

SURVEILLANCE DE L'INFECTION À VIH (DÉPISTAGE ET DÉCLARATION OBLIGATOIRE), 2010-2017

SOMMAIRE

Intro p.1 Points clés p.1 Le dépistage de l'infection par le VIH p.2 Les découvertes de séropositivité VIH p.3
Conclusion p.6

INTRO

La surveillance de l'activité de dépistage du VIH en France (LaboVIH), coordonnée par Santé publique France, est réalisée grâce à la forte participation des laboratoires de biologie médicale depuis 2001. Ces laboratoires sont sollicités chaque semestre pour fournir le nombre de personnes testées pour le VIH et le nombre de personnes confirmées positives. Les objectifs de cette surveillance sont de suivre l'évolution du nombre de sérologies VIH réalisées en France à l'échelon national, régional et si possible départemental, et d'estimer l'exhaustivité de la déclaration obligatoire du VIH.

La déclaration obligatoire de l'infection à VIH a été mise en place en 2003. Depuis avril 2016, Santé publique France a modernisé la déclaration du VIH et du sida au moyen d'une application web e-DO (www.e-do.fr). Les objectifs de la déclaration obligatoire du VIH sont de suivre le nombre et les caractéristiques des personnes découvrant leur séropositivité au niveau national et infra-national, et de fournir des données permettant d'estimer le nombre de nouvelles contaminations (incidence).

POINTS CLÉS

- En 2017, 5,6 millions de sérologies VIH ont été réalisées par les laboratoires de biologie médicale. L'activité de dépistage du VIH a augmenté de 12% entre 2010 et 2017, mais cette augmentation ne s'est pas accompagnée d'une augmentation du nombre de sérologies positives confirmées, d'où une tendance à la diminution du taux de positivité (de 2,2 à 2,0 pour mille sur la même période). Ce constat laisse supposer que l'augmentation du dépistage a sans doute peu bénéficié aux populations les plus exposées au VIH.
- Le nombre de découvertes de séropositivité VIH est stable entre 2010 et 2017. Environ 6 400 personnes ont découvert leur séropositivité en 2017, dont 3 600 (56%) ont été contaminées lors de rapports hétérosexuels, 2 600 (41%) lors de rapports sexuels entre hommes et 130 (2%) par usage de drogues injectables.
- Si le nombre de découvertes de séropositivité est globalement stable entre 2010 et 2017 chez les HSH, des différences sont constatées selon le pays de naissance. Le nombre de découvertes est stable chez les HSH nés en France, tandis qu'il augmente de manière continue chez ceux nés à l'étranger, passant de 400 cas en 2011 (18% des découvertes chez les HSH) à 675 en 2017 (26%). Cette tendance peut être liée à une augmentation du nombre de nouvelles contaminations, mais également à un recours au dépistage plus important.
- Parmi les découvertes de séropositivité chez les hétérosexuels, 75% concernent des personnes nées à l'étranger. Chez ces dernières, le nombre de découvertes est stable sur l'ensemble de la période 2010-2017. Chez celles nées en France, la diminution observée entre 2010 et 2014 ne s'est pas poursuivie ensuite.
- Près d'un tiers des découvertes de séropositivité sont toujours trop tardives : 30% des personnes ont été diagnostiquées en 2017 à un stade avancé de l'infection à VIH (stade clinique de sida ou nombre de lymphocytes CD4<200/mm³ hors primo-infection). La moitié des découvertes de séropositivité (52%) ont concerné des personnes déclarant n'avoir jamais été testées auparavant. Dans les populations où un dépistage régulier est recommandé, hétérosexuels nés à l'étranger et HSH, cette proportion est respectivement de 68% et 33%.
- Dans un contexte de prévention diversifiée du VIH (préservatif, prophylaxie pré-exposition -PrEP-, traitement post-exposition -TPE-, « treatment as prevention » -TASP-), le dépistage du VIH doit donc encore être intensifié, afin de réduire le nombre de personnes qui ignorent leur séropositivité et leur permettre de bénéficier d'un traitement antirétroviral, pour un bénéfice à la fois individuel et collectif. L'ensemble de ces mesures permettra de réduire à terme le nombre de nouvelles contaminations par le VIH, qui sera suivi ensuite par une diminution du nombre de découvertes de séropositivité.

