

Infection par le VIH et les IST bactériennes

Données épidémiologiques

29/11/2016

Santé publique France, l'agence nationale de santé publique (ex Institut de veille sanitaire) produit chaque année, à l'occasion de la « Journée mondiale de lutte contre le sida », des données actualisées sur l'infection à 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

Le nombre de découvertes de séropositivité VIH est estimé à près de 6 000 en 2015 ; ce nombre est stable depuis 2011. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (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 43% et 38% des découvertes en 2015. Les hétérosexuels nés en France et les usagers de drogues injectables (UDI) représentent respectivement 16% et 2%.

Le nombre de découvertes de séropositivité ne diminue toujours pas chez les HSH, contrairement à ce que l'on observe chez les hétérosexuels, hommes ou femmes, qu'ils soient nés en France ou à l'étranger. Environ 2 600 HSH ont découvert leur séropositivité en 2015.

On observe une plus grande précocité des diagnostics en 2015, dans un contexte où **l'activité globale de dépistage du VIH a augmenté de 3% par rapport à 2013** (5,4 millions de sérologies réalisées en laboratoires en 2015).

Le nombre de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) réalisés en 2015 dans le cadre d'actions de « dépistage communautaire » est de 62 200, similaire à celui de 2014. Il reste marginal par rapport à l'activité globale de dépistage. Par contre, en ciblant des populations particulièrement exposées au VIH (30% d'HSH et 31% de migrants en 2015), le taux de positivité y est plus élevé.

Le dépistage du VIH doit encore être intensifié dans ces populations afin de réduire la proportion de ceux qui ignorent leur séropositivité. Ceci devrait être rendu possible grâce à une offre diversifiée en termes d'outils (tests classiques en laboratoires, TROD communautaires, ventes d'autotests en pharmacie), et de lieux dédiés, comme les CeGIDD¹ qui ont vu le jour début 2016.

La progression des IST bactériennes (syphilis précoces, infections à gonocoque, et lymphogranulomatoses vénériennes-LGV-) se poursuit, notamment chez les HSH. Dans un contexte de prévention combinée du VIH (préservatif, dépistage, PreP², TPE³, TASP⁴), le dépistage précoce des IST bactériennes, suivi d'un traitement adapté, est indispensable pour interrompre leur transmission.

¹ Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH, des hépatites virales et des IST

² Prophylaxie pré-exposition au VIH

³ Traitement post-exposition au VIH

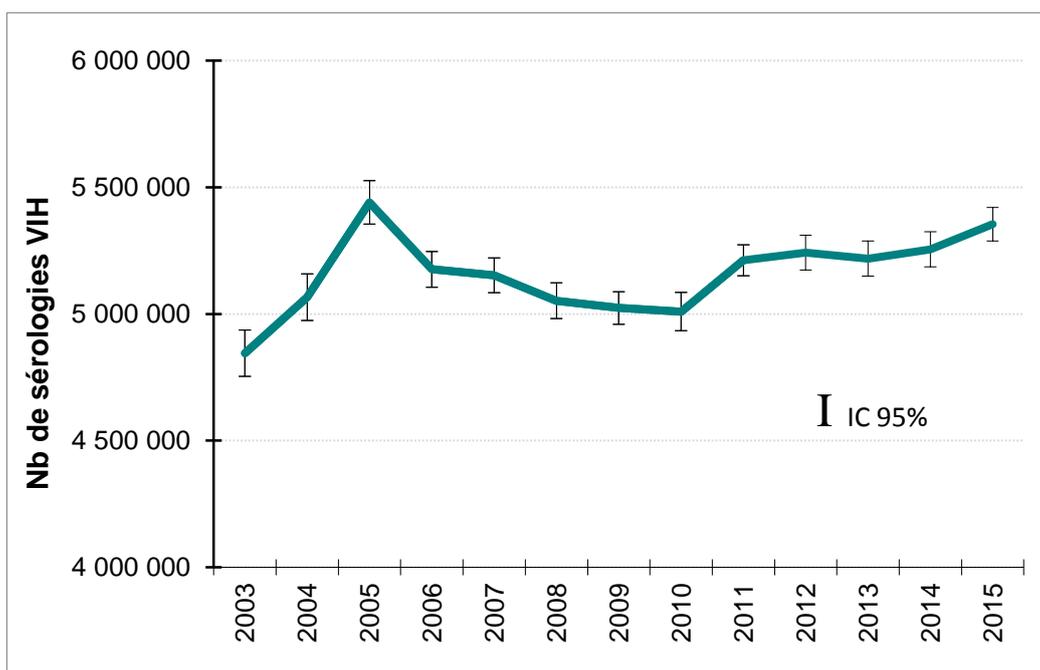
⁴ « Treatment as prevention »

