

Situation épidémiologique et dépistage du VIH et des autres IST // Epidemiological situation and screening for HIV and other STIs

Coordination scientifique // Scientific coordination

Florence Lot et Nathalie Lydié, Santé publique France, Saint-Maurice, France

Et pour le Comité de rédaction du BEH : **Isabelle Villena**, CHU, Reims, **Thierry Blanchon**, Ipleps, Paris, **Isabelle Bonmarin et Hélène Therre**, Santé publique France, Saint-Maurice, France

> SOMMAIRE // Contents

ÉDITORIAL // Editorial

La prévention combinée : une stratégie pour le succès !

// Combination prevention:

A strategy for success!p. 612

Valérie Delpech

Head of HIV surveillance and monitoring,
Public Health England, Londres, Royaume-Uni

ARTICLE // Article

Activité de dépistage du VIH

et circonstances de découverte

de l'infection à VIH, France 2018

// HIV screening activity and circumstances

of new HIV diagnoses, France 2018p. 615

Françoise Cazein et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice, France

ARTICLE // Article

Activité de dépistage et diagnostic du VIH,
des hépatites B et C, et des autres IST
en CeGIDD, France, 2018

// Screening activity and diagnosis of HIV,
Hepatitis B and C, and other STIs in CeGIDD,
France, 2018.....p. 625

Corinne Pioche et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice, France

ARTICLE // Article

Dépistage des IST bactériennes
dans le secteur privé en France, 2006-2018

// Bacterial STI screening in the private sector

in France, 2006-2018p. 634

Delphine Viriot et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice, France

ARTICLE // Article

Profil des utilisateurs du premier kit

de dépistage par autoprélèvement

du programme MémoDépistages proposé

aux HSH multipartenaires en France en 2018

// Profile of users of the first self-sampling

screening kit of the MémoDépistages program

offered to multi-partner MSM in France in 2018p. 642

Delphine Rahib et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice, France

ARTICLE // Article

Augmentation du recours répété

au dépistage VIH parmi les hommes ayant

des relations sexuelles avec des hommes

en France entre 2017 et 2019. Résultats

de l'enquête Rapport au sexe

// Increase in frequency of repeat HIV

testing among men who have sex with men

in France between 2017 and 2019. Results

from the Rapport au Sexe Surveyp. 648

Annie Velter et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice, France

(Suite page 612)

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'œuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/beh/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

Directeur de la publication : Jean-Claude Desenclos, directeur scientifique, adjoint au directeur général de Santé publique France
Rédactrice en chef : Valérie Colombani-Cocuron, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr
Rédactrice en chef adjointe : Jocelyne Rajnachel-Messai
Secrétariat de rédaction : Marie-Martine Khamassi, Farida Mihoub
Comité de rédaction : Raphaël Andler, Santé publique France; Thierry Blanchon, Ipleps; Florence Bodeau-Livinec, EHESP; Isabelle Bonmarin, Santé publique France; Sandrine Danet, HCAAM; Bertrand Gagnière, Santé publique France, Cîre Bretagne; Isabelle Grémy, ORS Île-de-France; Anne Guinard/Damien Mouly, Santé publique France, Cîre Occitanie; Nathalie Jourdan-Da Silva, Santé publique France; Philippe Magne, Santé publique France; Valérie Olié, Santé publique France; Alexia Peyronnet, Santé publique France; Annabel Rigou, Santé publique France; Hélène Therre, Santé publique France; Sophie Vaux, Santé publique France; Isabelle Villena, CHU Reims.
Santé publique France - Site Internet : <http://www.santepubliquefrance.fr>
Préresse : Jouve
ISSN : 1953-8030

Opinions et pratiques des personnes
âgées de 18 à 75 ans en France
métropolitaine vis-à-vis du dépistage
du VIH en 2016

// Opinions and practices of persons aged
from 18 to 75 years in mainland France
regarding HIV testing in 2016p. 656

Mathias Bruyand et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice, France

> ÉDITORIAL // Editorial

LA PRÉVENTION COMBINÉE : UNE STRATÉGIE POUR LE SUCCÈS !

// COMBINATION PREVENTION: A STRATEGY FOR SUCCESS!

Valérie Delpech

Head of HIV surveillance and monitoring, Public Health England, Londres, Royaume-Uni

Des villes comme Paris¹, Londres², San Francisco³ et Sydney⁴ apportent la « preuve de concept » que la prévention combinée fonctionne et pourrait éliminer le VIH. Il y a donc lieu de se réjouir. Une diminution du nombre de nouveaux diagnostics parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) – le groupe le plus touché par le VIH – a été observée dans ces villes ces dernières années. Dans un contexte de forte augmentation de l'activité de dépistage du VIH, la diminution des nouveaux diagnostics reflète une baisse réelle de la transmission, comme le montrent les modélisations qui indiquent une réduction de l'incidence du VIH.

Il n'existe pas un modèle unique de prévention combinée, cette dernière devant être adaptée au contexte. Le dépistage du VIH est un élément essentiel de la prévention combinée et le premier pilier des 3 x 90 de l'Onusida, qui vise à diagnostiquer et à traiter rapidement pour réduire la morbidité et la transmission⁵. Selon l'Onusida, la prévention combinée vise à obtenir une influence maximale sur la prévention du VIH, en associant des stratégies structurelles, biomédicales et comportementales dans le cadre d'une épidémie locale qui a été étudiée et comprise⁽¹⁾. Dans ce numéro thématique du BEH, Santé publique France et ses partenaires présentent des résultats issus de systèmes de surveillance et d'enquêtes comportementales, qui apportent des données probantes permettant de piloter les politiques de dépistage et les stratégies de prévention. Concernant l'activité de dépistage, F. Cazein et coll. rapportent que plus de 5,8 millions de tests VIH ont été réalisés en laboratoires en 2018. Le très grand nombre de tests effectués est en partie imputable à la stratégie selon laquelle toute personne doit être

testée au moins une fois dans sa vie, et de façon plus fréquente dans les populations les plus exposées. F. Cazein et coll. indiquent que l'activité de dépistage a augmenté régulièrement entre 2013 et 2018 (+11%). Cette augmentation est encourageante et est accompagnée d'une baisse du taux de positivité.

Au Royaume-Uni, pays ayant une population et une épidémie d'infection à VIH similaires à la France, environ 4 millions de tests VIH ont été effectués en 2018⁶. Bien qu'il n'y ait pas de recommandation de dépistage en population générale, toute personne ayant un recours au système de soins public peut se voir proposer un test si elle vit dans une zone à haute prévalence du VIH. Cette stratégie est toutefois peu appliquée⁶. La grande majorité des tests de dépistage du VIH et des IST sont réalisés à l'occasion d'une grossesse ou dans les services de santé sexuelle (*sexual health services*). Comme en France, l'augmentation des volumes de tests réalisés s'est accompagnée d'une baisse simultanée du taux de positivité VIH, en particulier dans les services de santé sexuelle. Cette diminution a été attribuée à la baisse constante du nombre de personnes vivant avec une infection non diagnostiquée. En 2018, environ 7 500 [ICr : 5 400 à 11 500] personnes vivant au Royaume-Uni ignoraient leur infection par le VIH. Ce chiffre continuant à diminuer, il faudra poursuivre et intensifier les efforts de dépistage pour détecter l'ensemble des personnes non encore diagnostiquées⁷.

Malgré une forte augmentation du nombre de tests réalisés en France, l'article de F. Cazein et coll. révèle que près du tiers des HSH et la moitié des hétérosexuels diagnostiqués pour une infection à VIH en 2018 n'avaient jamais été testés auparavant. Cette proportion est plus élevée (>75%) chez les HSH et

⁽¹⁾ Source Onusida. Guide de terminologie, octobre 2011.

les hétérosexuels diagnostiqués dans les services de santé sexuelle au Royaume-Uni⁶, pour des raisons différentes pour ces deux groupes. Tandis qu'un manque de sensibilisation et un défaut de proposition du test lors d'un recours au système de soins peuvent être la principale explication à l'absence de test pour les hétérosexuels et certains HSH, le grand nombre d'utilisateurs de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) parmi les personnes réalisant fréquemment des tests de dépistage du VIH explique un nombre de diagnostics moindre dans ce groupe. Ainsi, les nouveaux diagnostics sont principalement observés parmi ceux qui réalisent le test pour la première fois ou ceux qui y ont peu recours. Encourager ces derniers à se faire tester est un vrai défi, dans la mesure où nombreux sont ceux qui peuvent penser ne pas être à risque de contracter le VIH.

Les écarts entre les opinions et les pratiques du dépistage du VIH en population générale sont décrites par M. Bruyand et coll. Alors que 9 répondants sur 10 du Baromètre de Santé publique France 2016 estiment que toute personne devrait être testée pour le VIH au moins une fois dans sa vie, plus de la moitié des hommes et près d'un tiers des femmes n'ont jamais réalisé de test. Bien que les populations faisant l'objet d'une recommandation de dépistage sont globalement mieux dépistées que les autres, environ une personne née en Afrique subsaharienne sur 5 et un HSH sur 5 n'ont jamais été testés pour le VIH au cours de la vie. Un constat préoccupant, compte-tenu des actions de promotion de la santé ciblées sur ces groupes au cours des dernières décennies. Cependant, une augmentation du nombre de personnes ayant réalisé le test pour la première fois ou ayant fréquemment recours au test a été observée, notamment chez certains HSH (article de A. Velter et coll.). Ceci est conforme à l'évolution d'une culture du dépistage du VIH et des autres IST chez les HSH dans les pays occidentaux⁸. La proportion stable de personnes n'ayant jamais été testées peut refléter la grande hétérogénéité des populations dites « les plus exposées au risque ». Cela ne doit pas être interprété comme un échec des efforts réalisés en termes de prévention et de dépistage, mais comme un appel à un engagement plus important et plus large, afin de mieux comprendre les besoins des diverses communautés les plus touchées par le VIH. C'est également un appel des auteurs à une plus grande sensibilisation des professionnels de santé pour proposer le dépistage du VIH. Des opportunités manquées de dépistage ont été documentées au Royaume-Uni. Par exemple, on estime que 500 000 personnes ayant consulté dans un service de santé sexuelle en 2018 n'ont pas bénéficié d'un test de dépistage du VIH, le test n'ayant pas été proposé à la moitié d'entre elles et les autres l'ayant refusé⁷.

Des données de suivi et d'évaluation de bonne qualité, collectées dans des contextes divers et à partir de sources d'informations multiples, sont nécessaires pour évaluer la mise en œuvre et l'impact des stratégies de dépistage. À l'aide des données

de l'Assurance maladie, D. Viriot et coll. ont analysé l'activité de dépistage des IST du secteur privé (concentrant la plus grande part de cette activité en France) et ses tendances. C. Pioche et ses collègues soulignent l'importance des centres de dépistage gratuits (CeGIDD) concernant l'accueil des populations plus particulièrement exposées. Sans l'existence de ces structures, compte-tenu de taux de positivité élevés dans les populations qui les fréquentent, de nombreux cas d'infections par le VIH, d'IST bactériennes et d'hépatites B et C ne seraient pas diagnostiqués. D. Rahib et coll. ont montré qu'un quart des HSH exposés à ces infections acceptaient l'offre d'un kit d'auto-prélèvement pour le dépistage du VIH et des IST. Le dispositif a permis la réalisation plus fréquente de tests chez les hommes vivant dans les grandes villes et fréquentant les lieux de convivialité gays. Les auteurs suggèrent également que d'autres populations pourraient être incitées à se tester *via* un tel dispositif. L'auto-prélèvement pour le dépistage du VIH et des autres IST gagne en popularité à Londres et dans d'autres lieux du Royaume-Uni : 160 000 personnes y ont eu recours en 2018, parmi lesquelles 55 000 ont réalisé un autotest⁶.

La PrEP est un pilier relativement récent et désormais crucial de la prévention. La France est un leader mondial concernant l'utilisation de la PrEP parmi la communauté LGBTI. Ce traitement préventif offre non seulement une protection très efficace contre le VIH, mais garantit également la réalisation de dépistages réguliers et un diagnostic éventuel suivi d'un traitement précoce du VIH et des autres IST parmi les personnes les plus exposées, interrompant ainsi les chaînes de transmission. L'Enquête Rapport au Sexe (ERAS) 2019 publiée par A. Velter et coll. met en évidence une augmentation de la proportion de personnes réalisant fréquemment des tests de dépistage parmi les HSH, largement expliquée par les utilisateurs de PrEP résidant en Île-de-France, ce qui contribue à la diminution du nombre de nouveaux diagnostics. Il est également encourageant de constater une augmentation de la fréquence des tests chez les HSH non utilisateurs de PrEP, à haut risque, ce qui peut résulter d'un changement de culture par rapport au dépistage.

La France observe en 2018 une baisse des nouveaux diagnostics au niveau national, une telle baisse est observée dans d'autres pays européens depuis plusieurs années⁹, notamment en Autriche, Belgique, Finlande, Allemagne, Grèce, Pays-Bas, Portugal et Royaume-Uni⁶. L'approche de prévention combinée incluant des programmes « *Test and Treat* » et PrEP est la stratégie du succès. Nos efforts seront-ils assez soutenus pour éliminer le VIH ? Notre défi est de n'oublier personne, quels que soient son sexe, sa sexualité, son pays de naissance et son lieu de vie. ■

Références

[1] Santé publique France. Dépistage et découvertes de séro-positivité VIH à Paris. Point épidémiologique 2018. Saint-Maurice: Santé publique France ; 10/09/2019. 2 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/>

infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/depistage-et-decouvertes-de-seropositivite-vih-a-paris.-point-epidemiologique-2018

[2] Brown AE, Mohammed H, Ogaz D, Kirwan PD, Yung M, Nash SG, Furegato M, Hughes G, Connor N, Delpech VC, Gill ON. Fall in new HIV diagnoses among men who have sex with men (MSM) at selected London sexual health clinics since early 2015: testing or treatment or pre-exposure prophylaxis (PrEP)? *Euro Surveill.* 2017;22(25).

[3] Buchbinder S. Getting to Zero San Francisco: The Power of Collective Impact. IAS2017;2017 July 23-26, Paris, France. <http://www.gettingtozerosf.org/wp-content/uploads/2017/08/Buchbinder-IAS-2017-90-90-90-final.pdf>

[4] Grulich AE, Guy R, Amin J, Jin F, Selvey C, Holden J, *et al*; Expanded PrEP Implementation in Communities New South Wales (EPIC-NSW) research group. Population-level effectiveness of rapid, targeted, high-coverage roll-out of HIV pre-exposure prophylaxis in men who have sex with men: the EPIC-NSW study. *Lancet HIV.* 2018;5(11):e629-37.

[5] UNAIDS. Fast-Track – Ending the AIDS epidemic by 2030. Geneva: UNAIDS; 2014. 8 p. https://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/fast_track

[6] O'Halloran C, Sun S, Nash S, Connor N, Brown A, Croxford S, *et al*. HIV in the United Kingdom: Towards Zero 2030. 2019 report. London: Public Health England, 2019 ; à paraître en janvier 2020.

[7] Public Health England. Prevalence of HIV infection in the UK in 2018. Health Protection Report, Volume 13 Number 39. London: Public Health England; 2019. 6 p. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/843766/hpr3919_hiv18.pdf

[8] The EMIS Network. EMIS-2017 – The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019. 179 p. https://www.esticom.eu/Web/ESTICOM/EN/emis-2017/survey-report/EMIS_2017_REPORT_ECDC.html

[9] European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance Report, HIV/AIDS surveillance 2019, 2018 data. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; à paraître le 1^{er} décembre 2019.

Citer cet article

Delpech V. Éditorial. La prévention combinée : une stratégie pour le succès ! *Bull Epidémiol Hebd.* 2019;(31-32):612-4. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/31-32/2019_31-32_0.html

ACTIVITÉ DE DÉPISTAGE DU VIH ET CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE DE L'INFECTION À VIH, FRANCE 2018

// HIV SCREENING ACTIVITY AND CIRCUMSTANCES OF NEW HIV DIAGNOSES, FRANCE 2018

Françoise Cazein (francoise.cazein@santepubliquefrance.fr)¹, Cécile Sommen¹, Josiane Pillonel¹, Mathias Bruyand¹, Charly Ramus¹, Pierre Pichon¹, Clara Da Costa¹, Lotfi Benyelles¹, Damien Thierry², Céline Desouches², Francis Barin², Florence Lot¹

¹ Santé publique France, Saint-Maurice, France

² Centre national de référence du VIH, laboratoire associé, CHU de Tours, France

Soumis le 16.09.2019 // Date of submission: 09.16.2019

Résumé // Abstract

Cet article présente un bilan de l'activité de dépistage du VIH en France en 2018 dans les laboratoires de biologie médicales et des circonstances des découvertes de séropositivité à partir des déclarations obligatoires du VIH. En 2018, 5,80 millions (IC95% [5,74-5,86]) de sérologies VIH ont été réalisées (87/1 000 habitants), nombre en augmentation régulière depuis 2013 (+11%), alors que le taux de positivité (1,9/1 000 sérologies) a diminué (-13%). Près de 6 200 personnes (IC95%: [5 897-6 412]) ont découvert leur séropositivité, nombre en diminution par rapport à 2017 (-7%). Les sérologies à l'origine de ces découvertes étaient le plus souvent réalisées en présence de signes cliniques ou d'un bilan biologique évocateurs d'infection à VIH (26%), lors d'un bilan systématique (20%) ou d'un dépistage orienté (20%).

En 2018, 25% des découvertes étaient précoces et 29% à un stade avancé de l'infection, proportions stables sur les trois dernières années. Les découvertes à un stade avancé concernaient particulièrement les usagers de drogues injectables (UDI) (55% parmi les UDI) et les hétérosexuels (33% parmi ceux nés en France, 35% parmi ceux nés à l'étranger).

Plus de la moitié (52%) des personnes découvrant leur séropositivité n'avaient jamais été testées pour le VIH auparavant, proportion plus élevée chez les UDI (81%) et les personnes nées en Afrique subsaharienne (65%), et plus faible (33%) chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Ces proportions étaient stables sur les trois dernières années.

La diminution du nombre de découvertes de séropositivité, couplée à une augmentation de l'activité de dépistage, peut refléter une diminution du nombre de personnes infectées non diagnostiquées et/ou une diminution de l'incidence depuis plusieurs années. Néanmoins, le nombre de personnes diagnostiquées à un stade avancé de l'infection montre que les efforts de sensibilisation au dépistage du VIH doivent être poursuivis.

This article presents 2018 data on HIV testing in French medical laboratories and the circumstances of new HIV diagnoses, based on HIV mandatory notification.

In 2018, 5.80 million (95% CI: [5.74-5.86]) of HIV tests were performed (87/1000 inhabitants). This number increased steadily between 2013 and 2018 (+11%), while the positivity rate (1.9 per 1000 tests) decreased (-13%). Nearly 6,200 people (95%CI: [5.897-6.412]) were newly diagnosed for HIV, a decrease compared to 2017 (-7%). The main reasons leading to HIV testing were clinical symptoms or biological results suggestive of HIV infection (26%), systematic check-up (20%) or oriented testing (20%).

Among new HIV diagnoses in 2018, 25% were early and 29% were done at an advanced stage of infection, these proportions were unchanged over the last 3 years. Injecting drug users (IDUs) and heterosexuals either born in France or abroad, are more likely to be diagnosed at an advanced stage of their infection, respectively 55%, 33% and 35%.

More than half (52%) of diagnosed people had never been tested for HIV in their lifetime. This proportion is higher among IDUs (81%) and people born in sub-Saharan Africa (65%), and lower among men who have sex with men (MSM) (33%). These proportions remained unchanged over the past 3 years.

The decrease in the number of HIV diagnoses, while screening activity continues to increase, probably reflects a decrease in the number of HIV+ undiagnosed people, and / or a decrease in HIV incidence for several years. Nevertheless, the number of people diagnosed at an advanced stage of infection shows that efforts to raise awareness of HIV testing must be continued.

Mots-Clés : VIH, Surveillance, Dépistage, Diagnostic, Test d'infection récente, Laboratoire, Biologie

// Keywords : HIV, Surveillance, Screening, Diagnosis, Recent Infection Test, Laboratory, Biology

Introduction

Le dépistage est un enjeu majeur dans la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Il doit permettre de diagnostiquer les personnes infectées le plus tôt possible après leur contamination, pour qu'elles puissent bénéficier rapidement d'une prise en charge et d'un traitement antirétroviral¹. Ce traitement permet à la fois de diminuer drastiquement la morbidité et la mortalité des personnes infectées et de supprimer le risque de transmission du VIH si la charge virale est indétectable (TASP pour *Treatment As Prevention*). C'est pourquoi un dépistage au moins une fois dans la vie de toute personne de 15 à 70 ans et un dépistage répété des personnes appartenant aux populations les plus exposées sont actuellement recommandés en France^{2,3}.

Afin de contribuer à l'orientation et à l'évaluation de la politique de lutte contre le VIH, Santé publique France recueille, analyse et publie chaque année les données transmises par les professionnels de santé. Ainsi, cet article actualise les données précédemment publiées en décrivant d'une part, l'activité de dépistage en laboratoire de biologie médicale (à partir de la surveillance LaboVIH) et, d'autre part, les nombres de diagnostics d'infection à VIH et les circonstances des découvertes de séropositivité en France en 2018 (à partir de la déclaration obligatoire (DO) du VIH), et leur évolution par rapport aux années précédentes. La description des découvertes de séropositivité en 2018 en termes d'âge, sexe et mode de contamination a été publiée précédemment⁴.

Objectifs et méthodes

Activité de dépistage du VIH (LaboVIH)

Les données d'activité de dépistage du VIH sont issues du système de surveillance LaboVIH, qui a pour objectifs (1) de suivre l'évolution du nombre de sérologies VIH réalisées et de sérologies confirmées positives ; (2) de calculer l'exhaustivité de la DO du VIH (de l'ordre de 70% à l'échelle nationale⁵) à partir du nombre de sérologies positives, ce qui permet d'estimer le nombre réel de découvertes de séropositivité VIH. La surveillance LaboVIH inclut les sérologies réalisées par l'ensemble des laboratoires, quel que soit le lieu de prélèvement (ville, hôpital ou clinique, Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles (CeGIDD), etc.), la présentation ou non d'une prescription médicale, l'anonymat ou pas, la gratuité ou pas. Elle inclut également les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) réalisés par les laboratoires, mais exclut les sérologies VIH réalisées à l'occasion d'un don de sang (près de 3 millions par an).

Santé publique France sollicite chaque semestre tous les laboratoires de biologie médicale, publics et privés (environ 4 200 sites), pour recueillir le nombre de personnes testées pour le VIH et le nombre

de personnes confirmées positives pour la première fois pour le laboratoire. Une personne est comptée plusieurs fois si elle a réalisé plusieurs sérologies dans l'année. Une sérologie positive n'est comptée qu'une seule fois pour un laboratoire donné, mais plusieurs fois si elle est confirmée par plusieurs laboratoires.

Les estimations présentées correspondent à l'activité de l'ensemble des laboratoires, qu'ils aient répondu ou non à LaboVIH. Les nombres de sérologies VIH réalisées et de sérologies positives ont été estimés en considérant que les laboratoires participants constituent un échantillon issu d'un plan de sondage stratifié sur la région et le type de laboratoire (hospitaliers ou de ville), afin d'utiliser les propriétés de l'estimateur de Horvitz-Thomson⁶. Par convention, la catégorie « laboratoires hospitaliers » inclut les laboratoires des hôpitaux et cliniques, alors que celle des « laboratoires de ville » comprend, outre les laboratoires de ville privés, les centres de santé, dispensaires, etc. Les médianes des nombres de sérologies ont été préférées aux moyennes pour calculer les poids de sondage ajustés par la non-réponse, afin de générer des estimations plus robustes au biais de non-participation⁷. Ces poids ont permis d'estimer les valeurs centrales en utilisant un estimateur par prédiction. Les variances des nombres de sérologies réalisées et de sérologies positives ont été estimées par *bootstrap*.

Les données présentées dans cet article sont le nombre de sérologies VIH réalisées, le taux de sérologies réalisées calculé comme le nombre de sérologies rapporté à la population, et le taux de positivité défini par la proportion de sérologies positives pour 1 000 sérologies réalisées, sur la période 2010-2018.

Circonstances de découverte de séropositivité VIH (DO du VIH)

L'analyse des circonstances de découverte de séropositivité VIH est basée sur les données de la DO du VIH (données du 31 mars 2019 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes)^{4,5} et sur les résultats du test d'infection récente, réalisé par le laboratoire associé du Centre national de référence (CNR) du VIH, au CHU de Tours⁸. Ce test, réalisé sur les échantillons transmis par les biologistes réalisant la DO du VIH, permet de distinguer les contaminations de moins de six mois en moyenne au moment du diagnostic, des contaminations plus anciennes. La DO du VIH a pour objectifs de dénombrer et de décrire les personnes qui découvrent leur séropositivité au VIH⁴ et de fournir des données permettant de calculer l'incidence du VIH^{9,10}.

Les variables utilisées sont le motif de réalisation de la sérologie ayant conduit au diagnostic, les antécédents de sérologie VIH et le diagnostic précoce ou à un stade avancé de l'infection. Les motifs de réalisation de la sérologie ont été regroupés en classes, utilisées pour la correction pour les valeurs manquantes. Les niveaux de détail plus fins (comme le bilan prénatal pour les femmes) et l'initiative

de la sérologie n'ont pas été corrigés et sont donc présentés sur les données brutes, en excluant les valeurs manquantes. La définition utilisée ici pour le diagnostic « précoce » repose sur des données fournies soit par le biologiste (profil de séroconversion), soit par le clinicien (stade clinique de primo-infection), soit par le CNR du VIH (test d'infection récente positif). Cette définition du diagnostic précoce est restreinte par rapport à celle utilisée dans les précédentes publications des données de la DO VIH ¹¹. L'ancienne définition incluait également les personnes non sida diagnostiquées avec 500 CD4/mm³ ou plus. Cette définition incluait probablement des personnes contaminées plusieurs années avant leur diagnostic, ce qui ne correspondait pas véritablement au terme « précoce ». Le stade « avancé » est défini par un stade sida ou un taux de lymphocytes CD4<200/mm³ au moment du diagnostic, en l'absence de primo-infection. Le stade « intermédiaire » correspond à l'ensemble des autres situations.

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.