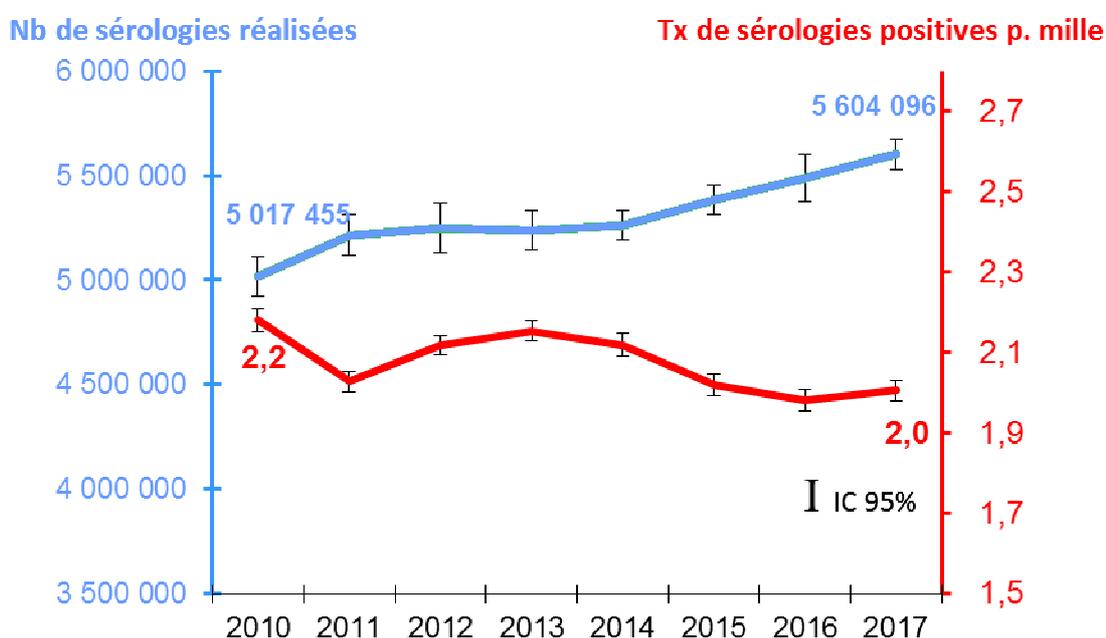
LE DÉPISTAGE DE L'INFECTION PAR LE VIH

La surveillance de l'activité de dépistage du VIH en laboratoire (LaboVIH) inclut les sérologies réalisées par l'ensemble des laboratoires de biologie médicale (de ville ou hospitaliers), quel que soit le lieu de prélèvement : ville, hôpital, CeGIDD¹. Cette surveillance inclut également les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) réalisés en laboratoire, mais exclut les sérologies réalisées à l'occasion d'un don de sang (près de 3 millions par an).

En 2017, 5,6 millions de sérologies VIH ont été réalisées par les laboratoires de biologie médicale, nombre en augmentation depuis 2010 (+12%) (Fig. 1).

Cette augmentation ne s'est pas accompagnée d'une augmentation du nombre de sérologies positives confirmées, d'où une tendance à la diminution du taux de positivité², de 2,2 à 2,0 pour mille entre 2010 et 2017 (Fig. 1). Ce constat laisse supposer que l'augmentation du dépistage a moins bénéficié aux populations les plus exposées au VIH qu'aux populations peu exposées.

