

Circulaire DGS/SD6A n° 2003-519 du 5 novembre 2003 relative aux données épidémiologiques récentes sur l'infection à VIH

05/11/2003

Références :

Circulaire DGS n° 2001/436 du 10 septembre 2001 relative à la mise en oeuvre de la stratégie de prévention de l'infection VIH/sida (2001-2004) ;

Circulaire DGD n° 2001/512 du 25 octobre 2001 relative aux données épidémiologiques récentes sur l'infection à VIH.

Le ministre de la santé et de la famille et des personnes handicapées à Mesdames et Messieurs les préfets de département, direction départementale des affaires sanitaires et sociales (pour mise en oeuvre), Mesdames et Messieurs les préfets de région, direction régionale des affaires sanitaires et sociales (pour mise en oeuvre) Il apparaît à ce jour important de faire état des nouvelles données épidémiologiques dont nous disposons sur l'infection à VIH/sida (cf. document annexé) ceci afin :

d'analyser la dynamique globale et par région de l'épidémie ;
d'apprécier localement l'évolution de l'épidémie dans les populations prioritaires telles qu'elles étaient définies en 2001 ;
d'identifier le cas échéant de nouveaux groupes de population devant faire l'objet d'actions de prévention spécifiques ;
de réorganiser les stratégies de prévention afin de renforcer ou réorienter les actions de prévention ;
de veiller à l'adéquation entre les besoins des personnes atteintes et le dispositif de prise en charge thérapeutique et sociale ;
de permettre une allocation des moyens financiers en cohérence avec le profil épidémiologique de votre région.
L'analyse comparative de ces données faite en lien avec l'InVS montre que les 6 régions de métropole (Ile-de-France, PACA, Languedoc-Roussillon, Aquitaine, Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes) et les 3 DFA identifiées comme étant prioritaires par le plan 2001-2004, restent prioritaires compte tenu du nombre de cas de sida cumulés depuis le début de l'épidémie et de la prévalence (nombre de personnes vivantes ayant un sida).

Il appartient à chaque région d'identifier les dynamiques particulières de l'épidémie sur son territoire :

- en tenant compte d'éventuels indicateurs péjoratifs en décalage avec la moyenne nationale ;
- ou de l'évolution concernant certains groupes qui doit donner l'alerte.

Des données locales peuvent également compléter utilement les éléments de cette note afin de repérer en particulier des situations de vulnérabilité accrue et de décider de la place à leur accorder dans les programmations.

En fonction de ces éléments il pourra être nécessaire de revoir l'allocation des ressources ainsi que les stratégies d'intervention.

En terme de programmation il apparaît qu'une priorité majeure doit être donnée à :

- l'action préventive dans les DOM, particulièrement Antilles-Guyane, en direction de la population générale, notamment les personnes de nationalité étrangère ;
- à l'action en direction des populations étrangères originaires d'Afrique subsaharienne en Ile-de-France en particulier les femmes,

mais il convient également de maintenir un dispositif préventif solide en direction des usagers de drogues et de la population générale et de renforcer l'action en direction des homosexuels sur l'ensemble du territoire afin de maintenir le dispositif existant et d'enrayer une reprise de l'épidémie dans cette communauté.

Les actions à mettre en oeuvre en direction des populations prioritaires doivent permettre une remobilisation autour des enjeux de l'épidémie à VIH.

Il s'agit de :

- cibler l'offre préventive dans les lieux fréquentés par les différents publics ;
- tenir compte des rapports sociaux et culturels de genre dans l'élaboration des stratégies ;
- promouvoir le dépistage ;
- informer avec précision notamment la communauté homosexuelle sur les modes de transmission, le dépistage et les traitements des IST et leur contribution à la transmission du VIH ;
- renforcer le counselling préventif auprès des personnes séropositives ;
- faire connaître le traitement post-exposition dans les populations à forte prévalence en VIH.