Résultats

Activité de dépistage du VIH (LaboVIH)

Participation des laboratoires

Pour l'année 2018, 81% (3 422/4 227) des laboratoires de biologie médicale ont participé à l'enquête LaboVIH. Cette participation est en diminution par rapport aux années précédentes (87% en 2017), à la fois pour les laboratoires hospitaliers (de 92% en 2017 à 89% en 2018) et pour les laboratoires de ville (de 86% à 80%).

Comme chaque année, le taux de participation varie selon les régions (de 58% à 100%) et les départements (de 33% à 100%).

Sérologies VIH réalisées

Le nombre de sérologies VIH réalisées dans les 4 227 laboratoires de biologie médicale recensés en 2018 est estimé à 5,80 millions (intervalle de confiance à 95%, IC95%: [5,74-5,86]), en augmentation de 3% par rapport à 2017. L'activité de dépistage a augmenté régulièrement entre 2013 et 2018 (+11%) (figure 1).

Quel que soit le lieu de prélèvement, les sérologies sont réalisées pour les trois quarts d'entre elles, comme les années précédentes, par les laboratoires de ville (76%), et pour un quart (24%) par les laboratoires hospitaliers.

En 2018, environ 290 000 [261 458-319 286] sérologies VIH ont été réalisées dans un cadre anonyme, soit 5% de l'ensemble des sérologies. Le nombre de sérologies VIH réalisées dans un cadre anonyme a diminué depuis 2015 (-17%).

Avec 1,47 millions [1,44-1,51] de sérologies réalisées en 2018, l'Île-de-France concentre un quart de l'activité nationale de dépistage.

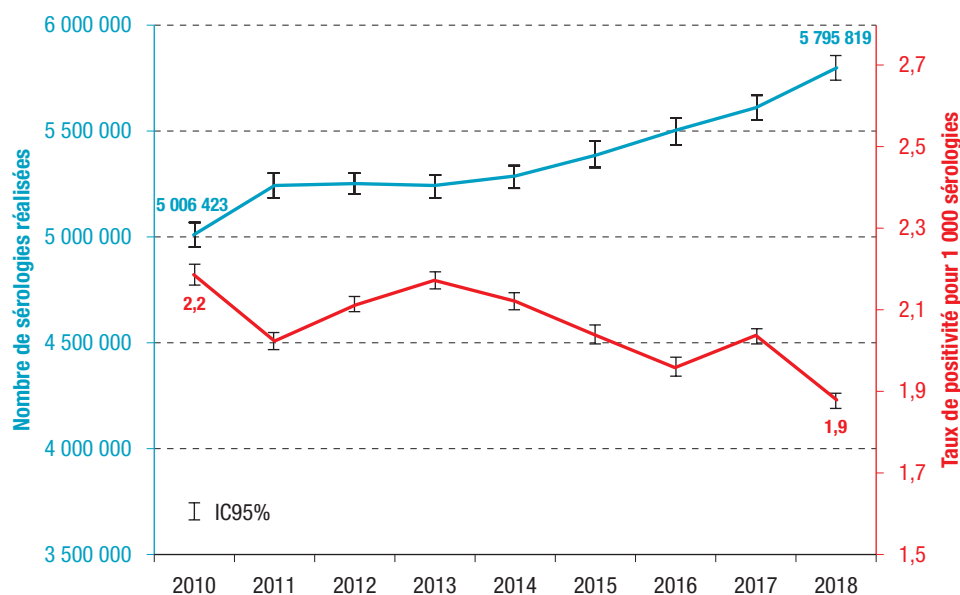
Le taux de sérologies réalisées en 2018 est de 87 sérologies pour 1 000 habitants. Comme les années précédentes, les taux de sérologies pour 1 000 habitants sont plus élevés dans les départements français d'Amérique (DFA), en Île-de-France, à La Réunion, en Provence-Alpes-Côte d'Azur et à Mayotte (figure 2a).

Sérologies VIH confirmées positives

En 2018, le taux de positivité des sérologies VIH est de 1,88 [1,86-1,90] pour 1 000, en diminution par rapport aux années précédentes (-13% entre 2013 et 2018) (figure 1).

Figure 1

Nombre de sérologies VIH réalisées et taux de positivité, France, 2010-2018



Source : LaboVIH, données 2018 corrigées.

Ce taux est plus élevé pour les laboratoires hospitaliers, 4,92 [4,77-5,06] pour 1 000, que pour les laboratoires de ville : 0,925 [0,92-0,93] pour 1 000.

Le taux de positivité est plus élevé parmi les sérologies anonymes : 2,83 [2,54-3,11] pour 1 000 que parmi celles non anonymes : 1,83 [1,81-1,84] pour 1 000. Il ne diffère pas entre les sérologies anonymes effectuées en ville ou à l'hôpital. Le taux de positivité des sérologies anonymes a diminué au cours du temps (-22% entre 2013 et 2018).

Le taux de positivité est très variable selon les régions, de 0,7 à 6,9 pour 1 000. Comme les années précédentes, il est plus élevé dans les DFA (de 2,1 en Martinique à 6,9 en Guyane), en Île-de-France (3,3) et dans la région Centre-Val de Loire (2,7) (figure 2b).

Circonstances de découverte de séropositivité VIH (DO du VIH)

L'ensemble des tests VIH réalisés en 2018 a conduit à la découverte de séropositivité chez 6 155 personnes [5 897-6 412], nombre en diminution de 7% par rapport à 2017, après plusieurs années de stabilité. Cette diminution s'observe principalement chez les personnes nées en France (-9%).

L'évolution du nombre de découvertes de séropositivité sur les cinq dernières années a été décrite précédemment⁴. Elle diffère selon le mode de contamination et le sexe (figure 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 hétérosexuels (hommes et femmes) nés en France (-22%, $p = 0,001$) ;

- stabilité chez hétérosexuels nés 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%, $p = 0,006$).

Motif de réalisation de la sérologie VIH ayant permis le diagnostic

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2018, les motifs de réalisation de la sérologie VIH les plus fréquemment rapportés sont la présence de signes cliniques⁽¹⁾ ou un bilan biologique évocateurs d'infection à VIH (26%), un bilan systématique (20%) et un dépistage dit orienté (par la présence d'une infection concomitante comme une infection sexuellement transmissible (IST) ou une hépatite virale, une exposition ancienne au VIH ou l'appartenance à une population exposée) (20%). Les sérologies réalisées à la suite d'une exposition récente au VIH ne représentent que 13% des découvertes. Après une augmentation de la part des dépistages orientés et une diminution de la part des découvertes réalisées à la suite de la présence de signes cliniques ou en raison d'une exposition récente, la répartition des motifs de réalisation du test s'est stabilisée entre 2015 et 2018.

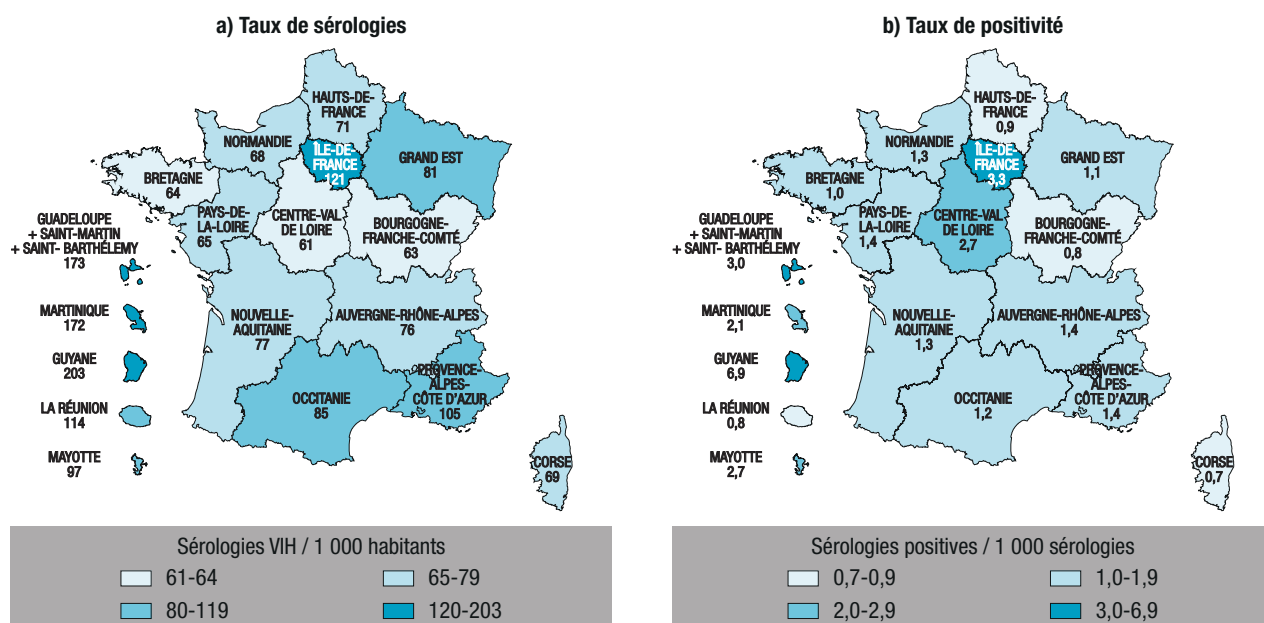
Cette répartition varie selon le mode de contamination et le pays de naissance (figure 4).

La présence de signes cliniques ou d'un bilan biologique évocateur reste le premier motif de réalisation du test ayant permis le diagnostic chez les hétérosexuels nés en France (36%) et les UDI (31%).

⁽¹⁾ Pouvant correspondre à une primo-infection symptomatique ou à des signes cliniques évocateurs d'une infection plus ancienne

Figure 2

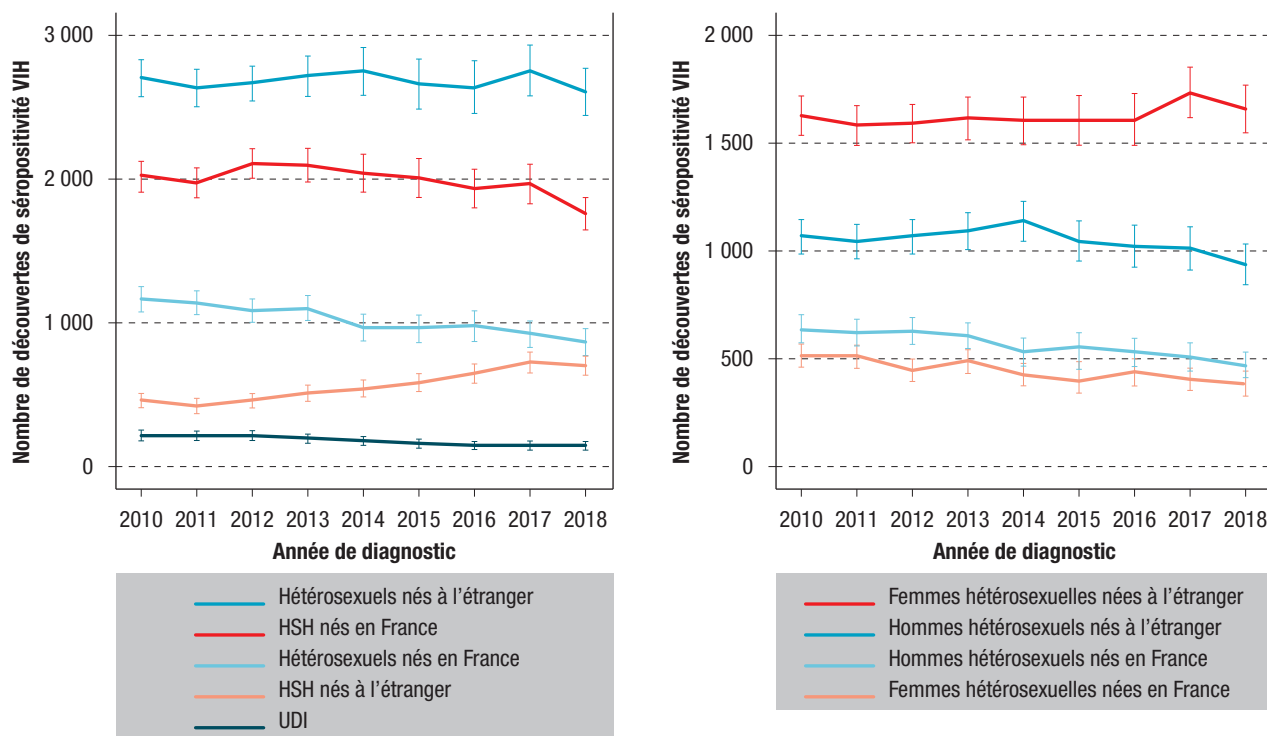
Taux de sérologies VIH pour 1 000 habitants (2a) et taux de positivité du VIH pour 1 000 sérologies réalisées (2b), par région. France 2018



Sources : LaboVIH, données 2018 corrigées/Insee, estimations de population au 1^{er} janvier 2018, par région, actualisées le 15 janvier 2019. Estimations de population dans les communautés d'outre-mer au 1^{er} janvier 2017.

Figure 3

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

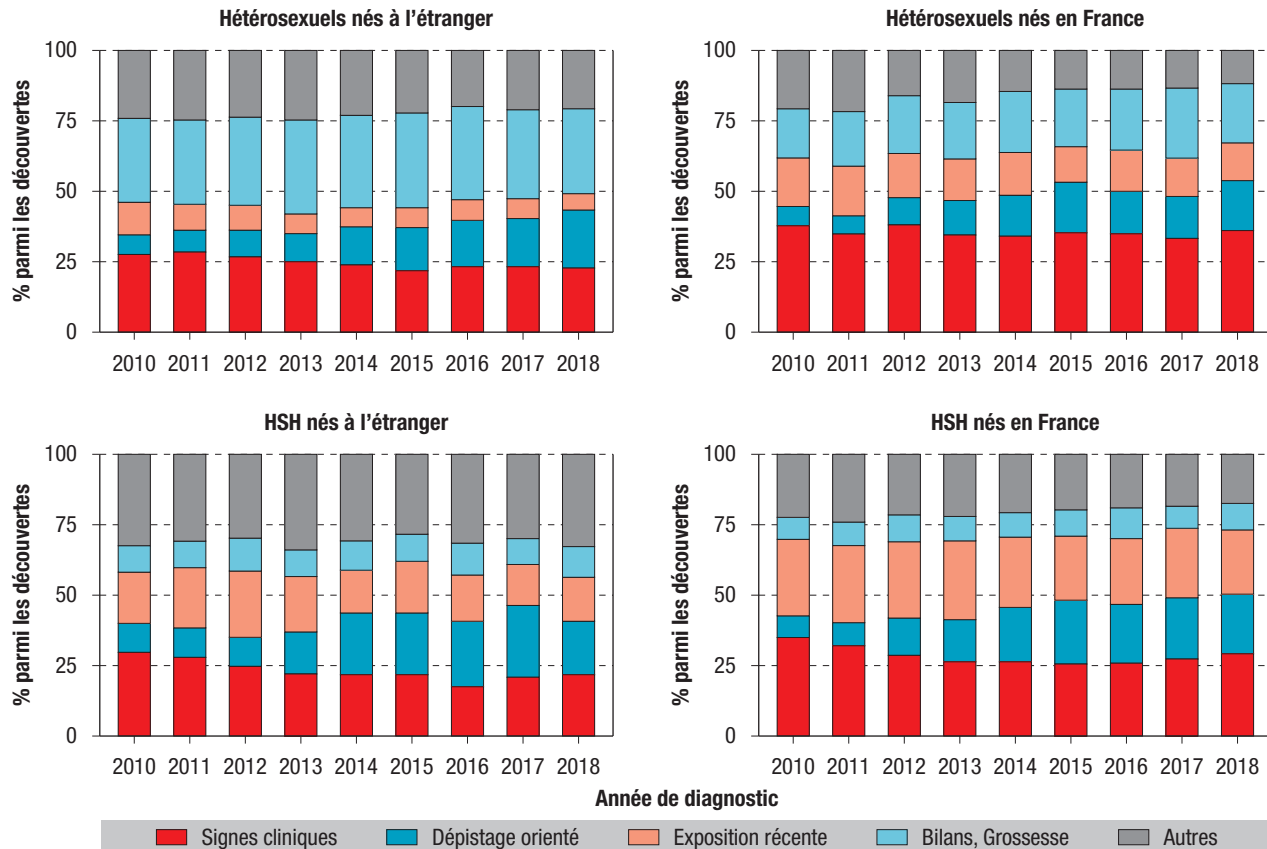


Source : DO VIH, données au 31 mars 2019 corrigées.

HSH : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ; UDI : usagers de drogues injectables.

Figure 4

Répartition des découvertes de séropositivité VIH selon le motif de réalisation de la sérologie ayant permis le diagnostic. France 2010-2018



Source : DO VIH, données au 31 mars 2019 corrigées.

HSH : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

Les hétérosexuels nés à l'étranger sont plus souvent diagnostiqués à l'occasion d'un bilan systématique (30%), notamment un bilan prénatal chez les femmes (19% ⁽²⁾ des femmes nées à l'étranger). Le dépistage orienté concerne environ 20% des découvertes chez les HSH et les hétérosexuels, qu'ils soient nés en France ou à l'étranger, plus rarement chez les UDI (12%). L'exposition récente au VIH est un motif de dépistage plus fréquent chez les HSH nés en France découvrant leur séropositivité (23%) que chez ceux nés à l'étranger (16%). Aucune évolution significative de la répartition de ces motifs de dépistage n'a été observée sur les trois dernières années chez les personnes nées en France découvrant leur séropositivité, que ce soit chez les HSH ou les hétérosexuels (figure 4). Les hétérosexuels nés à l'étranger constituent la seule population pour laquelle la part des dépistages orientés parmi les découvertes de séropositivité continue à augmenter.

Parmi les découvertes de séropositivité en 2018, 21% résultaient d'une sérologie réalisée à la demande du patient et 79% à l'initiative du professionnel de

santé ⁽³⁾. Les HSH ont plus souvent l'initiative de la demande de sérologie (30%) que les hétérosexuels (16%). Cette répartition est différente quand le motif du test est une exposition récente au VIH : dans cette situation, la sérologie est majoritairement à l'initiative du patient (54%).

Diagnostiques précoces

Les diagnostics précoces, définis par un profil 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.

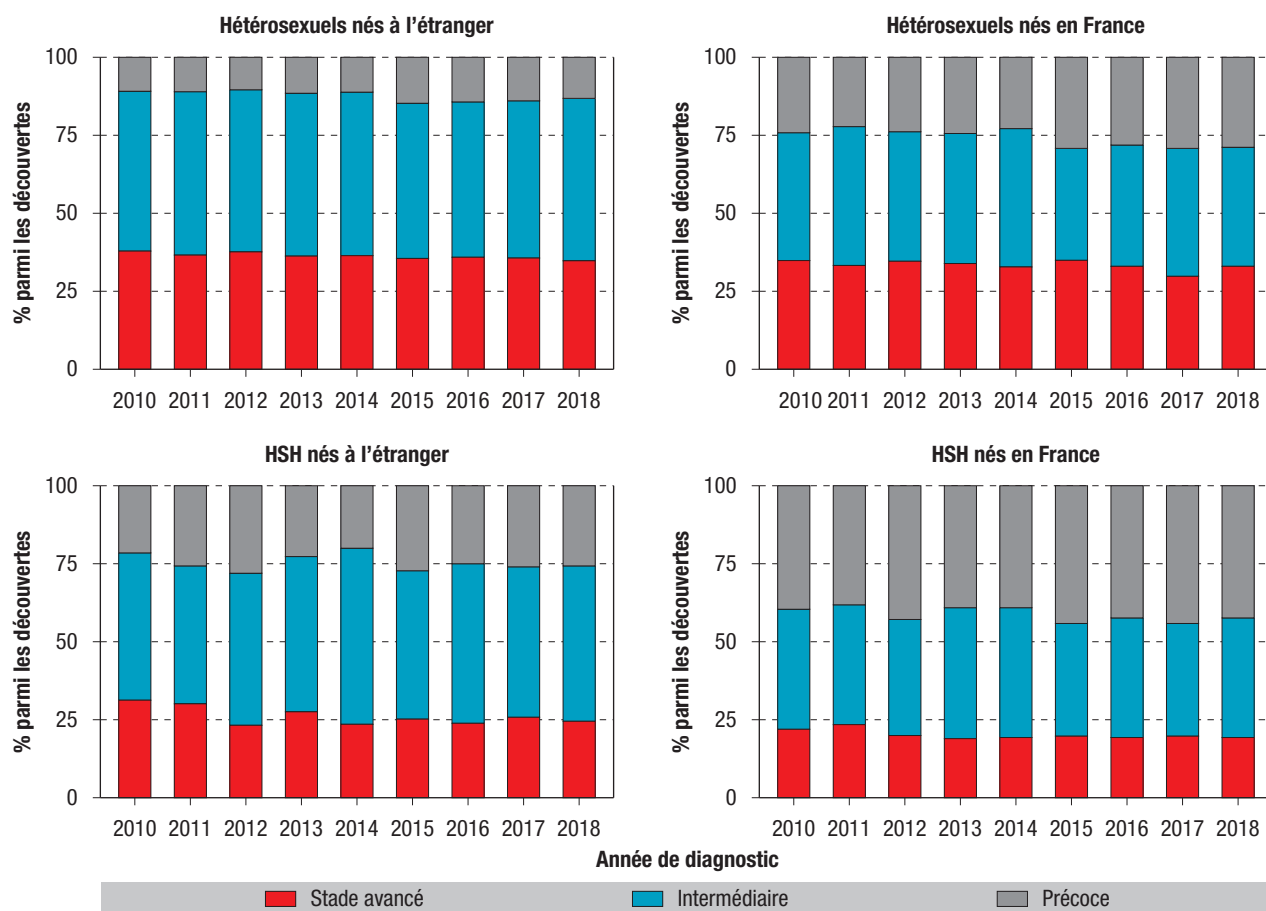
La part des diagnostics précoces varie avec le mode de contamination et le pays de naissance (figure 5). Elle est plus élevée chez les HSH : 42% chez ceux nés en France, 26% chez ceux nés à l'étranger. Chez les hétérosexuels, elle est deux fois plus élevée parmi ceux nés en France (29%) que parmi ceux nés à l'étranger (13%). Chez les UDI, elle est plus faible : 8%. Aucune évolution notable de ces proportions n'est observée sur les trois dernières années dans ces populations.

⁽²⁾ Proportion calculée sur les données brutes, à partir des 54% de découvertes chez les femmes pour lesquelles pays de naissance et motif de réalisation de la sérologie sont renseignés en 2018.

⁽³⁾ Proportions calculées sur les données brutes, à partir des 53% de découvertes pour lesquelles l'initiative de la demande de sérologie est renseignée en 2018.

Figure 5

Découvertes de séropositivité VIH selon le caractère précoce, intermédiaire ou à un stade avancé de l'infection, du diagnostic. France 2010-2018



Source : DO VIH, données au 31 mars 2019 corrigées.

En 2018, plus de 1 500 personnes ont été diagnostiquées précocement pour leur infection à VIH : environ 750 HSH nés en France, 300 hétérosexuels nés à l'étranger, 250 hétérosexuels nés en France, 200 HSH nés à l'étranger et 10 UDI.

Diagnostiques à un stade avancé

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

La part des diagnostics à un stade avancé reste plus importante chez les UDI (55% en 2018) que chez les hétérosexuels (35%), et plus faible chez les HSH (21%) (figure 5). Elle est plus élevée parmi les personnes nées à l'étranger (33%) que parmi celles nées en France (24%).

En 2018, environ 1 700 personnes ont découvert leur séropositivité alors qu'elles étaient déjà à un stade avancé de l'infection à VIH : cela concerne environ 850 hétérosexuels nés à l'étranger, environ 300 HSH nés en France, près de 300 hétérosexuels nés en France, environ 150 HSH nés à l'étranger et 80 UDI.

Antécédents de dépistage

Plus de la moitié (52%) des personnes découvrant leur séropositivité en 2018 n'avaient jamais été

testées pour le VIH auparavant, un tiers (33%) avaient été testées un an ou plus avant leur diagnostic et 15% dans l'année précédant leur diagnostic. Cette proportion est très différente selon le mode de contamination et le pays de naissance. Les hétérosexuels sont moins testés que les HSH et les personnes nées à l'étranger moins que celles nées en France.

La part des personnes jamais testées est la plus élevée chez les hétérosexuels nés à l'étranger (66%) et la part des personnes déjà testées dans l'année précédant la découverte est la plus élevée chez les HSH nés en France (29%) (figure 6).

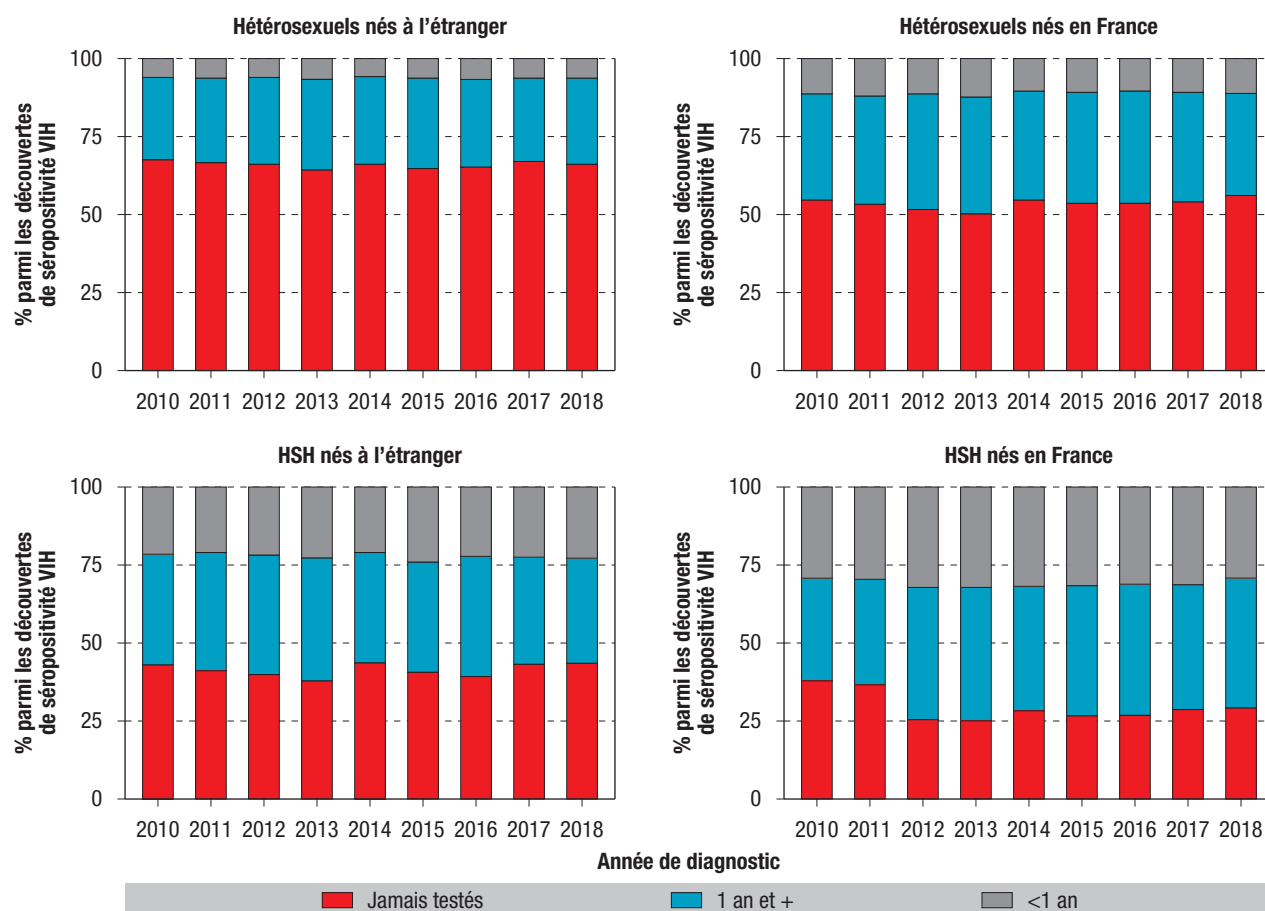
Parmi trois populations faisant l'objet de recommandations de dépistage répété (HSH, personnes nées en Afrique subsaharienne et UDI), la part de celles ayant été testées dans l'année précédant leur diagnostic est minoritaire : respectivement de 27%, 7% et 5%. Un tiers (33%) des HSH diagnostiqués en 2018 n'avaient jamais été testés pour le VIH auparavant, cette proportion atteint 65% chez les personnes nées en Afrique subsaharienne (65% chez les femmes et 64% chez les hommes) et 81% chez les UDI.