I - Le dépistage de l'infection à VIH

En 2015, 5,4 millions de sérologies VIH ont été réalisées par les laboratoires de biologie médicale (de ville ou hospitaliers). Ce nombre a augmenté de façon modérée (+3%) par rapport à 2013 (Fig 1). Cette augmentation est observée en métropole hors Île-de-France et dans les départements d'Outre-Mer (DOM), mais pas en Île-de-France.

La recommandation actuelle de dépistage généralisé n'a donc pas été largement appliquée par les professionnels de santé, notamment en raison de la difficulté de prescrire un test en population générale, en dehors d'un contexte clinique particulier ou d'une prise de risque. La stratégie globale de dépistage du VIH est actuellement en cours de réévaluation par la Haute Autorité de Santé (HAS), qui devrait rendre ses conclusions début 2017.

Fig. 1 : Nombre de sérologies VIH réalisées en France, 2003-2015
(Source : LaboVIH, données corrigées au 31/12/2015, SpFrance)



Comme les années précédentes, les trois quarts des sérologies réalisées en 2015 l'ont été par des laboratoires de ville.

Le nombre de sérologies prescrites dans le cadre d'une consultation de dépistage anonyme est assez stable au cours du temps (environ 330 000 sérologies anonymes en 2015) et représente 6% de l'ensemble des sérologies en 2015.

Le nombre de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) réalisés par les associations de santé communautaire depuis la fin de l'année 2011, reste marginal par rapport à l'activité globale de dépistage. En 2015, 62 200 TROD communautaires ont été réalisés, nombre similaire à celui de 2014. Parmi ces TROD, 30% l'ont été chez des HSH, 31% chez des migrants, 12% dans d'autres populations exposées au VIH (populations précaires, UDI, personnes en situation de prostitution), et 27% chez des personnes n'appartenant pas à ces publics cibles.

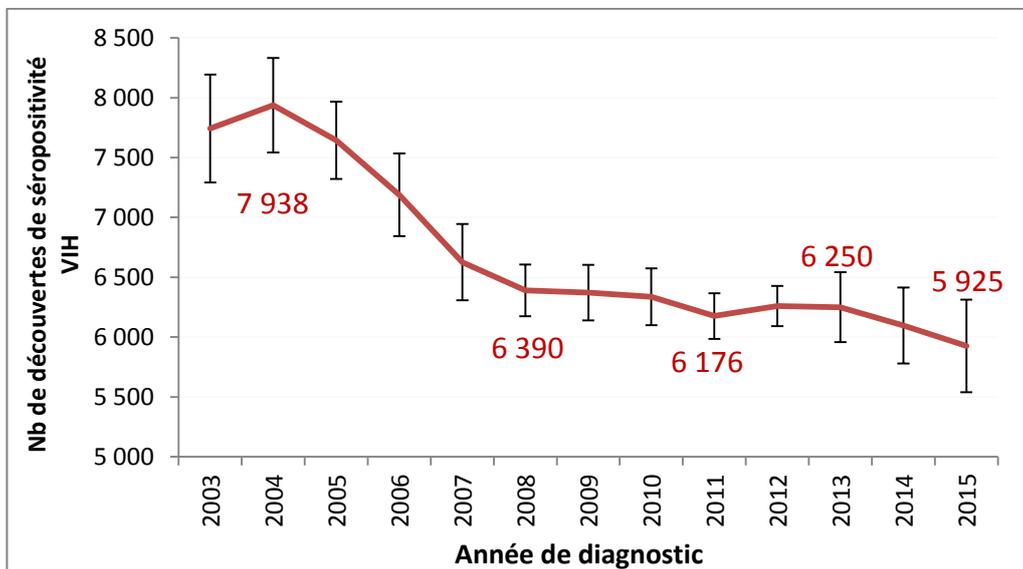
Les autotests VIH sont disponibles en pharmacie depuis septembre 2015. Près de 90 000 ont été vendus depuis cette date jusqu'à fin septembre 2016.