L'élaboration et la mise en oeuvre de cette politique s'appuyera sur les partenaires institutionnels (assurance maladie,

collectivités territoriales, etc.), les associations, les représentants des lieux fréquentés par les différents publics (foyers, lieux de rencontres, etc.), les professionnels des CDAG et des lieux de prise en charge du VIH et des IST, les coordinateurs médicaux et administratifs des CISIH, les réseaux sanitaires et sociaux. Elle doit pouvoir s'articuler avec les actions de communication nationales mises en place par l'INPES qu'il vous appartient de relayer au plan local.

Il appartient au référent du dossier VIH identifié dans chaque DRASS en lien avec les référents départementaux, d'élaborer et d'assurer la mise en oeuvre de cette politique.

Vous voudrez bien m'adresser un bilan des actions entreprises pour le mois de juin 2004.

Sous-direction santé et société :
Le sous-directeur, B. Basset

Données épidémiologiques récentes sur l'infection à VIH

Dans l'attente des résultats du système de surveillance de l'infection à VIH, qui a été mis en place début 2003, les principales données disponibles concernent les cas de sida déclarés. C'est donc la base de notre analyse. Elle est également fondée par le constat de tendances convergentes entre l'évolution des données issues de la DO et celles issues d'autres bases de données informant sur les personnes prises en charge. Les évolutions les plus récentes témoignant de changement de tendance sont perçues à travers les données convergentes de la surveillance des IST, des bilans des CDAG et d'enquêtes spécifiques (enquête Presse gaie et Baromètre gay).

I. - ÉVOLUTION GLOBALE DES CAS DE SIDA DÉCLARÉS

Sources : Institut de veille sanitaire, données au 31 décembre 2002

Le nombre total des cas de sida déclarés diminue de 3 % entre 2000 et 2001, mais augmente de 18 % entre 2001 et 2002.

Cette augmentation est à interpréter avec prudence car, outre une éventuelle augmentation des cas diagnostiqués en 2002, elle est probablement liée à la perspective de changement des modalités de surveillance en 2003 qui aurait conduit à un raccourcissement des délais de notification.

Le nombre de cas diagnostiqués en 2002 est sans doute surestimé et les pourcentages d'évolution entre 2001 et 2002 présentés ci-dessous devront être validés par la suite.

Selon les modes de transmission :

- après une diminution du nombre de cas contaminés par rapports homosexuels en 2001, on observe une augmentation de 20 % entre 2001 et 2002 ;
- le nombre de cas de sida liés à l'usage de drogues en injection est stable entre 2000 et 2002 ;
- la part des cas liés à une contamination hétérosexuelle est en 2002 de 51 %. Entre 2001 et 2002, le nombre de cas contaminés par rapport hétérosexuel passe de 773 à 954, soit une hausse de 23 %. En 2002, parmi ces cas, le mode de contamination du partenaire est dans la majorité des cas hétérosexuel (73 %), marginalement par injection de drogue (2 %) ou par rapport homosexuel (0,2%). Dans 21 % des cas le mode de contamination est inconnu.

Tableau 1. - Répartition des nouveaux cas de sida par année de diagnostic et par mode de contamination

ANNÉE de diagnostic	HOMOSEXUELS	UDI	HÉTÉROSEXUELS	AUTRES/ inconnus	TOTAL
2000	28 %	14 %	45 %	13 %	1 694
2001	25 %	15 %	48 %	12 %	1 636
2002	24 %	12 %	51 %	13 %	1 934

Source : InVS-Données au 31 décembre 2002, redressées pour les délais de déclaration.
Selon le sexe et l'âge :

Depuis l'année 2000, la part des femmes parmi les cas de sida est relativement stable, autour de 27 %-28 %.

Tableau 2. - Répartition des nouveaux cas de sida par année de diagnostic et par sexe

ANNÉE de diagnostic	FEMMES	SEX-RATIO	TOTAL
2000	27,4 %	2,6	1 694
2001	26,5 %	2,8	1 636
2002	28,5 %	2,5	1 934

Source InVS-Données au 31 décembre 2002, redressées pour les délais de déclaration.

