

DÉCOUVERTES DE SÉROPOSITIVITÉ VIH ET DIAGNOSTICS DE SIDA - FRANCE, 2018

SOMMAIRE

[Intro](#) [p.1](#) [Points clés](#) [p.1](#) [Les découvertes de séropositivité VIH](#) [p.2](#) [Les diagnostics de sida](#) [p.5](#) [Conclusion](#) [p.6](#)

INTRO

La surveillance des découvertes de séropositivité VIH et des diagnostics de sida est basée sur la déclaration obligatoire (DO), qui depuis avril 2016, doit se faire au moyen de l'application web e-DO (www.e-do.fr). Les objectifs de cette surveillance sont de suivre le nombre et les caractéristiques des personnes découvrant leur séropositivité ou diagnostiquées pour un sida, et de fournir des données permettant d'estimer ensuite le nombre de nouvelles contaminations (incidence du VIH). L'ensemble de ces données permet d'orienter les actions de prévention et de contribuer à leur évaluation.

Ce bulletin décrit les découvertes de séropositivité VIH et les diagnostics de sida en 2018, ainsi que leur évolution sur la période 2013-2018.

Rappel de la méthodologie

En raison de la sous-déclaration de la DO du VIH, des déclarations incomplètes et des délais de déclaration, le nombre de découvertes de séropositivité ne peut être déduit directement du nombre de DO reçues et doit être estimé [1]. La méthode d'estimation utilise à la fois les données issues des DO reçues et le nombre de sérologies confirmées positives recueillies, par ailleurs, auprès de l'ensemble des laboratoires de biologie médicale (LaboVIH). Les estimations sont d'autant plus fiables que l'exhaustivité de la DO et la participation à LaboVIH sont élevées, ce qui nécessite une forte implication des biologistes et des cliniciens. Le nombre de diagnostics de sida est estimé sous l'hypothèse d'une sous-déclaration identique selon que le sida est diagnostiqué de façon concomitante à l'infection à VIH, ou ultérieurement. Les termes utilisés « hétérosexuels », « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) » et « Usagers de drogues injectables (UDI) » se rapportent au mode de contamination le plus probable, tel qu'indiqué par les cliniciens dans la DO. La fiabilité des estimations est toujours moins bonne pour l'année la plus récente (ici, 2018).

POINTS CLÉS

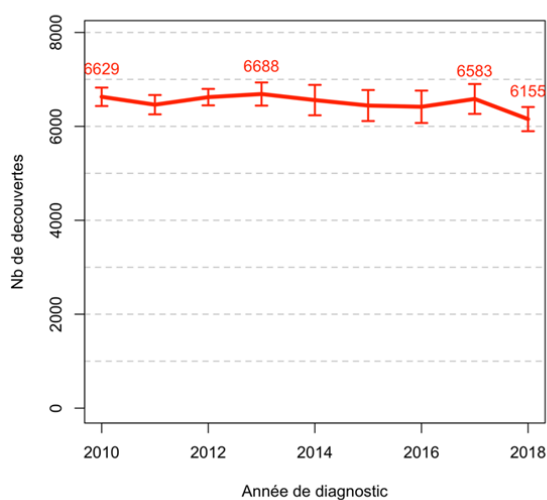
- En France, près de 6 200 personnes ont découvert leur séropositivité VIH en 2018, dont 56% ont été contaminées par rapports hétérosexuels, 40% lors de rapports sexuels entre hommes, et 2% par usage de drogues injectables.
- Le nombre total de découvertes de séropositivité a diminué de façon significative entre 2017 et 2018 (-7%), après plusieurs années de stabilité. Cette diminution très récente devra être confirmée avec le recul d'une année supplémentaire.
- De 2013 à 2018, le nombre de découvertes de séropositivité a diminué de façon significative chez les personnes nées en France, aussi bien chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) que chez les hommes et femmes contaminés par rapports hétérosexuels. La diminution concerne également les hommes hétérosexuels nés à l'étranger. Ces diminutions peuvent être le reflet d'une diminution du nombre de personnes vivant avec le VIH mais non encore diagnostiquées, en lien avec l'élargissement et la diversification du dépistage, et/ou d'une diminution de l'incidence depuis plusieurs années. Cette baisse de l'incidence pourrait être expliquée principalement par un effet TASP (« Treatment as prevention ») et pour les HSH, de façon plus récente, par l'impact de la PrEP (prophylaxie pré-exposition).
- Sur la même période, le nombre de découvertes de séropositivité est resté stable chez les femmes hétérosexuelles nées à l'étranger et a augmenté chez les HSH nés à l'étranger, probablement pour des raisons différentes. Il est donc nécessaire de porter une attention particulière à ces populations.