Discussion

Avec 5,8 millions de sérologies VIH réalisées en 2018, l'activité de dépistage continue à progresser en France. Ce nombre, en augmentation régulière

Figure 6

Découvertes de séropositivité VIH selon les antécédents de dépistage. France 2010-2018



Source : DO VIH, données au 31 mars 2019 corrigées.

depuis 2013, pourrait encore augmenter avec la mise en place dans chaque région, à compter de 2019, de campagnes annuelles de dépistage du VIH, des hépatites et des IST. Le nombre de sérologies VIH réalisées dans un cadre anonyme a en revanche diminué depuis 2015, probablement en lien avec la disparition des Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) en janvier 2016, remplacées par les Cegidd, dans lesquels l'anonymat est possible, mais pas systématique.

Cette évolution est également constatée dans le système national des données de santé (SNDS), qui fournit des informations sur les sérologies VIH réalisées dans le secteur privé et ayant fait l'objet d'un remboursement¹². Une extraction réalisée à partir des données du SNDS montre une tendance à l'augmentation du nombre de sérologies remboursées depuis 2013 avec, entre 2017 et 2018, une augmentation plus marquée (+7%). L'intérêt de ces données est surtout de fournir des informations sur l'âge et le sexe des personnes testées : en 2018, 3,8 millions de sérologies VIH ont été remboursées, dont 64% pour des hommes et 36% pour des femmes. La majorité (62%) de ces sérologies ont bénéficié à des adultes de 25 à 49 ans, 19% à des jeunes de 15 à 24 ans et 18% à des seniors de 50 ans et plus.

L'augmentation de l'activité de dépistage s'est accompagnée d'une baisse du taux de positivité. Le taux de positivité des sérologies VIH reste plus élevé lorsqu'elles sont réalisées dans un cadre anonyme, cette modalité de dépistage bénéficie donc toujours à une population plus exposée. Néanmoins, le taux de positivité diminue à la fois parmi les sérologies anonymes et non anonymes. Cela peut indiquer, par rapport aux années précédentes, que le dépistage a moins bénéficié aux populations les plus exposées au VIH, ou que le nombre de personnes vivant avec le VIH, mais non encore diagnostiquées diminue ou encore que l'incidence du VIH (nombre de nouvelles contaminations) diminue.

Les données de dépistage du VIH issues de LaboVIH permettent de suivre l'évolution de l'activité de dépistage, mais représentent des nombres de sérologies, et non des nombres de personnes. Une même personne testée positive plusieurs fois dans plusieurs laboratoires différents (volonté de confirmation, nouveau test réalisé à l'occasion d'un déménagement ou d'un changement de lieu de prise en charge, etc.) est comptée plusieurs fois dans ce système de surveillance.

Les données sur l'activité de dépistage présentées ici reposent sur les informations fournies par les biologistes *via* LaboVIH. Par rapport aux années précédentes, leur participation à LaboVIH a diminué, en lien probablement avec leur charge de travail importante et leurs multiples sollicitations. Si les méthodes de correction utilisées permettent d'obtenir une estimation fiable de l'activité de dépistage du VIH à l'échelle nationale, la baisse de participation pose problème pour la fiabilité des estimations aux

échelles régionale et départementale. Ces données servant également à l'estimation d'autres indicateurs importants que sont le nombre de découvertes de séropositivité et l'incidence du VIH, toute diminution de participation à LaboVIH compromet aussi la production de ces indicateurs à une échelle géographique fine. Pour pallier ces difficultés, une solution à moyen terme serait de mettre en place une extraction de données à partir des systèmes d'information des laboratoires. Dans cette attente, une forte implication de l'ensemble des professionnels de santé dans la surveillance reste nécessaire.

Les circonstances de découvertes de séropositivité permettent d'éclairer les évolutions du nombre et des caractéristiques des personnes diagnostiquées. Le nombre de découvertes de séropositivité VIH et l'incidence du VIH sont deux indicateurs différents et à ne pas confondre. En effet, les personnes qui découvrent leur séropositivité une année donnée ont pu être contaminées une ou plusieurs années auparavant. Les évolutions de ces deux indicateurs, nombre de découvertes et incidence, ne sont pas simultanées en raison du délai entre la contamination et le diagnostic (délai médian estimé à 3,3 ans⁹). La diminution du nombre de diagnostics en 2018 pourrait résulter d'un plus faible recours au dépistage des personnes infectées, d'une diminution de l'incidence au cours des dernières années, ou d'une diminution du nombre de personnes infectées mais non diagnostiquées ; les données disponibles permettent d'explorer ces explications possibles :

- Les antécédents de recours au dépistage avant le diagnostic et la part des diagnostics précoces ou à un stade avancé de l'infection n'ont pas varié au cours des trois dernières années. Cette stabilité n'est pas en faveur d'une modification récente du recours au dépistage des personnes vivant avec le VIH ;
- Les dernières estimations disponibles pour l'incidence faisaient état d'environ 5 700 à 6 600 contaminations en 2014^{9,10}. Une tendance à la diminution globale de l'incidence était déjà observée à cette date. Ces estimations, réalisées à partir des données sur les découvertes de séropositivité, seront réactualisées en incluant les découvertes de 2018 et permettront de mettre en évidence l'évolution de l'incidence depuis 2014 ;
- Les proportions de diagnostics précoces, intermédiaires et à un stade avancé sont stables sur les trois dernières années. Cela indique que la diminution du nombre de découvertes observée en 2018 concerne de manière proportionnée les personnes contaminées quelques mois avant leur diagnostics (qui sont donc des cas incidents) et des personnes contaminées auparavant, mais jamais testées (épidémie « cachée »¹³). Les diagnostics précoces étant minoritaires (27%), même chez les HSH nés en France (44%) qui sont les principaux bénéficiaires de la diminution

du nombre de diagnostics, on peut en conclure que les contaminations anciennes ont plus de poids dans la diminution du nombre de diagnostics que l'incidence en 2018.

La diminution récente du nombre global de découvertes de séropositivité résulte d'évolutions différentes selon les groupes de population. Aucune diminution n'est observée chez les femmes hétérosexuelles nées à l'étranger ni chez 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 (prophylaxie pré-exposition). Il est donc nécessaire de porter également une attention particulière à ces populations

L'analyse des antécédents de recours au test du VIH des personnes qui découvrent leur séropositivité montre que plus de la moitié d'entre elles (un tiers des HSH, deux tiers des personnes nées en Afrique subsaharienne et plus de 80% des UDI) n'avaient jamais été testés avant leur diagnostic. Ces proportions ne montrent aucune tendance à la diminution depuis 2013. Le recours au dépistage dans ces populations est donc bien en deçà des dernières recommandations de la haute Autorité de santé. Celle-ci préconisait en 2017² le maintien de la proposition de dépistage généralisé à la population générale et l'augmentation de la fréquence de dépistage du VIH au sein des populations les plus exposées au VIH : HSH (tous les trois mois), personnes originaires de zones de forte prévalence de l'infection, notamment d'Afrique subsaharienne et des caraïbes, et UDI (tous les ans). Le non recours au test du VIH d'une partie des populations exposées est aussi retrouvé dans les enquêtes de comportement. Ainsi, dans la population décrite par l'enquête Rapport au sexe (ERAS) 2019¹⁴, 15% des HSH n'avaient jamais réalisé de dépistage du VIH.

Conclusion

Le nombre de découvertes de séropositivité diminue en 2018, après plusieurs années de stabilité, dans un contexte où l'activité de dépistage continue à augmenter. Cette diminution, ne concernant que la dernière année, restera à confirmer avec une année de recul supplémentaire. En effet, en raison des délais de déclaration, l'incertitude associée aux estimations issues de la déclaration obligatoire du VIH est toujours plus importante sur le dernier point. La diminution du nombre de découvertes concerne principalement les HSH et les hétérosexuels nés en France, pour lesquels les recours au test en amont du diagnostic et les diagnostics précoces sont plus fréquents que chez les hétérosexuels nés à l'étranger ou les UDI. Cette diminution est probablement le reflet d'une diminution du nombre de personnes infectées,

mais non encore diagnostiquées et/ou d'une diminution de l'incidence depuis plusieurs années.

Néanmoins, environ 1 700 personnes ont été diagnostiquées à un stade avancé de l'infection en 2018, dont 450 HSH, plus de 1 100 hétérosexuels et près de 100 UDI. Dans une perspective de réduction de l'épidémie, il est indispensable de poursuivre la sensibilisation à la nécessité du dépistage du VIH auprès des populations les plus concernées par ce retard au diagnostic et auprès des professionnels de santé à leur contact. ■

Remerciements

Nous remercions les biologistes qui participent à LaboVIH et à la déclaration obligatoire (DO) du VIH ; les cliniciens et les techniciens d'études cliniques qui participent à la déclaration obligatoire du VIH et du sida ; les CoreVIH ; les médecins de santé publique en agence régionale de santé et leurs collaborateurs.

Au sein de Santé publique France, nous remercions :

- la direction appui, traitement et analyses de données (DATA) pour le suivi d'e-DO (Daniel Dubois), l'extraction des données du SNDS (Elodie Moutengou) et le soutien pour la réalisation des graphiques (Pascale Bernillon) ;
- la direction des systèmes d'information (DSI) pour le soutien à e-DO (Jérémie Saillant) ;
- les cellules régionales pour l'animation du réseau de déclarants en région et la valorisation des données régionales.

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS. Chapitre Prévention et dépistage. [Internet]. 2019. <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>
- [2] Haute Autorité de santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Synthèse, conclusions et recommandations. Saint-Denis: HAS; 2017. 41 p. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir2/reevaluation_de_la_strategie_depistage_vih_-synthese_conclusions_reco.pdf.
- [3] Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030. Paris: Ministère des Affaires sociales et de la Santé ; 2017. 75 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
- [4] Bulletin de santé publique VIH/Sida. Octobre 2019. Découvertes de séropositivité VIH et diagnostics de sida. France, 2018. Saint-Maurice: Santé publique France; 2019. 6 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-sida.-octobre-2019>
- [5] Bulletin de santé publique infection à VIH. Surveillance de l'infection à VIH (dépistage et déclaration obligatoire), 2010-2017. Saint-Maurice: Santé publique France; 2019. 6 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-infection-a-vih.-mars-2019>.
- [6] Horvitz DG, Thompson DJ. A generalization of sampling without replacement from a finite universe. JASA. 1952; 47(260):663-85.

- [7] Kott PS. A note on Handling nonresponse in sample surveys. *JASA*. 1994;89(426):693-6.
- [8] Barin F, Plantier JC, Brand D, Brunet S, Moreau A, Liandier B, *et al*. Human immunodeficiency virus serotyping on dried serum spots as a screening tool for the surveillance of the AIDS epidemic. *J Med Virol*. 2006;78 Suppl 1:S13-8.
- [9] Marty L, Cazein F, Panjo H, Pillonel J, Costagliola D, Supervie V; HERMETIC Study Group. Revealing geographical and population Heterogeneity in HIV incidence, undiagnosed HIV prevalence and time to improve prevention and care: estimates for France. *J Int AIDS Soc*. 2018;21(3):e25100.
- [10] Sommen C, Cazein F, Le Strat Y, Pillonel J, Lot F, Le Vu S, *et al*. Updated estimates of HIV incidence for France, 2003-2014. 9th IAS Conference on HIV Science; 2017 July 23-26, Paris, France.
- [11] Tran TC, Cazein F, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Lot F. Découvertes de séropositivité VIH chez les seniors en France, 2008-2016. *Bull Epidémiol Hebd*. 2018;(40-41):792-8. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/article/decouvertes-de-seropositivite-vih-chez-les-seniors-en-france-2008-2016>
- [12] Tuppin P, Rudant J, Constantinou P, Gastaldi-Ménager C, Rachas A, de Roquefeuil L, *et al*. Value of a national administrative database to guide public decisions: From the système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM) to the système national des données de santé (SNDS) in France. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2017; Suppl 4: S149-S67.
- [13] Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS. Chapitre Épidémiologie de l'infection à VIH en France. [Internet]. 2019. <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>
- [14] Velter A, Duchesne L, Lydié N. Augmentation du recours répété au dépistage VIH parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes en France entre 2017 et 2019. Résultats de l'enquête Rapport au Sexe. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019;(31-32):648-56. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/31-32/2019_31-32_5.html

Citer cet article

Cazein F, Sommen C, Pillonel J, Bruyan M, Ramus C, Pichon P, *et al*. Activité de dépistage du VIH et circonstances de découverte de l'infection à VIH, France 2018. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019;(31-32):615-24. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/31-32/2019_31-32_1.html

ACTIVITÉ DE DÉPISTAGE ET DIAGNOSTIC DU VIH, DES HÉPATITES B ET C, ET DES AUTRES IST EN CEGIDD, FRANCE, 2018

// SCREENING ACTIVITY AND DIAGNOSIS OF HIV, HEPATITIS B AND C, AND OTHER STIS IN CEGIDD, FRANCE, 2018

Corinne Pioche¹ (corinne.pioche@santepubliquefrance.fr), Ndeindo Ndeikoundam¹, Aminata Sarr², Françoise Cazein¹, Mathias Bruyand¹, Delphine Viriot¹, Jean-Christophe Comboroure², Sophie Florence³, André Cabié⁴, Nadia Valin⁵, Pervenche Martinet⁶, Josiane Pillonel¹, Florence Lot¹

¹ Santé publique France, Saint Maurice, France

² Direction générale de la santé (DGS), Paris, France

³ CeGIDD Le figuier, Paris, France

⁴ Corevih de Martinique, Fort-de-France, France

⁵ CeGIDD, Hôpital St Antoine, Paris, France

⁶ CeGIDD, Conseil départemental des Bouches-du-Rhône, France

Soumis le 11.09.2019 // Date of submission: 09.11.2019

Résumé // Abstract

Introduction – Les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) ont été mis en place en France en 2016, avec des missions élargies en santé sexuelle. Cet article présente l'activité de dépistage du VIH, des hépatites B (VHB) et C (VHC) et autres infections sexuellement transmissibles (IST), ainsi que l'activité de vaccination menées par les CeGIDD en 2018. Il montre aussi leur évolution depuis 2016.

Méthode – Les CeGIDD renseignent chaque année un rapport d'activité et de performance (RAP), destiné à l'agence régionale de santé (ARS) puis centralisé par la Direction générale de la santé (DGS). Ont été exploitées les données sur le nombre de consultations médicales, le profil des consultants, l'activité de dépistage et de diagnostic des infections à VIH, VHB, VHC, *Chlamydia trachomatis* (CT), gonocoque et papillomavirus, de la syphilis (nombre de tests réalisés par sexe et nombre de tests positifs par sexe), ainsi que l'activité de vaccination contre l'hépatite B et le papillomavirus.

Résultats – En 2018, le nombre de consultations médicales réalisées, renseigné par 279 CeGIDD parmi les 317 existants, s'élève à 746 000. Parmi les consultants, 59,0% étaient des hommes, 40,8% des femmes et 0,2% des personnes transgenres. Près des deux tiers (64,3%) étaient des femmes de moins de 25 ans ou des hommes de moins de 30 ans, proportion en augmentation par rapport à 2016 (54,1%). En 2018 les taux de positivité étaient de : 6,72% pour les infections à CT, 2,92% pour la gonococcie, 1,43% pour la syphilis, 1,20% pour le VHB, 0,73% pour le VHC et 0,38% pour le VIH. Les taux de positivité des infections à CT, du VIH et du VHC ont diminué de manière significative sur 2016-2018, et pour la syphilis sur 2017-2018. L'activité de vaccination contre le VHB ou contre l'HPV a fortement augmenté entre 2016 et 2018, toutefois, le nombre de vaccinations débutées reste moindre que le nombre d'indications vaccinales.

Conclusion – Les CeGIDD accueillent des personnes plus exposées au VIH, au VHB et aux autres IST, comme en témoignent des taux de positivité plus élevés que ceux retrouvés en population générale. Les données 2016-2018 montrent néanmoins une diminution de ces taux de positivité pour plusieurs IST dont le VIH, sans doute en lien avec une hausse de la part de jeunes consultants.

Introduction – The Free Centers for Information, Screening and Diagnosis (CeGIDD) was implemented in France 2016, with expanded missions in sexual health. This article presents the screening activity of screening for HIV, hepatitis B and C and other STIs and the vaccination activity reported by the CeGIDD centers in 2018, as well as their evolution since 2016.

Methods – The CeGIDDs provide an annual report (activity and performance report) for the Regional Health Agencies (ARS), which is then centralized by the General Directorate for Health (DGS). The data used was based on the number of medical consultations, the profile of consultants, the activity of screening and diagnosis of HIV, HBV, HCV, *Chlamydia trachomatis* (CT), gonorrhea, and papillomavirus, and syphilis infections (number of tests performed by sex and number of positive tests by sex), as well as the vaccination activity against hepatitis B and papillomavirus.

Results – In 2018, the number of medical consultations carried out was reported by 279 CeGIDD, among the 317 existing ones, and amounts to 746,000. Of the consultants, 59.0% were men, 40.8% were women and 0.2% of transgender people. Nearly two-thirds (64.3%) were women under 25 or men under 30, an increase from 54.1% in 2016. In 2018, the positivity rates were 6.72% for CT infections, 2.92% for gonorrhea, 1.43% for syphilis, 1.20% for HBV, 0.73% % for HCV and 0.38% for HIV. Positivity rates for CT infections, HIV and HCV

infections have significantly decreased in 2016-2018 and syphilis in 2017-2018. The HBV or HPV vaccination activity increased significantly between 2016 and 2018, however, the number of vaccinations started remains lower than the number of vaccine indications.

Conclusion – CEGIDD centers capture a population at higher risk of HIV, HBV and other STIs, as evidenced by higher positivity rates than those found in the general population. The 2016-2018 data nevertheless show a decrease in these positivity rates for several STIs including HIV, probably related to an increase in the proportion of young consultants.

Mots-clés : CeGIDD, Dépistage, Diagnostic, Hépatite B, Hépatite C, VIH, Syphilis, Gonococcie, *Chlamydia trachomatis*, HPV, IST, Infection sexuellement transmissible

// **Keywords:** CeGIDD, Screening, Diagnosis, Hepatitis B virus, Hepatitis C virus, HIV, Syphilis, Gonococcal infection, *Chlamydia trachomatis*, HPV, STI, Sexually Transmitted Infection

Introduction

Créés par la loi de finances de la sécurité sociale de 2015, les CeGIDD, Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (IST), ont été mis en place au 1^{er} janvier 2016 sous la responsabilité des Agences régionales de santé (ARS). Les CeGIDD ont pour missions la prévention, le dépistage et le diagnostic des infections par le VIH, des hépatites virales et des autres IST, le traitement ambulatoire des IST, ainsi que la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle (vaccination, éducation à la sexualité, prescription de contraception, détection des violences et des troubles sexuels). Les CeGIDD ont vocation à accueillir tout consultant, mais doivent porter une attention particulière aux populations les plus exposées ou les plus éloignées du système de soins.

Les informations sur l'activité de ces structures et sur les populations accueillies sont des indicateurs utiles à la mise en œuvre et à l'évaluation de la stratégie nationale de santé sexuelle¹. Chaque année, les CeGIDD doivent transmettre un rapport d'activité et de performance (RAP) à leur ARS via une plateforme dématérialisée. Ces RAP sont ensuite compilés par la Direction générale de la santé (DGS), ce qui a permis de dresser un bilan de la première année de fonctionnement des CeGIDD². Afin de suivre l'activité de dépistage du VIH, des hépatites et des autres IST, ainsi que l'activité de vaccination au sein des CeGIDD, les données épidémiologiques des RAP ont été analysées pour l'année 2018 et sur la période 2016-2018.

Méthode

Dans les RAP, les CeGIDD fournissent des données sur leur fonctionnement (horaires d'ouverture, existence éventuelle d'antennes⁽¹⁾, personnel) et leur budget, ainsi que des données agrégées sur leurs activités (actions réalisées « hors les murs », nombre de consultations et motifs, quelques caractéristiques sur les publics accueillis, activité de dépistage). Dans le cadre de cet article, seuls les résultats

concernant le nombre de consultations médicales – dont la proportion de consultations pour prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP) –, le profil des consultants ainsi que l'activité de dépistage et de vaccination sont présentés.

Données analysées

Les analyses ont porté sur les bases de données des RAP de 2016, 2017 et 2018. Pour chaque année, le taux de réponse a été calculé sur la base des CeGIDD ayant fourni le nombre de consultations médicales réalisées, rapporté au nombre de CeGIDD recensées lors de la réalisation du premier bilan d'activité².

Les données concernant les publics accueillis ont permis de comptabiliser le nombre total d'hommes, de femmes et de personnes transgenres ayant consulté, ainsi que le nombre de femmes de moins de 25 ans et d'hommes de moins de 30 ans. Par ailleurs, a été analysés le nombre de consultants plus particulièrement exposés, selon les 6 catégories définies dans le RAP : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), hétérosexuel(le)s multipartenaires (≥2 partenaires dans les 12 derniers mois), migrants, usagers de drogues (UD), personnes en situation de prostitution et personnes en situation de précarité. À noter qu'une même personne pouvait être comptabilisée dans plusieurs de ces catégories.

Concernant l'activité de dépistage, ont été analysés le nombre de tests réalisés et le nombre de diagnostics, de façon globale et par sexe, pour les infections suivantes : infection à VIH, hépatite B (Ag HBs), hépatite C (Ac anti-VHC), syphilis (hors cicatrice sérologique), infection à gonocoque – par culture et/ou réaction en chaîne par polymérase (PCR), quelle que soit la localisation –, infection à *Chlamydia trachomatis* (CT) par PCR, en distinguant les femmes de plus ou moins 25 ans et les hommes de plus ou moins 30 ans, et infection à papillomavirus (HPV) : nombre de frottis réalisés, de pathologies cervico-utérines et de diagnostics de condylomes. L'activité de dépistage par test rapide d'orientation diagnostique (TROD) a aussi été analysée pour le VIH et le VHC (virus de l'hépatite C), de façon indépendante à l'activité de dépistage par sérologie.

L'activité de vaccination (nombre de personnes ayant une recommandation vaccinale contre le VHB ou

⁽¹⁾ Les antennes sont définies comme des lieux fixes aménagés, dépendant de la structure principale.

l'HPV, nombre de personnes ayant débuté une de ces deux vaccinations et nombre de doses de vaccin injectées) a également été analysée.

Analyse statistique

L'activité de consultations médicales a été décrite pour chaque région par le nombre total et le nombre médian, plutôt que le nombre moyen, afin de donner un moindre poids aux valeurs extrêmes. Il en a été de même pour la description des publics accueillis au niveau national.

Concernant l'activité de dépistage, des taux de positivité ont été calculés en rapportant le nombre de tests positifs sur le nombre total de tests réalisés. Le nombre de tests réalisés et les taux de positivité ont été présentés par région, par sexe et, pour l'infection à CT, par classe d'âge. La comparaison des médianes a été réalisée à l'aide du test de Wilcoxon avec un seuil de significativité de 5%. Les évolutions des taux de positivité ont été testées par un Chi2 de tendance. L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel Stata 14.2 (Stata Corporation, Collège Station, Texas, États-Unis).

Résultats

Sur les 317 CeGIDD recensés en 2016, 279 ont transmis leur nombre de consultations médicales réalisées en 2018, soit un taux de réponse de 88%, stable par rapport aux deux années précédentes (85% en 2016 et 89% en 2017). Ce taux variait selon les régions, il était plus faible en 2018 notamment en Île-de-France et en Bourgogne-Franche-Comté. Dans ces deux régions, il a diminué par rapport à 2016 (tableau 1).

Le nombre total de consultations médicales déclarées en 2018 s'élevait à 746 248. Parmi ces consultations, 22 909 (3,1%) étaient des consultations initiales ou de suivi d'une PrEP, proportion en augmentation par rapport à 2016 (0,4%). Le nombre médian de consultations médicales par CeGIDD a augmenté, passant de 1 269 en 2016 à 1 422 en 2018 (tableau 1). La médiane de consultations médicales par région était plus élevée en 2018 en Martinique, Guyane, Bretagne et Île-de-France.

En 2018, les CeGIDD ont accueilli un total de 402 487 consultants, dont 237 591 hommes (59,0%), 164 181 femmes (40,8%) et 715 personnes transsexuelles (0,2%). Les consultants étaient majoritairement (64,3%) de jeunes adultes (moins de 25 ans chez les femmes et moins de 30 ans chez les hommes), proportion qui a augmenté par rapport à 2016 (54,1%). La proportion de mineurs était de 7,3% parmi l'ensemble des consultants.

