

Infection par le VIH et IST bactériennes

Données épidémiologiques

28/11/2017

Santé publique France, l'agence nationale de santé publique, produit chaque année, à l'occasion de la « Journée mondiale de lutte contre le sida », des données actualisées sur l'infection par le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes en France. Ces données reposent sur différents systèmes de surveillance auxquels participent biologistes et/ou cliniciens, de façon obligatoire ou volontaire, et sur des enquêtes menées auprès de populations spécifiques.

Points clés

En 2016, le nombre de découvertes de séropositivité VIH est estimé à environ 6 000. Ce nombre a diminué de 5% par rapport à 2013, alors que dans le même temps, l'activité de dépistage en laboratoires a augmenté de 4% (5,4 millions de sérologies VIH réalisées en 2016).

Le nombre de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) réalisés en 2016 dans le cadre d'actions de « dépistage communautaire » est de 56 300 et touche toujours les populations les plus exposées au VIH (32% d'HSH et 31% de migrants en 2016). Ce nombre a diminué par rapport aux 2 années précédentes (autour de 62 000), mais la proportion de TROD positifs reste élevée. En 2016, près de 75 000 autotests ont été vendus en pharmacie, sans possibilité néanmoins de savoir quelle population en a bénéficié. Le nombre de TROD communautaires et de ventes d'autotests reste marginal par rapport à l'activité de dépistage réalisée en laboratoires.

Entre 2013 et 2016, le nombre de découvertes de séropositivité continue à diminuer chez les hétérosexuels (3 200 découvertes en 2016). Cette diminution est surtout observée chez les hommes, qu'ils soient nés en France ou à l'étranger. Par contre, le nombre de découvertes reste stable chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes -HSH- (2 600 découvertes en 2016).

Les HSH et les hétérosexuels nés à l'étranger (dont les $\frac{3}{4}$ sont nés dans un pays d'Afrique subsaharienne) restent les deux groupes les plus touchés et représentent respectivement 44% et 39% des découvertes en 2016. Les hétérosexuels nés en France et les usagers de drogues injectables représentent respectivement 15% et 1%.

En 2016, 43% des découvertes de séropositivité concernaient des personnes qui déclarent n'avoir jamais été testées auparavant. Dans les populations où le dépistage doit être réalisé régulièrement, HSH et hétérosexuels nés à l'étranger, cette proportion est respectivement de 26% et de 58%. Dans un contexte de prévention combinée du VIH (préservatif, dépistage, PreP¹, TPE², TASP³), le dépistage du VIH doit donc encore être intensifié dans les populations les plus exposées, afin de réduire la proportion de ceux qui ignorent leur séropositivité

¹ Prophylaxie pré-exposition au VIH

² Traitement post-exposition au VIH

³ Treatment as prevention

pour leur permettre de bénéficier d'un traitement antirétroviral. Le TASP, qui évite la transmission du VIH des personnes séropositives à leurs partenaires, constitue un enjeu majeur pour contrôler l'épidémie. Le nombre de personnes ayant initié une prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP) en 2016 (environ 3 000, principalement des HSH) est sans doute encore trop faible pour avoir un impact sur la dynamique de l'épidémie dans cette population.

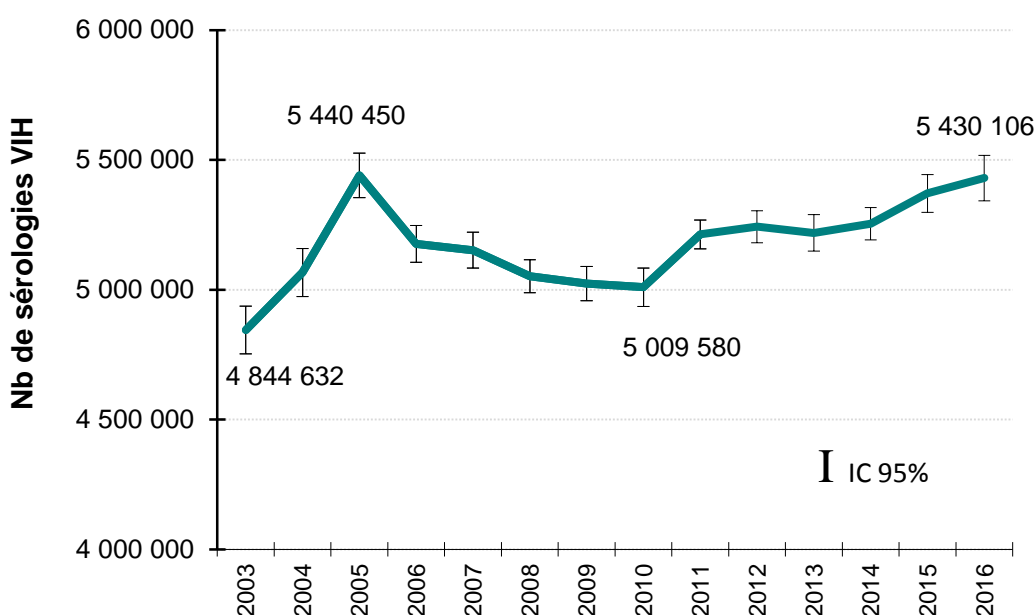
Concernant les IST bactériennes, la progression des infections à gonocoque et des infections ano-rectales à *Chlamydia trachomatis* se poursuit chez les HSH. Par contre, le nombre de syphilis n'augmente plus en 2016 dans cette population. Ce constat devra néanmoins être consolidé dans les années à venir. Le dépistage régulier des IST bactériennes, couplé à celui du VIH, reste indispensable dans une approche globale de santé sexuelle.