LES DÉCOUVERTES DE SÉROPOSITIVITÉ VIH

Nombre et taux de découvertes de séropositivité

Le nombre total de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en France en 2018 est estimé à 6 155 (IC95% : [5 897 - 6 412]), soit une diminution significative par rapport à 2017 (6 583 [6 266 - 6 901]), (-7%, $p=0,040$). Cette diminution fait suite à plusieurs années de stabilité (Fig. 1).

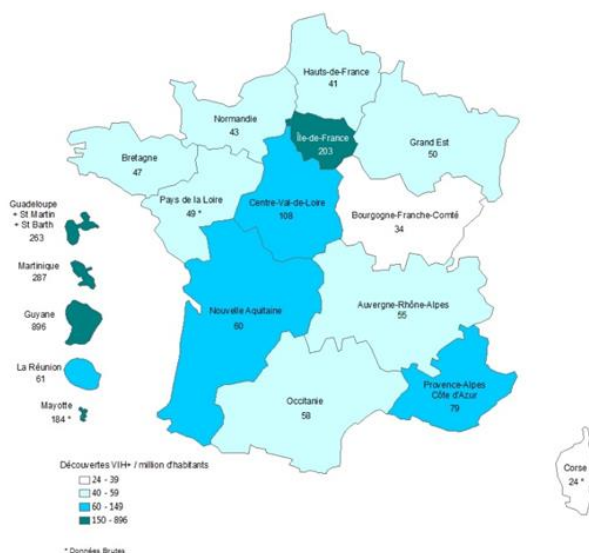
Figure 1. Nombre de découvertes de séropositivité VIH, France, 2010-2018



Source : Santé publique France, DO VIH, données corrigées au 31/03/2019

Comme les années précédentes, les taux de découvertes de séropositivité sont hétérogènes sur le territoire français; ils sont beaucoup plus élevés dans les départements français d'Amérique, notamment en Guyane (Fig. 2). En métropole, le taux de découvertes est plus élevé en Ile-de-France que dans les autres régions.

Figure 2. Taux de découvertes de séropositivité VIH par région (par million d'habitants), France, 2018



Source : Santé publique France, DO VIH, données corrigées au 31/03/2019

En 2018, les femmes représentent 35% des découvertes de séropositivité VIH.

Par classe d'âge, 13% des personnes ayant découvert leur séropositivité sont âgées de moins de 25 ans, 64% de 25 à 49 ans et 23% de 50 ans ou plus.

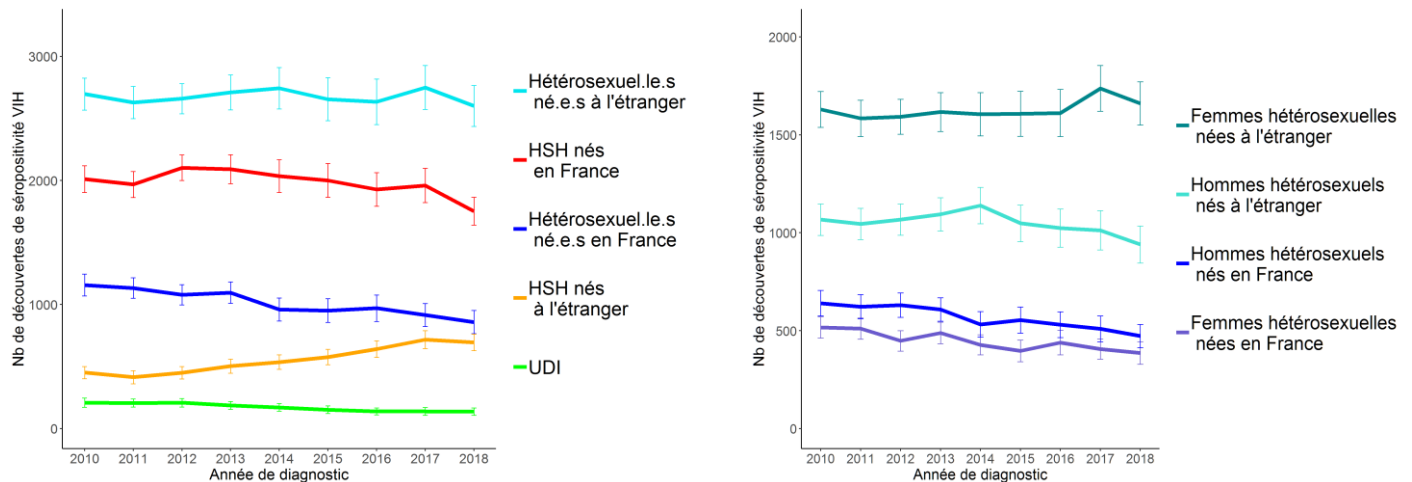
Par mode de contamination, les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2018 ont été contaminées par rapports hétérosexuels (56%), rapports sexuels entre hommes (40%), usage de drogues injectables (2%), ou un autre mode de transmission (2%). Les hommes ont été contaminés majoritairement par rapports sexuels entre hommes (61%). Quant aux femmes, elles ont été contaminées par rapports hétérosexuels pour 96% d'entre elles.