La répartition des publics plus particulièrement exposés, pour lesquels l'information était disponible, est présentée dans le tableau 2. Le nombre médian d'hétérosexuel(le)s multipartenaires accueillis au niveau national était le plus important et a augmenté entre 2016 et 2018. Venaient ensuite les personnes migrantes, les HSH, les personnes en situation de précarité et les UD.

Activité de dépistage et taux de positivité du VIH

En 2018, 322 019 sérologies VIH ont été réalisées en CeGIDD (nombre stable par rapport à 2016) et 1 231 ont été confirmées positives (dont 1 038 étaient des découvertes de séropositivité et 193 réalisées chez des personnes qui connaissaient déjà leur positivité), soit un taux de positivité de 0,38%. Ce taux était plus élevé chez les hommes que chez les femmes (0,43% *versus* 0,30% ; $p < 10^{-3}$), et a diminué par rapport à 2016 (0,45%, $p < 10^{-4}$) (tableau 3).

Les taux de positivité les plus élevés (supérieurs à 0,50%) ont été observés en Guyane (1,14%), Martinique (0,75%), Île-de-France (0,59%) et Guadeloupe (0,57%), (tableau 4).

Le nombre de TROD VIH réalisés a augmenté, passant de 44 340 en 2016 à 50 720 en 2018, tandis que le taux de positivité a diminué, de 0,53% à 0,43%.

Activité de dépistage et taux de positivité du VHB et du VHC

Le nombre de dépistages de l'Ag HBs était de 220 895 en 2018, dont 2 647 ont été retrouvés positifs, soit un taux de positivité de 1,20% (tableau 3). Ce taux a fluctué entre 2016 et 2018.

En 2018, les taux de positivité les plus élevés étaient retrouvés dans les régions Centre-Val de Loire (3,37%), Guyane (2,02%), Normandie (1,47%) et Île-de-France (1,45%). (tableau 4).

En ce qui concerne l'hépatite C, le nombre de recherches des Ac anti-VHC était de 207 999 en 2018 (+12% par rapport à 2016), dont 1 516 étaient positifs. Le taux de positivité était de 0,73% et a diminué par rapport à 2016 (0,83%, $p = 0,001$). Il était plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 0,89% *versus* 0,46% en 2018 ; $p < 10^{-3}$) et diminuait pour les deux sexes sur la période.

En 2018, ce taux dépassait 1% dans les régions Centre-Val de Loire (1,76%) et Hauts-de-France (1,30%).

Le nombre de TROD VHC réalisés a plus que doublé entre 2016 et 2018, passant de 2 190 à 5 306, alors que le taux de positivité est resté stable sur la période (1,5%).

Activité de dépistage et taux de positivité de la syphilis

En 2018, le nombre de sérologies de dépistage de la syphilis était de 220 405 (+11% par rapport à 2016) (tableau 3). Le nombre de syphilis diagnostiqués en 2018 était de 3 160, dont 2 062 syphilis récentes (contaminations datant de moins de 1 an). Alors que le nombre de syphilis diagnostiquées était stable entre 2016 et 2018, la part des syphilis récentes a augmenté passant de 47% à 65%.

Le taux de positivité de la syphilis a fluctué entre 2016 (1,51%) et 2018 (1,43%), avec une diminution significative entre 2017 et 2018 ($p = 0,005$). Il était 7 fois plus élevé chez les hommes (2,02%) que chez les femmes (0,29%). Il était également plus élevé dans les régions Hauts-de-France (2,68%),

Tableau 1

Activité de consultation médicale des CeGIDD selon la région, données RAP-CeGIDD, 2016-2018

Région	2016				2017				2018			
	Consultations médicales				Consultations médicales				Consultations médicales			
	Nombre de CeGIDD répondants*	Taux de réponse (%)	Nombre total	Nombre médian par CeGIDD	Nombre de CeGIDD répondants*	Nombre total	Nombre médian par CeGIDD	Nombre de CeGIDD répondants*	Taux de réponse (%)	Nombre total	Nombre médian par CeGIDD	
Auvergne-Rhône-Alpes	23	93	98 321	1 217	29	102 565	1 272	30	100	113 809	1 649	
Bourgogne-Franche-Comté	21	96	25 937	568	17	28 926	772	15	68	17 489	579	
Bretagne	9	100	26 819	2 534	9	27 376	2 442	8	89	25 942	3 156	
Centre-Val de Loire	15	94	20 284	645	13	18 465	703	14	88	23 454	821	
Corse	1	50	3 068	3 068	1	3 284	3 284	1	50	2 056	2 056	
Grand Est	18	69	23 667	1 020	20	43 607	1 395	27	100	53 358	1 096	
Guadeloupe	5	100	13 289	2 596	4	9 179	1 765	4	80	11 096	2 261	
Guyane	4	80	14 878	2 691	4	11 434	2 029	4	80	15 917	3 252	
Hauts-de-France	17	100	40 454	1 237	17	44 727	1 946	21	100	48 192	1 771	
Île-de-France	47	77	200 957	2 646	45	205 963	3 113	39	64	162 479	2 988	
La Réunion	3	100	7 939	3 764	4	9 393	1 859	4	100	10 097	2 294	
Martinique	2	100	6 677	3 338	–	–	–	2	100	7 055	3 527	
Mayotte	–	–	–	–	1	5 385	5 385	–	–	–	–	
Normandie	15	75	23 143	589	19	24 574	620	19	95	20 516	590	
Nouvelle-Aquitaine	27	85	56 120	716	33	60 967	859	33	100	69 702	853	
Occitanie	22	96	72 745	1 710	22	70 405	1 706	19	83	64 350	1 316	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	24	83	59 575	967	29	70 575	843	23	79	69 488	1 234	
Pays de la Loire	16	100	45 411	701	16	30 119	408	16	100	31 248	397	
Total	269	85	739 284	1 269	283	766 944	1 379	279	88	746 248	1 422	

* Le nombre de CeGIDD répondants est basé sur les CeGIDD ayant transmis l'information sur le nombre de consultations médicales réalisées.

Tableau 2

Description des consultants accueillis en CeGIDD et plus particulièrement exposés, données des RAP CeGIDD, 2016-2018

	2016			2017			2018		
	Nombre de CeGIDD*	Consultants accueillis**		Nombre de CeGIDD*	Consultants accueillis**		Nombre de CeGIDD*	Consultants accueillis**	
		Nombre total	Nombre médian par CeGIDD		Nombre total	Nombre médian par CeGIDD		Nombre total	Nombre médian par CeGIDD
Hétérosexuel(le)s multipartenaires	108	91 242	172	211	119 771	191	229	134 132	240
Migrants	116	28 300	44,5	216	48 064	51,5	233	48 969	51
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	144	24 937	45	217	34 834	45	242	43 077	47
Personnes précaires	80	13 495	36,5	182	35 194	35	216	39 897	46
Usagers de drogues	112	13 299	27	203	18 472	30	229	19 707	23
Personnes en situation de prostitution	85	1 048	1	183	1 980	1	225	2 182	1

* Nombre de CeGIDD (sites principaux et antennes) ayant transmis l'information sur le public accueilli ; ** Une même personne peut avoir été comptabilisée dans plusieurs des six catégories ci-dessus.

Tableau 3

Activité de dépistage* et taux de positivité du VIH, des Hépatites B et C et des IST selon le sexe, données des RAP CeGIDD, 2016-2018

	Hommes		Femmes		Total**		Nombre de CeGIDD ayant transmis leur activité globale de dépistage□
	Activité de dépistage	Taux de positivité	Activité de dépistage	Taux de positivité	Activité de dépistage	Taux de positivité	
	n	%	n	%	n	%	
Infection à VIH							
2016	157 655	0,51	113 913	0,33	321 597	0,45	268
2017	182 857	0,45	125 621	0,29	333 045	0,40	284
2018	182 859	0,43	122 041	0,30	322 019	0,38	275
Hépatite B (AgHBs)							
2016	112 756	1,43	78 389	0,71	224 250	1,10	267
2017	126 150	1,77	84 881	0,60	231 183	1,25	283
2018	126 310	1,64	83 437	0,55	220 895	1,20	274
Hépatite C (Ac VHC)							
2016	93 123	0,96	60 500	0,54	186 402	0,82	265
2017	116 004	0,93	69 223	0,49	202 983	0,74	282
2018	126 106	0,89	72 335	0,46	207 999	0,73	275
Syphilis							
2016	93 323	2,36	55 830	0,35	198 947	1,51	261
2017	125 165	2,18	69 296	0,28	217 544	1,54	282
2018	135 530	2,02	74 114	0,29	220 405	1,43	275
Gonococcie							
2016	71 863	3,81	51 169	1,59	174 085	2,92	256
2017	129 395	4,07	78 662	1,54	242 990	2,81	276
2018	186 518	3,83	102 819	1,23	305 535	2,92	276
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>							
2016	100 105	7,56	83 808	8,71	243 225	7,97	250
2017	141 325	6,66	104 124	8,78	278 596	7,67	279
2018	179 989	6,32	112 008	8,09	332 004	6,72	275

* L'activité de dépistage n'inclut pas les dépistages par TROD ; ** L'information par sexe n'étant pas systématiquement renseignée, le total de l'activité de dépistage et des positifs est supérieur aux données par sexe ; □ Nombre de CeGIDD (sites principaux et antennes) ayant transmis l'information sur l'activité globale de dépistage.

Tableau 4

Taux de positivité* (%) du VIH, des hépatites B et C et des IST selon la région, données des RAP-CeGIDD, 2016-2018

Régions	Infection à VIH (%)			Hépatites B (Ag HBs) (%)			Hépatites C (Ac anti-VHC) (%)			Syphilis (%)			Gonococcie (%)			Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> (%)		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Auvergne-Rhône-Alpes	0,25	0,27	0,34	0,95	1,53	1,34	0,80	0,68	0,79	2,05	1,83	1,43	2,89	3,16	2,95	7,71	7,83	5,45
Bourgogne-Franche-Comté	0,16	0,16	0,13	1,06	1,18	0,99	0,41	0,35	0,47	1,40	0,74	1,09	1,98	1,52	1,88	8,95	8,00	6,61
Bretagne	0,26	0,26	0,13	0,82	0,85	0,92	0,58	0,74	0,73	1,78	1,87	1,41	1,44	1,53	2,32	8,20	8,75	7,29
Centre-Val de Loire	0,48	0,37	0,39	1,20	1,97	3,37	1,69	1,27	1,76	1,25	1,46	1,50	1,04	2,26	2,72	7,73	9,38	8,27
Corse	0,30	0,00	0,28	0,41	0,14	0,15	0,42	0,86	0,88	0,29	0,69	1,05	0,11	0,48	0,25	5,03	6,14	5,68
Grand Est	0,25	0,29	0,24	3,40	1,34	1,37	1,25	0,87	0,96	1,31	1,02	0,78	1,76	1,05	1,21	7,42	6,41	5,85
Guadeloupe	0,46	0,58	0,57	0,39	0,77	0,45	0,62	0,57	0,30	0,78	0,63	0,17	3,17	3,99	3,19	15,21	15,55	13,82
Guyane	1,75	1,19	1,14	2,65	2,26	2,02	0,58	0,32	0,30	1,13	1,20	1,13	4,57	3,70	3,80	8,58	9,04	9,64
Hauts-de-France	0,40	0,31	0,26	1,01	0,79	0,62	1,62	1,15	1,30	1,43	2,12	2,68	2,93	2,85	3,12	7,88	7,32	7,22
Île-de-France	0,67	0,62	0,59	1,35	1,46	1,45	0,87	0,74	0,59	1,42	1,75	1,78	3,23	2,96	3,87	7,44	7,16	6,09
La Réunion	0,16	0,38	0,37	0,50	0,42	0,30	0,65	1,66	0,85	1,65	2,01	1,97	0,91	4,06	2,74	6,31	10,02	8,39
Martinique	0,64	–	0,75	0,31	–	0,56	0,64	–	0,19	1,85	–	2,48	6,47	–	3,70	11,20	–	12,09
Mayotte	–	0,15	–	–	0,00	–	–	0,16	–	–	0,21	–	–	–	–	–	16,08	–
Normandie	0,19	0,34	0,17	0,82	1,40	1,47	0,48	0,53	0,38	0,70	1,41	0,68	2,51	2,39	2,00	9,61	7,77	7,46
Nouvelle-Aquitaine	0,23	0,20	0,28	0,58	1,14	1,12	0,37	0,54	0,94	1,30	0,94	1,09	1,66	1,49	1,84	8,32	7,63	8,50
Occitanie	0,53	0,46	0,41	0,81	1,24	0,81	0,98	0,83	0,95	1,74	1,76	1,77	5,06	5,20	4,38	7,37	7,73	7,21
Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,41	0,35	0,29	0,65	1,03	0,98	0,62	0,72	0,47	1,91	1,42	1,08	5,25	3,68	2,21	7,30	7,17	5,74
Pays de la Loire	0,29	0,20	0,13	1,28	0,87	0,94	0,33	0,40	0,32	1,67	1,50	0,89	1,32	2,26	1,86	8,95	8,14	7,31
Total	0,45	0,40	0,38	1,10	1,25	1,20	0,82	0,74	0,73	1,51	1,54	1,43	2,92	2,81	2,92	7,97	7,67	6,72

* Les taux de positivité n'incluent pas les TR0D.

Martinique (2,48%), La Réunion (1,97%), Île-de-France (1,78%) et Occitanie (1,77%). (tableau 4).

Activité de dépistage et taux de positivité de la gonococcie

Le nombre de dépistages de la gonococcie réalisés par PCR et/ou culture était de 305 535 en 2018 (+75% par rapport à 2016) (tableau 3). Cette augmentation a concerné aussi bien les hommes que les femmes.

Le nombre de gonococcies diagnostiquées a également augmenté de 75%, passant de 5 079 diagnostics en 2016 à 8 916 en 2018. Le taux de positivité est donc resté stable sur la période (2,92%). Il était plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 3,83% versus 1,23% en 2018 ; $p < 10^{-3}$). En France métropolitaine, les taux étaient supérieurs à 3% dans les régions Occitanie (4,38%), Île-de-France (3,87%) et Hauts-de-France (3,12%), tandis que dans les DOM, étaient concernées la Guyane (3,80%), la Martinique (3,70%) et la Guadeloupe (3,19%) (tableau 4).

Activité de dépistage et taux de positivité de l'infection à CT

En 2018, le nombre de dépistages de CT était de 332 004 (+37% par rapport à 2016) (tableau 3). Le taux de positivité a diminué, passant de 7,97% en 2016 à 6,72% en 2018 ($p < 10^{-4}$). Il était plus élevé chez les femmes que chez les hommes (respectivement 8,09% versus 6,32% en 2018 ; $p < 10^{-3}$).

Parmi les personnes pour lesquelles la classe d'âge était renseignée (89%), le taux de positivité était plus élevé chez les femmes de moins de 25 ans (9,57%) que chez celles de 25 ans et plus (5,45%). Chez les hommes, il était de 7,30% chez les moins de 30 ans comparé à 4,61% chez les 30 ans et plus.

Le taux de positivité était supérieur à 8% dans les DOM (Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion) ainsi qu'en Nouvelle Aquitaine et Centre-Val de Loire (tableau 4).

Activité de dépistage de l'infection à papillomavirus humain

Un total de 2 147 frottis a été réalisé en 2018 (+25% par rapport à 2016) et a permis de déceler 203 pathologies cervico-utérines. Le taux de positivité était de 9,5% en 2018, en baisse par rapport à 2016 (13,7%).

Le nombre de condylomes diagnostiqués a augmenté de 37% entre 2016 et 2018 (de 2 189 à près de 3 000), aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Activité de vaccination contre l'hépatite B et le papillomavirus

Concernant l'hépatite B, le nombre de personnes pour lesquelles une vaccination a été recommandée en CeGIDD a doublé entre 2016 et 2018, passant de 23 890 à 45 460. Il en est de même pour le nombre de personnes ayant débuté une vaccination, passant de 6 360 à 12 830. En 2018, 20 100 doses de vaccins contre l'hépatite B ont été injectées (versus 13 737 en 2016).

En 2018, une vaccination contre l'HPV a été recommandée à plus de 8 000 personnes et une vaccination a été débutée pour 1 657 d'entre elles, en progression par rapport aux années précédentes (159 en 2016). En 2018, 2 740 doses de vaccin contre l'HPV ont été administrées versus 242 en 2016.

Discussion

L'analyse réalisée à partir des données agrégées disponibles dans les RAP présente plusieurs limites. Tout d'abord, le nombre total de CeGIDD existants chaque année depuis 2016 n'est pas précisément connu, d'où une difficulté à calculer un taux de réponse annuel global et régional, ainsi qu'à redresser les données en tenant compte des non-répondants. Malgré ces incertitudes, le taux de réponses semble assez stable entre 2016 et 2018, même s'il a varié dans certaines régions, ce qui peut notamment influencer les évolutions du nombre de consultations et de dépistages réalisés, voire des taux de positivité. Cette difficulté est notamment liée au fait que le taux de réponse a diminué en Île-de-France, alors qu'il s'agit de la région qui compte le plus grand nombre de CeGIDD et que la situation épidémiologique y est particulière. Une analyse à sites constants n'a pas pu être conduite en raison de l'absence d'un identifiant unique par structure.

Une autre limite est le fait que certains items ne sont pas complétés par certains CeGIDD, d'où des dénominateurs variables (exemple : le nombre total de dépistages ne correspond pas à la somme des dépistages réalisés par sexe). Par ailleurs, malgré un guide de remplissage, certains items pourraient ne pas avoir été complétés de manière homogène par l'ensemble des structures. Enfin, concernant la syphilis, l'interprétation de la sérologie, au vu de la clinique, est parfois difficile pour exclure les cicatrices sérologiques ou pour déterminer le stade de la maladie.

Compte tenu de ces limites, il est difficile de dire si l'activité en CeGIDD a augmenté entre 2016 et 2018. En effet, sur la base des données disponibles, le nombre total de consultations médicales réalisées est resté stable, mais le nombre médian de ces consultations a augmenté. Les données des RAP sont néanmoins utiles pour décrire l'activité des CeGIDD pour l'année 2018 et les évolutions des taux de positivité par rapport à 2016.

Concernant l'activité de dépistage déclarée, elle a augmenté sur 2016-2018 de façon importante pour les infections à gonocoque et à CT (respectivement +75% et +37%). L'augmentation du nombre de dépistages de ces deux IST est aussi observée sur la même période, mais également depuis une dizaine d'années, dans les données de remboursement de l'Assurance maladie (données publiées dans ce numéro ⁽²⁾). Cette augmentation observée en CeGIDD est sans doute en partie liée à une augmentation du nombre de jeunes consultants et du nombre de personnes vues en consultation pour une Prep. Les jeunes adultes ont

⁽²⁾ Voir l'article de Delphine Viriot et coll. dans ce numéro.

été la cible des recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) de 2003 pour les infections à CT (dépistage systématique des femmes de moins de 25 ans, des hommes de moins de 30 ans et des sujets ayant plus d'un partenaire sexuel dans l'année quel que soit leur âge)³. En 2011, la haute Autorité de santé, qui a succédé à l'Anaes, préconisait de réaliser un dépistage ciblé de l'infection à gonocoque au sein des populations présentant des facteurs de risque et à l'ensemble des personnes consultant dans des structures de dépistage. Elle proposait également d'utiliser des tests multiplex gonocoque/CT, compte tenu de la fréquence des coinfections par ces agents pathogènes⁴. La recherche plus fréquente d'infections à CT dans les populations cibles s'est probablement accompagnée d'une recherche conjointe des gonococcies. Il faut néanmoins noter que la réévaluation, en 2018, de la stratégie de dépistage des infections à CT a montré que seul un quart des structures interrogées (CeGIDD, CPEF, SSU ou centres d'orthogénie) avaient pu appliquer les recommandations de 2003, le frein principal déclaré étant l'absence d'un financement spécifique pour ce dépistage⁵.

Les données montrent également que l'activité de dépistage réalisée par TROD VIH ou VHC a augmenté, notamment concernant les TROD VHC. Ces augmentations sont sans doute en lien avec des actions de dépistage « hors les murs » plus fréquentes en 2018 qu'en 2016 (+31%), actions destinées aux publics exposés et éloignés du système de soins. Si depuis le 1^{er} Août 2016, il existe un arrêté précisant les conditions de réalisation des TROD VIH et VHC en milieu médico-social ou associatif, l'utilisation des TROD syphilis et VHB n'est pas pour l'instant pas encore encadrée par un décret.

Il est intéressant de situer l'activité de dépistage en CeGIDD par rapport à l'ensemble des dépistages réalisés une même année. L'activité de dépistage du VIH en CeGIDD représente ainsi 5,6% de l'ensemble des sérologies réalisées en 2018 (voir l'article sur le dépistage du VIH dans ce numéro ⁽³⁾). De la même manière, l'activité de dépistage des hépatites B et C en CeGIDD peut être rapportée à l'activité France entière estimée grâce à l'enquête LaboHep 2016⁶. La part représentée par les CeGIDD dans cette activité globale était de 5,2% pour l'Ag HBs et de 4,5% pour les Ac anti-VHC. Concernant les IST bactériennes, l'activité globale de dépistage avait été estimée grâce à l'enquête LaboIST 2016. Par rapport à cette activité globale en France entière, la part des dépistages réalisés en CeGIDD en 2016 était de 5,8% pour les infections à CT, 7,5% pour la syphilis et 7,9% pour les infections à gonocoque (données non publiées). Toutes ces proportions sont néanmoins des chiffres sous-estimés dans la mesure où un certain nombre de CeGIDD n'ont pas déclaré leur activité de dépistage.

Le nombre de sérologies VIH confirmées positives en CeGIDD représente 11,3% de l'ensemble des sérologies confirmées positives en France (10 883 en 2018) (données publiées dans ce numéro ⁽³⁾). Concernant

les hépatites B et C, le nombre de tests confirmés positifs en CeGIDD représentait respectivement 7,2% et 5,0% de l'ensemble des tests positifs en France en 2016, estimés respectivement à 33 962 tests Ag HBs positifs et 30 229 tests Ac anti-VHC positifs⁶. Pour les IST bactériennes, la proportion de diagnostics réalisés en CeGIDD par rapport à l'ensemble des diagnostics en 2016 était de 10,2% pour les infections à gonocoque et 7,3% pour les infections à CT⁷. Il s'agit là encore de proportions sous-estimées compte tenu du défaut d'exhaustivité des RAP.

Au total, la comparaison entre la part des dépistages réalisés en CeGIDD et la part des infections qui y sont diagnostiquées montre que les CeGIDD captent une population plus exposée au VIH, au VHB et aux autres IST. Les taux de positivité y sont plus élevés. En revanche, rapportée à l'ensemble de l'activité France entière, la part de diagnostics d'hépatite C effectués en CeGIDD est assez comparable, ce qui est sans doute le reflet d'un faible nombre d'UD consultant dans ces structures, sachant qu'ils sont prioritairement pris en charge dans des structures de soins spécialisées de type Caarud ou Csapa. Par ailleurs, la transmission du VHC lors d'un rapport sexuel est rare et essentiellement le fait de rapports sexuels traumatiques ou sanglants.

Les taux de positivité des infections dépistées en CeGIDD ont plutôt tendance à diminuer entre 2016 et 2018, ce qui pourrait s'expliquer par une baisse du taux de réponse des CeGIDD d'Île-de-France, une diminution de l'incidence en ce qui concerne le VIH ou un élargissement du dépistage vers un public moins exposé. Les données concernant les consultants sont malheureusement difficiles à interpréter pour étayer cette dernière hypothèse car, recueillies sous une forme agrégée, elles ne permettent pas de calculer des taux de positivité selon leur profil. On peut néanmoins noter que la proportion de jeunes consultants a augmenté entre 2016 et 2018 et que, s'ils constituent une population très exposée aux infections à CT et à gonocoque, ce n'est pas le cas pour le VIH. La diversité de l'offre de prise en charge en santé sexuelle dans les CeGIDD pourrait attirer un public plus large que celui prioritairement visé. Une collaboration entre les CeGIDD et la médecine de ville permettrait d'impliquer davantage les médecins généralistes et les gynécologues dans le dépistage des IST et le suivi des patients. Mais des recommandations de dépistage selon une approche populationnelle et générationnelle seraient nécessaires pour aider ces médecins à savoir qui dépister et pour quelles infections.

Les résultats montrent qu'à l'exception de l'infection à CT les taux de positivité des IST sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Ce constat est cohérent avec le fait que les hommes, et notamment les HSH, sont particulièrement concernés par le VIH et les autres IST, en raison de comportements sexuels à risque. En France, les HSH représentent 45% des découvertes de séropositivité VIH en 2018, 81% des diagnostics de syphilis récente et 71% des diagnostics de gonococcie dans le réseau de surveillance volontaires des IST⁸.

⁽³⁾ Voir l'article de Françoise Cazein et coll. Dans ce numéro.

Les données montrent également que les taux de positivité du VIH et des IST bactériennes sont plus élevés dans certaines régions, en particulier dans les départements français d'Amérique. Dans son rapport de 2018, le Conseil national du sida et des hépatites virales⁹ avait déjà émis un certain nombre de recommandations en matière de prévention et prise en charge de l'ensemble des IST en Guyane et dans les Antilles françaises. En France métropolitaine, les régions Île-de-France, Centre-Val de Loire et Occitanie sont plus particulièrement concernées par l'ensemble des IST. S'agissant plus spécifiquement du VIH, ces régions sont également celles où la proportion de sérologies confirmées positives par l'ensemble des laboratoires est la plus élevée (article sur le dépistage du VIH, dans ce numéro³). Les campagnes de sensibilisation, d'information et de prévention devraient être intensifiées dans les régions les plus touchées.

Concernant l'activité de vaccination contre l'hépatite B et l'HPV, les CeGIDD se sont progressivement impliqués entre 2016 et 2018. Néanmoins le nombre de vaccinations débutées reste moindre que le nombre d'indications vaccinales. À noter que l'activité de vaccination contre l'hépatite B a sans doute été limitée en 2016 en raison des difficultés d'approvisionnement en vaccins cette année-là.

Pour pouvoir améliorer les connaissances sur l'évolution des caractéristiques des publics accueillis dans les CeGIDD et mieux contribuer à l'évaluation du dépistage dans ces structures, une surveillance épidémiologique a été mise en place en 2018. Chaque année, les CeGIDD doivent faire parvenir à Santé publique France une extraction de leurs données individuelles enregistrées lors de chaque consultation. Cette extraction devant être dans un format défini, beaucoup de CeGIDD ont des difficultés à fournir cette base, notamment les CeGIDD ne disposant pas d'un logiciel adapté. On observe néanmoins une montée en charge progressive de la participation des CeGIDD à cette surveillance, qui permettra notamment d'analyser l'activité de dépistage et de diagnostic en fonction du profil des consultants.