Tableau 3. - Répartition des nouveaux cas de sida par année de diagnostic et selon la classe d'âge au moment du diagnostic

ANNÉE de diagnostic	< 30 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	> 49 ANS	TOTAL
2000	11 %	43 %	29 %	17 %	1 694
2001	12 %	41 %	29 %	18 %	1 636
2002	11 %	36 %	30 %	23 %	1 934

Source : InVS-Données au 31 décembre 2002, redressées pour les délais de déclaration.

La proportion de patients âgés de moins de 30 ans et entre 40 et 49 ans est stable entre 2000 et 2002. Par contre, la part des 30-39 ans qui reste la classe d'âge la plus représentée, diminue significativement, au profit des 50 ans et plus.

Au sein de la classe d'âge des plus de 50 ans, la proportion des personnes contaminées par rapports hétérosexuels augmente de 46 % en 2000 à 53 % en 2002.

C'est dans la classe d'âge des moins de 30 ans que la proportion de femmes est la plus importante (53 % de femmes versus 47 % d'hommes pour les cas diagnostiqués en 2002) et cette proportion est la plus faible dans la classe des 40-49 ans (23 % de femmes versus 77 % d'hommes).

En 2002, les femmes de moins de 30 ans ont pour 93 % d'entre elles été contaminées par rapport hétérosexuel et sont dans 75 % des personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne.

Selon la nationalité des personnes.

Tableau 4. - Répartition des nouveaux cas de sida par année diagnostic et selon la nationalité

ANNÉE de diagnostic	FRANCE	AFRIQUE subsaharienne	AFRIQUE du Nord	AUTRES nationalités	TOTAL
2000	71 %	16 %	3 %	10 %	1 694
2001	69 %	19 %	3 %	9 %	1 636
2002	63 %	24 %	4 %	9 %	1 934

Source : InVS-Données au 31 décembre 2002, redressées pour les délais de déclaration.

Alors que la part des cas de nationalité française diminue depuis plusieurs années, et notamment entre 2000 et 2002, de 71 % à 63 %, la part des cas de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne augmente sur la même période de 16 % à 24 %.

En 2002, 42 % des femmes diagnostiquées pour le sida ont pour nationalité celle d'un pays d'Afrique subsaharienne et 46 % sont de nationalité française, tandis que 17 % des hommes sont d'Afrique subsaharienne et 69 % sont français.

II. - ANALYSE DES DONNÉES PAR RÉGION SUR 2 ANS

(cas de sida diagnostiqués entre janvier 2001 et décembre 2002, source : InVS, données au 31 décembre 2002. [tableau récapitulatif en annexe])

II.1. L'épidémie (tableau 5)

3483 cas ont été diagnostiqués entre janvier 2001 et décembre 2002 chez des personnes domiciliées en France.

L'analyse du taux d'incidence annuel moyen par million d'habitants montre une répartition hétérogène au niveau des régions.

a) Répartition des nouveaux cas diagnostiqués en 2001-2002

En métropole, l'Ile-de-France (49,9% des cas) et PACA (10,6%) totalisent plus de 60 % des cas diagnostiqués en 2001-2002 ;

Les DOM, essentiellement Antilles et Guyane, représentent 10,4% des nouveaux cas nationaux.

Pour les régions ayant diagnostiqué plus de 50 cas en 2001-2002, les diminutions les plus importantes entre 2000 et 2002 ont été enregistrées dans les régions Rhône-Alpes (- 31 %), Nord-Pas-de-Calais (- 24 %) et Aquitaine (- 21 %).

A l'inverse, le nombre de nouveaux cas a augmenté entre 2000 et 2002 en Ile-de-France (+48 %) et en Alsace (+50 %).