I - Le dépistage de l'infection par le VIH

La surveillance de l'activité de dépistage du VIH en France est réalisée grâce aux données des laboratoires d'analyse médicale (recueil LaboVIH), complétées par celles des associations habilitées à réaliser des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) et par le nombre d'autotests vendus en pharmacie.

En 2016, 5,4 millions de sérologies VIH ont été réalisées par les laboratoires d'analyse médicale (de ville ou hospitaliers). Ce nombre a augmenté de +4% par rapport à 2013 (Fig 1). Cette augmentation est plus marquée dans les départements d'Outre-Mer -DOM- (+9%) qu'en métropole (+4%). L'activité de dépistage est par contre stable en Île-de-France (IdF). En 2016, les régions où l'activité de dépistage du VIH est la plus importante sont la Guyane et la Guadeloupe (environ 180 sérologies/1 000 habitants), la Martinique (148), puis l'IdF (112), la Réunion (105), Provence-Alpes-Côte d'Azur (102) et Mayotte (101). Les autres régions ont des taux compris entre 58 et 79 sérologies réalisées pour 1 000 habitants.

Fig. 1 : Nombre de sérologies VIH réalisées en laboratoires en France, 2003-2016
(Source : LaboVIH 2016, SpFrance)



En 2016, comme les années précédentes, les trois quarts des sérologies ont été réalisées par des laboratoires de ville.

Environ 300 000 sérologies ont été prescrites dans un cadre anonyme en 2016 (6% de l'ensemble des sérologies). Ce nombre est stable depuis 2013.

Le nombre de TROD réalisés par les associations de santé communautaire en 2016 est de 56 300. Ce nombre a diminué par rapport aux deux années précédentes (61 500 en 2014 et 62 200 en 2015). Les HSH (32%) et les migrants (31%) représentent toujours la majorité des personnes dépistées par TROD, ce qui explique que la proportion de tests positifs est plus élevée (8,7 tests positifs pour mille TROD réalisés) comparativement aux sérologies réalisées par les laboratoires (2,0 sérologies positives pour 1 000).

Le nombre d'autotests VIH vendus en pharmacie au cours de l'année 2016 est de 74 650, sans possibilité de connaître la population y ayant recours. Au 31 décembre 2016, près de la moitié des pharmacies disposaient d'autotests à la vente.

Le nombre de TROD communautaires et de ventes d'autotests reste marginal par rapport à l'activité de dépistage réalisée par les laboratoires.