Figure 1. Nombre de sérologies VIH réalisées par les laboratoires de biologie médicale et taux de sérologies positives pour mille, France, 2010-2017



Source : LaboVIH 2017, Santé publique France

Le nombre de TROD réalisés en 2017 dans le cadre d'actions de « dépistage communautaire » est de 55 770, nombre stable par rapport à l'année précédente (56 300). Ces actions touchent toujours les populations les plus exposées au VIH (31% d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes -HSH- et 34% de migrants), ce qui explique un taux de positivité plus élevé (7,3 TROD positifs pour 1 000 TROD réalisés) que celui des sérologies réalisées par les laboratoires (2,0 sérologies positives pour 1 000 en 2017).

Le nombre d'autotests VIH vendus en pharmacie au cours de l'année 2017, sans possibilité de connaître la population y ayant recours, est d'environ 73 000, soit un nombre comparable à celui de 2016 (74 650).

Au total, le nombre de TROD communautaires et de ventes d'autotests n'augmente plus en 2017, ces modalités de dépistage restent très marginales par rapport aux sérologies réalisées en laboratoire de biologie médicale.

1. Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles.
2. Taux de positivité calculé en rapportant le nombre de sérologies confirmées positives au nombre de sérologies réalisées.

LES DÉCOUVERTES DE SÉROPOSITIVITÉ VIH

Les données sur les découvertes de séropositivité VIH sont issues de la déclaration obligatoire de l'infection à VIH. Depuis avril 2016, les biologistes et les cliniciens doivent déclarer en ligne les cas qu'ils diagnostiquent, via l'application web e-DO (www.e-do.fr).

Les déclarations reçues à Santé publique France sous-estiment le nombre réel de cas, en raison de la sous-déclaration, des données manquantes et des délais de déclaration.

La sous-déclaration (de l'ordre de 30%) concerne les diagnostics qui ne sont pas déclarés, ni par le biologiste, ni par le clinicien, ni en ligne, ni même sur papier.

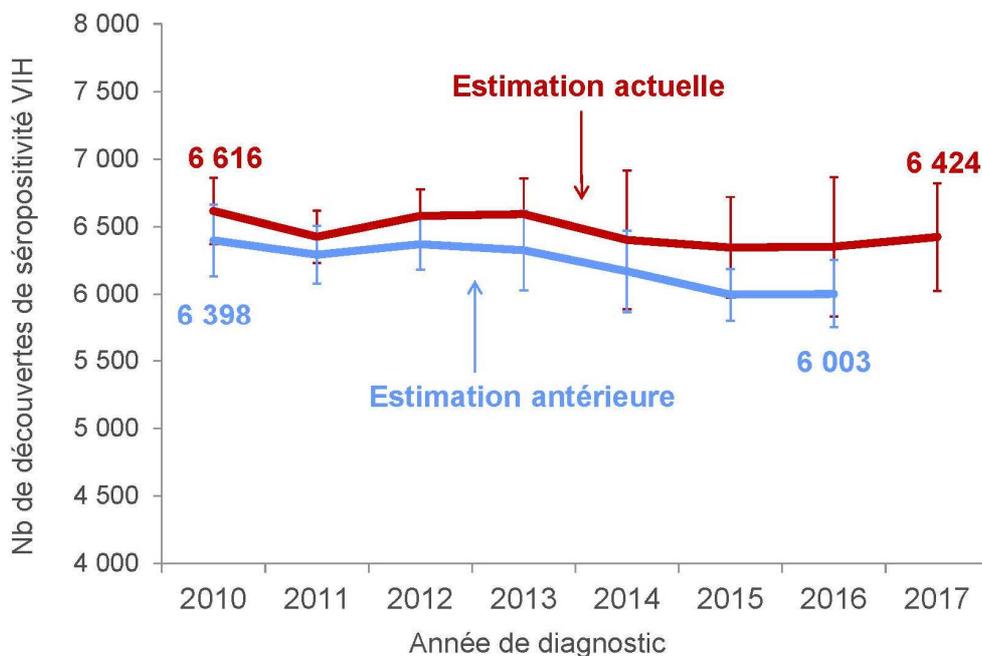
Les données manquantes sont la conséquence de déclarations incomplètes, le plus souvent en raison de l'absence de la déclaration du clinicien, d'où l'absence de certaines informations essentielles comme le mode de contamination. Parmi l'ensemble des découvertes de séropositivité déclarées en 2017, le volet médical manquait dans 43% des cas, proportion plus importante qu'avant le lancement de e-DO (23% en 2014).