Conclusion

Les IST représentent un problème de santé publique majeur, en raison des complications à long terme qu'elles induisent (douleurs pelviennes, infections génitales hautes, infertilité, cancer). Dans un contexte d'augmentation des IST depuis plusieurs années, les CeGIDD ont un rôle essentiel à jouer dans la stratégie de lutte contre ces infections et plus largement en santé sexuelle. Ces structures, qui accueillent des publics très exposés à l'ensemble des IST, comme en témoignent des taux de positivité plus élevés qu'en population générale, sont des lieux privilégiés pour un dépistage et une prise en charge globale. Ils doivent être connus de tous et être en capacité d'accueillir tout consultant, en créant également des liens avec la médecine de ville. Le recueil d'indicateurs doit être

maintenu et amélioré afin de pouvoir suivre les évolutions de l'activité de dépistage et de diagnostic, au vu des caractéristiques des consultants, et réorienter si besoin les stratégies de dépistage. ■

Remerciements

Nous remercions l'ensemble des personnels des CeGIDD et les référents Santé sexuelle des ARS pour la transmission de leurs données via le logiciel Solen, sans lesquels cette analyse n'aurait pas été possible.

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030. Paris: DGS. 2017. 75 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
- [2] Lailler G, Comboroure JC, Florence S, Troussier T, Pilorgé F, Sarr A. Premier bilan sur l'activité des CeGIDD, France, 2016. Bull Epidemiol Hebd. 2018(40-41):818-26. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/40-41/2018_40-41_5.html
- [3] Haute Autorité de santé. Évaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à Chlamydia trachomatis en France. Saint-Denis La Plaine: HAS 2003. 95 p. https://www.has-sante.fr/jcms/c_464119/fr/evaluation-du-depistage-des-infections-uro-genitales-basses-a-chlamydia-trachomatis-en-france-2003
- [4] Haute Autorité de santé. Dépistage et prise en charge de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* : état des lieux et propositions. Saint-Denis La Plaine: HAS 2010. 144 p. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1031777/fr/depistage-et-prise-en-charge-de-l-infection-a-neisseria-gonorrhoeae-etat-des-lieux-et-propositions
- [5] Haute Autorité de santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis. Saint-Denis La Plaine: HAS 2018. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2879401/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-des-infections-a-chlamydia-trachomatis
- [6] Pioche C, Léon L, Vaux S, Brouard C, Lot F. Dépistage des hépatites B et C en France en 2016, nouvelle édition de l'enquête LaboHep. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. 2018(11):188-95.
- [7] Ngangro Ndeindo N, Bouvet de la Maisonneuve P, Le Strat Y, Fouquet A, Viriot D, Fournet N, et al. Estimations nationales et régionales du nombre de diagnostics d'infections à Chlamydia et à gonocoque en France en 2016. Saint-Maurice: Santé publique France. 2018. 6 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/chlamydiae/documents/rapport-synthese/estimations-nationales-et-regionales-du-nombre-de-diagnostic-d-infections-a-chlamydia-et-a-gonocoque-en-france-en-2016>
- [8] Ndeikoundam Ngangro N, Viriot D, Fournet N, Pioche C, De Barbeyrac B, Goubard A, et al. Bacterial sexually transmitted infections in France: Recent trends and patients' characteristics in 2016. Euro Surveill. 2019;24(5):1-8.
- [9] Conseil National du Sida et des hépatites virales. Avis et recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST en Guyane et dans les Antilles françaises. Paris : CNS. 2018. 117 p. <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/avis-outre-mer-2018/>

Citer cet article

Pioche C, Ndeikoundam N, Sarr A, Cazein F, Bruyand M, Viriot D, et al. Activité de dépistage et diagnostic du VIH, des hépatites B et C, et des autres IST en CeGIDD, France, 2018. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(31-32):625-33. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/31-32/2019_31-32_2.html

DÉPISTAGE DES IST BACTÉRIENNES DANS LE SECTEUR PRIVÉ EN FRANCE, 2006-2018

// BACTERIAL STI SCREENING IN THE PRIVATE SECTOR IN FRANCE, 2006-2018

Delphine Viriot¹ (delphine.viriot@santepubliquefrance.fr), Ndeindo Ndeikoundam Ngangro¹, Etienne Lucas¹, Nicolas Dupin², Bertille De Barbeyrac³, Antoine Bertolotti⁴, Charles Cazanave⁵, Sébastien Fouéré⁶, Corinne Pioche¹, Florence Lot¹

¹ Santé publique France, Saint-Maurice, France

² Centre national de référence des IST (syphilis), APHP, Hôpital Cochin, Paris, France

³ Centre national de référence des IST (chlamydie, mycoplasme), Centre Hospitalier universitaire, Bordeaux, France

⁴ Centre Hospitalier universitaire de La Réunion, Saint-Pierre, La Réunion, France

⁵ Centre Hospitalier universitaire, Bordeaux, France

⁶ APHP, Hôpital Saint-Louis, Paris, France

Soumis le 10.09.2019 // Date of submission: 09.10.2019

Résumé // Abstract

Introduction – En complément du préservatif, le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes sont des axes stratégiques majeurs de la lutte contre ces infections. Cet article analyse l'évolution du dépistage des IST dans le secteur privé en France, à partir des données individuelles de remboursement de soins de l'Assurance maladie.

Méthode – Les données de remboursement de l'Assurance maladie permettent de connaître le nombre de personnes dépistées pour la syphilis et les infections à *Chlamydia trachomatis* ou à gonocoque dans les laboratoires privés (laboratoires de ville et des établissements de santé privés). Les taux nationaux et régionaux de dépistage ont été calculés pour 1 000 personnes âgées de 15 ans et plus, selon l'âge et le sexe. Les tendances ont été décrites depuis 2006, avec un focus sur la période 2016-2018.

Résultats – En 2018, 2,1 millions de personnes ont été testées pour une infection à *Chlamydia trachomatis*, soit un taux de 39 pour 1 000 habitants, avec une augmentation de 9% par rapport à 2016. Près de 1,6 millions de personnes ont eu un dépistage du gonocoque, soit un taux de 30 pour 1 000, en forte augmentation par rapport à 2016 (+18%). Pour ces deux infections, bien que les taux soient plus élevés chez les 25 ans et plus, l'augmentation de l'activité de dépistage entre 2016 et 2018 est deux fois plus importante chez les jeunes de moins de 25 ans par rapport aux 25 ans et plus, quel que soit le sexe. Le nombre total de personnes testées pour la syphilis est de 1,8 millions en 2018 (soit un taux de 33 pour 1 000 habitants), en diminution de 7% par rapport à 2016. Cette diminution, observée pour la première fois depuis 2006, concerne seulement les femmes.

Conclusion – L'augmentation du dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* et à gonocoque de 2006 à 2018, chez les jeunes de moins de 25 ans, pourrait résulter d'une meilleure sensibilisation des populations et des professionnels de santé suite aux campagnes de prévention. Dans un contexte où les données de surveillance montrent que le nombre de diagnostics de ces IST continue à augmenter, il est essentiel de poursuivre les efforts en termes de diversification de l'offre de dépistage et de ciblage des populations exposées, pour parvenir à contrôler les épidémies. La stabilité de l'activité de dépistage de la syphilis, alors que celle des autres IST bactériennes augmente, nécessitera d'être confirmée les années suivantes.

Introduction – In addition to condom use, testing and treatment are main strategies to control the transmission of bacterial sexually transmitted infections (STIs). This article analyzes the evolution of STI testing in the private sector in France using individual Health insurance reimbursement data.

Method – Reimbursement data of the national Health insurance enable to monitor the number of persons tested for syphilis, *Chlamydia trachomatis* or gonococcal infections in private laboratories in France. National and regional testing rates were calculated per 1,000 inhabitants aged 15 and over, by age and sex. Trends were described since 2006 with a focus on 2016-2018 period.

Results – In 2018, 2.1 million people were tested for *Chlamydia trachomatis*, with a rate of 39 per 1,000 inhabitants and an increase of 9% from 2016 to 2018. Nearly 1.6 million people were tested for gonorrhea in 2018, with a rate of 30 per 1,000 inhabitants and a sharp increase of 18% since 2016. For these two STI, although testing rates are higher in populations aged 25 and over, the testing activity doubled between 2016 and 2018 in younger people (<25 years), regardless of their sex. The total number of people tested for syphilis is 1.8 million in 2018 (a rate of 33 per 1,000 population), down 7% from 2016. This decrease, observed for the first time since 2006, concerns only women.

Conclusion – The increase in the number of tests for *Chlamydia trachomatis* and gonococcal infections from 2006 to 2018 in young people under 25 years of age might result from a better awareness of the general

population and Health professionals following prevention campaigns. In a context of increasing STI diagnoses, improvements of the testing offer and its diversification toward most exposed populations remain crucial to control these epidemics. The stability of the syphilis screening activity, while that of other bacterial STIs increases, will need to be confirmed in the years to come.

Mots clés : IST, Chlamydie, Gonococcie, Syphilis, Dépistage, Surveillance, SNDS

// **Keywords:** STI, Chlamydia infection, Gonorrhoea, Syphilis, Screening, monitoring, SNDS

Introduction

Le nombre très élevé de diagnostics d'infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes montre l'importance du poids de ces infections en France¹. En complément du préservatif, le dépistage est un élément essentiel permettant de réduire le risque de transmission et de limiter la survenue de complications par le diagnostic précoce et le traitement².

Le dépistage systématique des infections à *Chlamydia trachomatis* était recommandé depuis 2003 chez les femmes de moins de 25 ans et les hommes de moins de 30 ans, dans les centres de dépistage anonymes et gratuits du VIH (CDAG), les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST)⁽¹⁾, les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et les centres d'orthogénie³. Depuis septembre 2018, ce dépistage a été étendu à d'autres lieux de diagnostic (cabinet de médecine générale, gynécologie et sage-femme). Il est recommandé pour toutes les femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans, ainsi que pour les femmes et les hommes présentant des facteurs de risque quel que soit leur âge⁴.

Le dépistage de la syphilis et de la gonococcie est ciblé pour les populations ayant des rapports sexuels non protégés : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), personnes ayant des partenaires multiples, partenaire sexuel avec une IST, personne avec une IST récente... Par ailleurs un dépistage de la syphilis est obligatoire chez les femmes enceintes lors du 1^{er} trimestre de la grossesse^{5,6}.

Afin de contribuer à l'évaluation de la stratégie de dépistage des IST en France, cet article analyse l'activité de dépistage de trois IST bactériennes (syphilis, infection à *Chlamydia trachomatis* et gonococcie) dans le secteur privé de 2006 à 2018, aux niveaux national et régional, à partir des données de l'Assurance maladie.

Méthode

Source des données

Le système national des données de santé (SNDS) centralise les données de remboursement des tests de dépistage d'IST par l'Assurance maladie (environ 63 millions de bénéficiaires, soit 95% de la population).

⁽¹⁾ Les CDAG et les Ciddist ont été remplacés en janvier 2016 par les CeGIDD (centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH, des Hépatites virales et des IST)

Ces données individuelles permettent de connaître l'activité de dépistage des laboratoires privés (laboratoires de ville et établissements de soins privés) par sexe et âge, en France entière et par région, via des algorithmes sélectionnant les tests remboursés⁷.

Infections à *Chlamydia trachomatis*

Pour les infections à *Chlamydia trachomatis*, l'acte de dépistage sélectionné est une recherche de *Chlamydia trachomatis* par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) (code 5257). Suite à la modification de la nomenclature des actes biologiques (NABM) en 2018, le code 5301 (recherche de *Chlamydia trachomatis* et/ou *Neisseria Gonorrhoeae* par amplification génique) a été également pris en compte⁸.

Infections à gonocoque

Pour les infections à gonocoque, seule la recherche de *Neisseria gonorrhea* par culture (codes 5202 et 5203) était remboursée pour le dépistage du gonocoque jusqu'en 2017. Depuis juin 2018, la réalisation d'une recherche par TAAN étant inscrite à la NABM (code 5301), ces trois codes ont donc été sélectionnés⁸.

Syphilis

Pour la syphilis, jusqu'en 2018, une combinaison de tests était recommandée pour dépister l'infection : tests tréponémiques (TT) et tests non tréponémiques (TNT) [5]. Les codes suivants ont ainsi été sélectionnés : sérodiagnostic de dépistage (code 1326), sérodiagnostic de titrage (code 1327) associée à une recherche d'IgM (immunoglobulines M, code 1330) ou une recherche de tréponèmes par examen direct (code 0246) ou par immunofluorescence (code 5291)⁹.

À la suite de la modification de la NABM en 2018, l'association systématique d'un TT et d'un TNT a été remplacée par un seul TT sur Ig totales, qui sera confirmé par un TNT quantitatif en cas de positivité⁸. Les codes suivants ont donc été inclus :

- 1256 (recherche d'Ig totales),
- 1257 (TNT avec titrage),
- 1258 (nouveau TNT en cas de suspicion de séroconversion)^{8,9}.

Analyses

Le terme de dépistage correspond à la recherche de pathogènes chez des patients asymptomatiques ou symptomatiques, les données de l'Assurance maladie ne permettant pas d'identifier la présence ou non de symptômes. Les taux de dépistage correspondent au nombre de personnes ayant eu

au moins un remboursement pour un dépistage d'IST rapporté à la population française de 15 ans et plus (données Insee). Ils ont été calculés selon le sexe et l'âge, aux niveaux national et régional. Une analyse interrégionale a été également conduite en distinguant les départements d'outre-mer (DOM), l'Île-de-France (IDF) et les autres régions métropolitaines hors IDF. Les taux régionaux ont été standardisés par âge et par sexe. Les tendances épidémiologiques ont été décrites depuis 2006 avec un focus sur la période 2016-2018.

Résultats

Infections à *Chlamydia trachomatis*

En 2018, 2,1 millions de personnes ont été testées pour une infection à *Chlamydia trachomatis* en secteur privé. La majorité des personnes testées sont des femmes (77%). Le taux national de dépistage est de 38,7 pour 1 000 habitants de 15 ans et plus (figure 1). Ce taux est trois fois plus élevé chez les femmes (57,3 pour 1 000) par rapport aux hommes (18,4 pour 1 000). Les taux les plus élevés sont observés chez les 25 à 29 ans (167,9 pour 1 000) pour les femmes et chez les 30 à 34 ans (45,8 pour 1 000) pour les hommes. Pour les populations ciblées par les recommandations les taux sont de 86,5 pour 1 000 femmes de moins de 25 ans et 12 pour 1 000 hommes de moins de 30 ans.

Entre 2006 et 2014, l'activité de dépistage augmente régulièrement et de façon plus marquée à partir de 2015. L'augmentation est globalement plus élevée chez les hommes (+13%) par rapport aux femmes (+8%) entre 2016 et 2018. Cependant par classe d'âge, sur cette période l'augmentation du dépistage est près de deux fois plus élevée pour les femmes de moins

de 25 ans (+14%) par rapport à celles de 25 ans et plus (+7%). De même, le dépistage augmente deux fois plus chez les hommes de moins de 30 ans (+22%) comparativement à ceux de 30 ans et plus (+12%).

Une tendance à la hausse est globalement observée dans les trois interrégions (IDF, DOM et autres régions métropolitaines) entre 2016 et 2018. Alors que le taux de dépistage dans les DOM et en IDF augmente respectivement de 4 et 6%, celui dans les autres régions métropolitaines évolue de façon plus importante (+11%). En 2018, l'activité de dépistage est supérieure à celle du niveau national dans cinq régions métropolitaines et dans les DOM hors Mayotte. Ces régions métropolitaines sont la Provence-Alpes-Côte d'Azur (50,1 pour 1 000), l'Occitanie (45,3 pour 1 000), la Corse (44,3 pour 1 000), l'Île-de-France (41,8 pour 1 000) et le Grand Est (40,3 pour 1 000). Dans les DOM hors Mayotte, l'activité de dépistage est deux fois plus importante qu'en métropole, avec un taux maximum de 84,9 pour 1 000 en Guadeloupe (figure 2).

Gonococcies

En 2018, 1,6 millions de personnes ont été testées dans les laboratoires privés, soit un taux de 29,6 pour 1 000 habitants, en forte augmentation (+18%) par rapport à 2016 (figure 3). La majorité des personnes testées sont des femmes (83%), et le taux de dépistage est quatre fois plus élevé chez elles que chez les hommes (46,9 pour 1 000 vs 10,6 pour 1 000). Les taux de dépistage les plus élevés sont observés chez les 25-29 ans (136,5 pour 1 000) pour les femmes et chez les 30 à 34 ans (29,2 pour 1 000) pour les hommes. Les taux sont de 64,1 pour 1 000 femmes de moins de 25 ans et de 12,5 pour 1 000 hommes de moins de 30 ans.

Figure 1

Taux de dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* pour 1 000 habitants de 15 ans et plus par année, par sexe et par classe d'âge. Système national des données de santé, France, 2006-2018

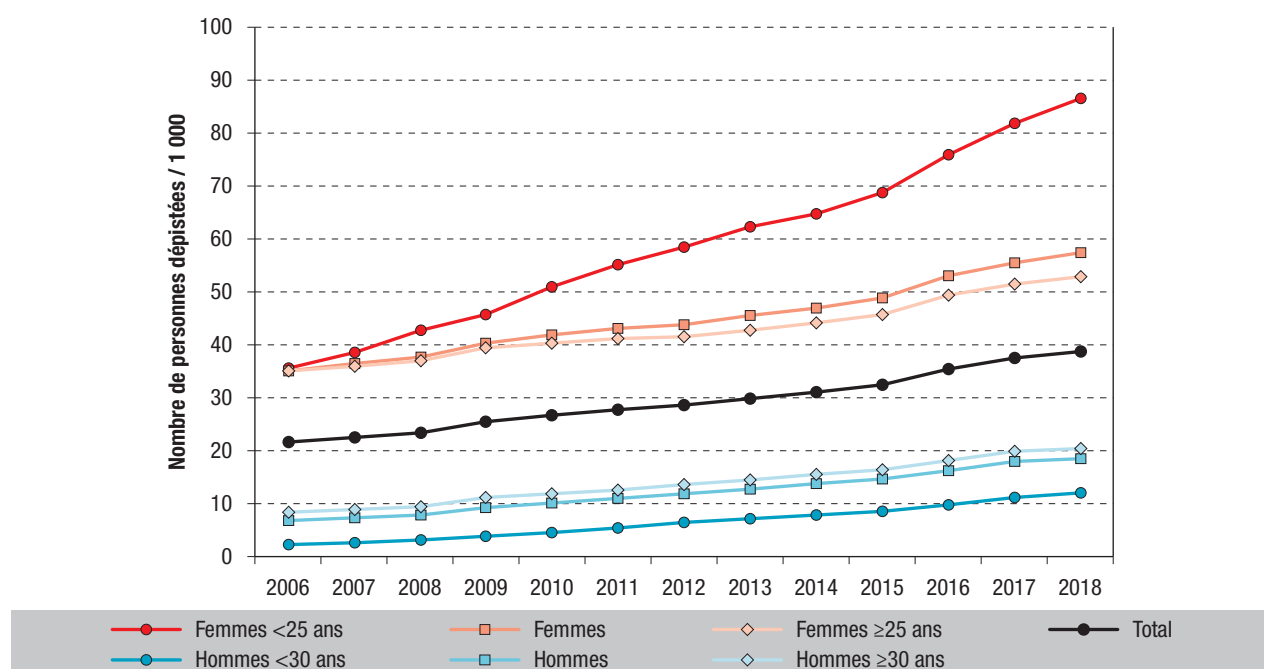
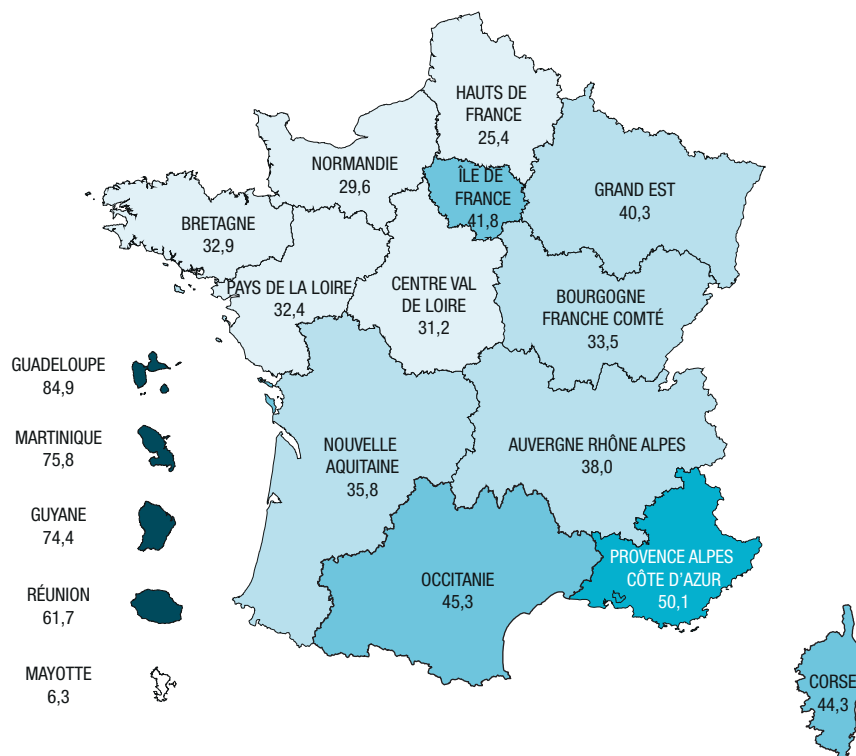


Figure 2

Taux standardisés de dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* par région*. Système national des données de santé, France, 2018



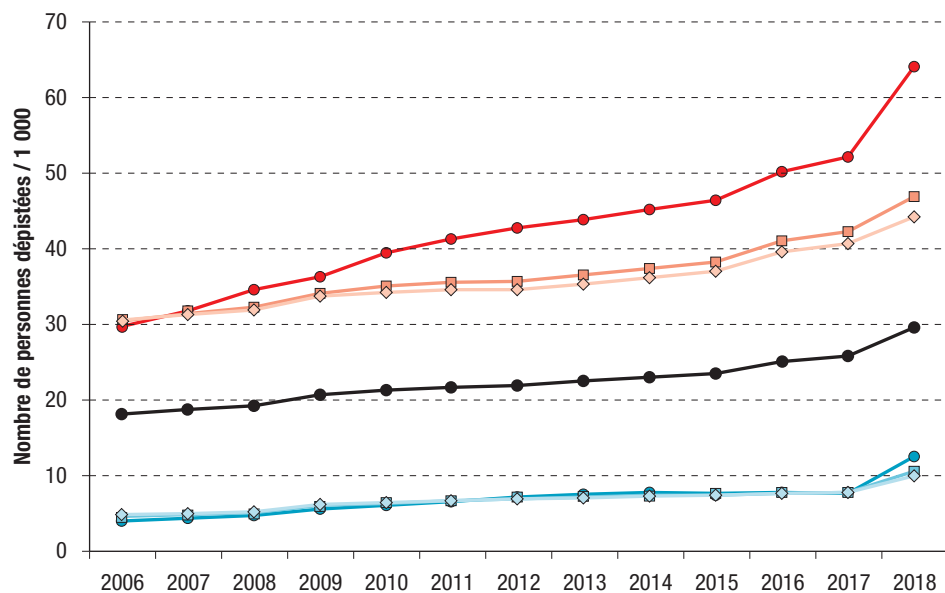
Nombre de personnes dépistées pour 1 000 habitants de 15 ans et plus (hommes et femmes)



* Les taux de dépistage sont calculés pour 1 000 habitants (hommes et femmes) de 15 ans et plus.

Figure 3

Taux de dépistage des infections à gonocoque pour 1 000 habitants de 15 ans et plus par année, par sexe et par classe d'âge. Système national des données de santé, France, 2006-2018



L'augmentation du dépistage entre 2016 et 2018 est plus marquée chez les hommes (+37%) que chez les femmes (+14%) (figure 3). Sur cette période le

dépistage augmente deux fois plus chez les moins de 25 ans (+32%) par rapport aux plus de 25 ans (+15%), quel que soit le sexe.

Une tendance similaire à la hausse est globalement observée en IDF, dans les DOM et les autres régions métropolitaines entre 2016 et 2018. Des taux supérieurs au taux national sont observés en Provence-Alpes-Côte d'azur (36,9 pour 1 000), Occitanie (35,0 pour 1 000), Corse (34,7 pour 1 000), Île-de-France (31,9 pour 1 000), Grand Est (31,6 pour 1 000) et dans les DOM hors Mayotte. L'activité de dépistage dans ces DOM est deux fois supérieure à celle de la métropole (figure 4).

Syphilis

Près de 1,8 millions de personnes ont été testées pour la syphilis en 2018, dont une majorité de femmes (68%) (figure 5). Le taux national de dépistage est de 33,2 pour 1 000 habitants, pour la première fois en diminution depuis 2006 (-7% entre 2016 et 2018). En 2018, ce taux est de 43,3 pour 1 000 femmes et de 22,3 pour 1 000 hommes. Les taux les plus élevés sont observés chez les 25-29 ans pour les femmes (146,4 pour 1 000) et les 30-34 ans pour les hommes (47,4 pour 1 000).

Entre 2016 et 2018, le taux de dépistage des hommes augmente de 2%, alors que celui des femmes diminue de 10%. Le dépistage des femmes de plus de 24 ans diminue trois fois plus (-12%) que celui des moins de 25 ans (-4%). À l'inverse, le dépistage des hommes de moins de 30 ans augmente de 6%, tandis que celui des plus de 30 ans reste stable.

Entre 2016 et 2018, le taux de dépistage diminue dans les trois interrégions, respectivement de 10%

dans les DOM, de 8% en en IDF et de 6% dans les autres régions métropolitaines.

En 2018, le taux de dépistage est supérieur au taux national en Provence-Alpes-Côte d'Azur (37,9 pour 1 000), Île-de-France (37,6 pour 1 000), Occitanie (35,9 pour 1 000) et dans les DOM hors Mayotte. L'activité de dépistage dans ces DOM est deux fois supérieure à celle de la métropole (figure 6).