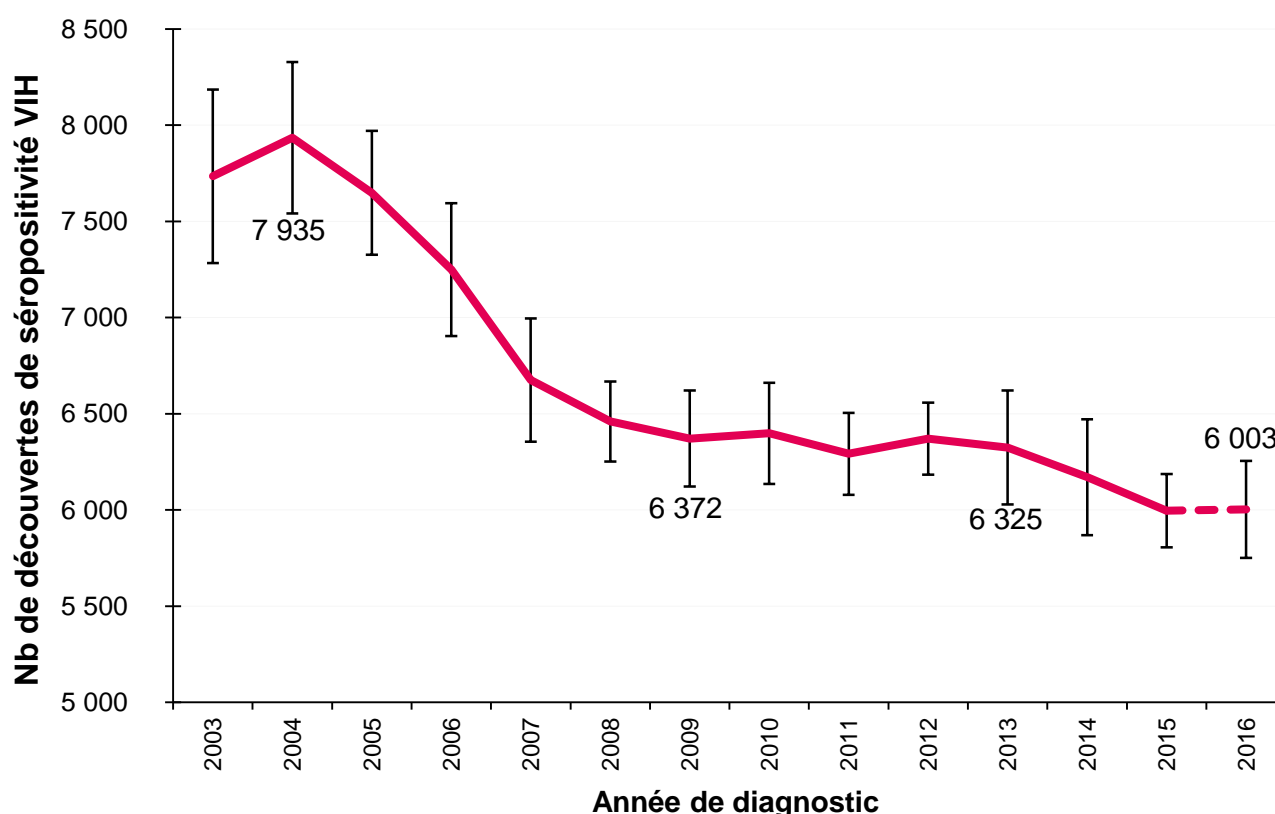
II - Les découvertes de séropositivité VIH

Les données sur les découvertes de séropositivité VIH sont disponibles grâce à la déclaration obligatoire du VIH, réalisée par les biologistes et les cliniciens, qui doivent déclarer depuis avril 2016 les cas qu'ils diagnostiquent par le biais d'une application web (e-DO).

On estime à 6 003, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2016 (Fig. 2). Ce nombre a diminué de 5% par rapport à 2013.

Le dernier point d'estimation devra être confirmé ultérieurement. En effet, le passage d'une déclaration papier à une déclaration en ligne (e-DO) depuis avril 2016 a considérablement réduit les délais de déclaration, ce qui a impacté les calculs de redressement des données.

Fig. 2 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH, France, 2003-2016
(Source : Déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 30/06/2017, SpFrance)