Le délai de déclaration correspond au délai entre la découverte de la séropositivité et la réception de la déclaration obligatoire à Santé publique France. Les délais de déclaration se sont raccourcis, grâce à l'utilisation croissante de l'application e-DO par les biologistes et les cliniciens : près de la moitié des séropositivités VIH découvertes en 2017-2018 ont été déclarées dans le trimestre du diagnostic, alors que cette proportion était seulement de 22% sur la période 2010-2015.

Pour estimer le nombre réel de découvertes de séropositivité VIH, les données doivent donc être corrigées pour prendre en compte ces trois facteurs (sous-déclaration, données manquantes et délais de déclaration). Dans la mesure où les comportements de déclaration se sont modifiés suite au passage de la déclaration papier à la déclaration en ligne, il a été nécessaire d'adapter la méthode de correction des données. La méthode actuelle a été appliquée rétrospectivement à l'ensemble des cas diagnostiqués depuis 2010, pour pouvoir analyser les évolutions temporelles.

Cette méthode a abouti à une estimation du nombre de découvertes de séropositivité VIH sur l'ensemble de la période supérieure à celle produite antérieurement (Fig. 2). Ce nombre est stable entre 2010 et 2017. En 2017, environ 6 400 personnes ont découvert leur séropositivité.

Figure 2. Nombre de découvertes de séropositivité VIH, France, 2010-2017



Source : Déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 30/09/2018, Santé publique France

En 2017, les hommes représentent 66% des découvertes de séropositivité, proportion stable depuis 2010.

Les personnes de moins de 25 ans représentent 12% des découvertes, sans tendance à l'augmentation. Leur part est plus élevée chez les HSH (16% en 2017) que chez les hétérosexuels (9%). La part des 50 ans et plus (seniors) continue à augmenter (de 19% en 2010 à 22% en 2017), augmentation observée aussi bien chez les HSH que chez les hétérosexuels. En 2017, la part des seniors est de 19% chez les HSH et de 25% chez les hétérosexuels.