L'augmentation du nombre de cas en Haute-Normandie sur la même période est en fait liée à une forte augmentation en 2002 et pourrait être surestimée, en raison d'un raccourcissement des délais de déclaration (1).

b) Taux d'incidence annuel moyen par million d'habitants

Pour les cas diagnostiqués en 2001-2002, les DFA présentent le plus fort taux d'incidence annuel moyen par million d'habitants avec 384,8 pour la Guyane, 139,6 pour la Guadeloupe et 69,5 pour la Martinique, suivis des régions Ile-de-France (77,3), PACA (33,7) et Languedoc-Roussillon (23,5).

c) Nombre de cas cumulés depuis le début de l'épidémie

L'essentiel des cas cumulés depuis le début de l'épidémie (65 %) se concentre dans trois régions : Ile-de-France (46 %) PACA (13 %) et Rhône-Alpes (6 %) ;

Les autres régions pour lesquelles le nombre de cas de sida cumulés est important sont les DOM (5 %), l'Aquitaine (5 %), le Languedoc (3 %), et la région Midi-Pyrénées (3 %).

La prévalence du sida (malades vivant avec le sida en 2002) dans ces 6 régions et les DOM est comprise entre 31,6 et 98,4 cas pour 100 000 habitants à l'exception de la région Rhône-Alpes dont la prévalence de 24,2 pour 100 000 habitants.

Tableau 5. - Classement des régions selon le nombre de cas de sida cumulés depuis le début de l'épidémie, la part de cas diagnostiqués en 2001-2002, la répartition de la population et le taux d'incidence annuel moyen en 2001-2002 par million d'habitants

Données InVS au 31 décembre 2002, redressées pour les délais de déclaration, et recensement INSEE 1999.

RÉPARTITION DES CAS CUMULÉS 1978-2002 n (%)		RÉPARTITION DES CAS DIAGNOSTIQUÉS en 2001-2002 %		RÉPARTITION DE LA POPULATION %		TAUX D'INCIDENCE ANNUEL MOYEN en 2001-2002 par million d'habitants	
Ile-de-France	25 666 (46,2)	Ile-de-France	48,6	Ile-de-France	18,2	DOM	99,55
PACA	7 092 (12,8)	DOM	9,5	Rhône-Alpes	9,4	Ile-de-France	77,29
Rhône-Alpes	3 091 (5,6)	PACA	8,7	PACA	7,5	PACA	33,73
DOM	2 833 (5,1)	Rhône-Alpes	5,0	Nord - Pas-de-Calais	6,6	Languedoc	23,52
Aquitaine	2 566 (4,6)	Languedoc	3,1	Pays de Loire	5,4	Haute-Normandie	19,38
Languedoc-Roussillon	1 918 (3,5)	Aquitaine	2,8	Aquitaine	4,8	Alsace	19,03
Midi-Pyrénées	1 842 (3,3)	Pays de Loire	2,7	Bretagne	4,8	Poitou-Charente	17,68
Pays de Loire	1 213 (2,2)	Bretagne	2,5	Midi-Pyrénées	4,2	Aquitaine	16,85
Bretagne	1 062 (1,9)	Midi-Pyrénées	2,3	Centre	4,1	Auvergne	16,81
Nord - Pas-de-Calais	987 (1,8)	Nord - Pas-de-Calais	2,2	Lorraine	3,8	Midi-Pyrénées	16,07
Centre	952 (1,7)	Haute-Normandie	2,0	Languedoc	3,8	Rhône-Alpes	15,59
Haute-Normandie	754 (1,4)	Alsace	1,9	Picardie	3,1	Bretagne	15,14
Poitou-Charente	712 (1,3)	Centre	1,8	Haute-Normandie	3,0	Pays de Loire	14,43
Lorraine	652 (1,2)	Poitou-Charente	1,7	Alsace	2,9	Centre	12,91
Alsace	630 (1,1)	Auvergne	1,3	DOM	2,8	Champagne-Ardenne	10,06
Bourgogne	585 (1,1)	Picardie	0,9	Poitou-Charente	2,7	Nord - Pas-de-Calais	9,76
Picardie	585 (1,1)	Bourgogne	0,8	Bourgogne	2,7	Bourgogne	8,70
Basse-Normandie	562 (1,0)	Champagne	0,8	Basse-Normandie	2,4	Limousin	8,44
Auvergne	518 (0,9)	Lorraine	0,8	Champagne-Ardenne	2,2	Basse-Normandie	8,44
Champagne-Ardenne	451 (0,8)	Basse-Normandie	0,7	Auvergne	2,2	Picardie	8,08
Limousin	336 (0,6)	Franche-Comté	0,5	Franche-Comté	1,9	Franche-Comté	7,16
Franche-Comté	319 (0,6)	Limousin	0,3	Limousin	1,2	Lorraine	5,84
Corse	251 (0,5)	Corse	0,1	Corse	0,4	Corse	5,76
Métropole + DOM	55 577 (100)	Métropole + DOM	100	Métropole + DOM	100	Métropole + DOM	29,23
						Métropole	26,97