Par lieu de naissance, la majorité des découvertes en 2018 (56%) concernent des personnes nées à l'étranger, dont 66% dans un pays d'Afrique subsaharienne, 13% dans un pays du continent américain ou à Haïti, 10% en Europe hors France et 10% dans un autre pays. La proportion de personnes nées à l'étranger est plus importante chez les femmes que chez les hommes (81% vs 43%, $p < 0,0001$). Parmi les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, 75% sont nées à l'étranger, dont la majorité en Afrique subsaharienne (79%). Parmi les HSH, 28% sont nés à l'étranger, dont 34% sur le continent américain, 24% en Afrique subsaharienne, 19% en Europe. Parmi les usagers de drogues injectables (UDI), 59% sont nés à l'étranger, principalement en Europe.

Entre 2013 et 2018, le nombre de découvertes de séropositivité VIH a diminué chez les personnes nées en France (-19%, $p < 0,001$), mais est resté globalement stable chez celles nées à l'étranger. Les tendances diffèrent selon le mode de contamination et le sexe (Fig. 3) :

- diminution chez les HSH nés en France (-16%, $p < 0,001$) mais augmentation chez les HSH nés à l'étranger (+38%, $p < 0,001$)
- diminution chez les hétérosexuel.le.s né.e.s en France (-22%, $p = 0,001$)
- stabilité chez hétérosexuel.le.s. né.e.s à l'étranger, observée chez les femmes alors qu'une diminution est observée chez les hommes (-14%, $p = 0,002$)
- diminution chez les UDI (-27%, $p = 0,006$)

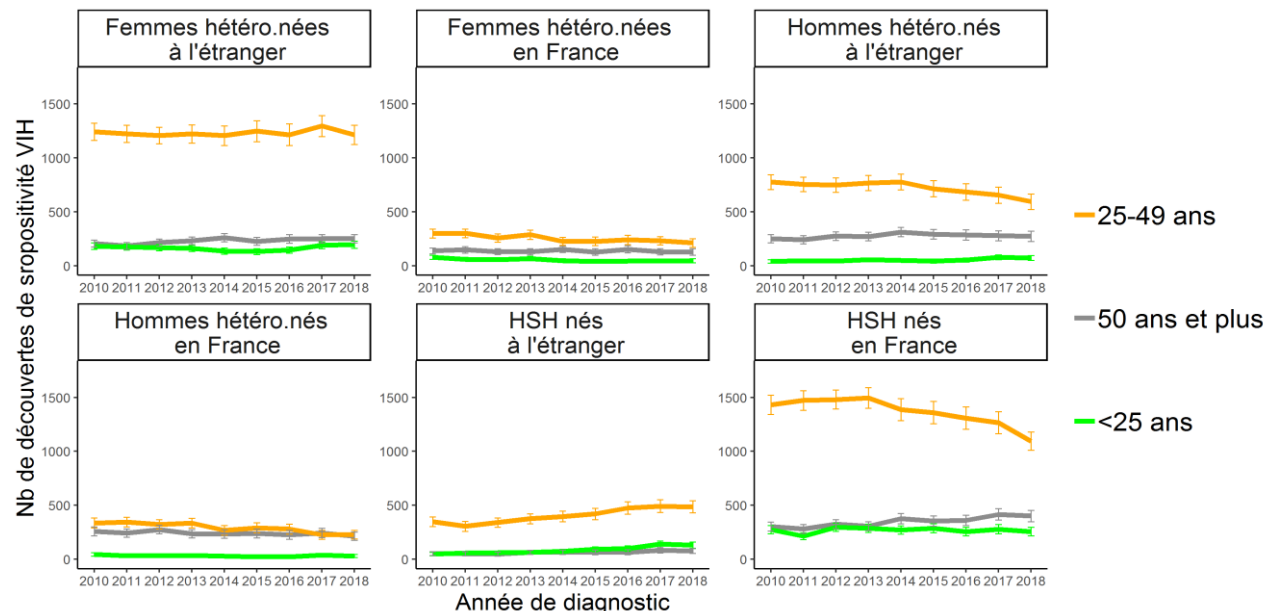
Figure 3. Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination, sexe et lieu de naissance, France, 2010-2018