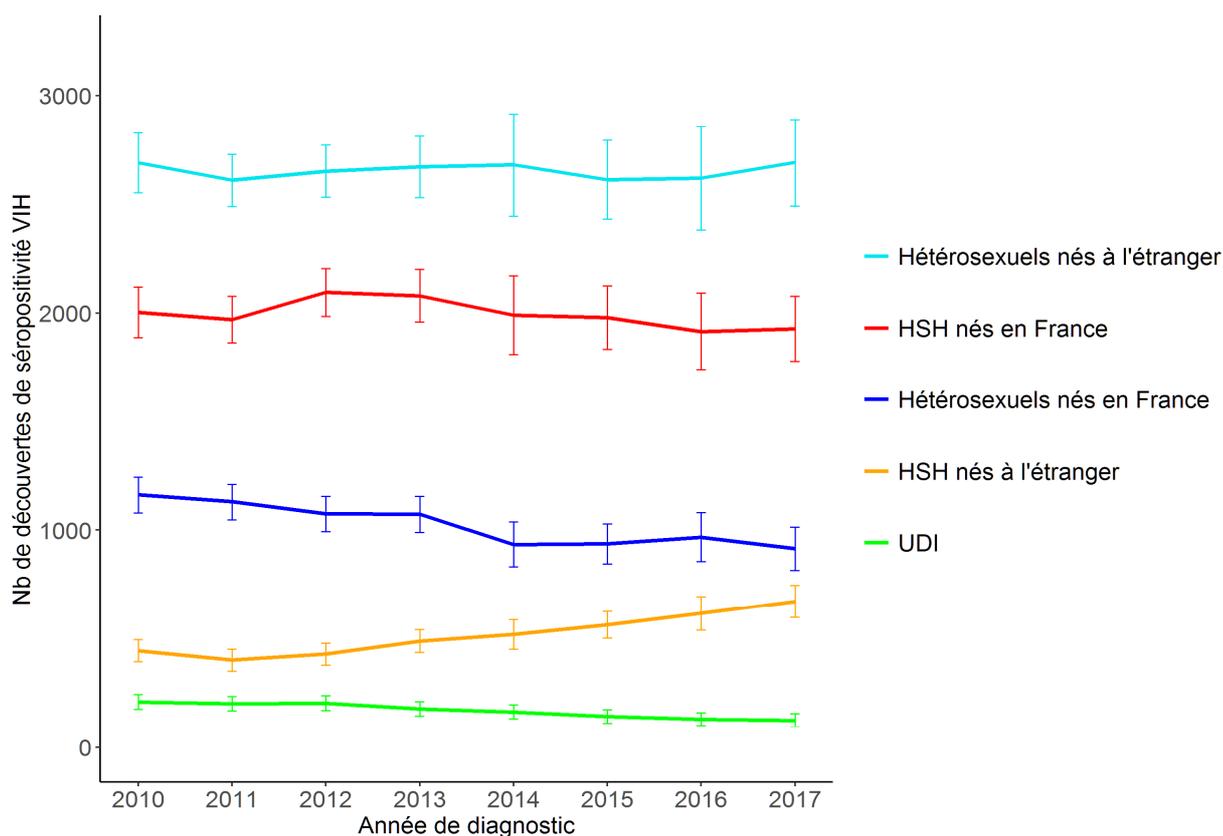
Le nombre de découvertes de séropositivité VIH est stable chez les HSH entre 2010 et 2017. Parmi les 2 600 HSH ayant découvert leur séropositivité en 2017, 26% sont nés à l'étranger : 9% sur le continent américain, 6% en Afrique subsaharienne, 5% en Europe et 6% dans une autre zone géographique. Dans cette population d'HSH nés à l'étranger, le nombre de découvertes a augmenté de façon continue entre 2011 et 2017 (de 400 à 675 cas, soit une augmentation de 67%) (Fig. 3). Cette augmentation a concerné essentiellement les HSH nés en Afrique subsaharienne ou sur le continent américain, alors que le nombre de découvertes est resté stable chez ceux nés en France.

Le nombre de découvertes chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels est stable (environ 3 600 en 2017), qu'elles soient nées à l'étranger (sur l'ensemble de la période 2010-2017) ou nées en France (depuis 2014) (Fig. 3).

Chez les usagers de drogues injectables (UDI), le nombre de découvertes de séropositivité a diminué de moitié entre 2010 et 2017 (Fig. 3).

Au total, en 2017, les hétérosexuels nés à l'étranger (dont 80% sont nés dans un pays d'Afrique subsaharienne) et les HSH restent les deux populations les plus concernées et représentent respectivement 42% et 41% des découvertes de séropositivité VIH. Les hétérosexuels nés en France et les usagers de drogues injectables (UDI) représentent respectivement 14% et 2% des découvertes.

Figure 3. Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination et par lieu de naissance, France, 2010-2017