II.2. Analyse par mode de contamination (voir grand tableau)

a) La transmission hétérosexuelle

Les cas de sida ayant été contaminés par rapports hétérosexuels sur la période 2001-2002 correspondent à 49 % de la totalité des cas diagnostiqués sur la période.

La contamination hétérosexuelle est fortement concentrée dans les DOM (72 % des cas diagnostiqués en 2001-2002 dans

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgssd6a-n-2003-519-du-5-novembre-2003-relative-aux-donnees-epidemiologiques-recentes-sur-linfection-a-vih/>

cette région sont liés à une contamination hétérosexuelle) et en Ile-de-France (57 % des cas). En Ile-de-France, la part de ce mode de contamination n'a cessé d'augmenter ces dernières années, et concerne 57 % des cas diagnostiqués en 2001-2002.

Pour les autres régions, ayant plus de 50 cas de sida diagnostiqués sur les 2 dernières années, quelques tendances concernant la contamination hétérosexuelle peuvent être notées :

En Bretagne et Pays-de-Loire, la contamination hétérosexuelle concerne 38 % des cas diagnostiqués en 2001-2002, et la part de ce mode de contamination a augmenté entre 2000 et 2002.

Dans le Nord-Pas-de-Calais, la même tendance est observée entre 1999 et 2002 et 49 % des cas diagnostiqués en 2001-2002 sont liés à une contamination hétérosexuelle.

En Haute-Normandie et en Rhône-Alpes, où le pourcentage de cas de sida hétérosexuels diagnostiqués en 2001-2002 est élevé, aucune tendance linéaire à l'augmentation n'est observée.

La distribution de la nationalité est très différente selon la région de domicile.

Dans les DOM, 47 % des cas de sida liés à des rapports hétérosexuels sont diagnostiqués chez des personnes de nationalité étrangère venant essentiellement de Haïti et dans une moindre mesure de pays limitrophes (Guyana, Surinam, Brésil).

En métropole, 41 % des cas hétérosexuels sont de nationalité française, 47 % d'Afrique subsaharienne et 12 % sont d'une autre nationalité.

Au total sur l'ensemble du territoire (métropole et DOM) le groupe des cas hétérosexuels comporte une proportion importante de malades étrangers : 57 % et notamment 40 % de cas de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne. Ces proportions sont en augmentation au cours du temps.

b) La transmission homosexuelle et bisexuelle

La répartition géographique des cas de sida diagnostiqués chez des personnes contaminées par voie homosexuelle entre janvier 2001 et décembre 2002 est la suivante :

Plus de la moitié est domiciliée dans trois régions : Ile-de-France (38 %), PACA (9 %) et Rhône-Alpes (9 %).

Le Languedoc-Roussillon (5 %) les Midi-Pyrénées (4 %) et les Pays de la Loire (4 %) regroupent 13 % des cas de sida chez les homosexuels.

La part des personnes contaminées par voie homosexuelle dans le nombre total de cas de sida déclarés a globalement diminué de 1996 (37 %) à 2002 (24 %).

Cette diminution des cas de sida liés à l'homo/bisexualité s'observe en Ile-de-France depuis plusieurs années, et en Haute-Normandie et Pays de Loire entre 2000 et 2002.

Dans d'autres régions, la tendance est inverse, notamment en Alsace, puisque la part de ce mode de contamination a augmenté entre 1999 et 2002.