Malgré le faible nombre de dépistages réalisés par TROD communautaires ou dans un cadre anonyme, comparativement à l'activité globale de dépistage, **la proportion de tests positifs** y est plus élevée, en lien avec les caractéristiques des populations dépistées. Ainsi, en 2015, cette proportion est de 7,7 pour mille TROD communautaires, de 3,3 pour mille sérologies anonymes, et de 1,9 pour mille sérologies non anonymes.

II - Les découvertes de séropositivité VIH

Près de 6 000 personnes ont découvert leur séropositivité VIH en 2015, ce nombre est stable depuis 2011 (Fig. 2). Le dernier point d'estimation est toujours plus sujet à variabilité (intervalle de confiance large), et l'estimation du nombre de découvertes en 2015 devra être confirmée.

Fig. 2 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH, France, 2003-2015
(Source : Déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 31/12/2015, SpFrance)

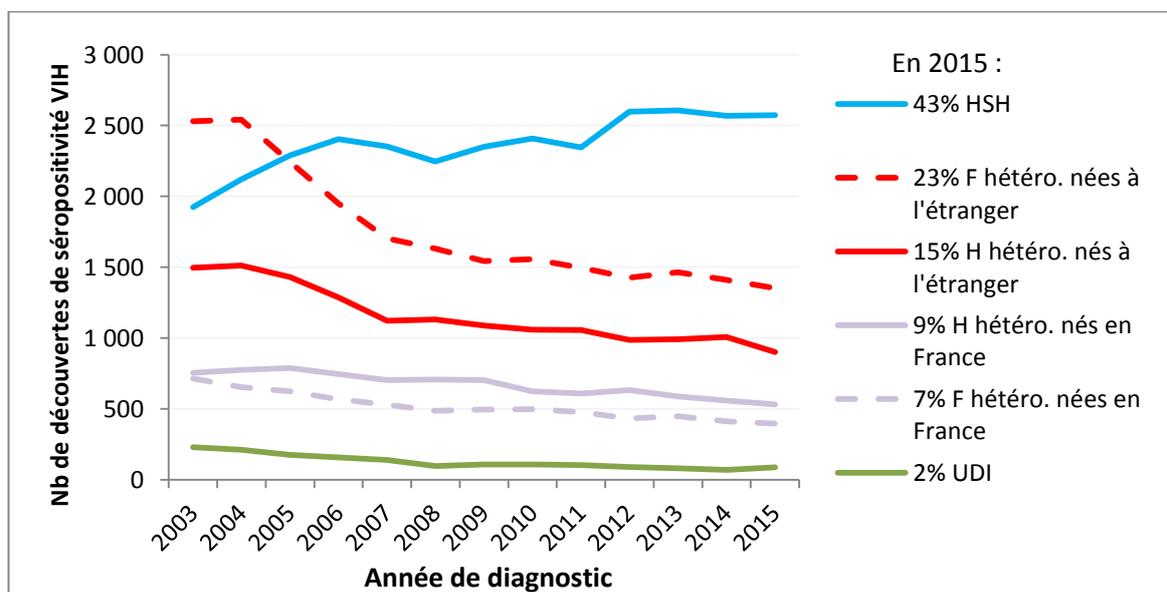


Les deux tiers de ces séropositivités (68%) ont été découvertes à l'hôpital et un tiers (32%) en médecine de ville (pour rappel, un quart des sérologies sont réalisées à l'hôpital et trois-quarts en ville, cf. paragraphe I).

En 2015, les hommes représentent 70% des découvertes de séropositivité. Les personnes de moins de 25 ans représentent 12% des découvertes et celles de 50 ans et plus, 19%.