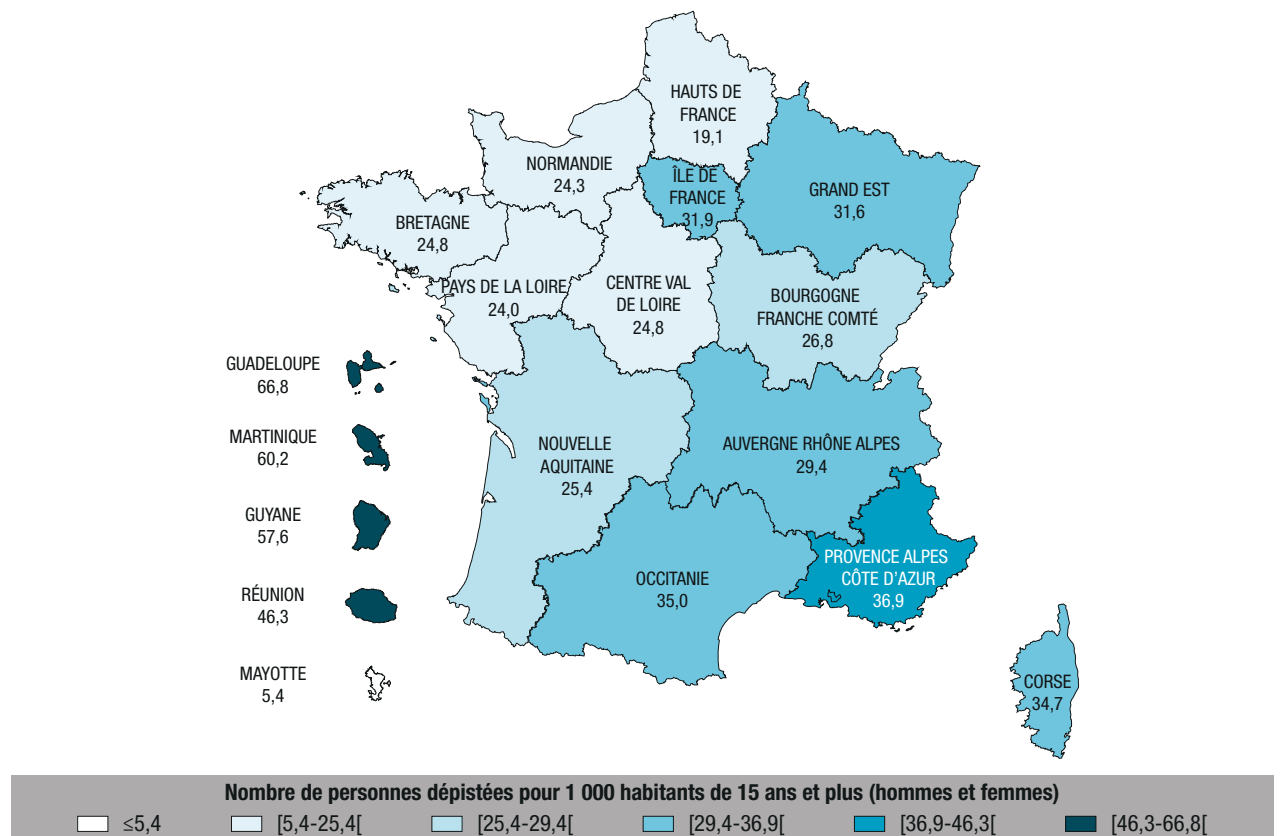
Discussion

L'activité de dépistage des IST du secteur privé ne représente pas la totalité des tests réalisés en France. En effet, ces données n'incluent ni le dépistage réalisé dans les lieux à vocation de dépistage comme les CeGIDD, les CPEF et les centres d'orthogénie, où le dépistage proposé est gratuit, ni l'activité de dépistage hospitalière publique.

« Néanmoins, avec 2,1 millions de personnes testées en 2018 pour l'infection à *Chlamydia trachomatis*, 1,8 pour la syphilis et 1,6 pour la gonococcie, ces données mettent en évidence le rôle important du secteur privé dans le dispositif de dépistage. Sur la base des estimations nationales issues de l'enquête LaboIST, le secteur privé représente environ 45% des 4,2 millions de tests *Chlamydia trachomatis*, 62% des 2,2 millions de recherches de gonocoque et 73% des 2,6 millions de recherches de syphilis réalisées en France en 2016 (données non publiées).

Figure 4

Taux standardisés de dépistage des infections à gonocoque par région*. Système national des données de santé, France, 2018



* Les taux de dépistage sont calculés pour 1 000 habitants (hommes et femmes) de 15 ans et plus.

Figure 5

Taux de dépistage de la syphilis pour 1 000 habitants de 15 ans et plus par année, par sexe et par classe d'âge en France. Système national des données de santé, France, 2006-2018

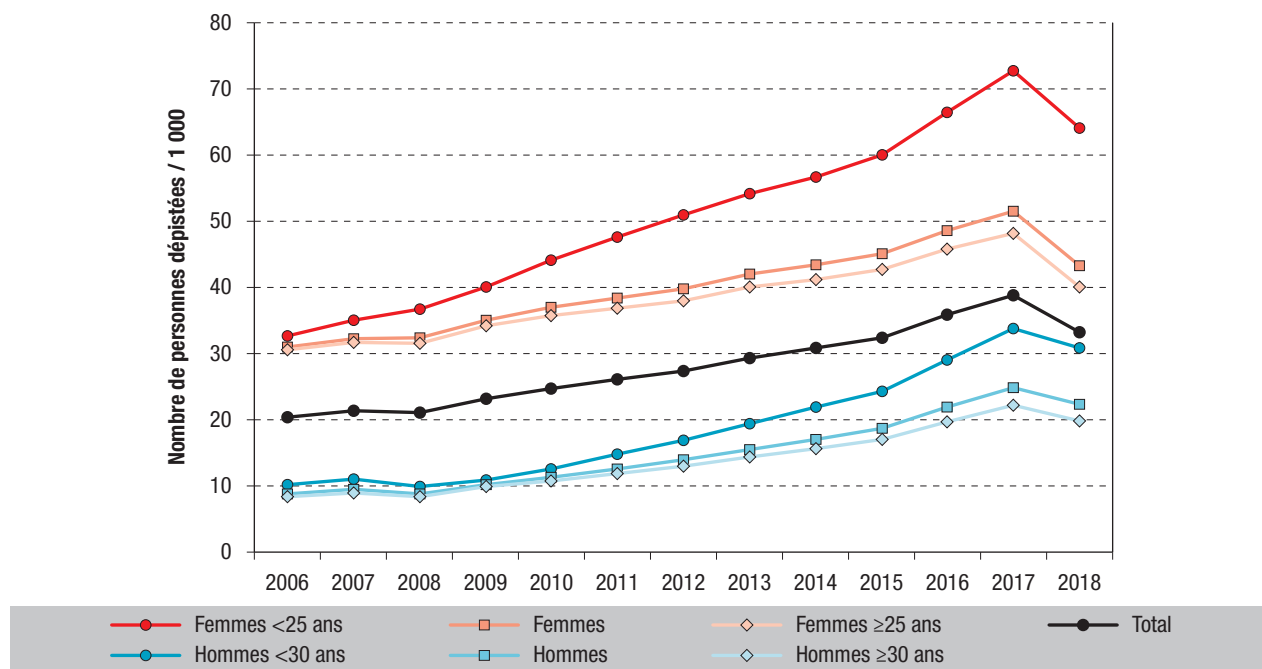
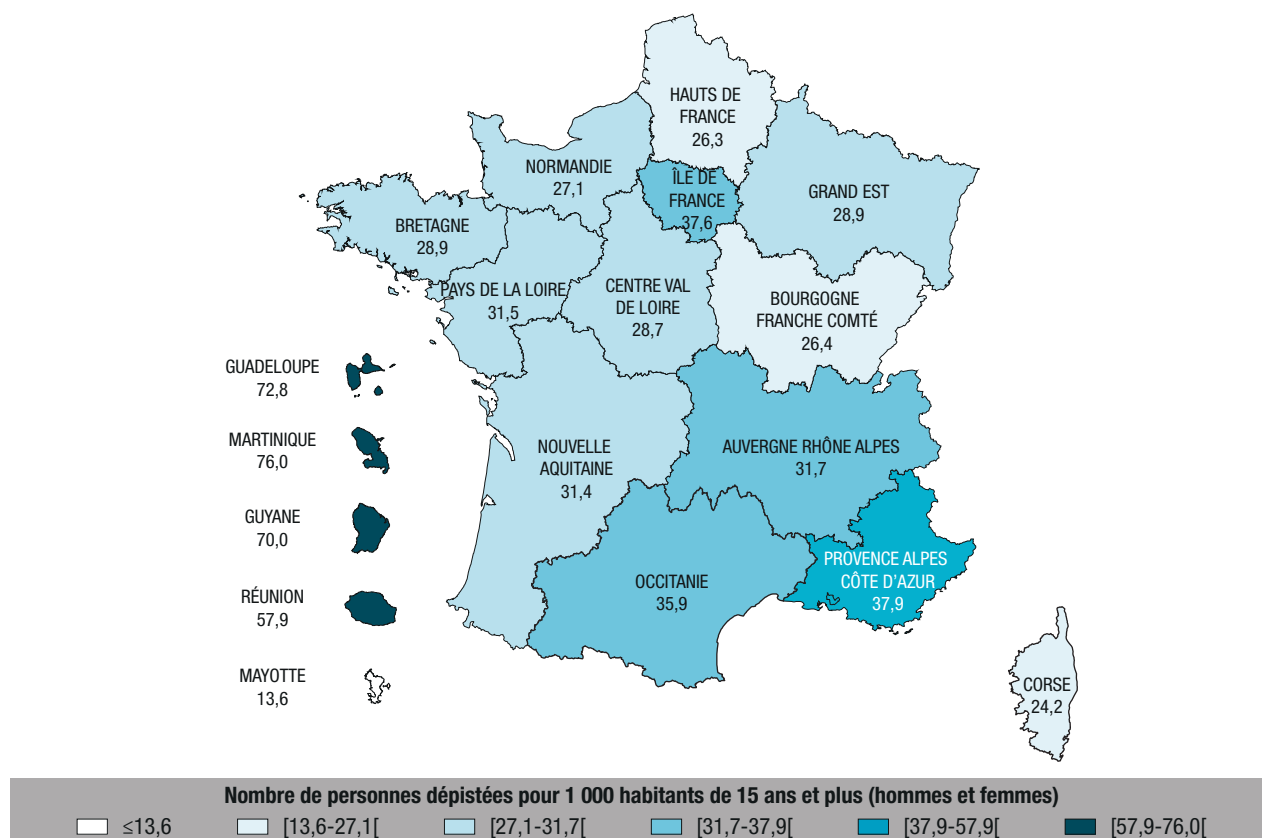


Figure 6

Taux standardisés de dépistage de la syphilis par région. Système national des données de santé France, 2018



Une tendance globale à l'augmentation de l'activité de dépistage dans le secteur privé est observée jusqu'en 2017 pour ces trois IST et se poursuit en 2018 pour les infections à *Chlamydia trachomatis* et à gonocoque. Il aurait été intéressant de comparer

l'évolution de ces données issues du secteur privé à celles du secteur public. Cette comparaison pourra se faire sur les années récentes, grâce aux enquêtes nationales LaboIST réalisées pour les années 2016 et 2018 auprès de l'ensemble des laboratoires¹. Cette

tendance à l'augmentation est néanmoins cohérente avec celle du dépistage du VIH depuis plusieurs années en France (+11% entre 2013 et 2018), sachant que le nombre de sérologies VIH réalisées par les laboratoires a été estimé à 5,8 millions en 2018 (dont 76% en laboratoires de ville)¹⁰.

D'un point de vue géographique, les données montrent de fortes disparités régionales. Dans les DOM hors Mayotte, l'activité de dépistage est près de deux fois supérieure à celle de la métropole pour la syphilis et les infections à *Chlamydia trachomatis* et à gonocoque. En métropole, l'activité de dépistage est plus importante en IDF que dans les autres régions. Des taux de diagnostics plus élevés sont également observés en Outre-mer et en IDF¹, ce qui pourrait être lié en partie à cette forte activité de dépistage, mais aussi à une prévalence plus importante des IST dans ces régions. Il faut également s'interroger sur les contextes régionaux où les taux de dépistage sont les plus bas, comme dans les régions du Nord de la France et Mayotte, les disparités régionales pouvant provenir de différences territoriales d'offres et d'accès aux structures de soins.

L'analyse des données de l'Assurance maladie a permis de montrer une augmentation régulière de l'activité de dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* de 2006 à 2015 dans le secteur privé (environ +4% chaque année), suivie d'une évolution plus marquée en 2016 (+9%). Le pic d'évolution observé en 2016 pourrait résulter en partie de la communication autour du contexte de recrudescence des IST et des recommandations de dépistage de la Société française de dermatologie^{11,12}.

Entre 2016 et 2018, les données mettent en évidence une augmentation du dépistage deux fois plus importante des infections à *Chlamydia trachomatis* chez les femmes de moins de 25 ans (par rapport à celles de 25 ans et plus) et chez les hommes de moins de 30 ans (par rapport à ceux de 30 ans et plus). Cela montre une amélioration du dépistage de ces populations en secteur privé, alors que ce secteur n'était pas directement visé par les recommandations antérieures à 2018³. Cependant les taux observés chez les femmes de moins de 25 ans (87 pour 1 000) et les hommes de moins de 30 ans (12 pour 1 000) sont encore respectivement deux et quatre fois inférieurs à ceux observés chez les femmes de 25 à 29 ans et chez les hommes de 30 à 34 ans. Il y a ainsi encore une marge de progression pour inciter davantage au dépistage les plus jeunes, d'autant plus que les femmes de moins de 25 ans sont les plus concernées par cette infection¹.

Il est possible de comparer les données françaises avec celles publiées par Public Health England sur l'activité de dépistage des structures non spécialisées en Angleterre, qui présentent des similarités avec le secteur privé en France, sachant que d'autres offres de dépistage comme le dépistage en ligne sont proposées en Angleterre¹³.

En termes de volume, l'activité de dépistage dans le secteur privé en France (2,1 millions de tests, soit

un taux de 38,7 pour 1 000) est comparable à celle de l'Angleterre, où 1,8 millions de tests (soit un taux de 40 pour 1 000) ont été réalisés dans des structures non spécialisées parmi les 3,3 millions de tests d'infection à *Chlamydia trachomatis* effectués dans ce pays en 2018¹⁴.

Une augmentation régulière du dépistage du gonocoque dans le secteur privé est observée jusqu'en 2017, alors que seule la recherche du gonocoque par culture était remboursée. Une augmentation très marquée du dépistage est ensuite observée en 2018 et peut s'expliquer en partie par le remboursement des TAAN pour la recherche du gonocoque depuis juin 2018.

L'augmentation du dépistage du gonocoque est deux fois plus importante entre 2016 et 2018 parmi les jeunes de moins de 25 ans par rapport aux plus de 25 ans, quel que soit le sexe. Cependant le taux de dépistage chez les moins de 25 ans (35,4 pour 1 000) reste encore bien inférieur à celui des 25 à 29 ans (80,1 pour 1 000), illustrant l'importance de proposer une offre de dépistage adaptée aux populations les plus jeunes, les moins de 25 ans étant les plus concernés par cette infection¹.

En Angleterre, 1,8 millions de dépistages du gonocoque ont été réalisés en 2018, avec une tendance à la hausse depuis 2016¹⁴. Ce volume total (structures spécialisées ou non) étant quasiment équivalent à celui du dépistage réalisé en secteur privé en France, on peut en déduire que l'activité globale de dépistage en France est certainement supérieure à celle de l'Angleterre.

La part très importante de femmes parmi les personnes testées pour une syphilis en 2018, supérieure à 65%, est en lien avec le dépistage anténatal obligatoire réalisé au premier trimestre. Une diminution de ce dépistage est mise en évidence chez les femmes pour la première fois dans le secteur privé en 2018 depuis 2006, avec une diminution plus marquée chez les femmes de 25 ans et plus. Cependant cette tendance reste à consolider.

À titre de comparaison, 1,4 millions de dépistage de la syphilis ont été réalisés hors dépistage anténatal en Angleterre en 2018 (structures spécialisées ou non)¹⁴. Avec près de 700 000 tests anténataux effectués sur une année¹⁵, l'activité totale de dépistage en Angleterre serait de 2,1 millions, soit un nombre similaire aux données françaises issues du secteur privé. On peut ainsi en déduire que l'activité globale de dépistage en France est certainement supérieure à celle de l'Angleterre. Une forte augmentation de la syphilis observée en Angleterre entre 2016 et 2018 a conduit à l'élaboration d'un plan d'action spécifique renforçant les mesures de prévention contre la syphilis et notamment le dépistage¹⁶.

Conclusion

Ces données montrent une augmentation globale du dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* et à gonocoque en secteur privé depuis 2006, avec une augmentation plus marquée depuis 2016 chez

les jeunes de moins de 25 ans. Ceci pourrait résulter d'une meilleure sensibilisation de la population générale et des professionnels de santé, suite aux actions de prévention menées notamment auprès des jeunes. La diminution du dépistage de la syphilis observée chez les femmes en 2018 nécessite d'être consolidée ultérieurement.

En France, l'augmentation du nombre de diagnostics d'IST bactériennes peut résulter de la progression de l'activité de dépistage, mais elle interroge également sur l'amélioration encore nécessaire des pratiques pour contrôler les épidémies d'IST. L'offre de dépistage devrait encore s'élargir avec l'application des nouvelles recommandations de 2018 concernant les infections à *Chlamydia trachomatis* en visant notamment les médecins généralistes et pas uniquement les structures de dépistage. Néanmoins, des recommandations de dépistage pour l'ensemble des IST selon une approche populationnelle et générationnelle seraient également nécessaires. Dans un contexte où la diffusion des IST bactériennes est loin d'être contrôlée, le préservatif reste le seul outil de prévention primaire. En cas de rapport non protégé, le dépistage est indispensable pour la mise en œuvre d'un traitement efficace, afin d'interrompre les chaînes de transmission. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Ngangro Ndeindo N, Bouvet de la Maisonneuve P, Le Strat Y, Fouquet A, Viriot D, Fournet N, *et al.* Estimations nationales et régionales du nombre de diagnostics d'infections à *Chlamydia* et à gonocoque en France en 2016. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018. 6 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/chlamydiae/documents/rapport-synthese/estimations-nationales-et-regionales-du-nombre-de-diagnostics-d-infections-a-chlamydia-et-a-gonocoque-en-france-en-2016>
- [2] Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie nationale de santé sexuelle, agenda 2017-2030. Paris: DGS; 2017. 75 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
- [3] Haute Autorité de Santé. Évaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à *Chlamydia trachomatis* en France. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2003. 95 p. https://www.has-sante.fr/jcms/c_464119/fr/evaluation-du-depistage-des-infections-uro-genitales-basses-a-chlamydia-trachomatis-en-france
- [4] Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis*. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2879401/en/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-des-infections-a-chlamydia-trachomatis
- [5] Haute Autorité de Santé. Évaluation *a priori* du dépistage de la syphilis en France. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007. 284 p.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/argumentaire_-_evaluation_a_priori_du_depistage_de_la_syphilis.2.pdf

- [6] Haute Autorité de Santé. Dépistage et prise en charge de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae*: état des lieux et propositions. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010. 27 p. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-03/synthese_gonocoque_vf.pdf
- [7] Moulis G, Lapeyre-Mestre M, Palmaro A, Pugnet G, Montastruc JL, Sailler L. French health insurance databases: What interest for medical research? *Rev Med Interne*. 2015; 36(6):411-7.
- [8] Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés. Biologie médicale nomenclature des actes. Cnamts; 2019. 113 p. http://www.codage.ext.cnamts.fr/f_mediam/fo_nabm/DOC.pdf
- [9] Ndeikoundam Ngangro N, Viriot D, Lucas E, Boussac-Zarebska M, Lot F, Dupin N, La Ruche G. Relevance of Health-care reimbursement data to monitor syphilis epidemic in France, 2011-2013. *BMJ Open* 2018;8(7):e020336. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020336
- [10] Cazein F, Sommen C, Pillonel J, Bruyan M, Ramus C, Pichon P, *et al.* Activité de dépistage du VIH et circonstances de découverte de l'infection à VIH, France, 2018. *Bull Epidémiol hebdomadaire*. 2019;(31-32):xx-yy. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/31-32/2019_31-32_1.html
- [11] Ndeikoundam Ngangro N, Viriot D, Fournet N, Pioche C, De Barbeyrac B, Goubard A, *et al.* Bacterial sexually transmitted infections in France: recent trends and patients' characteristics in 2016. *Euro surveill*. 2019;24(5).
- [12] Société française de dermatologie. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies sexuellement transmissibles. Paris: SFD; 2016. 147 p. [https://www.sfdermato.org/media/image/upload-editor/files/Guidelines%202016\(1\).pdf](https://www.sfdermato.org/media/image/upload-editor/files/Guidelines%202016(1).pdf)
- [13] Public Health England. Sexually transmitted infections and screening for chlamydia in England, 2018. Public Health England: Health Protection Report. Londres: Public Health England; 2019;13(19). 38 p. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/806118/hpr1919_stis-ncsp_ann18.pdf
- [14] Public Health England. All STI diagnoses and services by gender and sexual risk, 2014 to 2018. Londres: Public Health England; 2019. 11 p. <https://www.gov.uk/government/statistics/sexually-transmitted-infections-stis-annual-data-tables>
- [15] Public Health England. Antenatal screening for infectious diseases in England: summary report for 2015. Londres: Public Health England; 2017. 9 p. <https://www.gov.uk/government/publications/antenatal-screening-for-infectious-diseases-in-england-summary-report-for-2015>
- [16] Public Health England. Addressing the increase in syphilis in England: PHE Action Plan. Londres: Public Health England; 2019. 22 p. <https://www.gov.uk/government/publications/syphilis-public-health-england-action-plan>

Citer cet article

Viriot D, Ndeikoundam Ngangro N, Lucas E, Dupin N, De Barbeyrac B, Bertolotti A, *et al.* Dépistage des IST bactériennes dans le secteur privé en France, 2006-2018. *Bull Epidémiol Hebdomadaire*. 2019;(31-32):634-41. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/31-32/2019_31-32_3.html

PROFIL DES UTILISATEURS DU PREMIER KIT DE DÉPISTAGE PAR AUTOPRÉLÈVEMENT DU PROGRAMME MÉMODÉPISTAGES PROPOSÉ AUX HSH MULTIPARTENAIRES EN FRANCE EN 2018

// PROFILE OF USERS OF THE FIRST SELF-SAMPLING SCREENING KIT OF THE MÉMODÉPISTAGES PROGRAM OFFERED TO MULTI-PARTNER MSM IN FRANCE IN 2018

Delphine Rahib¹ (delphine.rahib@santepubliquefrance.fr), Héloïse Delagreverie², Audrey Gabassi², Tassiry Touré², Than-Thuy Le Thi³, Eléonore Vassel³, Pierre Vodossin³, Benjamin Leveau³, Lucas Le Coz⁴, Amandine Pisoni⁵, Constance Delaugerre², Vinca Icard³, Julien Digne⁴, Edouard Tuaillon⁵, Nathalie Lydié¹ pour le groupe MémoDépistages

¹ Santé publique France, Saint Maurice, France

² Laboratoire de Virologie, Hôpital Saint Louis, APHP, Inserm U944, Université de Paris, France

³ Hospices civils de Lyon, Hôpital de la Croix-Rousse, Centre de ressources biologiques Nord, Lyon, France

⁴ Laboratoire Alphabio, Marseille, France

⁵ Département de bactériologie-virologie, CHU de Montpellier, UMR Inserm 1058, Université de Montpellier, France

Soumis le 11.09.2019 // Date of submission: 09.11.2019

Résumé // Abstract

En 2017, la Haute Autorité de Santé (HAS) a fixé à trois mois la fréquence optimale de dépistage pour le VIH des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) afin de réduire le délai entre la date de l'infection et le diagnostic et la part des personnes vivant avec le VIH non diagnostiquées. Ces objectifs s'appuient sur une offre variée de dépistage du VIH – laboratoires, centres de dépistages anonymes, autotests, dépistages communautaires – mais moins diversifiée pour les autres infections sexuellement transmissibles (IST). Afin d'encourager le dépistage répété du VIH tout en tenant compte des enjeux relatifs au dépistage des autres IST, Santé publique France a construit le programme MémoDépistages à destination de HSH multipartenaires. Promu en ligne au printemps 2018, ce programme proposait un kit d'autoprélèvement pour réaliser le dépistage du VIH, du VHB, du VHC, de la syphilis, des infections à chlamydia et à gonocoques. Parmi les 7 158 hommes éligibles auxquels un kit d'autoprélèvement a été proposé, 27,2% l'ont utilisé pour réaliser au moins l'un des quatre prélèvements proposés. Il s'agissait majoritairement d'hommes citadins, avec un haut niveau d'étude, familiers des lieux de convivialité gay. Ce sont principalement les facteurs sociodémographiques (âge, niveau d'étude) qui étaient associés à un taux élevé d'utilisation de l'autoprélèvement dans l'étude. Utilisé par près de 30% des hommes auxquels il est proposé, le kit d'autoprélèvement permet d'amener au dépistage une population diversifiée tant en termes sociodémographiques qu'en termes de comportements face au dépistage.

In 2017, the French National Authority for Health's guidelines for HIV screening stated that men who have sex with men (MSM) should be screened every three months. This pace was defined to reduce the interval between infection and diagnosis and the proportion of undiagnosed people for HIV. To support the implementation of these guidelines, a wide range of screening options were available – laboratory, anonymous screening centers, self-administered tests, community screening– but there were fewer options for other sexually transmitted infections (STIs). To help MSM repeat the HIV screening while taking into consideration the STIs issue, Santé publique France developed the MemoDepistages program designed for multi-partner MSM. Advertised online in spring 2018, the program offered MSM with multiple partners a self-sampling kit (SSK) for HIV, HBV, HCV, syphilis, and gonococcal and chlamydia infections. Among the 7,158 men who were offered the kit, 27.2% used it to make at least one of the four tests proposed. Users lived mainly in big cities, were highly educated and frequent users of gay meeting venues. Sociodemographic factors (age, diploma) were strongly associated with using the kit. SSK was used by 30% of our sample with small variation between the different groups, and addressed a diverse population regarding socio-demographic and HIV screening habits at baseline.