Source : Santé publique France, DO VIH, données corrigées au 31/03/2019

Les tendances diffèrent également selon l'âge au diagnostic. Chez les HSH nés en France et les hommes hétérosexuels nés en France ou à l'étranger, la diminution depuis 2013 n'est observée que chez les 25 à 49 ans ($p < 0,001$) (Fig. 4).

Figure 4. Nombre de découvertes de séropositivité VIH par sexe, mode de contamination, lieu de naissance et âge, France, 2010-2018



Source : Santé publique France, DO VIH, données corrigées au 31/03/2019

Chez les HSH nés en France, le nombre de découvertes augmente chez les 50 ans et plus.

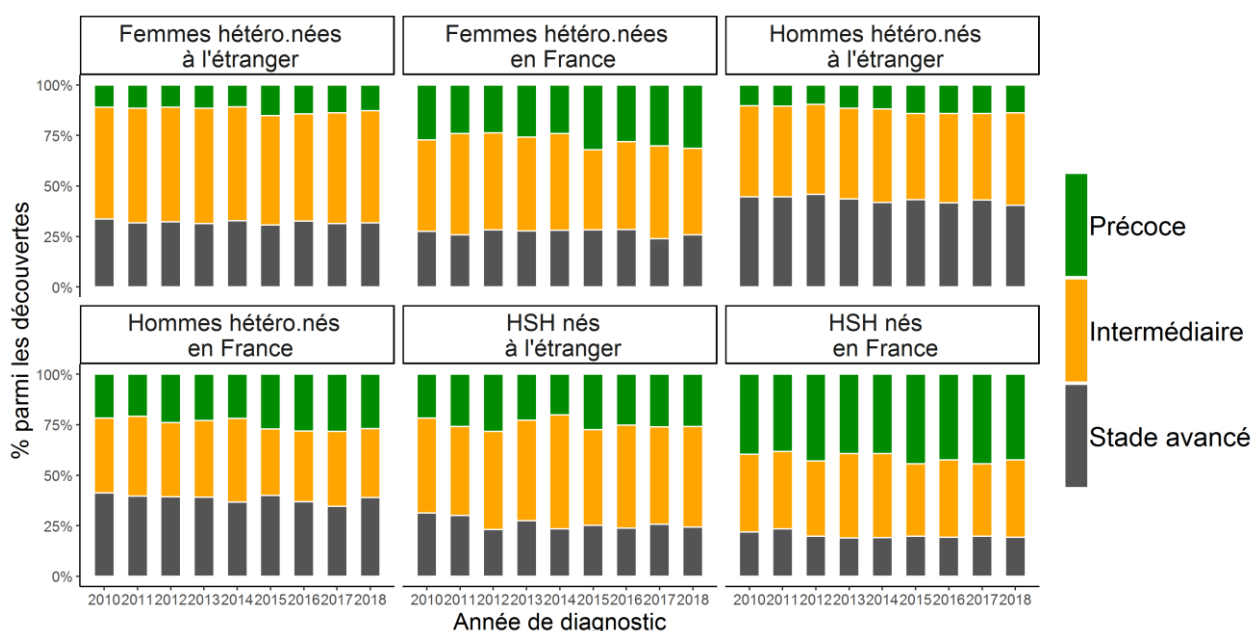
L'augmentation observée chez les HSH nés à l'étranger concerne à la fois les classes d'âge des moins de 25 ans et des 25-49 ans ($p < 0,001$).