La diminution des découvertes de séropositivité VIH se poursuit chez les hétérosexuels sur les années récentes, qu'ils soient hommes ou femmes, nés en France ou à l'étranger. En revanche, **le nombre de découvertes ne diminue toujours pas chez les HSH** et se stabilise chez les UDI. (Fig. 3).

Fig. 3 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination et par pays de naissance, France, 2003-2015
(Source : Déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 31/12/2015, SpFrance)

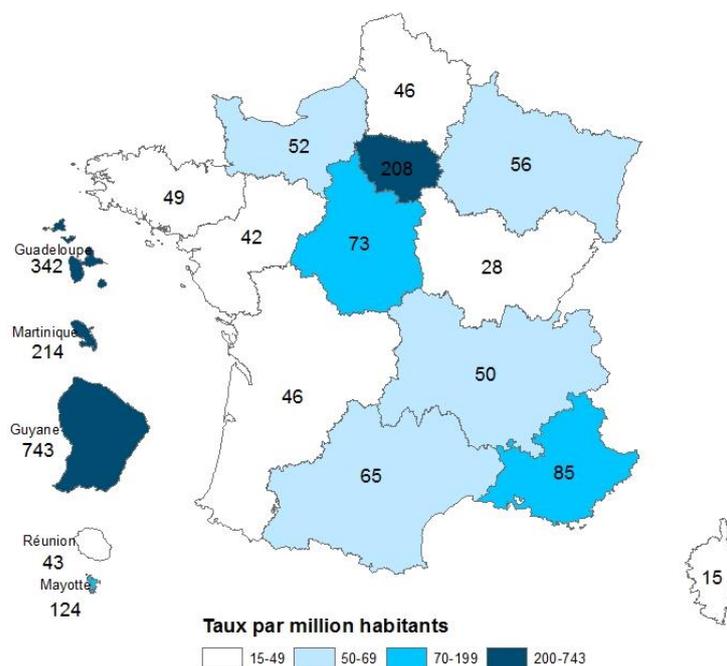


La tendance à une plus grande précocité des diagnostics se poursuit en 2015. Sur cette dernière année, 39% des séropositivités VIH ont été découvertes à un stade précoce⁵. La proportion de découvertes à un stade avancé⁶ en 2015 est de 27%, sans diminution sur les années récentes.

La proportion de diagnostics à un stade précoce reste plus élevée chez les HSH (49% de diagnostics précoces en 2015) et chez les femmes hétérosexuelles nées en France (47%) que chez celles nées à l'étranger (32%), les hommes hétérosexuels nés en France (32%) et ceux nés à l'étranger (23%). Chez les UDI, cette proportion est de 32%.

Rapporté à la population, le nombre de découvertes de séropositivité est de 89 par million d'habitants. Ce taux est beaucoup plus élevé en Guyane, puis en Guadeloupe, Martinique et Île-de-France (IdF). En dehors de l'IdF, les 2 régions de métropole ayant les taux les plus élevés sont la Provence-Alpes-Côte d'Azur et le Centre-Val de Loire. (Fig. 4)

*Fig. 4 : Taux de découvertes de séropositivité VIH par région de domicile, France, 2003-2015
(Source : Déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 31/12/2015, SpFrance)*