Mots-clés : Autoprélèvement, HSH, Dépistage, IST

// **Keywords:** Self-sampling, MSM, Screening, STI

Introduction

En 2017, la Haute Autorité de Santé (HAS) a fixé à trois mois la fréquence optimale de dépistage pour le VIH des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) exposés à un risque élevé d'infection¹. Cette fréquence a pour finalité de réduire

le délai entre le début l'infection et son diagnostic et la part des personnes vivant avec le VIH non diagnostiquées dans cette population². Ces objectifs s'appuient sur une offre de dépistage variée : en France, il est possible de se faire dépister dans les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), en laboratoire de biologie médicale, de faire un test

rapide d'orientation diagnostique (TROD) auprès d'une personne habilitée, et, depuis 2015, de se procurer un autotest en pharmacie. Afin de lever les freins au dépistage, de nombreuses initiatives pour diffuser les tests au plus près des populations ont vu le jour comme la proposition des TROD sur des lieux de sorties ou, la distribution gratuite d'autotests par les associations. Dernièrement le dépistage en laboratoire sans ordonnance a été ouvert au remboursement dans deux départements pour une durée d'un an ⁽¹⁾. Les possibilités de dépistage sont toutefois plus restreintes pour les autres infections sexuellement transmissibles (IST) qui touchent fortement les HSH³, comme les infections à syphilis, *Chlamydia*, gonocoques et les hépatites virales.

Afin d'encourager le dépistage répété du VIH, tout en tenant compte des enjeux relatifs au dépistage des autres IST, Santé publique France a construit le programme MémoDépistages. Ce programme a pour objectif d'augmenter la fréquence de dépistage du VIH et des autres IST chez les HSH multipartenaires. Il repose sur l'ensemble de l'offre de dépistage disponible pour le VIH (laboratoire, TROD, autotest, etc.) et sur une offre expérimentale : un kit d'autoprélèvement à domicile qui permet de dépister jusqu'à cinq IST virales et bactériennes.

Cet article a pour objectif de décrire le profil des personnes ayant utilisé le kit d'autoprélèvement qui leur a été proposé à leur entrée dans le programme MémoDépistages et de décrire les facteurs associés à cette utilisation.

Méthode

Le recrutement des participants a eu lieu en ligne du 11 avril au 10 juin 2018, soit durant 9 semaines, sur des médias communautaires : applications de rencontres entre hommes et sites d'informations affinitaires. Par ailleurs, des bannières ont été diffusées via des plateformes programmatiques, ciblant des hommes de 18 ans et plus, naviguant sur des pages dont le contenu contenait des mots-clés en relation avec l'homosexualité et les rencontres entre hommes.

Étaient éligibles les hommes de 18 ans et plus, résidant dans les quatre régions métropolitaines ayant la plus forte prévalence du VIH² (Auvergne-Rhône-Alpes, Île-de-France, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur) et affilié un régime de la sécurité sociale. Pour être inclus, ils devaient déclarer avoir eu des rapports sexuels avec plus d'un homme au cours des 12 derniers mois, ne pas être séropositif pour le VIH, ne pas suivre un protocole de prophylaxie pré-exposition (PrEP) et accepter de partager leurs coordonnées. Un questionnaire en ligne de 5 minutes permettait de vérifier les critères d'éligibilité avant de proposer la participation au programme. Les personnes acceptant de participer recevaient un kit d'autoprélèvement à l'adresse de leur choix.

Ce dernier contenait le matériel pour un prélèvement sanguin capillaire permettant la recherche du VIH, de l'hépatite B, de l'hépatite C et de la syphilis, un prélèvement urinaire et deux prélèvements extra-génitaux (anaux et pharyngés) par écouvillons pour le dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* (Ct) et à *Neisseria gonorrhoeae* (Ng), ainsi qu'une notice explicative illustrée pour la réalisation des prélèvements. Les prélèvements étaient réalisés par le participant lui-même puis renvoyés vers un laboratoire partenaire à l'aide d'une enveloppe prépayée. À la suite de ce premier dépistage, un suivi de 18 mois était proposé aux participants, avec des rappels trimestriels pour le dépistage du VIH.

Les hommes pour lesquels un kit d'autoprélèvement a été réceptionné par l'un des laboratoires avant le 30 septembre 2018 ont été considérés comme « utilisateurs » de leur premier kit de dépistage et intégrés au programme. Les caractéristiques de ces hommes ont été étudiées à l'aide des données recueillies dans le questionnaire d'éligibilité comprenant :

- des caractéristiques sociodémographiques : âge, niveau d'études, lieu de naissance, taille de la commune de résidence, situation financière, situation familiale ;
- des variables sur la socialisation : autodéfinition de l'orientation sexuelle, fréquentation des lieux de convivialité gays (avec ou sans sexe) ;
- des informations sur les comportements sexuels et préventifs : nombre de partenaires au cours des douze derniers mois, type de partenaire au dernier rapport sexuel, utilisation d'une méthode de prévention de l'infection par le VIH au dernier rapport sexuel ;
- les antécédents de dépistage : le nombre de tests VIH réalisés dans les 12 mois précédant l'enquête, la réalisation d'un dépistage des infections à *Chlamydia* et à gonocoques dans l'année et le type de prélèvement effectué pour ces infections.

Leur profil a été comparé à celui des hommes auxquels un kit a été proposé mais qui l'ont refusé, ou qui l'ont reçu mais ne l'ont pas utilisé.

Pour identifier les facteurs associés à l'utilisation d'un kit d'autoprélèvement, les variables significatives au seuil de 20% lors de l'analyse bivariable (test de Chi²) ont été intégrées à un modèle de régression logistique. Les interactions possibles ont été testées une à une et l'interaction entre le nombre de partenaires dans les 12 derniers mois et la fréquentation des lieux de convivialité gays a été intégrée au modèle final car significative au seuil de 5%. Le seuil de significativité de 5% a été retenu pour définir une association entre l'utilisation du kit d'autoprélèvement et les caractéristiques intégrées au modèle.

Les analyses ont été effectuées en utilisant le logiciel Stata 14 ⁽²⁾.

⁽¹⁾ <https://www.paris.fr/pages/vih-test-ensemble-mettons-fin-a-l-epidemie-du-vih-6955>

⁽²⁾ StataCorp. 2015. *Stata Statistical Software: Release 14*. College Station, TX: StataCorp LP.

Résultats

Parmi les 7 158 hommes auquel un kit d'autoprélèvement a été proposé, 3 428 ont accepté de le recevoir (47,9%) et 1 948 (27,2%) l'ont utilisé pour réaliser au moins l'un des quatre prélèvements demandés (sanguin, urinaire, oral ou anal). La grande majorité des kits adressés aux laboratoires (97,7%), comprenait le prélèvement sanguin, ainsi que les trois prélèvements locaux.

Caractéristiques des utilisateurs

L'âge médian des utilisateurs était de 30 ans. Majoritairement nés en France métropolitaine (90,7%), ils résidaient principalement (55,2%) dans des agglomérations de plus de 10 000 habitants (tableau 1). Les hommes qui ne fréquentaient jamais de lieux de sociabilité gays constituaient moins d'un quart des participants à l'étude (23,6%).

En termes d'historique de dépistage du VIH, un homme sur dix (10,2%) n'avait jamais effectué de dépistage du VIH au cours de sa vie. Ils étaient 37,6% à avoir un test datant de plus d'un an. La moitié (52,1%)

avait réalisé un test dans la dernière année et parmi eux, un homme sur deux en avait réalisé plus d'un.

Un antécédent de dépistage pour des infections à chlamydia ou à gonocoque dans l'année était moins souvent rapporté que pour le VIH : 30,8% des participants avaient réalisé un dépistage urinaire ou urétral pour ces infections. Ils étaient 14,3% à avoir réalisé un prélèvement pharyngé et 13,1% un prélèvement anal.

Plus de 40% des hommes avaient eu plus de 10 partenaires au cours des 12 derniers mois (médiane=10 ; IQR=5-20) et 78,6% avaient eu leur dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel. Un peu plus de la moitié des participants (57,3%) avait protégé leur dernier rapport contre le VIH, en majorité (93,7%) par un préservatif (tableau 1).

Facteurs associés à l'utilisation du kit

L'analyse des facteurs associés à l'utilisation et au renvoi du kit d'autoprélèvement met en évidence une association forte avec des facteurs sociodémographiques et une association proche de la significativité avec les facteurs comportementaux (tableau 2).

Tableau 1

Description des hommes dépistés par kit d'autoprélèvement. MémoDépistages, 2018

	n (=1 948)	%
Âge		
Moins de 30 ans	897	46,0
30 ans et plus	1 051	54,0
Lieu de naissance		
France métropolitaine	1 766	90,7
Hors de France métropolitaine	182	9,3
Niveau d'études		
Bac ou moins	472	24,2
Supérieur au bac	1 476	75,8
Taille de la commune de résidence		
Moins de 2 000 habitants	96	4,9
Entre 2 000 et 19 999 habitants	312	16,0
Entre 20 000 et 99 999 habitants	464	23,8
100 000 habitants et plus	1 076	55,3
Région de résidence		
Île-de-France	1 188	61,0
Auvergne-Rhône-Alpes	440	22,6
Provence-Alpes-Côte d'Azur	195	10,0
Occitanie	125	6,4
Situation financière perçue		
Bonne	928	47,6
Moyenne	709	36,4
Mauvaise	311	16,0
Situation familiale		
Célibataire	1 439	73,9
En couple ou autre	509	26,1

	n (=1 948)	%
Autodéfinition		
Homosexuel	1 632	83,8
Bisexuel	209	10,7
Autre	107	5,5
Fréquentation des lieux de convivialité gay		
Souvent	568	29,2
Parfois	1 022	52,5
Jamais	358	18,4
Historique de dépistage pour le VIH		
Plusieurs fois au cours des 12 derniers mois	508	26,1
Une fois au cours des 12 derniers mois	507	26,0
Au moins une fois, il y a plus de 12 mois	733	37,6
Jamais	200	10,3
Nombre de partenaires dans les 12 derniers mois		
2 à 5	552	28,3
6 à 10	551	28,3
11 à 20	451	23,2
>20	394	20,2
Dernier partenaire		
Régulier	416	21,4
Occasionnel	1 532	78,6
Type de protection utilisée au dernier rapport*		
Préservatif	1 046	53,7
PrEP	51	2,6
TasP	19	1,0
Aucun	831	42,7

* PrEP : prophylaxie pré-exposition ; TasP : *Treatment as prevention*, traitement comme outil de prévention.

Tableau 2

Facteurs associés à la réalisation d'un dépistage par autoprélèvement. Programme MémoDépistages, 2018, France

	N	Analyse bivariée			Analyse multivariée		
		n	%	p	ORa	IC	p
Total	7 158	1 948	27,2				
Âge							
Moins de 30 ans	3 082	897	29,1	0,002	1		
30 ans et plus	4 076	1 051	25,8		0,83	(0,74-0,92)	0,001
Lieu de naissance							
France métropolitaine	6 549	1 766	27,0	0,122	1		
Hors de France métropolitaine	609	182	29,9		1,07	(0,88-1,29)	0,475
Niveau d'études							
Bac ou moins	2 242	472	21,1	<10 ⁻³	0,66	(0,28-0,75)	<10 ⁻³
Supérieur au bac	4 916	1 476	30,0		1		
Taille de la commune de résidence							
Moins de 2000 habitants	380	96	25,3	0,008	0,99	(0,80-1,08)	0,938
Entre 2000 et 19 999 habitants	1 277	312	24,4		0,93	(0,80-1,08)	0,355
Entre 20 000 et 99 999 habitants	1 775	464	26,1		0,97	(0,85-1,10)	0,632
100 000 habitants et plus	3 726	1 076	28,9		1		
Région de résidence							
Île-de-France	4 220	1 188	28,2	<10 ⁻³	1		
Auvergne-Rhône-Alpes	1 525	440	28,9		1,13	(0,99-1,30)	0,076
Provence-Alpes-Côte d'Azur	867	195	22,5		0,83	(0,70-1,00)	0,045
Occitanie	546	125	22,9		0,86	(0,69-1,06)	0,157
Situation financière perçue							
Bonne	3 342	928	27,8	0,033	1		
Moyenne	2 534	709	28,0		1,05	(0,93-1,18)	0,408
Mauvaise	1 281	311	24,3		0,91	(0,78-1,06)	0,229
Fréquentation des lieux de convivialité gay							
Souvent	1 974	568	28,8	0,001	1		
Parfois	3 669	1022	27,9		0,65	(0,40-1,07)	0,090
Jamais	1 515	358	23,6		0,72	(0,53-0,96)	0,028
Historique de dépistage pour le VIH							
Plusieurs fois au cours des 12 derniers mois	1 838	508	27,6	0,004	0,86	(0,74-1,00)	0,045
Une fois au cours des 12 derniers mois	1 686	507	30,1		1		
Au moins une fois, il y a plus de 12 mois	2 791	733	26,3		0,87	(0,76-0,99)	0,042
Jamais	843	200	23,7		0,78	(0,64-0,95)	0,012
Nombre de partenaires dans les 12 derniers mois							
2 à 5	2 283	552	24,2	0,002	1		
6 à 10	1 918	551	28,7		1,31	(0,98-1,74)	0,067
11 à 20	1 507	451	29,9		1,14	(0,81-1,62)	0,451
>20	1 450	394	27,2		1,49	(0,99-2,24)	0,058
Protection* au dernier rapport							
Non	3 156	832	26,4	0,15	1		
Oui	4 002	1 116	27,9		1,01	(0,91-1,13)	0,23

* Préservatif, TasP, PreP.

Les hommes de 30 ans et plus utilisent moins souvent le kit d'autoprélèvement que les moins de 30 ans (odds ratio ajusté, ORa=0,83 ; IC95% [0,74-0,92] ; p>10⁻³). Le taux d'utilisation varie également en fonction

du niveau d'étude : il est plus bas chez les hommes avec un diplôme inférieur ou égal au baccalauréat que chez ceux qui ont un niveau d'étude supérieur au baccalauréat (ORa=0,66 ; IC95% [0,28-0,75] ; p<10⁻³).

L'analyse montre que les participants de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ont moins souvent utilisé le kit que ceux de l'Île-de-France (ORa=0,83 ; IC95% [0,70-1,00] ; p=0,045). La taille d'agglomération de résidence, en revanche, n'a pas influencé le taux d'utilisation du kit.

Le recours au kit d'autoprélèvement était également influencé par certains facteurs comportementaux. Les hommes qui ne fréquentent jamais les lieux de convivialité gay ont moins utilisé le kit que les hommes qui déclaraient s'y rendre fréquemment (ORa=0,72, IC95% [0,53-0,96] ; p=0,028). Ce sont par ailleurs les hommes ayant fait un seul dépistage pour le VIH dans l'année qui se sont le mieux saisi de cet outil et ceux n'en ayant jamais réalisé qui s'en sont le moins emparé.

Aucune association n'a été observée, ni avec le nombre de partenaires dans les 12 derniers mois, ni avec la protection du dernier rapport sexuel.

Discussion

Invités à participer au programme MémoDépistages, près de trois HSH sur dix répondants aux critères d'éligibilité (27,2%) ont réalisé un dépistage pour le VIH et les autres IST en utilisant le kit d'autoprélèvement à domicile qui leur était proposé. Il s'agit majoritairement d'hommes citadins, avec un niveau d'études supérieur au bac, familiers des lieux de convivialité gays. Ce sont des hommes très exposés aux IST, fortement multipartenaires et dont la moitié n'avait pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport. Pour cette population le dépistage répété et combiné du VIH et d'autres IST est particulièrement indiqué.

La capacité de notre dispositif à amener les hommes recrutés à réaliser un dépistage par autoprélèvement est proche, bien que légèrement inférieure, de celle de 33% (5 696/17 361) observée dans un dispositif similaire au Royaume-Uni en 2013⁴.

Les facteurs associés à l'utilisation du kit varient peu d'une étude à l'autre. Ce sont principalement les facteurs sociodémographiques qui influencent l'utilisation de l'autoprélèvement chez les HSH. Les hommes les plus jeunes, qui sont aussi les plus éloignés des recommandations de dépistage⁵, sont ceux qui se saisissent le plus du kit d'autoprélèvement⁶.

Les hommes avec un niveau d'étude élevé sont plus attirés par le dispositif et l'utilisent plus que ceux ayant un niveau d'étude plus bas⁶. Avec 9 points de différence entre les hommes qui ont un niveau inférieur ou supérieur au baccalauréat, le niveau d'étude est la caractéristique qui influence le plus le taux d'utilisation du kit dans notre étude. La variation d'utilisation entre les différents groupes reste donc limitée. Ce résultat reflète la plus grande facilité des hommes diplômés à s'approprier les enjeux du dépistage en général⁵, mais aussi leur capacité à appréhender un dispositif dématérialisé, là où pour d'autres un accompagnement plus important serait

nécessaire⁷. Une étude en population générale a montré que ce facteur était particulièrement important dans le processus d'acceptation du kit chez les hommes, quelle que soit leur sexualité⁷.

L'effet du niveau de vie a été souligné dans plusieurs travaux nord-américains, montrant une plus faible utilisation parmi les hommes les moins aisés financièrement, notamment au moment du renvoi^{6,8}. Un effet de ce facteur a aussi été relevé en population générale en France, où les hommes en situation financière difficile qui avaient reçu un kit renvoyaient moins leurs prélèvements vers le laboratoire⁷. Une tendance identique, bien que non significative, était observée dans notre étude.

Ces travaux mettaient également en évidence une absence d'association entre le comportement sexuel récent (nombre de partenaires, protection au dernier rapport) et le renvoi des prélèvements parmi les sujets ayant reçu un kit^{6,8}. Cela est cohérent avec les résultats de notre analyse, ceux-ci portant sur l'ensemble des hommes à qui le kit a été proposé.

Le recrutement de MémoDépistages s'est effectué en un temps limité (9 semaines). Cette particularité dans l'accès au dispositif a un impact sur le profil des sujets recrutés et peut avoir limité la participation des personnes les plus éloignées du dépistage. Le dispositif mis en place par Public Health England, accessible en routine sur une grande partie du territoire anglais, enregistre après trois années d'existence un taux de près de 20% d'utilisateurs pour lesquels il s'agit du premier test pour le VIH⁹ et capte une population plus jeune que MémoDépistages (27 ans en médiane). Dans notre échantillon, la proportion des hommes n'ayant jamais effectué de dépistage pour le VIH était de 10%, proportion équivalente à celle observée dans cette population par d'autres études⁵. Une offre disponible sans restriction calendaire, qui gagnerait en notoriété au fil du temps et serait identifiée au sein de la communauté pourrait leur être plus favorable. En revanche, plus de la moitié des participants avait réalisé un dépistage dans l'année. Pour ces derniers, la proposition de l'autoprélèvement offre l'opportunité de s'inscrire dans une démarche de dépistage répété.

Concernant le dépistage des infections à Ct et à Ng, moins d'un tiers des utilisateurs du kit avait réalisé un dépistage au cours des 12 derniers mois. Seule une minorité avait bénéficié de prélèvements anaux et pharyngés. Ces chiffres soulignent l'intérêt des kits d'autoprélèvement pour soutenir le dépistage extra-génital de ces infections chez les HSH.

Les données obtenues à partir de notre dispositif, mis en place sur quatre territoires métropolitains très diversifiés en termes de densité urbaine, nous permettent de confirmer que l'envoi d'un kit d'autoprélèvement n'induit pas d'inégalité d'accès entre les zones rurales et urbaines. Ce résultat avait déjà été constaté dans le dispositif Chlamyweb, s'adressant aux jeunes de 18 à 24 ans¹⁰. On note cependant une moindre utilisation du kit parmi les hommes résidant en Provence-Alpes-Côte d'Azur, région dans

laquelle plusieurs cas de non-livraison ou de retard de livraison des plis, au participant ou au laboratoire, ont été constatés lors du terrain d'étude.

Implications de santé publique

La population utilisatrice du kit dans notre étude est diversifiée tant en termes sociodémographiques qu'en termes de comportements face au dépistage. Le taux d'utilisation du kit est relativement homogène entre les différents groupes. Il se présente comme un outil complémentaire ayant le potentiel de maintenir, voire améliorer le délai entre deux dépistages pour le VIH chez ses utilisateurs, en particulier chez les plus jeunes. Nos données soulignent par ailleurs la capacité des kits d'autoprélèvement à favoriser le dépistage extra-génital des infections bactériennes chez les HSH. Le suivi de notre population sur 18 mois permettra de renseigner la place de cet outil par rapport aux autres modes de dépistage et de déterminer sa capacité à favoriser un dépistage trimestriel tel que recommandé. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Haute autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Synthèse, conclusions et recommandations. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017. 41 p. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france
- [2] Marty L, Cazein F, Panjo H, Pillonel J, Costagliola D, Supervie V, et al. Revealing geographical and population heterogeneity in HIV incidence, undiagnosed HIV prevalence and time to diagnosis to improve prevention and care: estimates for France. *J Int AIDS Soc.* 2018;21(3):e25100.
- [3] Santé publique France. Bulletin des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) au 31 décembre 2016. SPFrance. 2016. 12 p. [https://www.sante-publiquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-](https://www.sante-publiquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/notices/bulletin-des-reseaux-de-surveillance-des-infections-sexuellement-transmissibles-ist-au-31-decembre-2016)

sexuellement-transmissibles/notices/bulletin-des-reseaux-de-surveillance-des-infections-sexuellement-transmissibles-ist-au-31-decembre-2016

- [4] Elliot E, Rossi M, McCormack S, McOwan A. Identifying undiagnosed HIV in men who Have sex with men (MSM) by offering HIV Home sampling via online gay social media: a service evaluation. *Sex Transm Infect.* 2016. 92(6):470-3.
- [5] Velter A, Lucie D, Lydié N. Augmentation du recours répété au dépistage VIH parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes en France entre 2017 et 2019. Résultats de l'enquête Rapport au sexe. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019;(31-32):648-56. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/31-32/2019_31-32_5.html
- [6] Ricca AV, Hall EW, Khosropour CM, Sullivan PS. Factors associated with returning at-home specimen collection kits for HIV testing among internet-using men who Have sex with men. *J Int Assoc Provid AIDS Care.* 2016;15(6):463-9.
- [7] Rahib D, Larsen C, Gautier A, Saboni L, Brouard C, Chevaliez S, et al. Acceptabilité et faisabilité d'un dépistage par auto-prélèvement à domicile des infections VIH, VHB et VHC en population générale en France en 2016 : l'étude Baro-Test. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019;(24-25):478-90. http://beh.sante-publiquefrance.fr/beh/2019/24-25/2019_24-25_2.html
- [8] Manavi K, Hodson J. Observational study of factors associated with return of Home sampling kits for sexually transmitted infections requested online in the UK. *BMJ open.* 2017;7(10):e017978.
- [9] Harb A, Logan L, Guerra L. National HIV self-sampling service. November 2017 to October 2018 service report. London: Public Health England. 2019. 32 p.
- [10] Kersaudy-Rahib D, Lydié N, Leroy C, March L, Bébéar C, Arwidson P, et al. Chlamyweb study II: A randomised controlled trial (RCT) of an online offer of Home-based *Chlamydia trachomatis* sampling in France. *Sex Transm Infect.* 2017;93(3):188-95.

Citer cet article

Rahib D, Delagrevier H, Gabassi A, Touré T, Le Thi T, Vassel E, et al. Profil des utilisateurs du premier kit de dépistage par autoprélèvement du programme MémoDépistages proposé aux HSH multipartenaires en France en 2018. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019;(31-32):642-7. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/31-32/2019_31-32_4.html

AUGMENTATION DU RECOURS RÉPÉTÉ AU DÉPISTAGE VIH PARMIS LES HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES EN FRANCE ENTRE 2017 ET 2019. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE RAPPORT AU SEXE

// INCREASE IN FREQUENCY OF REPEAT HIV TESTING AMONG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN IN FRANCE BETWEEN 2017 AND 2019. RESULTS FROM THE RAPPORT AU SEXE SURVEY

Annie Velter (annie.velter@santepubliquefrance.fr), Lucie Duchesne, Nathalie Lydié

Santé publique France, Saint-Maurice, France

Soumis le 10.09.2019 // Date of submission: 09.10.2019

Résumé // Abstract

La répétition des tests de dépistage du VIH est un enjeu majeur de santé publique tout particulièrement parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) qui restent une des populations les plus touchées par le VIH. L'objectif de cet article est de décrire l'évolution de la fréquence de recours au dépistage des HSH entre 2017 et 2019.

Les données sont issues des deux éditions de l'enquête Rapport au sexe (ERAS), enquête en ligne transversale et anonyme, auto-administrée et basée sur le volontariat, réalisée en 2017 et 2019. Un total de 33 661 HSH résidant en France, ayant eu au moins un rapport sexuel avec un homme dans les douze mois et ne se déclarant pas séropositifs pour le VIH ont été inclus dans les analyses.

La part de répondants n'ayant jamais réalisé de test de dépistage VIH au cours de la vie diminue significativement de 17% en 2017 à 15% en 2019, au bénéfice d'un recours plus fréquent dans les douze derniers mois (de 53% à 55%). La part des répondants de 2019 ayant réalisé trois tests et plus a également augmenté passant de 15% à 20%, et ce quelles que soient les caractéristiques des répondants. Si l'usage de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) contribue fortement à cette augmentation, la tendance est également observée chez les HSH non usagers de PrEP.

La poursuite des campagnes d'incitation au dépistage ciblant la population HSH dans toute sa diversité et le déploiement d'une politique volontariste territorialisée sont des leviers essentiels au fléchissement de l'épidémie du VIH.

The repetition of HIV screening tests is a major public Health challenge especially among men who have sex with men (MSM) who are disproportionately affected by the HIV epidemic. The aim of this study is to describe the evolution in the uptake and frequency of HIV testing among MSM between 2017 and 2019.

The data comes from Rapport au sexe (ERAS), a repeated cross-sectional online survey conducted in 2017 and in 2019. The participation was voluntary and anonymous and the questionnaire was self-administered. A total of 33,661 MSM living in France, who declared having had sex with at least one male partner in the previous 12 months and who self-reported they had not been tested HIV-positive for more than 12 months before the survey were included in the statistical analyses.

The proportion of MSM who had never been tested for HIV significantly decreased from 17% in 2017 to 15% in 2019 in favor of a more frequent use of HIV testing in the previous 12 months (from 53% to 55%). The part of the respondents who had been tested 3 times or more in the last 12 months increased from 15% in 2017 to 20% in 2019, whatever their characteristics. Although the use of pre-exposure prophylaxis (PrEP) contributed to this increase, we observed the same tendency among MSM who did not use PrEP.