Indicateurs de délai entre contamination et diagnostic

Les diagnostics précoces, définis par un profil virologique de séroconversion, un stade clinique de primo-infection ou un test d'infection récente positif, représentent 25% des découvertes chez les adultes en 2018, proportion stable par rapport aux années précédentes.

La part des diagnostics précoces varie selon le mode de contamination et le pays de naissance (Fig. 5). Elle est plus élevée chez les HSH : 42% chez ceux nés en France, 26% chez ceux nés à l'étranger. Chez les hétérosexuels elle est deux fois plus élevée parmi ceux nés en France (31% chez les femmes, 27% chez les hommes) que parmi ceux nés à l'étranger (13% chez les femmes, 14% chez les hommes), et chez les UDI elle est plus faible (8%). Aucune évolution notable de ces proportions n'est observée sur les années récentes dans ces populations.

Figure 5. Répartition des découvertes de séropositivité VIH selon le sexe, le mode de contamination, le lieu de naissance et le caractère précoce, intermédiaire ou à un stade avancé de l'infection, France, 2010-2018



Source : Santé publique France, DO VIH, données corrigées au 31/03/2019

Depuis 2013, la part des diagnostics à un stade avancé de l'infection (stade sida ou moins de 200 CD4/mm³ hors primo-infection) parmi les découvertes de séropositivité reste stable, elle est de 29% en 2018.

Cette proportion est toujours plus élevée chez les UDI (55% en 2018) que chez les hétérosexuels (35%), et plus faible chez les HSH (21%). Chez les hétérosexuels elle est plus élevée chez les hommes (39% chez ceux nés en France, 40% chez ceux nés à l'étranger) que chez les femmes (respectivement 26% et 32%) (Fig. 5).

En 2018, environ 1700 personnes ont découvert leur séropositivité alors qu'elles étaient déjà à un stade avancé de l'infection à VIH : cela concerne environ 850 hétérosexuel(le)s né(e)s à l'étranger, 300 HSH nés en France, 300 hétérosexuel(e)s né(e)s en France, 150 HSH nés à l'étranger et 80 UDI.

Charge virale au moment de la découverte de la séropositivité VIH

Les personnes présentant une charge virale élevée ($\geq 100\,000$ copies/ml) au moment de la découverte représentent 38% des découvertes en 2018 (44% chez les HSH, 35% chez les hétérosexuels et 32% chez les UDI).

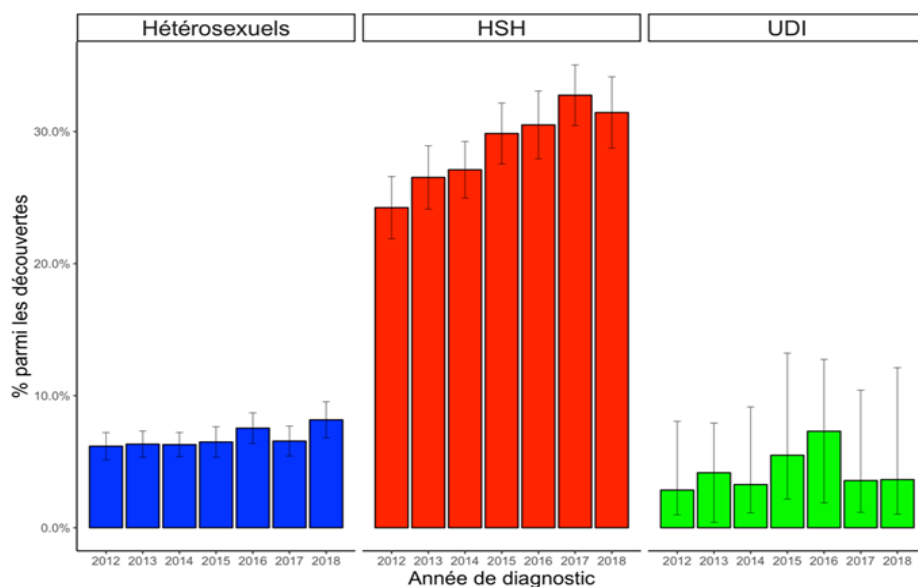
Le nombre de personnes présentant une charge virale élevée a augmenté entre 2015 (2 135, IC95% [1 988-2 281]) et 2017 (2 522, IC95% [2 355-2 689]), puis s'est stabilisé en 2018. Cette évolution s'observe chez les hétérosexuels comme chez les HSH.