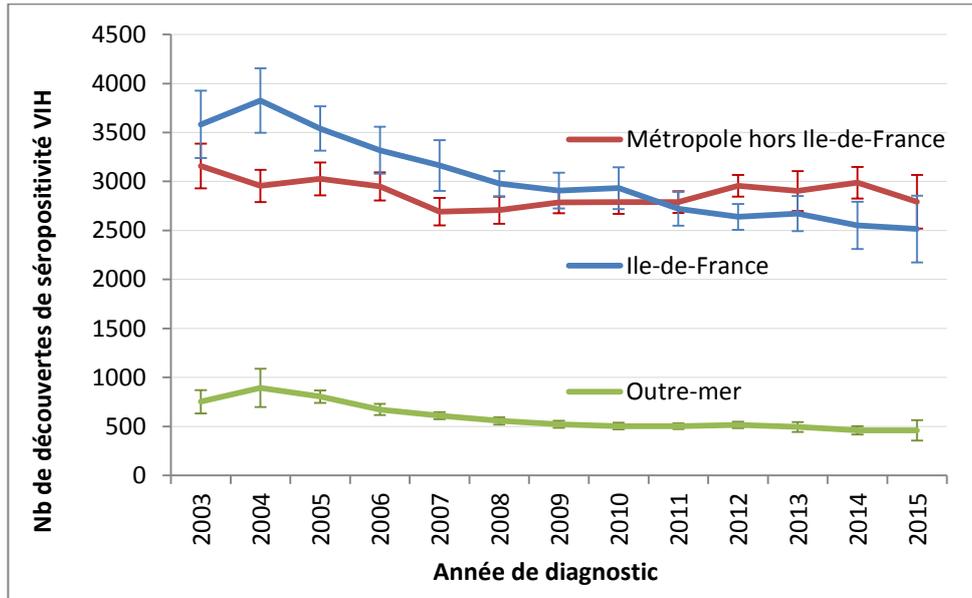


Depuis 2012, un nombre plus élevé de séropositivités sont découvertes en métropole hors IdF (environ 2 800 en 2015) qu'en IdF (environ 2 500) (Fig. 5). La région IdF concentre encore néanmoins 42% des découvertes de séropositivité et les DOM 8%, alors que ces deux régions représentent respectivement 18% et 3% de la population vivant en France.

⁵ Diagnostic précoce : diagnostic au stade de primo-infection, ou CD4>500/mm³ hors stade sida

⁶ Diagnostic au stade avancé : diagnostic au stade sida, ou CD4<200/mm³ hors primo-infection

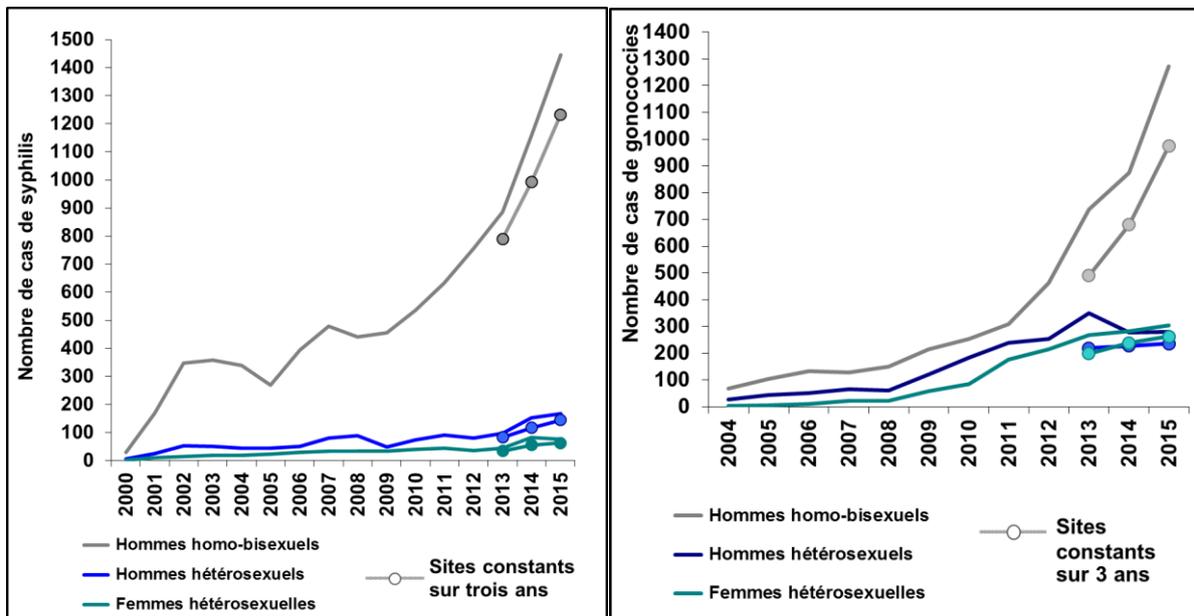
Fig. 5 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par région de domicile, France, 2003-2015
(Source : Déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 31/12/2015, SpFrance)



III – Les IST bactériennes

En 2015, le nombre de **syphilis précoces** (contamination datant de moins de 1 an), **d'infections à gonocoque et de LGV rectales** (infection à *Chlamydia* d'un sérotype particulier) **continue d'augmenter**. Cette progression est particulièrement marquée chez les HSH. Une augmentation du nombre de syphilis et de gonococcies est également observée chez les hétérosexuels, malgré un nombre de cas encore faible (Fig. 6).