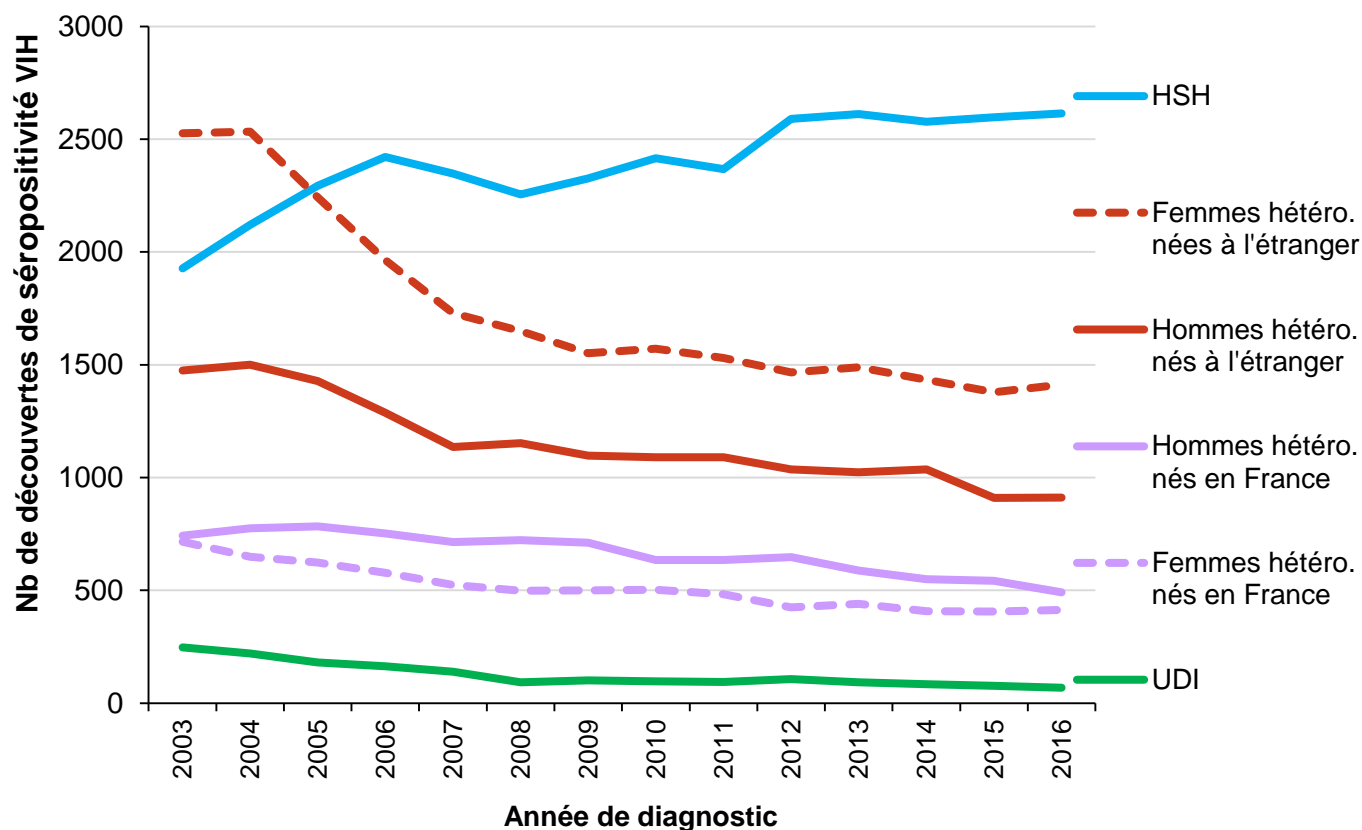
Près des trois quarts des séropositivités (73%) ont été découvertes à l'hôpital et plus d'un quart (27%) en médecine de ville, alors qu'un quart des sérologies sont réalisées à l'hôpital et trois-quarts en ville (cf. paragraphe I).

En 2016, les hommes représentent 69% des découvertes de séropositivité ; cette proportion est stable depuis plusieurs années. Les personnes de moins de 25 ans représentent toujours 11% des découvertes. Après avoir augmenté entre 2003 et 2014 (de 13% à 21%), la part des 50 ans s'est stabilisée (20% en 2016).

Entre 2013 et 2016, le nombre de découvertes de séropositivité continue à diminuer chez les hétérosexuels (-9%, 3 200 découvertes en 2016) (Fig. 3). Cette diminution est surtout observée chez les hommes, qu'ils soient nés en France ou à l'étranger. Par contre, le nombre de découvertes reste stable chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes -HSH- (2 600 découvertes en 2016).

Les HSH et les hétérosexuels nés à l'étranger (dont les ¼ sont nés dans un pays d'Afrique subsaharienne) restent les deux groupes les plus touchés et représentent respectivement 44% et 39% des découvertes en 2016. Les hétérosexuels nés en France et les usagers de drogues injectables (UDI) représentent respectivement 15% et 1%.

Fig. 3 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination et par lieu de naissance, France, 2003-2016
(Source : Déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 30/06/2017, SpFrance)



La proportion de diagnostics précoces et tardifs est stable depuis plusieurs années. En 2016, 37% des séropositivités VIH ont été découvertes à un stade précoce⁴, sans augmentation depuis 2012. Celle des découvertes à un stade avancé⁵ est de 27%, sans diminution depuis 2013.

Cette stabilité est également observée pour chaque mode de contamination. La proportion de diagnostics à un stade avancé est toujours plus élevée chez les UDI (43% de diagnostics à un stade avancé en 2016). Chez les hétérosexuels, il existe un gradient selon le sexe et le lieu de naissance : hommes hétérosexuels nés à l'étranger (40% de diagnostics à un stade avancé) ou en France (35%), femmes hétérosexuelles nées à l'étranger (32%) ou en France (26%). Chez les HSH, cette proportion est de 18%.

