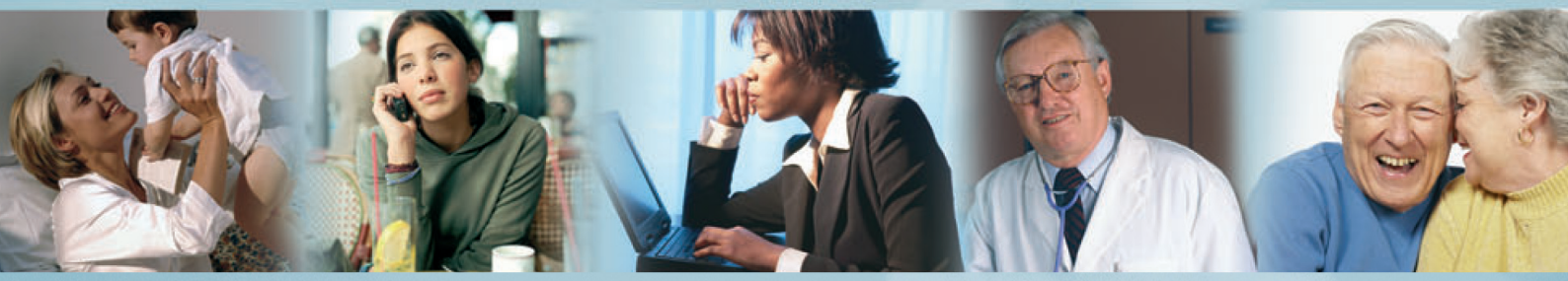
Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREFECTURE DE RÉGION BRETAGNE



La Bretagne en santé

PLAN RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

VIH, SIDA

en Bretagne

décembre 2010

Agence Régionale de Santé Bretagne

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE SANTÉ BRETAGNE

MÉTHODOLOGIE ET SOURCES DE DONNÉES

Depuis le 1er janvier 2009, la surveillance du VIH en Bretagne est prise en charge par l'Institut national de veille sanitaire (InVS), la région rejoignant l'enquête LaboVIH.

Les données présentées dans cette synthèse sont issues de deux systèmes de surveillance nationaux complémentaires qui suivent d'une part, l'activité globale de dépistage, recueillie au travers de l'enquête LaboVIH et d'autre part, les caractéristiques de l'infection à VIH-sida à partir de la notification obligatoire des cas de sida et des cas d'infections à VIH.

Dans un souci de cohérence entre les différents systèmes d'information, les données évolutives étudiées, font référence à l'année 2003, date de mise en place de la notification obligatoire des diagnostics d'infection à VIH.
Pour une connaissance plus détaillée de l'épidémie en Bretagne, il est possible de consulter les résultats du recueil régional 1989-2008 ainsi que l'évolution de l'épidémie en Bretagne sur cette période, dans les publications antérieures de l'ORS Bretagne, téléchargeables sur le site : http://orsbretagne.typepad.fr/ors_bretagne/vih_vhc_syphilis/

Surveillance de l'activité de dépistage

▪ **Au niveau national :**
Enquête LaboVIH réalisée depuis 2001, auprès de l'ensemble des laboratoires d'analyses de biologie médicale de ville et hospitaliers.
Objectifs : suivre le nombre de personnes testées pour le VIH (y compris par les CDAG, mais à l'exclusion des donneurs de sang) et le nombre de personnes confirmées positives.

▪ **Au niveau régional :**
Mise en place d'un recueil de données entre 1989 et 2008, auprès de l'ensemble des laboratoires d'analyses de biologie médicale de ville et hospitaliers bretons, pris en charge par l'ORS Bretagne.
Objectif : suivre le nombre de personnes testées pour le VIH, le nombre de personnes confirmées positives et leurs caractéristiques d'âge et de sexe.
À partir de 2009 : enquête labo VIH

Surveillance de l'infection à VIH et du SIDA

▪ **Notification obligatoire des diagnostics d'infection au VIH depuis 2003**
Déclaration initiée par les biologistes de toute personne dont la sérologie au VIH s'est avérée positive (1ère fois pour leur laboratoire), complétée par le médecin prescripteur.
Objectif : caractériser grâce aux informations cliniques et épidémiologiques fournies par le clinicien les personnes découvrant leur séropositivité au VIH, en suivre l'évolution et estimer l'incidence du VIH.

▪ **Notification obligatoire des cas de sida depuis 1986**
Déclaration initiée par les cliniciens de tout patient présentant une pathologie inaugurale de sida, sur la base d'une définition européenne [1].
Objectif : caractériser la population des personnes au stade le plus avancé de l'infection à VIH, qui sont soit en échec thérapeutique, soit n'ont pas eu accès à un dépistage du VIH ou à un traitement antirétroviral.

▪ **Limites de la notification obligatoire à VIH et sida**
Délai de déclaration.
Exhaustivité évaluée à 69 % pour le VIH en 2009.
Exhaustivité évaluée à 66% pour le sida en 2004-2006.