Chez les HSH, ces découvertes avec une charge virale élevée sont plus souvent des découvertes précoces (45%) que chez les hétérosexuels (18%). En dehors de ces diagnostics précoces, le fait de découvrir sa séropositivité à un niveau élevé de charge virale est préoccupant, car il s'agit d'un facteur déterminant de la transmission du VIH.

Co-infections par une IST bactérienne ou une hépatite B ou C

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2018, 17% étaient co-infectées par une infection sexuellement transmissible (IST) bactérienne (syphilis, gonococcie ou infection à *chlamydia trachomatis*), ou l'avaient été dans les 12 mois précédents. Cette proportion est toujours plus élevée chez les HSH (31%) que chez les hétérosexuels (8%) ou les UDI (4%) (Fig. 6). Alors que la part des co-infections par une IST augmentait continuellement parmi les HSH découvrant leur séropositivité VIH depuis que cette donnée est recueillie (2012), elle se stabilise en 2018. Cette stabilisation pourrait résulter d'un dépistage plus fréquent des IST bactériennes, permettant ainsi leur traitement.

Figure 6. Proportion de co-infections par une IST bactérienne parmi les découvertes de séropositivité VIH, selon le mode de contamination, France, 2012-2018.



Source : Santé publique France, DO VIH, données corrigées au 31/03/2019

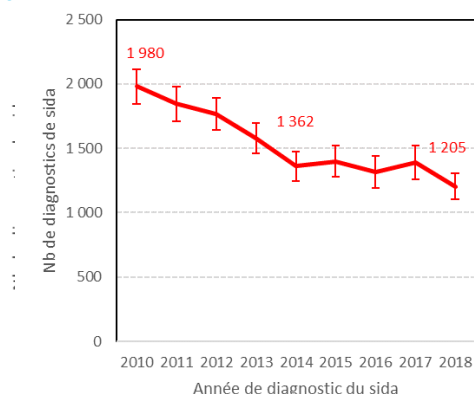
La proportion de co-infections par le VHB (Ag HBs) au moment de la découverte de séropositivité VIH est de 5% en 2018, stable par rapport aux années précédentes. Cette proportion est plus élevée chez les UDI (11%) que chez les hétérosexuels (7%) et les HSH (2%).

En 2018, 5% des personnes découvrant leur séropositivité VIH étaient porteurs d'Ac anti-VHC, proportion stable au cours du temps. Cette co-infection concerne essentiellement les UDI (82% des découvertes VIH dans cette population) alors qu'elle est retrouvée seulement chez 3% des découvertes chez les HSH et les hétérosexuels.

LES DIAGNOSTICS DE SIDA

Le nombre de diagnostics de sida en 2018 est estimé à 1205 (IC95% : [1 002 - 1 308]). Ce nombre a diminué entre 2013 et 2018 (-24%, $p=0,003$) (Fig. 7).

Figure 7. Nombre de nouveaux diagnostics de sida, France, 2010-2018.



Source : Santé publique France, DO sida, données corrigées au 31/03/2019

Parmi les personnes âgées de 15 ans et plus diagnostiquées avec un sida en 2018, la majorité d'entre elles (63%) ignoraient leur séropositivité, et donc n'avaient pu bénéficier de traitements antirétroviraux (ARV) avant le sida, et 19% connaissaient leur séropositivité mais n'avaient pas été traitées par ARV. Seuls 18% avaient reçu des ARV.