En 2016, 43% des découvertes de séropositivité concernaient des personnes déclarant n'avoir jamais été testées auparavant. Dans les populations où le dépistage doit être réalisé régulièrement, HSH et hétérosexuels nés à l'étranger, cette proportion est respectivement de 26% et de 58%.

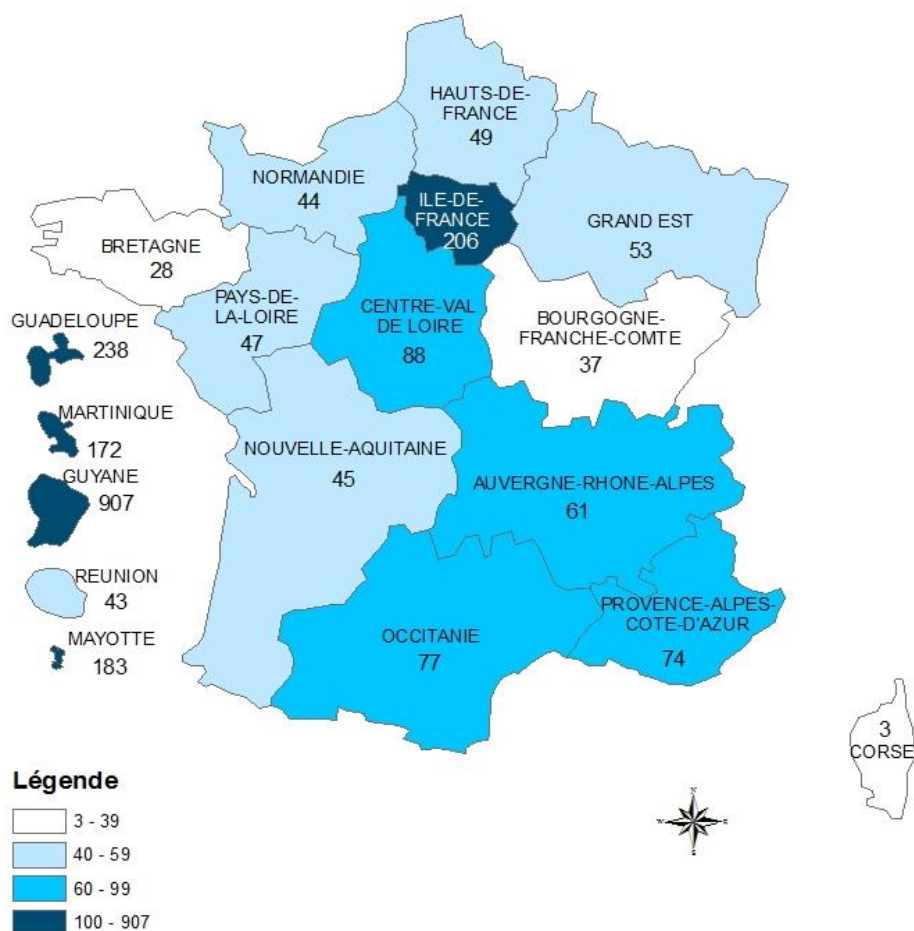
Rapporté à la population, le nombre de découvertes de séropositivité est de 90 par million d'habitants. Ce taux est beaucoup plus élevé en Guyane, puis en Guadeloupe et Île-de-France (IdF), puis à Mayotte et en Martinique. En dehors de l'IdF, les 4 régions de métropole ayant les taux les plus élevés sont le Centre-Val de Loire, l'Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Auvergne-Rhône-Alpes (Fig. 4).

Aucune diminution significative du nombre de découvertes de séropositivité n'est observée entre 2013 et 2016 par « grande » région : de 2 700 à 2 500 cas en IdF, de 2 960 à 2 870 en métropole hors IdF et de 508 à 488 dans les DOM. La région IdF concentre encore 42% des découvertes de séropositivité et les DOM 8%, alors que ces deux régions concentrent respectivement 18% et 3% de la population vivant en France.