(1) Révision de la définition du Sida, BEH n° 11-1993 et Expanded European AIDS - définition case - Lancet 1993 ; 341-44

Rédaction
Léna Pennognon : Chargée d'études, ORS Bretagne
Docteur Isabelle Tron : Directrice, ORS Bretagne
Conception graphique
Elisabeth Quéguiner : Assistante d'études, ORS Bretagne

Remerciements
Nous tenons à remercier vivement **Françoise Cazein** de l'Institut de veille sanitaire pour l'ensemble des données transmises et sa contribution à cette analyse ainsi que l'ensemble des biologistes, cliniciens et médecins de Bretagne impliqués dans la surveillance de l'infection au VIH et du Sida.

Étude financée par l'État – Agence Régionale de Santé - dans le cadre de la convention additionnelle au contrat de projets État-Région.

Le dépistage du VIH en Bretagne[1]...

En 2009, l'InVS a estimé[2] que globalement plus de 170 000 (173 151) personnes ont effectué un test de dépistage dans l'ensemble des laboratoires bretons dont plus de 14 500 (14 591) ont eu lieu dans le cadre d'une consultation anonyme et gratuite (CDAG), soit 8% de l'activité de dépistage proportion comparable à la France.

Parmi ces dépistages, 180 tests se sont révélés positifs, soit 1 sérologie positive pour 1 000 tests contre 2,2 en France. La proportion de sérologies confirmées positives pour 1 000 tests réalisés est similaire dans les CDAG de la région alors que celle-ci est nettement plus élevée dans les CDAG français, respectivement 1,1 sérologie positive pour 1 000 contre 3,3 en France. La région Ile-de-France et plus particulièrement la ville de Paris occupe une place prédominante représentant à elle seule 29% des sérologies VIH prescrites en CDAG, 39% des sérologies positives y ayant été recensées.

...vers une stabilisation du nombre de dépistage et du nombre de sérologie positive ?

Comme au niveau national, le nombre de dépistages a diminué entre 2005 et 2007 puis s'est stabilisé au-delà de cette date, la légère hausse observée entre 2008 et 2009 n'étant pas significative. De même, le nombre de sérologies positives s'est également stabilisé depuis 2007. En effet, l'augmentation perceptible entre 2008 et 2009 n'est pas statistiquement significative.

La Bretagne au 4ème rang des régions les moins touchées...

En 2009, les 180 sérologies positives réalisées correspondent à la découverte de leur séropositivité au VIH pour 140 personnes, ce qui représente 78% de l'ensemble des sérologies pratiquées par l'ensemble des laboratoires bretons.

La Bretagne se classe au 4ème rang des régions les moins touchées avec 57 sérologies positives par million d'habitants contre 169 en France.

...mais un taux de recours parmi les plus bas

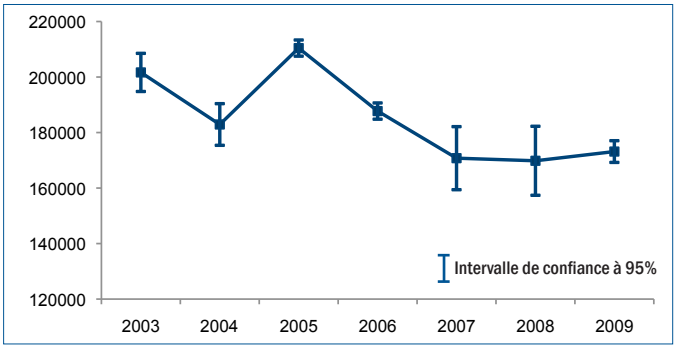
En 2009, le recours au dépistage en Bretagne est inférieur à la moyenne nationale avec 55 tests pour 1 000 habitants contre 77 en France ce qui positionne la Bretagne au 5ème rang des régions de plus faible recours en France. Ce moindre recours se retrouve également pour les dépistages ayant pour cadre une consultation de dépistage anonyme et gratuit (5 tests pour 1 000 habitants contre 6 en France).

Estimation de la prévalence en Bretagne : le Comité de coordination de lutte contre le VIH (COREVIH) de Bretagne estime en 2009, la file active hospitalière à 2 920 patients.

[1] Le taux de participation est très satisfaisant en Bretagne, impliqués dans la surveillance de l'activité de dépistage du VIH depuis 1989, les laboratoires d'analyses médicales et biologiques bretons présentent des taux supérieurs à 80% depuis 2003. En 2009, le taux de participation a atteint 92%.

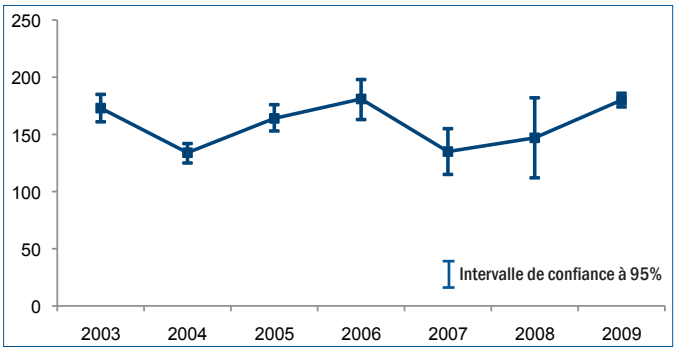
[2] À partir des laboratoires participants.