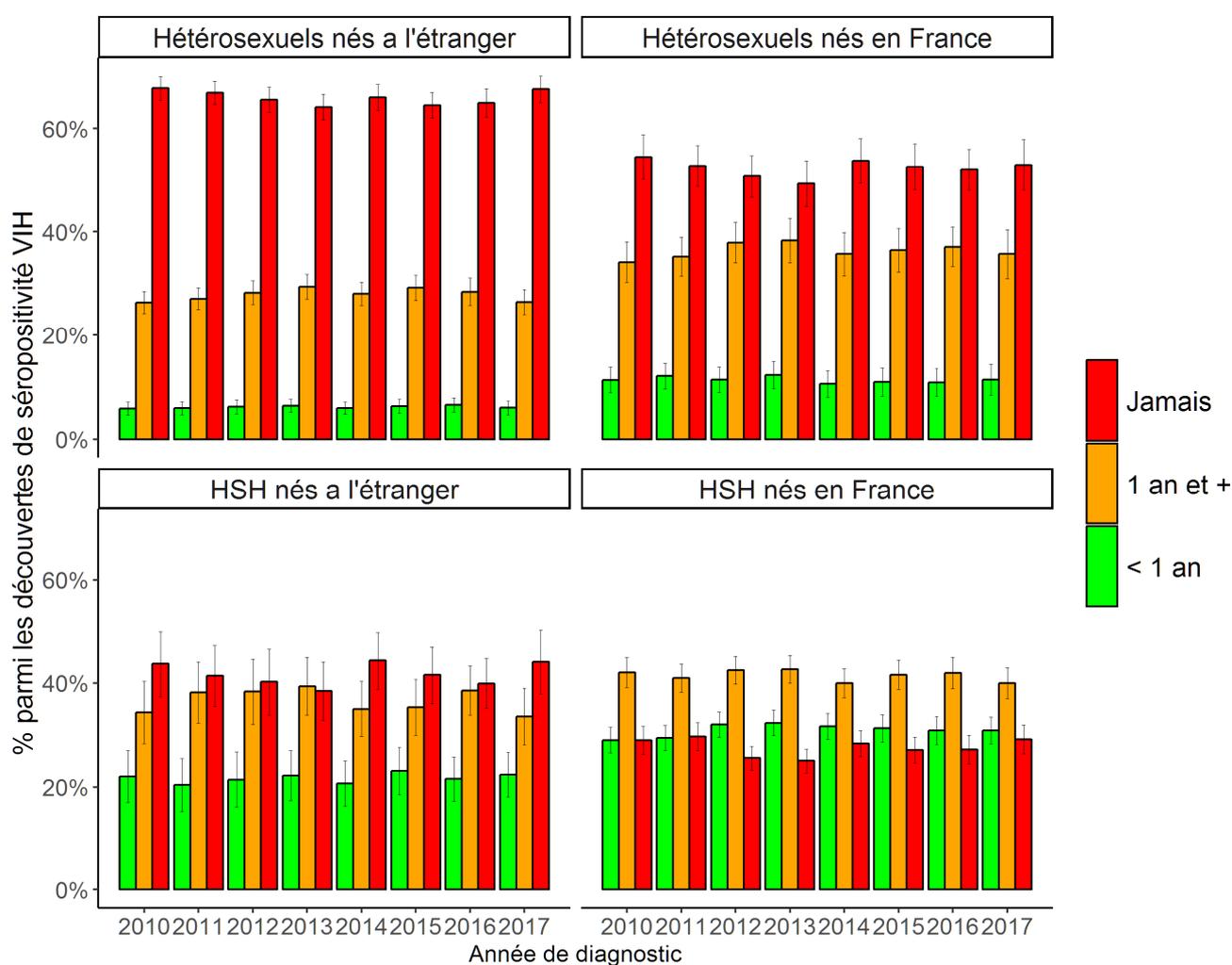
Source : Déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 30/09/2018, Santé publique France

Parmi les HSH ayant découvert leur séropositivité en 2017, 41% d'entre eux ont été contaminés dans les 6 mois précédents. Cette proportion est plus faible dans les autres populations : 23% chez les hétérosexuels et 21% chez les UDI.

La proportion de diagnostics à un stade avancé³ de l'infection est stable depuis 2013, elle est de 30% en 2017. Cette stabilité est observée quel que soit le mode de contamination. La proportion de diagnostics à un stade avancé est toujours plus élevée chez les UDI (50%). Chez les hétérosexuels, il existe un gradient selon le sexe et le lieu de naissance : hommes hétérosexuels nés à l'étranger (44%) ou en France (36%), femmes hétérosexuelles nées à l'étranger (32%) ou en France (25%). Parmi les HSH, cette proportion est également plus élevée chez ceux nés à l'étranger (26%) que chez ceux nés en France (20%).

