant sida et non liés aux hépatites étaient plus âgés que les patients décédés d'autres causes (médiane 46 vs 41 ans), ils étaient plus souvent des hommes (87 vs 77 %) et plus souvent fumeurs (72 vs 50 %). Les patients décédés d'hépatite C étaient plus souvent consommateurs excessifs d'alcool (61 vs 25%) et de tabac (78 vs 50 %) que les patients décédés d'autres causes.

Caractéristiques des personnes décédées du sida avec un diagnostic VIH récent

Parmi les patients décédés du sida, les patients donc le diagnostic VIH datait de moins de six mois avaient, en comparaison avec ceux dont le diagnostic était plus ancien, été infectés par le VIH par voie hétérosexuelle pour 46 % (vs 38 %), homosexuelle pour 32 % (vs 32 %), indéterminée pour 22 % (vs 10 %) et aucun par injection de drogue (vs 20 %). La moitié de ces patients étaient nés à l'étranger (vs 25 %).

Exhaustivité de l'enquête

Pour le mois de janvier 2000, parmi les 104 cas notifiés dans l'enquête, 87 étaient communs avec la base des certificats de décès du CépiDc-Inserm, qui comptait 125 cas portant mention de l'infection par le VIH. En combinant ces deux sources, l'estimation du nombre de décès de personnes infectées par le VIH en janvier était 149 (intervalle de confiance à 95 % : 142-156). L'exhaustivité de l'enquête a été estimée à 69 % pour le mois de janvier (IC à 95 % : 62-78). La répartition des causes des 38 décès non retrouvés dans l'enquête était : VIH/ sida (50 %), cancer (16 %), hépatite C (11 %), sepsis (8 %), ce qui était comparable à la répartition des causes dans l'enquête. L'activité principale des médecins ayant signé ces certificats n'était pas la prise en charge de l'infection par le VIH dans 90 % des cas et ils n'étaient donc pas ciblés par cette enquête.

DISCUSSION

Cette enquête réalisée quatre ans après la mise à disposition des traitements antirétroviraux hautement actifs a décrit 964 décès chez des adultes infectés par le VIH. La moitié restait due au sida. Les autres causes les plus fréquentes étaient les hépatites virales, les cancers non classant sida et non liés aux hépatites, et les atteintes cardiovasculaires.

Tableau 1

Fréquence des pathologies classant sida parmi les personnes décédées de cause sida en France en 2000, enquête « Mortalité 2000 »
(en gras la cause la plus fréquente pour chaque catégorie)

	Total (N = 456)	Infection à VIH connue depuis < 6 mois (N = 81)		Infection à VIH connue depuis ≥ 6 mois (N = 358)	
		n	(%)	n	(%)
Lymphome malin non-hodgkinien	105 (23,0)	11 (13,6)	89 (24,9)		
Infection à cytomégalovirus	89 (19,5)	17 (21,0)	72 (20,1)		
Infection à mycobactéries atypiques	65 (14,3)	7 (8,6)	56 (15,6)		
Pneumocystose pulmonaire	64 (14,0)	31 (38,3)	30 (8,4)		
Toxoplasmose cérébrale	55 (12,1)	14 (17,3)	40 (11,2)		
Leuco-encéphalopathie multifocale progressive	49 (10,7)	5 (6,2)	43 (12,0)		
Sarcome de Kaposi	46 (10,1)	9 (11,1)	36 (10,1)		
Candidose oesophagienne ou pulmonaire	38 (8,3)	6 (7,4)	32 (9,0)		
Tuberculose	35 (7,7)	6 (7,4)	28 (7,8)		
Encéphalopathie VIH	35 (7,7)	5 (6,2)	30 (8,4)		
Cryptococcose	22 (4,8)	5 (6,2)	16 (4,5)		
Cryptosporidiose	21 (4,6)	3 (3,7)	18 (5,0)		
Cachexie	18 (3,9)	4 (4,9)	14 (3,9)		
Histoplasmosse	11 (2,4)	4 (4,9)	7 (2,0)		
Herpès	8 (1,8)	1 (1,2)	7 (2,0)		
Cancer cervical	5 (1,1)	-	5 (1,4)		
Isosporidiose	1 (0,2)	-	1 (0,3)		
Pneumopathie bactérienne récurrente	1 (0,2)	-	1 (0,3)		