En région Centre, la tendance à l'augmentation est similaire et est observée entre 2000 et 2002, 43 % des cas de sida diagnostiqués en 2001-2002 sont liés à une contamination homosexuelle.

En Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes, le pourcentage de cas liés à l'homosexualité est relativement stable au cours du temps et représente respectivement 42 %, 39 % et 37 % des cas diagnostiqués en 2001-2002.

Mais la résurgence de certaines infections sexuellement transmissibles (IST) doit alerter sur un possible relâchement des habitudes préventives dans cette population. En effet, l'épidémie de syphilis observée à la fin de l'année 2000 à Paris a été confirmée dans d'autres villes de France.

Le réseau de surveillance de la syphilis mis en place par l'InVS en 2001 permet de recueillir le nombre de cas de syphilis infectieuses. Au total, 645 cas de syphilis ont été déclarés, respectivement 37 cas en 2000, 207 en 2001 et 401 en 2002. Le nombre de cas a presque doublé entre 2001 et 2002 (rapport InVS, octobre 2003, surveillance de la syphilis en France 2000-2002). Des indicateurs (ex : les ventes d'extencilline) suggèrent que l'épidémie se poursuit en 2003. Le réseau Renago a montré que le nombre moyen de souche de N.Gonorrhoeae isolé par laboratoire et par an avait diminué de 1986 à 1997 puis augmenté régulièrement de 1997 à 2000 (source : InVS).

En revanche, les données de 2001 de Renago suggèrent une tendance à la diminution qui nécessite d'être confirmée sur les résultats de 2002.

c) La transmission par usage de drogue

En regroupant les années 2001 et 2002, les cas chez les usagers de drogue se répartissent ainsi :

L'Ile-de-France (36 %) et la région PACA (24 %), regroupent plus de la moitié des cas.

Un quart des cas environ (26 %) sont répartis entre 7 régions : Aquitaine (5 %), Languedoc-Roussillon (3 %), Bretagne (4 %), Rhône-Alpes (4 %), DOM (4 %), Midi-Pyrénées (3 %) et Nord-Pas-de-Calais (3 %).

Depuis 1996, la proportion de cas de sida chez les usagers de drogue a régulièrement diminué, y compris dans la région Ile-de-France.

En Aquitaine, Midi-Pyrénées et PACA, la proportion de cas de sida liés à l'usage de drogues est relativement stable au cours du temps et représente respectivement 26 %, 20 % et 35 % des cas diagnostiqués en 2001-2002.

En Bretagne, on note une légère augmentation de la part des cas de sida chez les usagers de drogues entre 1999 et 2002.

Dans le Nord-Pas-de-Calais, après une augmentation de la proportion de cas chez les usagers de drogues jusqu'en 2000, cette proportion a ensuite diminué, notamment en 2002.

II.3. Analyse par nationalité (tableau 6)

Dans beaucoup de régions, les effectifs par nationalité sont faibles et les pourcentages peuvent être « faussement » élevés.

Les cas de sida diagnostiqués en 2001-2002 chez des personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne sont essentiellement concentrés en Ile-de-France (37 % des cas de cette région concernent des personnes d'Afrique subsaharienne). En Alsace et Nord-Pas-de-Calais, les pourcentages respectifs de 20 % et 19 % sont liés à un nombre plus élevé de personnes d'Afrique diagnostiquées en 2001, mais les effectifs restent faibles. Il en est de même dans d'autres régions, comme la Haute-Normandie, la Picardie et la région Champagne-Ardenne.

Les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique du Nord représentent 6 % des cas de sida diagnostiqués en 2001-2002 en Ile-de-France. Ce pourcentage est stable au cours du temps. Dans les autres régions, on note un pourcentage allant de 0 à 6 %, les effectifs étant le plus souvent réduits.

Concernant les autres nationalités, les pourcentages peuvent apparaître comme élevés en Alsace (10 %), en Bourgogne (9 %), Nord - Pas-de-Calais (8 %), Franche-Comté (8 %), Picardie (8 %) alors qu'ils ne concernent en fait qu'une ou deux personnes de nationalité d'un pays d'Asie ou d'Amérique.