⁴ Diagnostic précoce : diagnostic au stade de primo-infection, ou CD4>500/mm³ hors stade sida

⁵ Diagnostic au stade avancé : diagnostic au stade sida, ou CD4<200/mm³ hors primo-infection

Fig. 4 : Taux de découvertes de séropositivité VIH (par million d'hab.) par région de domicile, France, 2016
(Source : Déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 30/06/2017, SpFrance)



III – Les IST bactériennes

La surveillance des IST bactériennes repose sur un réseau de cliniciens volontaires (réseau RésIST, pour la syphilis et les gonococcies) exerçant en grande majorité en CeGIDD⁶, ainsi que 2 réseaux de laboratoires volontaires (pour les gonococcies et les infections à *Chlamydia trachomatis*). Cette surveillance permet de suivre les tendances du nombre de cas diagnostiqués et leurs caractéristiques, mais n'étant pas exhaustive, elle ne permet pas de connaître le nombre total de cas diagnostiqués chaque année en France.

En 2016, le nombre d'infections à gonocoque continue d'augmenter. Cette progression est particulièrement marquée chez les HSH (+127% entre 2014 et 2016) comparativement aux hétérosexuels (+29% sur la même période). L'augmentation est observée aussi bien en IdF que dans l'ensemble des régions métropolitaines. Près de 70% des infections à gonocoque rapportées par les cliniciens en 2016 concernent des HSH. Les données de surveillance de la sensibilité du gonocoque aux antibiotiques sont rassurantes : aucune souche résistante au ceftriaxone (traitement de référence) n'a été isolée depuis 2011.

Le nombre d'infections ano-rectales à *C. trachomatis* continue également d'augmenter et concerne toujours les HSH dans plus de 90% des cas.

Par contre, le nombre de syphilis récentes (contaminations datant de moins de 1 an) et d'infections urogénitales à *C. trachomatis* se stabilise en 2016, dans un contexte où l'activité de dépistage de la syphilis continue à augmenter, ainsi que celle de l'infection à *C. trachomatis* (données du Sniiram). Cette stabilisation du nombre de cas devra néanmoins être confirmée avec les données d'une année supplémentaire et avec les estimations d'incidence qui seront produites à partir des données de remboursement de l'assurance maladie

⁶ CeGIDD : Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH, des hépatites virales et des IST

(Sniiram). L'incidence de la syphilis diagnostiquée en ville a pu être estimée à près de 3 500 cas pour l'année 2013 et pourra être ré-actualisée pour l'année 2017, dans la mesure où le traitement de référence, l'extencilline, est à nouveau disponible.

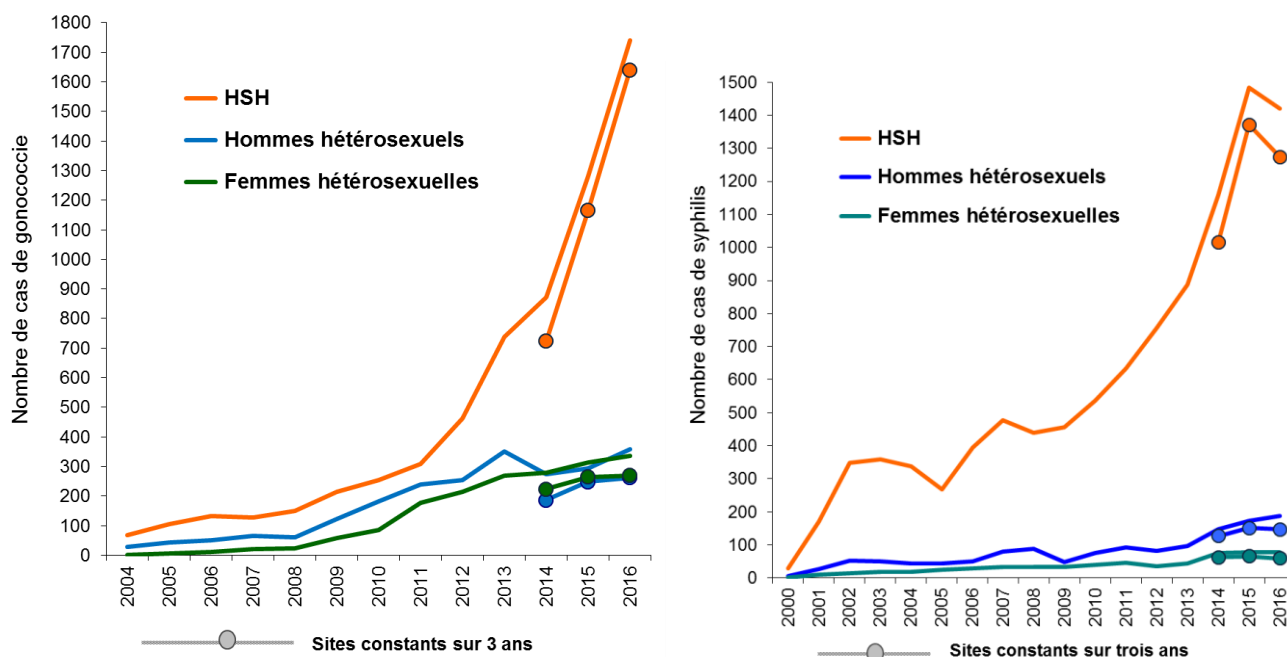
La stabilisation du nombre de cas de syphilis concerne aussi bien les HSH, qui représentent 81% des cas, que les hétérosexuels. La stabilisation des infections urogénitales à *C. trachomatis* s'observe aussi bien chez les hommes et chez les femmes, en IdF et hors IdF.