Sérologies au VIH effectuées dans l'ensemble des laboratoires (y compris CDAG) en Bretagne en 2009 (données corrigées)



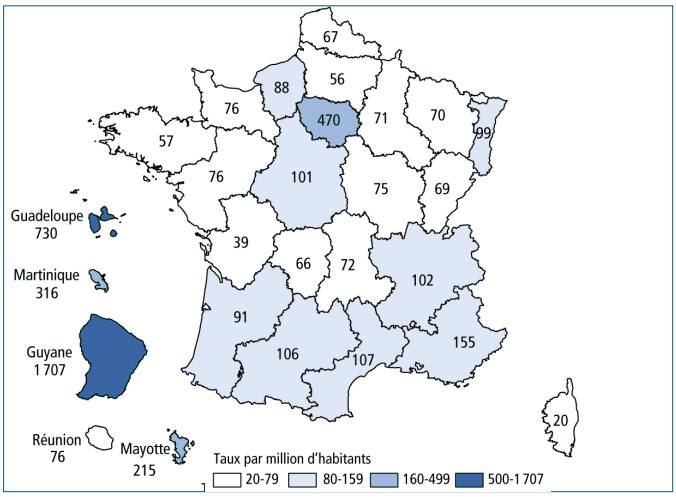
Sources : InVS BEH n°45-46, 30 novembre 2010.

Sérologies positives au VIH en Bretagne en 2009 (données corrigées)



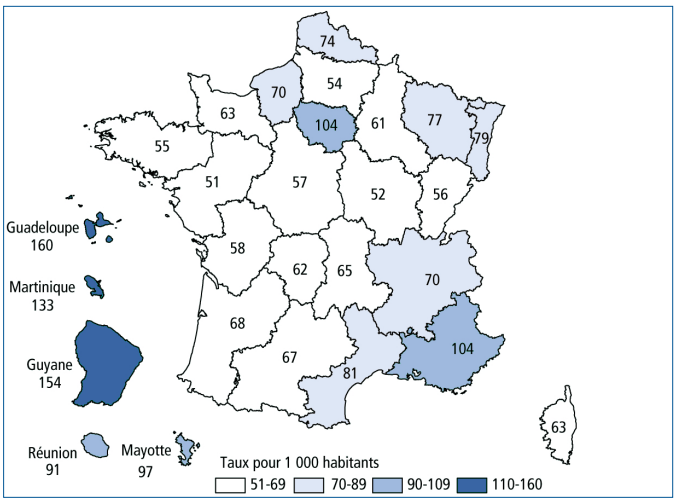
Sources : InVS BEH n°45-46, 30 novembre 2010.

Taux de sérologies positives par million d'habitant (données corrigées)



Sources : InVS BEH n°45-46, 30 novembre 2010.

Taux de recours pour 1 000 habitants (données corrigées)



Sources : InVS BEH n°45-46, 30 novembre 2010.

Une majorité d'hommes concernés et de personnes jeunes

En 2008-2009, plus des deux tiers (68%) des personnes découvrant leur séropositivité en Bretagne sont des hommes, cette proportion est comparable en France (67% d'hommes en 2009). Par ailleurs, il s'agit également plus fréquemment de personnes jeunes puisque 6 nouveaux cas dépistés sur 10 (59%) concernent une personne âgée de moins de 40 ans en Bretagne, cette proportion étant plus élevée en France (69%).

Une contamination plus fréquente chez les personnes de nationalité étrangère, notamment d'origine subsaharienne

Si un peu plus de 7 nouvelles découvertes de séropositivité à VIH sur 10 se rapportent à des personnes nées en France, en revanche, près de 3 nouveaux cas sur 10 sont découverts chez des personnes nées à l'étranger et principalement dans des pays d'Afrique subsaharienne alors qu'en proportion, elles ne représentaient qu'1,7% de l'ensemble de la population bretonne en 2007[3]. Ce constat est plus marqué au niveau national puisqu'un peu moins de la moitié (47%) des personnes découvrant leur séropositivité sont nées à l'étranger dont le tiers dans un pays d'Afrique subsaharienne alors qu'au total, elles ne représentaient que 5,8% de l'ensemble de la population française en 2007.

Globalement, une prédominance des rapports hétérosexuels...

En Bretagne comme en France, les rapports hétérosexuels constituent le premier mode de contamination au VIH et ce dans des proportions proches[4] : 62% en Bretagne et 60% en France suivis par les rapports homosexuels (30% dans la région contre 37% au niveau national).