En Ile-de-France, ces cas concernent essentiellement des personnes d'un pays d'Amérique et d'un pays d'Asie et dans une moindre mesure d'un autre pays d'Europe que la France.

Dans les DFA, le pourcentage important de cas de sida diagnostiqués en 2001-2002 chez des personnes d'autres nationalités est le fait de la Guyane et dans une moindre mesure de la Guadeloupe. Il s'agit essentiellement de personnes haïtiennes, les autres nationalités représentées en Guyane étant celles du Brésil, du Guyana et du Suriname.

Dans 3 régions (Corse, Limousin et Lorraine), la totalité des cas diagnostiqués en 2001-2002 l'ont été chez des personnes de nationalité française.

Tableau 6. - Répartition des cas de sida diagnostiqués entre janvier 2001 et décembre 2002, par région de domicile et nationalité

Source InVS - Données au 31 décembre 2002, redressées pour les délais de déclaration

RÉGION DE DOMICILE	FRANCE	AFRIQUE subsaharienne	AFRIQUE du Nord	AUTRES nationalités	TOTAL
--------------------	--------	-----------------------	-----------------	---------------------	-------

Alsace	70 %	20 %	0 %	10 %	66
Aquitaine	90 %	5 %	0 %	5 %	98
Auvergne	82 %	10 %	3 %	5 %	44
Bourgogne	87 %	0 %	4 %	9 %	28
Bretagne	92 %	7 %	0 %	1 %	88
Centre	80 %	10 %	6 %	4 %	63
Champagne-Ardenne	76 %	24 %	0 %	0 %	27
Corse	100 %	0 %	0 %	0 %	3
Franche-Comté	92 %	0 %	0 %	8 %	16
Ile-de-France	49 %	37 %	6 %	8 %	1 693
Languedoc	92 %	7 %	0 %	1 %	108
Limousin	100 %	0 %	0 %	0 %	12
Lorraine	100 %	0 %	0 %	0 %	27
Midi-Pyrénées	92 %	3 %	0 %	5 %	82
Nord - Pas-de-Calais	71 %	19 %	2 %	8 %	78
Basse-Normandie	77 %	23 %	0 %	0 %	24
Haute-Normandie	72 %	23 %	2 %	3 %	69
Pays de la Loire	86 %	11 %	2 %	1 %	93
Picardie	70 %	22 %	0 %	8 %	30
Poitou-Charentes	95 %	5 %	0 %	0 %	58
PACA	90 %	2 %	3 %	5 %	304
Rhône-Alpes	79 %	13 %	2 %	6 %	176
DOM	60 %	2 %	0 %	38 %	332
Métropole + DOM	66 %	21 %	3 %	10 %	3 483

III. - Le taux de séropositivité dans les CDAG (ou proportion de tests VIH positifs dans les CDAG) - Bilan 2001-2002

a) Séropositivité dans l'ensemble des régions (tableau 7)

Après une augmentation des diagnostics d'infection à VIH positifs dans les CDAG entre 1998 et 2000, particulièrement à Paris, une tendance à la stabilisation est observée ces deux dernières années pour l'ensemble de la France (5,3 % en 2001, 5,0 % en 2002).

La répartition par sexe nous indique qu'en 2001 et 2002 le taux de séropositivité des hommes (6,1 %, 2001, 5,7 %, 2002) est supérieur à celui des femmes (4,1 %, 2001, 4,0 %, 2002).

Chez les hommes comme chez les femmes, la tranche d'âge la plus touchée est celle des 30-39 ans (évoluant de 10,8 % à 11,9 %). Les hommes sont également touchés dans la tranche d'âge de quarante à quarante-neuf ans (11,3 % en 2001 et 2002).