En 2017, 52% des découvertes de séropositivité concernaient des personnes déclarant n'avoir jamais été testées auparavant, proportion stable depuis 2010. Dans les populations où un dépistage régulier est recommandé, hétérosexuels nés à l'étranger et HSH, cette proportion est respectivement de 68% et de 33% (29% chez les HSH nés en France et 44% chez ceux nés à l'étranger). Comparativement, cette proportion est de 53% chez les hétérosexuels nés en France (Fig. 4).

Figure 4. Répartition des découvertes de séropositivité VIH selon les antécédents de dépistage, par mode de contamination et lieu de naissance, France, 2010-2017



Source : Déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 30/09/2018, Santé publique France

La part de co-infections IST/VIH⁴ a augmenté chez les HSH entre 2012 et 2017 (de 25% à 32% des découvertes de séropositivité VIH), qu'ils soient nés en France ou à l'étranger. Chez les hétérosexuels, la part de ces co-infections est moindre et stable sur la période 2012-2017 (6%).

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

4. IST diagnostiquée de façon concomitante à la découverte de la séropositivité VIH ou dans les 12 mois précédant cette découverte.

CONCLUSION

En 2017, 30% des personnes diagnostiquées pour une infection à VIH ont découvert leur séropositivité à un stade avancé et 52% n'avaient jamais été testées auparavant, proportions qui ne diminuent pas sur les dernières années. Ces chiffres soulignent l'importance de lever les freins au dépistage du VIH pour atteindre les personnes jamais dépistées auparavant. Parallèlement, le dépistage répété doit être favorisé parmi les populations les plus exposées, en particulier les HSH. Ceci permettrait d'atteindre le premier objectif de la stratégie nationale de santé sexuelle (95% de personnes diagnostiquées parmi celles vivant avec le VIH), dont on sait qu'il est déterminant pour le contrôle de l'épidémie.

Parallèlement au dépistage et au traitement des personnes séropositives, la promotion des outils de prévention disponibles (préservatif, prophylaxie pré-exposition, traitement post-exposition) doit être poursuivie. Seul l'ensemble de ces mesures permettra de réduire le nombre de nouvelles contaminations par le VIH.

Remerciements

Nous remercions :

- les biologistes qui participent à LaboVIH et à la déclaration obligatoire du VIH,
- les cliniciens qui participent à la déclaration obligatoire du VIH et du sida,
- les CoreVIH,
- les médecins de santé publique en ARS et leurs collaborateurs,
- la DGS pour la transmission des bilans sur les TROD communautaires,
- le CNR du VIH qui réalise la surveillance virologique.

Au sein de Santé publique France, nous remercions :

- les techniciens d'informations épidémiologiques de l'unité VIH-Hépatites B/C-IST de la Direction des maladies infectieuses (DMI) pour la gestion des déclarations obligatoires du VIH et du sida,
- la Direction Appui, Traitement et Analyses de données (DATA) pour le suivi d'e-DO,
- la Direction des systèmes d'information (DSI) pour le soutien à e-DO,
- les Cellules d'intervention en région (Cire) de la Direction des régions (Dire) pour l'animation du réseau de déclarants en région et la valorisation des données régionales.

Rédaction

- Florence Lot, Françoise Cazein, Mathias Bruyand, Josiane Pillonel, Unité VIH-Hépatites B/C-IST, Direction des maladies infectieuses,
- Cécile Sommen, Unité Appui et méthodes pour les études et investigations dans le domaine de la surveillance, Direction Appui, Traitement et Analyses de données,
- Nathalie Lydié, Unité santé sexuelle, Direction de la promotion et de la prévention des données (DPPS).