...mais des modes fortement différenciés selon le sexe

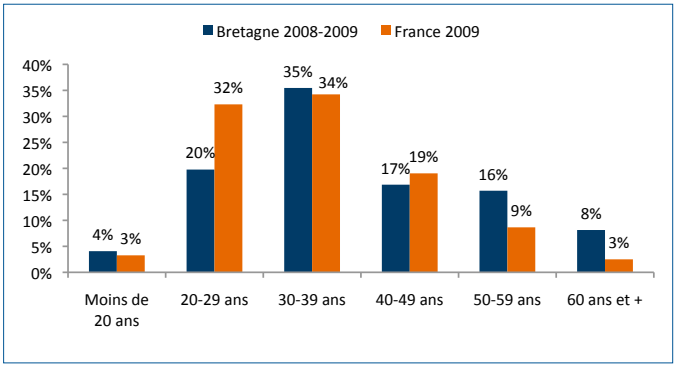
En effet, la contamination par rapport hétérosexuel prédomine largement chez les femmes (91%) alors que chez les hommes, elle se partage dans des proportions proches entre rapports homosexuels et hétérosexuels, respectivement 44% et 49%. Par ailleurs, bien que relativement marginaux, les autres modes de contamination sont aussi fortement sexués. Ainsi, la proportion de séropositivités découvertes en lien avec l'usage de drogues, concerne 3 fois plus souvent des hommes que des femmes (6% contre 2%) tandis que chez les femmes, c'est la contamination en lien avec la grossesse (7% contre 2%).

La présence de signes cliniques : 1er motif de dépistage

En Bretagne comme en France, le dépistage a été motivé en 1er lieu par la présence de signes cliniques ou biologiques liés au VIH, qu'il s'agisse de signes liés à une primo-infection ou à un stade tardif de l'infection à VIH, un peu plus souvent dans la région qu'au niveau national (39% contre 35%). Viennent ensuite en Bretagne dans des proportions équivalentes, 1 dépistage sur 4, une exposition récente au VIH ou un bilan systématique (y compris le bilan prénatal) alors qu'en France, l'exposition récente au VIH précède de peu le bilan systématique (respectivement 24% et 20%).

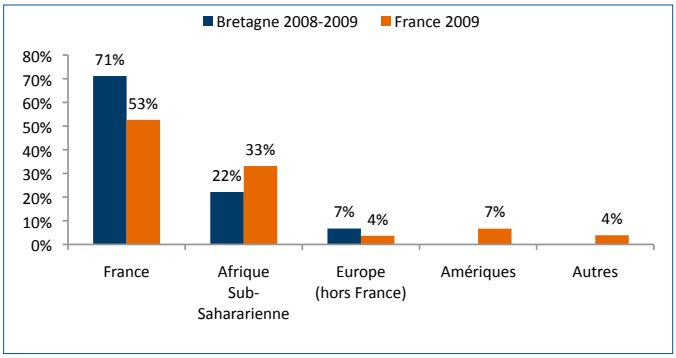
[3] Au recensement de la population de l'Insee.
[4] Pour les contaminations dont le mode est connu.

Répartition du nombre de nouveaux cas dépistés selon l'âge



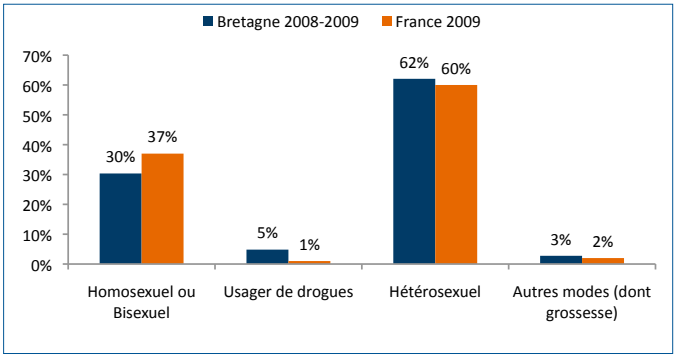
Sources : InVS Surveillance du VIH - données au 31/12/2009 non corrigées pour la sous déclaration - * Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration en 2008 et 2009, exploitation ORS Bretagne.

Répartition des découvertes de séropositivité selon les nationalités regroupées



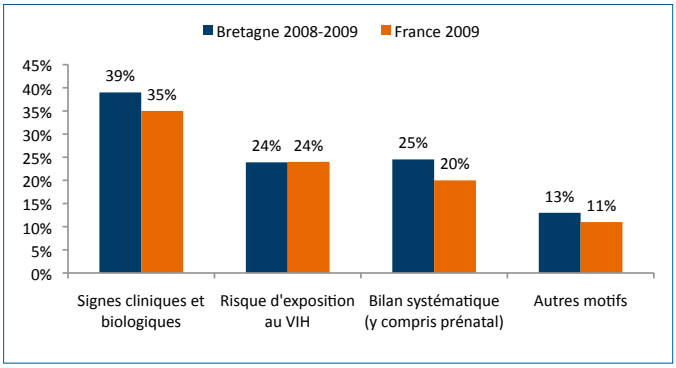
Sources : InVS Surveillance du VIH - données au 31/12/2009 non corrigées pour la sous déclaration - * Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration en 2008 et 2009, exploitation ORS Bretagne.