Les régions qui présentent les taux de séropositivité les plus élevés en 2001 et 2002 sont les Antilles et la Guyane (regroupés ici en une seule région) avec respectivement un taux de 12,8 % et 9,7 %, et l'Ile-de-France (10,2 %, 9,0 %, si l'on exclut le Nord - Pas-de-Calais qui a présenté une proportion de tests VIH positifs élevés en 2001 mais sur un nombre de tests réalisés faible (7,9 %, 7 tests positifs, 885 tests).

Viennent ensuite pour 2001-2002 le Languedoc-Roussillon (3,1 %, 3,5 %, la région PACA (3,1 %, 2,9 %), et la région Midi-Pyrénées (3,0 %, 2,1 %).

Notons tout de même que pour la région Antilles-Guyane le taux de séropositivité n'est pas forcément le reflet de l'épidémie car les conditions locales ne favorisent pas l'accès au dépistage anonyme et gratuit, cette région ne représente en effet qu'un faible pourcentage du total des tests effectués (1,3 % en 2001 et 2,4 % en 2002).

Tableau 7. - Taux de diagnostics positifs (pour 1 000 tests) chez les personnes testées, par région

Données hors prisons.

RÉGION	Taux de séropositivité dans les CDAG °/oo			
	1999 (1)	2000 (1)	2001 (2)	2002 (2)
Alsace	3,0	2,1	2,8	3,7
Aquitaine	3,0	4,4	2,3	3,5
Auvergne	3,0	5,0	2,9	2,7
Basse-Normandie	1,0	1,7	0,6	1,1
Bourgogne	1,2	1,9	0,4	1,5
Bretagne	2,9	1,3	2,1	2,6
Centre	1,3	2,9	3,7	3,5
Champagne-Ardenne	1,9	1,0	1,5	2,4
Corse	1,0	0,0	1,4	0,7
Franche-Comté	1,6	0,8	1,8	2,2
Haute-Normandie	2,3	1,4	1,7	2,0
Ile-de-France	7,4	8,0	10,2	9,0
Languedoc-Roussillon	3,2	3,3	3,1	3,5
Limousin	1,5	3,7	0,5	1,6
Lorraine	2,2	2,8	1,9	1,4
Midi-Pyrénées	3,3	2,1	3,0	2,1
Nord - Pas-de-Calais	2,9	2,1	7,9	3,4
Pays de la Loire	2,5	2,1	2,4	2,8
Picardie	0,6	2,1	2,8	2,4
Poitou-Charentes	0,8	1,2	1,2	1,8

PACA	4,2	3,8	3,1	2,9
Rhône-Alpes	1,9	3,3	2,6	3,3
Antilles - Guyane	10,3	10,5	12,8	9,7
Réunion	2,0	5,4	3,9	3,0
Calédonie			1,4	4,1
Moyenne nationale hors Calédonie	4,3	4,7	5,3	5,0

(1) Source : *BEH n° 43-2002.

(2) InVS, non publié.

b) Séropositivité en Ile-de-France (tableau 8)

En 2001, en Ile-de-France, le nombre de tests pratiqués dans les CDAG a diminué de 4,6 %, comme pour la France dans son ensemble (le nombre de tests est passé de 258 023 en 2000 à 238 135 en 2001, soit une baisse de 8,3 %). On enregistre depuis 1998 sur le territoire une hausse croissante du taux de séropositivité qui se confirme en 2001. Ce n'est pas la tendance observée en Ile-de-France puisque le nombre des tests positifs a diminué significativement entre 2001 et 2002 pour la région IDF (tableau 9). Près d'un tiers des tests de dépistage des CDAG sont réalisés dans la région Ile-de-France.

Tableau 8. - Evolution du taux de séropositivité pour 1000 tests dans les CDAG d'Ile-de-France de 1998 à 2002

ANNÉE	1998 (1)	1999 (1)	2000 (1)	2001 (2)	2002 (2)
Nombre de tests positifs	452	593	700	836	764
Nombre de tests	70 765	79 828	87 254	83 206	84 605
Taux de séropositivité ‰	6,4	7,4	8,0	10,2	9,0

(1) Source InVS, non publié.

(2) Source : BEH n° 43/2002.