Cette enquête réalisée auprès des médecins prenant en charge l'infection par le VIH n'a pas permis de recenser l'ensemble des cas, toutefois la représentativité paraît préservée du point de vue de la répartition des causes de décès. Le croisement effectué avec la base des certificats de décès du CépiDc-Inserm pour le mois de janvier permet, si l'on fait l'hypothèse d'une stabilité des données au cours de l'année, d'estimer le nombre de décès chez les personnes infectées par le VIH en France en 2000 à 1 397 (964 / 0,69), et d'estimer le nombre de décès parmi les personnes atteintes du sida à 974 (672 / 0,69). Cette dernière estimation est supérieure à celle donnée par le système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire : 595 décès chez des personnes atteintes du sida [4], ce qui est concordant avec l'estimation d'une exhaustivité de 60 % pour la déclaration des décès après le sida [4].

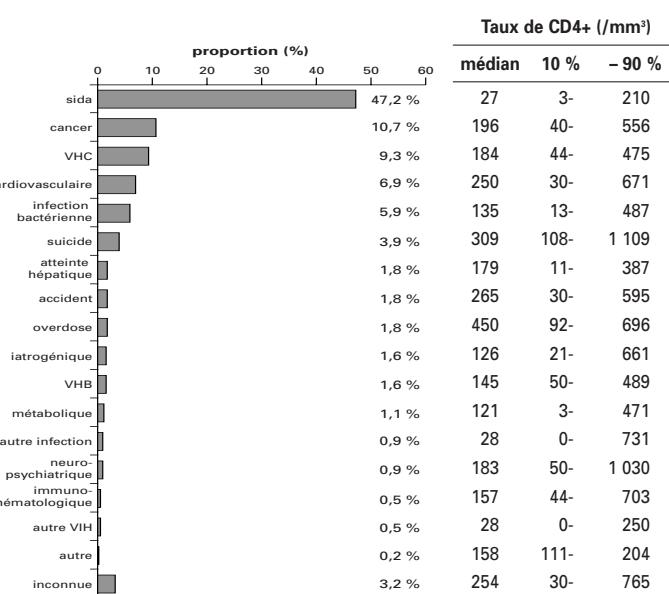
La méthode de capture-recapture est utilisée pour cette estimation sous l'hypothèse d'une indépendance entre les deux sources. Un travail ultérieur de croisement avec une troisième source, la Base de données hospitalière française sur l'infection à VIH (BHF-VIH), est envisagé et permettra de tester cette hypothèse.

L'intérêt d'une telle enquête pour l'étude des causes de décès chez les personnes infectées par le VIH peut être discuté en comparaison des systèmes de recueil de données existants. Le système de déclaration de la séropositivité VIH, effectif en France depuis janvier 2003, n'inclut pas la déclaration des décès survenus avant le sida, et un tiers des personnes décédées n'avait pas atteint le stade sida dans l'enquête. Par rapport aux certificats de décès, cette étude a permis de recueillir de façon plus détaillée les pathologies au moment du décès, de décrire des caractéristiques des patients décédés et d'identifier des décès non liés au VIH. La BHF-VIH ne couvre pas l'ensemble des patients suivis [5]. Certains décès survenus hors des services hospitaliers universitaires peuvent ne pas y figurer. Il s'agit toutefois d'un système déjà en place qui permet le recueil de caractéristiques des patients et leur évolution au cours du temps. Le croisement entre BHF-VIH et Mortalité 2000 envisagé permettra d'évaluer l'apport respectif des deux systèmes.

Le sida représentait en 2000 la cause initiale de la moitié des décès de personnes infectées par le VIH, avec deux phénomènes distincts. D'une part, le diagnostic de l'infection par le VIH datait de moins de six mois pour un cas sur cinq. Dans ce contexte, les personnes avec un risque de transmission hétérosexuelle et celles nées à l'étranger sont celles pour qui l'amélioration des stratégies de dépistage est prioritaire. Une large mise à disposition des traitements hautement actifs à

Figure 1

Cause initiale de décès des personnes infectées par le VIH en France en 2000, enquête « Mortalité 2000 » (n = 964)



VHC : virus de l'hépatite C, VHB : virus de l'hépatite B, Cancer : autre que classant sida et lié aux hépatites, Infection bactérienne : confirmée ou probable, non classant sida

l'échelon international est une condition supplémentaire à l'amélioration de la situation. Ce phénomène est retrouvé par les données de surveillance du sida en France : en 2001, la moitié des personnes avec un nouveau diagnostic de sida découvrait leur séropositivité, et était pour la plupart hétérosexuels [4]. Le deuxième phénomène concerne les patients dont l'infection était plus ancianement connue et pour qui la pathologie la plus fréquemment en cause était le lymphome malin non-hodgkinien. Depuis 1996, la diminution de l'incidence des lymphomes apparaît moins marquée que celle des autres pathologies opportunistes [1].