Répartition des découvertes de séropositivité selon les modes de contamination



Sources : InVS Surveillance du VIH - données au 31/12/2009 non corrigées pour la sous déclaration - * Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration en 2008 et 2009, exploitation ORS Bretagne.

Répartition des découvertes de séropositivité selon les motifs de dépistage



Sources : InVS Surveillance du VIH - données au 31/12/2009 non corrigées pour la sous déclaration - * Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration en 2008 et 2009, exploitation ORS Bretagne.

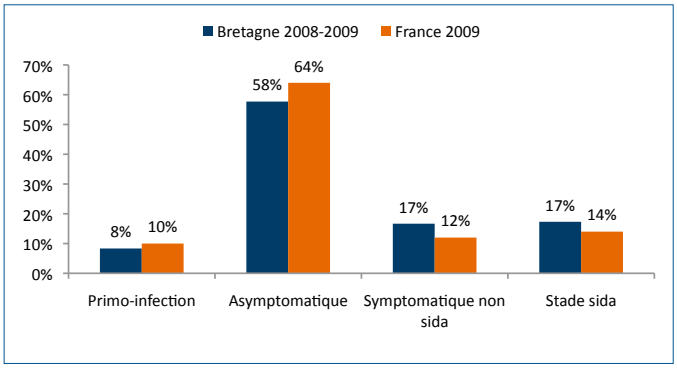
Près d'1 personne sur 10 diagnostiquées précocement

En Bretagne, sur la période 2008-2009, le stade clinique de l'infection lors des découvertes de séropositivité a été précisé dans 91% des cas. Parmi ces personnes ayant découvert leur séropositivité, 8% ont été diagnostiquées au stade précoce de primo-infection, 58% à un stade asymptomatique, 17% l'ont été à un stade symptomatique non sida et la même proportion (17%) à un stade très tardif du sida. En France, ces proportions diffèrent légèrement, les découvertes de séropositivité sont un peu moins tardives ou symptomatiques non sida et, elles ont lieu un peu plus souvent précocement à un stade de primo-infection ou asymptomatique.

Une nouvelle infection sur 4 est récente, davantage en France

La proportion des infections récentes[5] parmi les découvertes de séropositivité au VIH-1 représente 26% en Bretagne contre 30% en France.

Répartition des découvertes de séropositivité selon le stade clinique



Sources : InVS Surveillance du VIH - données au 31/12/2009 non corrigées pour la sous déclaration - * Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration en 2008 et 2009, exploitation ORS Bretagne.

LE SIDA EN BRETAGNE

34 nouveaux malades du sida en Bretagne

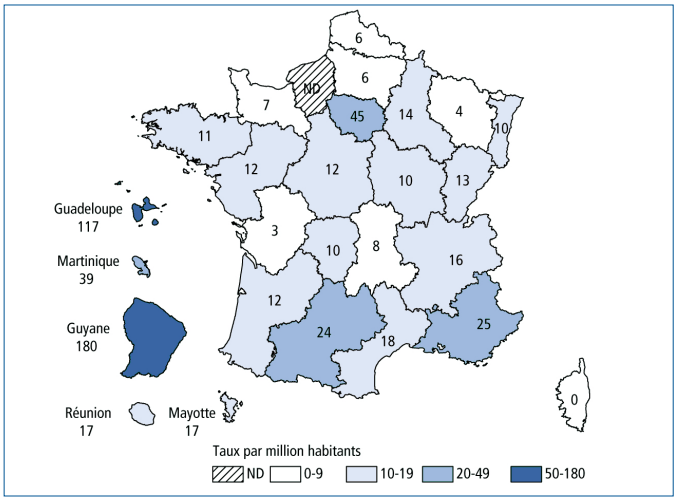
En Bretagne, avec 34 nouveaux cas de sida diagnostiqués, le taux est estimé pour l'année 2009 par l'InVS à 11 cas de sida par million d'habitants, soit une incidence du sida 2 fois inférieure à la moyenne nationale (22 cas par million d'habitants). La région se positionne comme les années précédentes dans la moyenne des régions de France métropolitaine, sa situation s'est d'ailleurs améliorée par rapport à 2008 où elle occupait le 14ème rang (des valeurs triées par ordre croissant) avec une incidence estimée de 17 cas par million d'habitants.

Une décroissance de l'épidémie en lien avec la découverte des antirétroviraux

L'évolution de l'épidémie de sida se traduit par une courbe dont le point culminant se situe en 1994 avec 123 nouveaux cas de sida suivie d'une période de décroissance rapide jusqu'en 1997. Entre 1998 et 2002, une période de stabilisation autour de 40 nouveaux cas annuels de sida diagnostiqués parmi les habitants de Bretagne est observée. A compter de 2003, après une légère décrue, le nombre de cas de sida semble se stabiliser entre 20 et 25. Puis, après 2007, le nombre de nouveaux cas de sida, non redressé pour la sous-déclaration et non corrigé pour les délais de déclaration atteint 21 en 2008 et 15 en 2009[6]. Toutefois, le caractère provisoire de ces dernières données invite à la prudence dans l'interprétation des tendances les plus récentes.