Les deux tiers (66%) des cas rapportés en 2016 sont des femmes, en majorité âgées de 15 à 24 ans, ce qui reflète en partie l'application des recommandations du dépistage systématique des jeunes femmes dans les centres dédiés (CeGIDD⁶ et CPEF⁷).

Fig. 5 : Nombre de cas de gonococcie et de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, France
(Source : Réseau RésIST, SpFrance)

5a. Cas de gonococcies (2004-2016)

5b. Cas de syphilis récente (2000-2016)



NB : le nombre de sites participant au réseau RésIST a augmenté au cours du temps, d'où l'importance d'analyser les tendances à sites constants sur les années récentes.

IV - Les HSH, population la plus touchée par le VIH et les IST bactériennes

En 2016, environ 2 600 HSH ont découvert leur séropositivité VIH, représentant 44% de l'ensemble des découvertes. Leur nombre a augmenté jusqu'en 2012, puis s'est stabilisé. Cette stabilité est notamment observée en IdF.

En 2016, 20% des découvertes de séropositivité chez les HSH concernent des hommes nés à l'étranger (7% sur le continent américain, 4% en Afrique subsaharienne, 4% en Europe et 5% ailleurs). Leur nombre a augmenté de façon non significative entre 2013 et 2016 (+18%).

Parmi l'ensemble des découvertes de séropositivité chez les HSH, la proportion des 15-24 ans est stable depuis 2012 (15%) et celle des 50 ans et plus, depuis 2014 (15%).

Près de la moitié des découvertes en 2016 chez des HSH étaient des diagnostics précoces⁴, proportion stable depuis 2012. La proportion de découvertes au stade avancé⁵ de l'infection est de 18% en 2016, sans diminution sur les années récentes. Par ailleurs, 26% des HSH ayant découvert leur séropositivité en 2016 ont déclaré n'avoir jamais été testés auparavant, alors que la recommandation pour cette population était d'au moins un dépistage tous les ans.

⁷ CPEF : centre de planification et d'éducation familiale

De même, l'étude Prévagay, réalisée fin 2015 auprès d'HSH fréquentant les lieux de convivialité gay de 5 villes de France (Nice, Montpellier, Lyon, Lille et Paris), a montré que seuls 63% des répondants avaient réalisé un dépistage du VIH dans les 12 derniers mois. Dans un contexte de prévention combinée du VIH (préservatif, dépistage, PrEP¹, TPE², TASP³), le dépistage du VIH doit donc encore être intensifié selon les nouvelles recommandations 2017 de la HAS (dépistage du VIH chez les HSH tous les 3 mois). Il est effectivement indispensable de réduire l'épidémie cachée (HSH ignorant leur séropositivité) pour leur permettre de bénéficier d'un traitement antirétroviral, et ainsi éviter la transmission du VIH à leurs partenaires.

En 2016, les infections à gonocoque et les infections ano-rectales à *Chlamydia trachomatis* continuent à augmenter chez les HSH. Cette dernière augmentation concerne à la fois les infections à *C. trachomatis* de sérovar L, appelées lymphogranulomatoses vénériennes (LGV), et celles à sérovar non L. Le nombre de syphilis chez les HSH se stabilise en 2016, mais cette stabilisation nécessitera d'être confirmée avec les données de l'année 2017.

Le niveau de co-infections par le VIH chez les HSH diagnostiqués pour une LGV, une syphilis ou une gonococcie (respectivement 76%, 36% et 19% en 2016) reste élevé et reflète une utilisation insuffisante du préservatif chez les HSH séropositifs, observée dans les études comportementales depuis plusieurs années.

V - Les personnes contaminées par rapports hétérosexuels

En 2016, environ 3 200 personnes contaminées par rapports hétérosexuels ont découvert leur séropositivité VIH, représentant 54% de l'ensemble des découvertes. Ce nombre a diminué de 9% par rapport à 2013.