Fig. 6 : Nombre de cas de syphilis récente et de gonococcies selon l'orientation sexuelle, France
(Source : Réseau RésIST, SpFrance)
6a. Cas de syphilis récente (2000-2015) 6b. Cas de gonococcies (2004-2015)



NB : le nombre de sites participant à la surveillance des IST via le réseau RésIST (CDAG, Ciddist, consultations hospitalières de dermatologie, de maladies infectieuses ou de médecine interne) a progressivement augmenté au cours du temps, d'où l'importance d'analyser les tendances à sites constants sur les années récentes.

Le nombre total de syphilis précoces diagnostiquées en France en 2015 est en cours d'estimation, mais les cas **notifiés en 2015 montrent une augmentation de 59% par rapport à 2013**. Cette augmentation est très marquée dans les régions métropolitaines hors IdF. Les HSH représentent la population la plus concernée, 84% des cas rapportés en 2015 par les structures spécialisées⁷.

L'incidence des infections à gonocoque diagnostiquées en 2015 a été estimée à plus de 19 000 cas. Dans les structures spécialisées⁷, sont essentiellement touchés les HSH (68% des cas notifiés en 2015), les femmes et les hommes hétérosexuels représentant respectivement 16% et 15%, et les femmes homo-bisexuelles 1%. Par ailleurs, les données récentes concernant la surveillance de la sensibilité du gonocoque aux antibiotiques sont plutôt rassurantes. Aucune souche résistante au ceftriaxone (traitement de référence) n'a été isolée depuis 2011.

Concernant l'infection à *Chlamydia*, qui est l'IST bactérienne la plus fréquente, le nombre de cas diagnostiqués en 2015 a été estimé à environ 81 000. On observe une augmentation de 10% du nombre de cas notifiés en 2015 par rapport à 2013. Cette augmentation n'est pas observée en IdF, l'augmentation globale étant liée à une augmentation dans les autres régions métropolitaines. Les deux tiers (64%) des cas rapportés en 2015 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.

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

En 2015, environ 2 600 HSH ont découvert leur séropositivité VIH, représentant 43% de l'ensemble des découvertes. Leur nombre a augmenté jusqu'en 2012, puis s'est stabilisé. Ils sont nés à l'étranger pour 19% d'entre eux. La moitié des découvertes en 2015 chez des HSH étaient des diagnostics précoces⁵, proportion stable depuis 2012. La proportion de découvertes au stade avancé⁶ de l'infection est de 19% en 2015, sans diminution.

Entre 2003 et 2012, le nombre de découvertes de séropositivité VIH a presque triplé (x 2,7) chez les jeunes HSH de 15 à 24 ans, puis s'est stabilisé autour de 400 découvertes par an. Le nombre de découvertes a par contre augmenté chez les HSH de 50 ans et plus depuis 2011 (x 1,3), pour atteindre près de 400 découvertes en 2015.

Les IST bactériennes continuent à augmenter chez les HSH, en particulier les syphilis précoces (+56% entre 2013 et 2015), les infections à gonocoques (+100% sur la même période), et les LGV rectales (+47%). Plus de 80% des syphilis et près de 70% des infections à gonocoque diagnostiquées en 2015 dans les structures spécialisées⁷, ainsi que la quasi-totalité des LGV concernent les HSH.

Le niveau élevé de co-infections par le VIH chez les HSH présentant une LGV, une syphilis ou une gonococcie (respectivement 76%, 25% et 17% en 2015) reflète une utilisation insuffisante du préservatif chez les HSH séropositifs, observée dans les études comportementales depuis plusieurs années. Cela plaide en faveur de chaînes de transmission des IST, via des réseaux sexuels comportant des HSH séropositifs, d'où l'importance de dépistages réguliers (pour le patient et ses partenaires) et d'un traitement adapté.