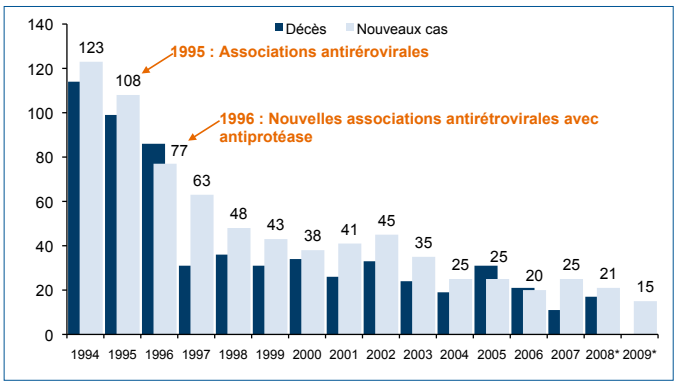
Les décès liés au « sida et infection au VIH » suivent les mêmes tendances avec une forte décroissance entre 1996 et 1997 suivie d'une période où le nombre de décès se stabilise oscillant autour de 30, à l'exception de l'année 2004 où un minimum de 19 a été observé. Ensuite, à compter de 2005, il semble qu'à nouveau le nombre de décès se stabilise autour de 20 décès annuels, à l'exception de l'année 2007 marquée par un minimum historique avec 11 décès.

Taux de cas de sida par million d'habitants (données corrigées)



Sources : InVS BEH n° 45-46, 30 novembre 2010.

Évolution du nombre de nouveaux cas de sida dépistés et du nombre de décès en Bretagne (1994-2009)



Sources : InVS Surveillance du VIH - données au 31/12/2009 non corrigées pour la sous déclaration - * Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration en 2008 et 2009, exploitation ORS Bretagne.

[5] En moyenne moins de 6 mois avant le diagnostic

[6] La série chronologique arrêtée au 31-12-2009 des données régionales issues de la notification obligatoire du sida disponibles à partir de la base de données mise en ligne sur le site de l'InVS n'est pas corrigée pour la sous-déclaration et les données concernant les deux dernières années du recueil ne sont pas corrigées pour les délais de déclaration. A l'inverse, le nombre de cas de sida estimé pour l'année 2009 présenté dans le paragraphe précédent repose sur les notifications reçues jusqu'au 31 mars 2010 pour lesquelles, l'InVS a tenu compte des délais de déclaration des cas diagnostiqués en 2008 et 2009 et de la sous-déclaration (34% sur la période 2004-2006).

Prédominance masculine : 8 diagnostics de sida sur 10

La proportion de cas de sida diagnostiqués chez les femmes a diminué (19% en 2008-2009 contre 28% en 2007) accentuant la prédominance masculine : les hommes sont majoritairement touchés (81% des nouveaux cas en 2008-2009). Néanmoins, le caractère provisoire des données suggère la prudence dans l'interprétation des évolutions les plus récentes.

Prédominance de la contamination hétérosexuelle

Si la contamination par rapports hétérosexuels reste la plus courante sur la période 2008-2009 avec 66% des nouveaux cas de sida, suivie par la contamination par rapports hétérosexuels (31%), il faut noter que pour le quart des contaminations le mode n'est pas connu et qu'aucune d'elle n'a été en lien avec l'usage de drogue. Toutefois, la prudence est aussi de mise dans l'interprétation de ces données du fait de leur caractère provisoire.

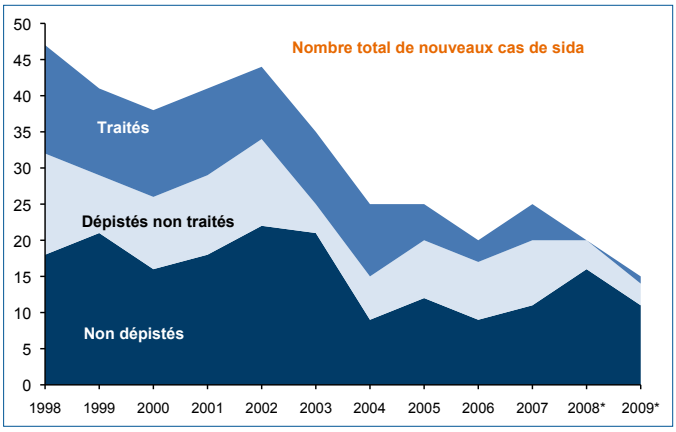
Des retards au diagnostic et absence de traitement antirétroviral dans la majorité des cas

En 2008-2009, en Bretagne, parmi les 36 personnes ayant eu un diagnostic de sida, 77% ne connaissaient pas leur séropositivité au moment du diagnostic de la maladie, 20% en avaient connaissance mais n'avaient pas reçu de traitement antirétroviral et seuls 3% avaient été traités par antirétroviraux avant le stade sida (pour un cas la connaissance d'un traitement par antirétroviral antérieur au stade sida n'était pas connu).