Les 2 300 personnes hétérosexuelles nées à l'étranger représentent la majorité des découvertes chez les hétérosexuels. Il s'agit essentiellement de personnes nées en Afrique subsaharienne (80%) et de femmes (63%). Les découvertes à un stade avancé⁵ concernent plus particulièrement les hommes que les femmes. Les analyses de sérotypage réalisées par le Centre national de référence du VIH montrent que chez les hétérosexuels nés en Afrique subsaharienne, 34% des hommes et 24% des femmes ont été infectés par un VIH-1 de sous-type B. Ceci est en faveur d'une contamination en France, dans la mesure où cette souche virale est quasiment absente du continent africain. L'étude ANRS-Parcours réalisée en 2012 auprès de migrants africains séropositifs avait également mis en évidence l'importance des contaminations après l'arrivée en France, plus marquée chez les hommes (44%) que chez les femmes (30%).

Environ 900 personnes hétérosexuelles nées en France ont découvert leur séropositivité en 2016, parmi lesquelles on compte une majorité d'hommes (54%). La proportion des 15-24 ans a tendance à diminuer depuis 2013 (de 11% en 2013 à 7% en 2016). Plus d'un tiers de ces hétérosexuels (37%) ont 50 ans ou plus, sans tendance à l'augmentation depuis plusieurs années.

Une augmentation du nombre de gonococcies est observée chez les hommes et femmes hétérosexuelles, depuis 2008, malgré un nombre de cas encore faible. Les cas de gonococcie concernent particulièrement les jeunes (âge médian au diagnostic de 25 ans chez les hommes hétérosexuels et de 22 ans chez les femmes hétérosexuelles), d'où l'importance d'un dépistage de cette population en cas de rapports non protégés, compte-tenu des conséquences potentielles en termes de fertilité.

Concernant les infections urogénitales à *C. trachomatis*, dont le nombre se stabilise en 2016, la surveillance qui repose sur un réseau de laboratoires ne permet pas de décrire l'orientation sexuelle des patients. Néanmoins, la forte représentation des femmes parmi les cas déclarés laisse supposer que l'infection se transmettrait davantage dans le cadre de rapports hétérosexuels.

VI - Les usagers de drogues injectables

Le nombre d'UDI découvrant leur séropositivité VIH est toujours très faible (environ 70 cas, soit 1% de l'ensemble des diagnostics en 2016), ce nombre est stable par rapport à 2013. La majorité d'entre eux sont des hommes (75%). La part des UDI nés à l'étranger fluctue selon les années, elle est particulièrement importante en 2016, 59% des UDI étant nés à l'étranger (principalement nés en Europe de l'Est et du Centre). La part des UDI diagnostiqués au stade avancé de l'infection reste toujours importante (43% en 2016) et retarde leur accès aux traitements antirétroviraux.

Conclusion

Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH reste élevé en 2016, environ 6 000, dont 27% ont été diagnostiquées à un stade avancé de l'infection et 43% n'avaient jamais été testées auparavant. Ces chiffres soulignent l'importance du dépistage du VIH, indispensable pour atteindre le premier des objectifs de l'ONUSIDA (90% de personnes diagnostiquées parmi celles vivant avec le VIH) dans la lutte contre l'épidémie.

Le dépistage du VIH doit encore être intensifié dans les populations les plus exposées (HSH et hétérosexuels nés à l'étranger), afin de réduire la proportion de ceux qui ignorent leur séropositivité et leur permettre de bénéficier d'un traitement antirétroviral. En réduisant considérablement la quantité de virus circulant, le traitement génère un bénéfice individuel mais également collectif. Il évite la transmission du VIH des personnes séropositives à leurs partenaires et constitue donc un enjeu majeur pour contrôler l'épidémie.

Parallèlement au dépistage et au traitement de personnes séropositives, la prévention dans ces populations doit être poursuivie, grâce à la promotion des autres outils disponibles (préservatif, traitement post-exposition, prophylaxie pré-exposition).

Enfin, le dépistage régulier des IST bactériennes, couplé à celui du VIH, reste indispensable dans une approche globale de santé sexuelle. Un diagnostic précoce des IST bactériennes chez les patients et leurs partenaires, suivi d'un traitement antibiotique conforme aux recommandations, est indispensable pour interrompre leur transmission, dans un contexte où le préservatif n'est pas systématiquement utilisé.

**Directeur de la
publication**
François Bourdillon

Rédactrice en chef
Florence Lot

Santé publique France
12 rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice cedex
Tél : 33 (0)1 41 79 67 00
www.santepubliquefrance.fr