En 2018, les pathologies inaugurales de sida les plus fréquentes, identifiées de façon isolée, sont la pneumocystose (22%), la candidose œsophagienne (8%), la tuberculose pulmonaire (7%), le Kaposi (7%), la toxoplasmose cérébrale (7%) et les lymphomes (7%). La part des pathologies inaugurales multiples est en augmentation depuis 2013 (12%), elle représente 18% des diagnostics de sida en 2018.

CONCLUSION

En 2018, environ 6 200 personnes ont découvert leur séropositivité VIH. Le nombre total de découvertes de séropositivité a diminué par rapport à 2017, après plusieurs années de stabilité. Cette diminution ne concerne que la dernière année et, reposant sur des données corrigées, sera à confirmer avec un recul *a minima* d'une année supplémentaire.

La diminution du nombre de découvertes est par contre observée depuis plusieurs années chez les HSH de 25 à 49 ans nés en France, et chez les hommes hétérosexuels de 25 à 49 ans, qu'ils soient nés en France ou à l'étranger. Le nombre de découvertes diminue également chez les femmes hétérosexuelles nées en France.

Dans un contexte où l'activité de dépistage est en augmentation, ces diminutions du nombre de découvertes peuvent refléter une diminution du nombre de personnes vivant avec le VIH mais non encore diagnostiquées, et/ou une diminution de l'incidence depuis plusieurs années.

Plusieurs facteurs pourraient expliquer ces diminutions :

- l'élargissement et la diversification du dépistage depuis plusieurs années, qui a pu permettre de toucher des publics éloignés du dépistage ;
- le traitement précoce des personnes séropositives, qui, outre un bénéfice sur la morbidité des personnes atteintes, permet de diminuer drastiquement la charge virale et donc la transmission du VIH (concept de « treatment as prevention » ou TASP), réduisant ainsi l'incidence du VIH.

En plus de l'effet TASP, la diffusion progressive de la PrEP depuis 2016 chez les HSH a probablement également contribué, de façon plus récente, à la diminution de l'incidence du VIH.

En 2018, environ 1700 personnes ont été diagnostiquées à un stade avancé de l'infection à VIH, ce qui représente une perte de chance individuelle pour ces personnes et a favorisé la diffusion du VIH avant leur mise sous traitement. Les efforts de promotion du dépistage doivent donc être poursuivis.

Enfin, il faut retenir que la diminution du nombre de découvertes de séropositivité VIH ne concerne ni les femmes hétérosexuelles nées à l'étranger, ni les HSH nés à l'étranger, ce qui pourrait être expliqué par des raisons différentes : chez les femmes, une vulnérabilité liée au parcours migratoire et à l'arrivée sur le territoire qui les expose au VIH, un bénéfice moindre du TASP en raison d'un dépistage tardif chez leurs partenaires masculins; chez les HSH, un recours au dépistage qui pourrait avoir augmenté sur les années récentes mais qui reste tardif et un accès moindre à la PrEP. Il est donc nécessaire de porter également une attention particulière à ces populations.

Références

[1] Bulletin de santé publique. Surveillance de l'infection à VIH (Dépistage et déclaration obligatoire), 2010-2017. 27 mars 2019. <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2019/nouvelles-donnees-de-surveillance-du-vih-en-france>

Remerciements aux

- Biologistes qui participent à LaboVIH et à la déclaration obligatoire du VIH,
- Cliniciens, TEC et CoreVIH qui participent à la déclaration obligatoire du VIH/sida,
- Médecins de santé publique en ARS et leurs collaborateurs,
- CNR du VIH qui réalise la surveillance virologique,
- Personnes de Santé publique France :
 - les techniciens d'information épidémiologiques, le moniteur d'étude et l'assistante de l'unité VIH-Hépatites B/C-IST de la Direction des maladies infectieuses (DMI) pour la gestion des DO du VIH et du sida et la réalisation de la carte,
 - la Direction Appui, Traitement et Analyses de données (DATA) pour la méthodologie de correction des données et le suivi d'e-DO,
 - l'unité Santé sexuelle de la Direction de la promotion et de la prévention des données (DPPS) pour la relecture de ce bulletin,
 - 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 pour l'animation du réseau de déclarants en région et la valorisation des données régionales.

Rédaction

Françoise Cazein, Josiane Pillonel, Cécile Sommen, Mathias Bruyand, Nathalie Lydié, Didier Che, Bruno Coignard, Florence Lot; Santé publique France.