Des pathologies inaugurales le plus fréquemment non tumorales

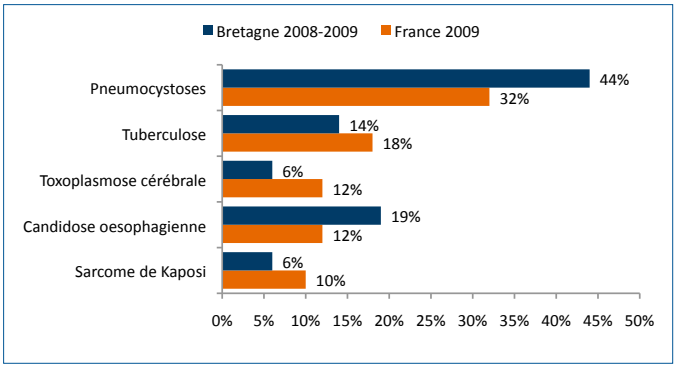
Les pathologies inaugurales de sida non tumorales sont les plus fréquentes : 44% des patients bretons ont présenté une pneumocystose (PCP) contre 32% en France.

Connaissance de la séropositivité et prescription d'un traitement antirétroviral avant le sida en Bretagne (1998-2009)



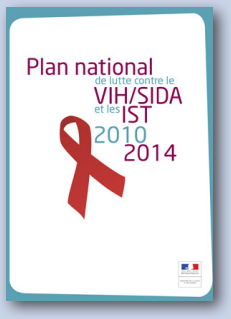
Sources : InVS Surveillance du VIH - données au 31/12/2009 non corrigées pour la sous déclaration - * Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration en 2008 et 2009, exploitation ORS Bretagne.

Proportion de patients selon la pathologie inaugurale du sida



Sources : InVS Surveillance du VIH - données au 31/12/2009 non corrigées pour la sous déclaration - * Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration en 2008 et 2009, exploitation ORS Bretagne.

Perspectives : le Plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014



Le 5ème plan national de lutte contre le VIH/Sida et les autres infections sexuellement transmissibles (IST) a été élaboré à partir des nombreux avis et recommandations des experts et acteurs du domaine permettant la prise en compte des enjeux épidémiologiques actuels, les dernières innovations sur le domaine et la réforme de l'organisation de la santé. Il a été conçu de façon à ce que l'ensemble des acteurs nationaux mais aussi locaux puissent se l'approprier et le décliner de manière articulée avec les plans régionaux de santé, et les programmes d'actions propres à chaque région française.

Les objectifs de santé visés dans ce plan sont à terme de :

- Réduire de 50% l'incidence de l'infection par le VIH,
- Réduire de 50% en 5 ans l'incidence du sida,
- Réduire de 50% la proportion de personnes découvrant leur séropositivité au stade sida,
- Réduire la mortalité liée au sida et,
- Réduire également l'incidence et/ou la prévalence des autres IST.

http://www.sante-sports.gouv.fr/plan-national-de-lutte-contre-le-vih-et-les-ist-2010-2014.html

Numéro thématique

L'infection à VIH-sida en France en 2009 : dépistage, nouveaux diagnostics et incidence

BEH Bulletin épidémiologique hebdomadaire

30 novembre 2010 / n° 45-46

Numéro thématique – L'infection à VIH-sida en France en 2009 : dépistage, nouveaux diagnostics et incidence

Special issue – HIV/AIDS in France in 2009: HIV testing, new diagnoses and incidence

p.419 **Editorial / *Editorial***

p.420 **Sommaire détaillé / *Table of contents***

Coordination scientifique / *Scientific coordination of the issue* : Françoise Cazein et Caroline Semaille, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France et pour le comité de rédaction du BEH : Pierre-Yves Bello, Direction générale de la santé, Paris, France et Bruno Morel, Agence régionale de santé Rhône-Alpes, Lyon, France

Éditorial / *Editorial*

France Lert[1] et Gilles Pialoux[2]

1/ Centre de recherche en Épidémiologie et Santé des Populations, UMRS 1018, Inserm, Université de Versailles Saint-Quentin, Villejuif, France
2/ Service des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Tenon, AP-HP, Paris, France

Avec le plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST 2010-2014 qui vient d'être rendu public [1], un tournant est amorcé dans la politique du dépistage du VIH autour de trois innovations majeures : l'incitation au dépistage à l'initiative des médecins généralistes ou des services de première ligne en population générale ; l'incitation à un dépistage régulier chaque année dans les groupes où l'infection VIH est la plus prévalente, tels que la population des départements français d'Amérique ou les populations migrantes originaires de pays de forte endémie ; et la proposition d'une offre de dépistage communautaire à l'intention des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. De plus, l'idée d'un dépistage répété « autant que nécessaire » n'est plus écartée pour permettre le diagnostic au moment de la primo-infection, période à haut risque de transmission. Ces innovations complètent ce qui reste le pilier de la politique de dépistage depuis plus de 20 ans : le dépistage que chacun choisit de faire pour connaître son statut vis-à-vis du VIH en entrant dans une des quelques 200 Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ou en demandant une prescription à un médecin. Ces innovations étaient attendues depuis plusieurs années par de nombreux acteurs, notamment le Conseil national du sida [2] et les associations, et s'appuient sur les recommandations de la Haute autorité de santé [3] et du rapport sur la prévention et la réduction des risques [4].