Pour cette population, il est important de mobiliser l'ensemble des outils de prévention, dans une logique de prévention combinée : le préservatif, le dépistage régulier (du VIH, des autres IST, ou de l'hépatite C) en sachant recourir si besoin aux TROD ou aux autotests VIH, les antirétroviraux à titre prophylactique (PreP² et TPE³). Les antirétroviraux à visée thérapeutique (TASP⁴) chez les personnes séropositives ont également pour effet de diminuer le risque de transmission du VIH en réduisant la réplication virale.

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), dont les résultats seront disponibles au cours du 1^{er} semestre 2017, permettra notamment d'apporter des éléments sur leur appropriation de ces méthodes de prévention.

V - Les personnes contaminées par rapports hétérosexuels

En 2015, environ 3 200 personnes contaminées par rapports hétérosexuels ont découvert leur séropositivité VIH, représentant 54% de l'ensemble des découvertes. Ce nombre continue à diminuer en 2015.

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 (75%) et de femmes (60%). Une proportion croissante d'entre eux sont diagnostiqués alors qu'ils sont asymptomatiques (72% en

⁷ CDAG, Ciddist, consultations hospitalières

2015). Néanmoins encore 33% d'entre eux sont diagnostiqués à un stade avancé⁶ de l'infection à VIH. Les analyses de sérotypage réalisées par le Centre national de référence du VIH ont permis d'établir que 31% des hétérosexuels nés en Afrique subsaharienne ont été infectés par un VIH-1 de sous-type B. Ceci indique une probable contamination en France pour au moins un tiers des personnes d'Afrique subsaharienne, dans la mesure où cette souche virale est quasiment absente du continent africain. L'étude Parcours réalisée en 2012 a montré qu'en IdF, entre 35% et 49% des migrants d'Afrique subsaharienne avaient acquis leur infection après leur arrivée en France⁸.

Environ 900 personnes hétérosexuelles nées en France ont découvert leur séropositivité en 2015, parmi lesquelles on compte une majorité d'hommes (57%). Plus d'un tiers de ces hétérosexuels (36%) ont 50 ans ou plus.

Une augmentation du nombre de syphilis et de gonococcies est observée chez les hommes et femmes hétérosexuelles, respectivement depuis 2013 et 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 21 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 à *chlamydia*, 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 90 cas, soit 2% de l'ensemble des diagnostics en 2015). La majorité d'entre eux sont des hommes (86%). La part des UD nés à l'étranger fluctue selon les années autour de 50%, elle est de 55% pour les UD diagnostiqués en 2015 (principalement nés en Europe de l'Est et du Centre). La part des UD diagnostiqués au stade avancé de l'infection était de 38% en 2015.

La réalisation de l'enquête Coquelicot 2011-2013 a montré la persistance de l'exposition au risque d'infection par le VIH chez les UDI : 26% des participants déclaraient avoir partagé leur seringue au moins 1 fois au cours du dernier mois (versus 13% en 2004).

⁸ Desgrées du Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, *et al*; groupe ANRS-Parcours. Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ? Estimation dans l'Étude Parcours (ANRS). Bull Epidemiol Hebd. 2015;(40-41):752-8. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/40-41/2015_40-41_2.html

Conclusion

Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH reste élevé en 2015, environ 6 000, dont plus d'un quart ont été diagnostiquées à un stade avancé de l'infection, soulignant l'importance du dépistage, 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 et des autres IST doit s'intégrer dans une approche globale de santé sexuelle.

La non diminution du nombre de découvertes de séropositivité VIH chez les HSH, la stabilité des diagnostics à un stade avancé sur les dernières années, la progression des IST bactériennes et l'augmentation des pratiques à risque constituent un faisceau d'indicateurs forts montrant que la prévention dans cette population doit être poursuivie grâce à la promotion de l'ensemble des outils disponibles. C'est tout l'enjeu de la campagne actuelle de communication ciblée auprès des HSH.

Dans la population hétérosexuelle, les actions de prévention doivent continuer en termes d'information, d'éducation, de dépistage notamment chez les hommes et de traitement rapide des personnes infectées. Chez les hétérosexuels migrants, le fait qu'une partie d'entre eux se contaminent en France incite à encourager également les actions de prévention primaire.

**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