Les décès par cancer, par VHC et par atteinte cardiovasculaire, ainsi que les caractéristiques des patients décédés incitent à intensifier les actions de prévention vis-à-vis des facteurs de risque comme le tabagisme et la consommation d'alcool et à améliorer les stratégies de diagnostic précoce et de prise en charge des hépatites virales et des cancers. La part des effets secondaires des traitements antirétroviraux restait faible, mais l'augmentation de la durée de traitement et l'évolution constante des stratégies thérapeutiques justifie une surveillance régulière des causes de décès. Enfin, les situations de précarité socio-économique sont à prendre en compte dans les stratégies de dépistage et de prise en charge.

La liste du groupe Mortalité 2000 sera disponible sur le site de l'Unité Inserm 593 : <http://www.isped.u-bordeaux2.fr/RECHERCHE/U593/FR-U593-Accueil.htm>

RÉFÉRENCES

- [1] Mocroft A, Katlama C, Johnson AM, et al. AIDS across Europe, 1994-98: the EuroSIDA study. Lancet 2000; 356:291-6.
- [2] Louie JK, Hsu LC, Osmond DH, Katz MH, Schwarcz SK. Trends in causes of death among persons with Acquired Immunodeficiency Syndrome in the era of Highly Active Antiretroviral Therapy, San Francisco, 1994-1998. J Infect Dis 2002; 186:1023-7.
- [3] Jouglard E, Pequignot F, Carbon C, et al. AIDS-related conditions: study of a representative sample of 1203 patients deceased in 1992 in France. Int J Epidemiol 1996; 25:190-7.
- [4] Institut de veille sanitaire. Surveillance du sida en France, situation au 31 mars 2002. Bull Epidemiol Hebd 2002:133-9.
- [5] Bernillon P, Lievre L, Pillonel J, Laporte A, Costagliola D. Record-linkage between two anonymous databases for a capture-recapture estimation of underreporting of AIDS cases: France 1990-1993. The Clinical Epidemiology Group from Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine. Int J Epidemiol 2000; 29:168-74.

Directeur de la publication : Pr Gilles Brücker, directeur général de l'InVS
Rédactrice en chef : Florence Rossollin, InVS, f.rossollin@invs.sante.fr

Rédaction : Nolwenn Bodo, InVS, n.bodo@invs.sante.fr

Présidente du comité de lecture : Pr Elisabeth Bouvet, Hôpital Bichat, CClin Paris-Nord - Comité de rédaction : Dr Thierry Ancelle, InVS ; Dr Rosemary Ancelle-Park, InVS ; Dr Pierre Arwidson, Inpes ; Dr Jean-Pierre Aubert, médecin généraliste ; Isabelle Gremy, ORS Ile-de-France ; Eugénia Gomes do Esperito Santo, InVS ; Dr Catherine Ha, InVS ; Dr Magid Herida, InVS ; Dr Loïc Josseran, InVS ; Eric Jouglard, Inserm CépiDc ; Dr Agnès Lepoutre, InVS ; Laurence Mandereau-Bruno, InVS.

N°CPP : 0206 B 02015 - N°INPI : 00 300 1836 -ISSN 0245-7466

Institut de veille sanitaire - Site internet : www.invs.sante.fr

Diffusion / abonnements : Institut de veille sanitaire - BEH abonnements

12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex

Tel : 01 41 79 67 00 - Fax : 01 41 79 68 40 - Mail : abobeh@invs.sante.fr

Tarifs 2004 : France 46,50 € TTC - Europe 52,00 € TTC

Dom-Tom et pays RP (pays de la zone francophone de l'Afrique,

hors Maghreb, et de l'Océan Indien) : 50,50 € HT

Autres pays : 53,50 € HT (supplément tarif aérien rapide : + 3,90 € HT)