Ainsi, ce numéro du BEH apporte des données précises et convergentes à l'appui des nouvelles orientations, données qui constituent un point de repère pour appréhender leur impact futur car il faudra démontrer par des données d'observation du contexte français ce que les modèles et la théorie laissent espérer.

En 2009, les personnes diagnostiquées avec une infection ancienne attestée par une maladie opportuniste (14%) ou une déficience immunitaire marquée (29%) subissent une perte de chance qu'on aimerait ramener au minimum par une stratégie de dépistage renouvelée. Les cas de sida sont désormais principalement observés à plus de 85% chez des personnes qui n'ont pas été traitées [F. Cazein et coll., p. 467]. À ce but premier d'un bénéfice accru des soins pour les personnes directement concernées, s'ajoute désormais un effet potentiel sur la réduction de la transmission du VIH par des personnes diagnostiquées et efficacement traitées [5].

Le niveau particulièrement élevé du recours au test de dépistage en France, 5 millions de tests, questionne pourtant à juste titre la recommandation de proposer le test à la population générale. Ne risque-t-on pas de multiplier les tests sans trouver davantage de personnes positives ? À cela, trois études apportent des réponses :

– d'abord, si les estimations sont exactes, ces personnes qui ne se savent pas infectées sont environ 50 000 [6], et les modalités du diagnostic des nouveaux cas indiquent la proportion élevée de dépistage sur indications symptomatiques [F. Cazein et coll., p. 467]. À l'évidence, le rendement du dépistage est d'autant plus élevé que l'infection est fréquente, comme le montrent les données régionales, mais une activité de dépistage accrue augmente – sauf aux Antilles et en Guyane – le diagnostic des cas au stade de la primo-infection, et ce faisant permet une prise en charge précoce avec un retentissement possible en terme de prévention secondaire [F. Cazein et coll., p. 451] ;

– la modélisation du rapport coût-efficacité montre, sur la base des paramètres actuels, le bénéfice de la stratégie de dépistage en population générale, mais elle en montre aussi les limites : au-delà d'un dispositif de rattrapage (tester les personnes qui ne l'ont jamais été), cette stratégie devient peu

BEH 45-46 / 30 novembre 2010 419

Source : InVS BEH n°45-46, 30 novembre 2010.

EN SAVOIR PLUS

■ **Coordination Régionale de lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine (COREVIH) Bretagne**
CHU de Rennes - Hôpital de Pontchaillou - 35033 RENNES
Téléphone : 02 99 28 95 64 Mail : corevih.bretagne@chu-rennes.fr

■ **Sites internet**

- **Institut national de veille sanitaire : www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm**
- **Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida : www.eurohiv.org**
- **ONUSIDA : www.unaids.org (données Monde)**
- **Réseau des CRIPS (Centre régionaux d'information et de prévention du sida) : www.lecrips.net**
- **Conseil national du sida : http://www.cns.sante.fr**
- **Sida Info Service : http://www.sida-info-service.org**

À retenir ...

Avec un taux de cas de sida diagnostiqués en 2009 estimé à 11 cas par million d'habitants, la Bretagne se positionne dans la moyenne des régions françaises touchées par le sida. Cependant, le retard au dépistage persiste puisque plus des ¾ des personnes chez lesquelles un diagnostic de sida a été posé sur la période 2008-2009 ignoraient leur séropositivité au moment de la découverte de l'infection.

Dans l'ensemble des laboratoires d'analyses médicales bretons, le nombre de sérologies confirmées positives est estimé à 180 sérologies positives en 2009. Le recours au dépistage demeure plus faible dans la région qu'en France : 55 sérologies pour 1 000 habitants contre 77 au niveau national. Toutefois, le taux de tests positifs reste stable et deux fois moins élevé en Bretagne qu'en France : 1 sérologie positive à VIH pour 1 000 tests contre 2,2 au niveau national.

Parallèlement au moindre recours au dépistage dans la région, le taux de sérologie positive positionne la Bretagne parmi les régions françaises de faible incidence, au 4ème rang des régions les moins touchées par le VIH avec 57 sérologies positives à VIH par million d'habitants contre 169 en moyenne nationale.

Agence régionale de santé de Bretagne
20 rue d'Isly - CS 14253 - 35042 RENNES CEDEX
Téléphone : 02 90 08 80 00 • Télécopie : 02 99 30 59 03
http://www.ars.bretagne.sante.fr

Observatoire Régional de Santé de Bretagne
Centre d'affaires Patton - 8D rue Franz Heller - CS 70625 - 35 706 RENNES CEDEX 7
Téléphone - 02 99 14 24 24 • Télécopie - 02 99 14 25 21
http://www.orsbretagne.fr