To reverse the HIV epidemic, proactive territorialized policies and the continuation of HIV testing campaigns targeting MSM in all their diversity are the key levers.

Mots clés : Dépistage VIH, Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, Comportements sexuels à risque
// **Keywords:** HIV Testing, Men who have sex with men, Sexual risk behaviour

Introduction

Le dépistage occupe une place centrale dans la lutte contre le VIH depuis le début de l'épidémie. L'émergence, ces dernières années, de la prévention dite diversifiée a accru son importance. En effet, l'efficacité de cette approche préventive nécessite

la mise en œuvre d'une combinaison d'interventions comprenant l'utilisation de préservatifs, le niveau élevé de dépistage du VIH, l'initiation précoce du traitement antirétroviral et l'utilisation appropriée de la prophylaxie pré-exposition (PrEP)^{1,2}. Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) restent une des populations les plus à risque

d'acquérir le VIH en France. L'incidence du VIH dans cette population a été estimée à 1,15% alors que les délais entre diagnostic et contamination sont de l'ordre de 2,7 ans³. L'augmentation et l'intensification de la couverture du dépistage du VIH sont donc primordiales pour infléchir la tendance de l'épidémie. C'est dans cette perspective que la haute autorité de santé (HAS) a réactualisé les recommandations de 2009-2010⁴ insistant sur la nécessité d'augmenter la fréquence du dépistage en particulier pour les HSH pour lesquels un test tous les trois mois est conseillé⁵. Aussi, afin d'actualiser nos connaissances, nous nous proposons dans cet article de décrire l'évolution de la fréquence de recours au dépistage des HSH, non séropositifs pour le VIH, sexuellement actifs au cours des douze derniers mois, à partir des deux éditions de l'enquête Rapport au sexe (ERAS), 2017 et 2019.

Méthode

Rapport au sexe est une enquête transversale répétée anonyme, auto-administrée, basée sur le volontariat. Elle a été réalisée du 16 février au 31 mars en 2017 et aux mêmes dates en 2019, sous la responsabilité scientifique de Santé publique France, avec le soutien de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les Hépatites virales (ANRS – France Recherche nord & sud, Sida-HIV-hépatites).

Les participants ont été recrutés par le biais de différents supports digitaux. Des bannières ont été postées directement sur des sites internet de rencontres gays, des applications de rencontres géolocalisées gays (Grindr, Scruff, Hornet...) et des sites d'informations affinitaires gays (Têtu, Gayvox.fr, agendaQ...). Par ailleurs, des bannières ont été diffusées *via* des plateformes programmatiques. Les critères de diffusion étaient : le ciblage des hommes de 18 ans et plus, navigant sur des pages contenant des mots-clés en relation avec l'homosexualité et les rencontres entre hommes. De la même manière, sur les réseaux sociaux (Facebook), les hommes de plus de 18 ans ayant « liké » des contenus ou des pages en lien avec l'homosexualité ont été exposés aux bannières de la campagne. En cliquant sur ces dernières, les personnes étaient dirigées vers le site de l'enquête où des informations sur ses objectifs étaient présentées, ainsi que les conditions de participation et la confidentialité des données. Les participants étaient invités à donner leur consentement éclairé pour accéder au questionnaire en ligne. Aucune adresse IP n'a été collectée. Aucune incitation financière n'a été proposée. Les seuls critères d'inclusion pour participer étaient le fait d'être un homme et d'avoir 18 ans ou plus.

Quatre grandes parties comparables entre les deux éditions composaient le questionnaire : les caractéristiques sociodémographiques, le mode de vie et la socialisation, les comportements sexuels et préventifs au cours des 6 derniers mois et au cours du dernier rapport selon le type de partenaire (stable

ou occasionnel), le dépistage du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles (IST) au cours de la vie et des douze derniers mois. Le nombre de tests VIH au cours de l'année était demandé aux participants ayant déclaré avoir réalisé un test dans les 12 derniers mois.

Un total, sur les deux éditions, de 42 377 hommes ont complété les questionnaires. Seuls les hommes résidant en France, ayant eu au moins un rapport sexuel avec un homme dans les douze mois précédant l'enquête et ne se déclarant pas séropositifs depuis plus de douze mois pour le VIH ont été inclus dans les analyses (n=33 661 ; n=14 571 en 2017 et n=19 090 en 2019).

Les caractéristiques des participants des enquêtes 2017 et 2019 ont été comparées à l'aide du test du Chi2 et de régressions linéaires afin d'identifier les changements de profils entre les éditions.

La fréquence régulière ou la répétition de tests de dépistage du VIH dans l'année a été définie par le fait d'avoir réalisé 3 tests de dépistage et plus dans les 12 derniers mois à partir de la question sur le nombre de tests réalisés dans les 12 derniers mois.

Outre l'année de réalisation d'ERAS, plusieurs ensembles de variables ont été considérés dans l'analyse des facteurs associés à la fréquence de dépistage pour le VIH dans les 12 derniers mois :

- des caractéristiques sociodémographiques : l'âge, le niveau d'études, la région de résidence ;
- des variables sur la socialisation : l'autodéfinition de l'orientation sexuelle, la fréquentation des sites internet et/ou applications de rencontres, le lieu de rencontre du dernier partenaire ;
- des informations sur les comportements sexuels et préventifs : le nombre de partenaires au cours des six derniers mois, l'usage de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) dans les six derniers mois, la non-utilisation de méthode de protection au dernier rapport sexuel (incluant le préservatif, la PrEP, le traitement comme outil de prévention pour les hommes séropositifs (*treatment as prevention*, TASP en anglais) et le traitement post-exposition (TPE), la pratique du Chemsex (consommation de cocaïne, GHB/GBL, amphétamines, MDPV, 3-MMC, 4-4-MMC...) lors du dernier rapport sexuel ;
- les antécédents des autres IST : diagnostic d'au moins une IST dans les douze derniers mois (infections à chlamydia et à gonocoques, syphilis, hépatite C et HPV).

Afin de décrire les facteurs associés au recours répété au dépistage, un modèle de régression logistique binaire a été mis en œuvre en excluant les répondants ayant utilisé la PrEP dans les six derniers mois. Les variables significatives au seuil de 5% lors de ces analyses bivariées ont été intégrées au modèle de régression multivariée. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata 14.1.

Résultats

Caractéristiques des répondants à ERAS 2017 et ERAS 2019 (n=33 661)

Le tableau 1 compare les caractéristiques des 19 090 répondants de 2019 résidant en France, actifs sexuellement dans les douze derniers mois et ne se déclarant pas séropositifs depuis plus de douze mois pour le VIH aux 14 571 de 2017. Les répondants de 2019 étaient plus âgés que ceux de 2017 avec un âge médian de 31 ans (intervalle interquartile, IQ : (23-43) contre 29 (IQ : (23-41)). Ils étaient plus diplômés et résidaient moins souvent en Île-de-France (tableau 1). La part de répondants nés à l'étranger reste faible (6%) sans différence entre les deux enquêtes. Si les répondants d'ERAS s'autodéfinissaient majoritairement homosexuels, en 2019 14% se définissaient bisexuels contre 11% en 2017 ($p<0,001$). Les lieux de convivialité gay, qu'ils soient physiques ou virtuels étaient moins fréquentés en 2019 qu'en 2017. En 2019, le nombre médian de partenaires sexuels déclaré au cours des 6 derniers mois était moindre qu'en 2017 : 2 (IQ : 1-7) vs 3 (IQ : 1-6). La proportion de répondants ayant utilisé la PrEP au cours des six derniers mois a augmenté passant de 3% en 2017 à 7% en 2019 ($p<0,001$). La part de répondants déclarant avoir utilisé un moyen de protection au cours de leur dernier rapport sexuel a augmenté entre 2017 et 2019 (39% vs. 41%, $p<0,001$). Toutes ces variables ont été incluses comme variables contrôles dans les analyses multivariées de tendance.

Fréquence de dépistage du VIH

La part de répondants n'ayant jamais réalisé de test de dépistage VIH au cours de la vie diminue significativement de 17% en 2017 à 15% en 2019 et se maintient après ajustement sur les caractéristiques socio-démographiques (ORa : 0,88 IC95% [0,85-0,94]). Cette diminution bénéficie au recours dans les 12 derniers mois passant de 53% à 55% (tableau 1). Cette hausse est significative et reste vraie après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques (ORa : 1,11 IC95% [1,06-1,16]).

La répartition du nombre de tests réalisés dans les 12 derniers mois montre une hausse du recours à partir du troisième test (figure). Ainsi, la part des répondants ayant réalisé trois tests et plus a augmenté, passant de 15% en 2017 à 20% en 2019. Cette augmentation est observée quelles que soient les caractéristiques des répondants. Les répondants ayant utilisé la PrEP dans les 6 derniers mois étaient déjà 81% à avoir fait trois tests et plus dans les 12 derniers mois en 2017, en 2019 ils étaient 88%. Après ajustement sur les variables sociodémographiques, les usagers de la PrEP avaient une probabilité 13 fois plus élevée que les non-utilisateurs d'avoir fait des tests de manière répétée (ORa : 13,63 IC95% [11,74-15,85]).

Pour autant, la part des répondants n'ayant pas utilisé la PrEP dans les 6 derniers mois et ayant eu recours au dépistage de manière répétée étaient également en augmentation : de 13% en 2017, elle passe à 15% en 2019 ($p<0,001$). Dans ce groupe de non-utilisateurs de la PrEP, l'augmentation du dépistage répété est

Tableau 1

Caractéristiques des répondants résidant en France, non séropositifs pour le VIH depuis plus de 12 mois. Enquête Rapport au sexe 2017 et 2019, n=33 661

	2017		2019		Total		OR	IC 95%	p-value
	n=14 571		n=19 090		n=33 661				
	n	%	n	%	n	%			
Classes d'âge									
18-24 ans	4 903	33,6	5 741	30,1	10 644	31,6	0,85	[0,81-0,89]	***
25-34 ans	4 288	29,4	5 589	29,3	9 877	29,3	0,99	[0,95-1,04]	ns
35-44 ans	2 477	17,0	3 408	17,9	5 885	17,5	1,06	[1,00-1,12]	**
45 ans et plus	2 903	19,9	4 352	22,8	7 255	21,6	1,19	[1,13-1,25]	***
Être né à l'étranger									
Non	13 746	94,3	18 022	94,4	31 768	94,4	1,00		
Oui	825	5,7	1 068	5,6	1 893	5,6	0,99	[0,90-1,08]	ns
Niveau d'études supérieur au baccalauréat									
Non	4 813	33,0	5 644	29,6	10 457	31,1	1,00		
Oui	9 758	67,0	13 446	70,4	23 204	68,9	1,05	[1,00-1,09]	*
Lieu de résidence									
Île-de-France	3 942	27,1	4 799	24,1	8 741	26,0	0,95	[0,86-0,95]	***
Auvergne-Rhône-Alpes	1 669	11,5	2 290	12,0	3 959	11,8	1,05	[0,99-1,12]	ns
Provence-Alpes-Côte d'Azur	999	6,9	1 094	5,7	2 093	6,2	0,83	[0,76-0,90]	***
DOM-TOM	203	1,4	552	2,9	755	2,2	2,11	[1,79-2,48]	***
Autre	7 758	53,2	10 355	54,2	18 113	53,8	1,04	[1,00-1,09]	*



Tableau 1 (suite)

	2017		2019		Total		OR	IC 95%	p-value
	n=14 571		n=19 090		n=33 661				
	n	%	n	%	n	%			
Taille de la ville de résidence									
Moins de 100 000 habitants	8 130	55,8	11 728	59,1	19 408	57,7	1,00		
100 000 habitants et plus	6 441	44,2	7 812	40,9	14 253	42,3	0,87	[0,83-0,91]	***
Orientation sexuelle									
Homosexuelle	11 978	82,2	15 219	79,7	27 197	80,8	0,85	[0,81-0,90]	***
Bisexuelle	1 675	11,5	2 746	14,4	4 421	13,1	1,29	[1,21-1,38]	***
Autres (hétérosexuelle, refus définir)	918	6,3	1 125	5,9	2 043	6,1	1,37	[1,11-1,70]	**
Fréquentation des lieux de convivialité (bars, saunas, backrooms)									
Non	5 480	37,6	7 796	40,8	13 276	39,4	1,00		
Oui	9 091	62,4	11 294	59,2	20 385	60,6	0,87	[0,86-0,91]	***
Fréquentation de sites internet et/ou applis									
Non	2 997	20,6	4 309	22,6	7 306	21,7	1,00		
Oui	11 574	79,4	14 781	77,4	26 355	78,3	0,89	[0,84-0,94]	***
Dépistage VIH									
Oui, au cours de 12 derniers mois	7 711	52,9	10 546	55,2	18 257	54,2	1,01	[1,05-1,47]	***
Oui, il y a plus d'un an	4 390	30,1	5 702	29,9	10 092	30,0	0,99	[0,94-1,03]	ns
Non	2 470	17,0	2 842	14,9	5 312	15,8	0,87	[0,81-0,91]	***
Nombre de tests VIH au cours des 12 derniers mois									
Aucun	6 860	47,1	8 544	44,8	15 404	45,8	0,91	[0,87-0,95]	***
1 test	3 167	21,7	3 936	20,6	7 103	21,1	0,93	[0,89-0,99]	**
2 tests	2 339	16,1	2 804	14,7	5 143	15,3	0,90	[0,85-0,96]	***
3 tests et plus	2 205	15,1	3 806	19,9	6 011	17,9	1,40	[1,32-1,48]	***
Au moins une IST diagnostiquée au cours des 12 derniers mois									
Non	13 212	90,7	16 789	87,9	30 001	89,1	1,00		
Oui	1 359	9,3	2 301	12,1	3 660	10,9	1,33	[1,24-1,43]	***
Nombre de partenaires au cours des 6 derniers mois									
De 0 à 4	9 339	64,1	12 959	67,9	22 298	66,2	1,00		
De 5 à 9	2 010	13,8	2 786	14,6	4 796	14,3	1,00	[0,94-1,06]	ns
10 et plus	3 222	22,1	3 345	17,5	6 567	19,5	0,75	[0,71-0,79]	***
Usage de la PrEP au cours des 6 derniers mois									
Non	14 103	96,8	17 802	93,3	31 905	94,8	1,00		
Oui	468	3,2	1 288	6,7	1 756	5,2	2,18	[1,96-2,43]	***
Utilisation d'un moyen de prévention lors du dernier rapport sexuel									
Non	8 885	61,0	11 215	58,7	20 100	59,7	1,00		
Oui	5 686	39,0	7 875	41,3	13 561	40,3	1,10	[1,05-1,15]	***
Pratique du Chemsex lors du dernier rapport sexuel									
Non	13 978	95,9	18 295	95,8	32 273	95,9	1,00		
Oui	593	4,1	795	4,2	1 388	4,1	1,02	[0,92-1,14]	ns

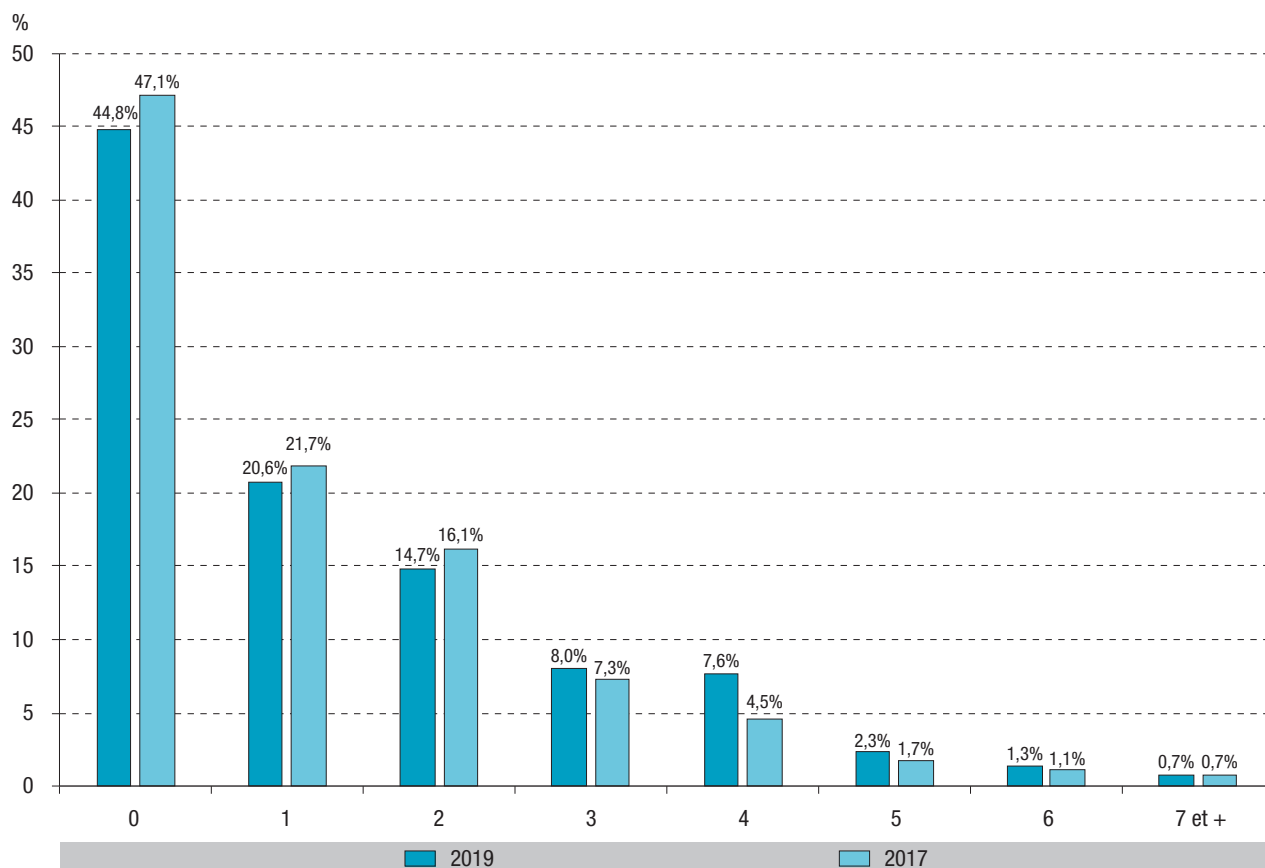
* <0,05 ; ** <0,01 ; *** <0,001 ; ORa : odds ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; ns : non significatif.

observée chez la grande majorité des répondants (tableau 2), que ce soit chez les moins de 25 ans (10% en 2017 vs 13% en 2019) ou les bisexuels (8% vs 11%).

Des écarts territoriaux sont observés et qui, malgré les augmentations, se maintiennent en 2019. Ainsi, en 2019, 20% des franciliens et 17% des résidents de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) avaient

réalisé trois tests ou plus, contre respectivement 16% et 12% en 2017. L'écart entre les résidents d'agglomérations de 100 000 habitants et plus et ceux de zones moins densément peuplées se creuse : le dépistage répété est passé respectivement de 16% à 19% pour les grandes agglomérations contre 11% à 12% pour les autres. De même, la part des répondants fréquentant les lieux de convivialité gay ou les sites

Répartition du nombre de tests de dépistage VIH réalisés dans les 12 mois chez les répondants résidant en France, non séropositifs pour le VIH depuis plus de 12 mois. Enquête Rapport au sexe 2017 et 2019, n=33 661



et applications de rencontre ayant réalisé trois tests et plus augmentait (tableau 2). La proportion de dépistages répétés a particulièrement augmenté parmi les répondants multipartenaires : les répondants ayant rapporté 10 partenaires et plus dans les 6 derniers mois étaient 27% en 2017 à avoir eu recours au dépistage répété et 34% en 2019 alors que ceux ayant moins de cinq partenaires étaient 7% en 2017 et 9% en 2019. Parmi, les répondants utilisant un moyen de protection lors de leur dernier rapport sexuel, une augmentation est également observée (17% vs 21%). Cependant, la proportion de dépistage répété n'évoluait pas significativement chez les hommes âgés de 45 ans et plus (12% en 2019), ceux nés à l'étranger (19% en 2019), ceux n'ayant pas suivi d'études supérieures (12% en 2019), ceux résidant dans les départements et territoires d'outre-mer (10%).

Le tableau 3 présente les facteurs associés au fait d'avoir réalisé trois tests et plus dans l'année. Le fait d'avoir répondu à l'enquête en 2019, d'être âgé de moins de 45 ans, de résider en Île-de-France ou en région PACA, de demeurer dans une agglomération de 100 000 habitants et plus, de fréquenter les lieux de convivialité gay ou les sites et applications de rencontre, d'avoir eu au moins cinq partenaires dans les 6 derniers mois, d'avoir protégé son dernier rapport sexuel et d'avoir eu des antécédents d'IST

dans les 12 derniers mois, était, de manière indépendante, associé positivement à la répétition des tests de dépistage dans l'année. Le fait de se définir bisexuel était significativement associé négativement au fait d'avoir réalisé trois tests et plus dans l'année.

Discussion

En 2019, 55% des HSH résidant en France, sexuellement actifs et non séropositifs pour le VIH dans les 12 derniers mois ont fait un test de dépistage dans l'année. Cette proportion a augmenté par rapport à la première édition de l'enquête ERAS en 2017, alors que la proportion de HSH jamais dépistés au cours de la vie a diminué, démontrant la forte sensibilisation des HSH à la nécessité de recourir au dépistage du VIH. C'est un élément particulièrement positif sachant que, grâce à un recrutement utilisant des méthodes de marketing de ciblage sur internet et les réseaux sociaux, les enquêtes ERAS permettent de toucher une plus grande diversité de profils d'HSH : moins franciliens, plus éloignés des modes de vie affinitaires gay⁶. En 2019, 14% des répondants d'ERAS s'auto-définissaient bisexuels ou encore 41% n'avaient pas fréquenté de lieux de convivialité gay. Ainsi, des études ont montré que selon les méthodologies de recrutement utilisées des différences de niveau de dépistage étaient observées. Les HSH enquêtés dans des lieux de convivialité rapportaient

Tableau 2

Caractéristiques des répondants résidant en France, non séropositifs pour le VIH depuis plus de douze mois, n'utilisant pas la PrEP ayant réalisé 3 tests ou plus de dépistage pour le VIH dans les 12 derniers mois. Enquête Rapport au sexe 2017 et 2019, n= 31 905

	2017		2019		
	n=14 103		n=17 802		Chi2
	n	%	n	%	
	1 828	13,0	2 673	15,0	
Classes d'âge					
18-24 ans	507	10,4	740	13,1	***
25-34 ans	678	16,4	943	18,2	***
35-44 ans	317	13,6	519	17,1	***
45 ans et plus	326	11,7	471	12,0	ns
Être né à l'étranger					
Non	1 696	12,7	2 483	14,8	***
Oui	132	16,9	190	19,5	ns
Niveau d'études supérieur au bac					
Non	555	11,8	626	11,6	ns
Oui	1 273	13,5	2 047	16,5	***
Régions de résidence					
Île-de-France	613	16,5	878	20,5	***
Auvergne-Rhône-Alpes	196	12,1	336	15,7	***
Provence-Alpes-Côte d'Azur	117	12,1	173	17,0	**
DOM-TOM	21	10,5	53	10,0	ns
Autres	881	11,6	1 233	12,5	*
Taille de la ville de résidence					
Moins de 100 000 habitants	853	10,7	1 325	12,4	***
100 000 habitants et plus	975	15,9	1,348	19,0	***
Orientation sexuelle					
Homosexuelle	1 593	13,8	2 254	16,1	***
Bisexuelle	141	8,5	301	11,2	**
Autres (hétérosexuelle, refus définir)	94	10,4	118	10,8	ns
Fréquentation des lieux de convivialité (bars, saunas, backrooms)					
Non	421	7,7	694	9,1	**
Oui	1 407	16,3	1 979	19,5	***
Fréquentation de sites internet et/ou applis					
Non	158	5,3	213	5,0	ns
Oui	1 670	15,0	2 460	18,2	***
Au moins une IST diagnostiquée au cours des 12 derniers mois					
Non	1 411	10,9	1 952	12,2	***
Oui	417	34,7	721	41,3	***
Nombre de partenaires au cours des 6 derniers mois					
De 0 à 4	690	7,4	1 218	9,5	***
De 5 à 9	354	18,0	619	24,5	***
10 et plus	784	27,5	836	33,7	***
Utilisation d'un moyen de prévention lors du dernier rapport sexuel					
Non	940	10,7	1 267	11,5	*
Oui	888	16,7	1 406	20,8	***
Pratique du Chemsex lors du dernier rapport sexuel					
Non	1 721	12,7	2 530	14,7	***
Oui	107	21,5	143	24,7	ns

* <0,05 ; ** <0,01 ; *** <0,001 ; ORa : odds ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Tableau 3

Facteurs associés au fait d'avoir réalisé 3 tests ou plus de dépistage pour le VIH dans les 12 derniers mois parmi les répondants résidant en France, non séropositifs pour le VIH depuis plus de douze mois n'utilisant pas la PrEP. Enquête Rapport au sexe 2017 et 2019, n=31 905

	ORa	IC 95%	p-value		ORa	IC 95%	p-value
Année d'enquête				Orientation sexuelle			
2017	1,00	Référence		Homosexuelle	1,00	Référence	
2019	1,38	[1,29-1,48]	***	Bisexuelle	0,72	[0,64-0,80]	***
Classes d'âge				Autres (hétérosexuelle, refus définir)	0,83	[0,71-0,97]	
18-24 ans	1,32	[1,19-1,46]	***	Fréquentation des lieux de convivialité (bars, saunas, backrooms)			
25-34 ans	1,69	[1,53-1,87]	***	Non	1,00	Référence	
35-44 ans	1,44	[1,29-1,62]	***	Oui	1,55	[1,43-1,68]	***
45 ans et plus	1,00	Référence		Fréquentation de sites internet et/ou applis			
Niveau d'études supérieur au bac				Non	1,00	Référence	
Non	1,00	Référence		Oui	2,16	[1,92-2,43]	***
Oui	1,04	[0,96-1,13]	ns	Au moins une IST diagnostiquée au cours des 12 derniers mois			
Régions de résidence				Non	1,00	Référence	
Île-de-France	1,22	[1,13-1,33]	***	Oui	3,23	[2,96-3,53]	***
Auvergne-Rhône-Alpes	1,04	[0,93-1,16]	ns	Nombre de partenaires sexuels masculins au cours des 6 derniers mois			
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,17	[1,02-1,35]	**	De 0 à 4	1,00	Référence	
DOM-TOM	0,93	[0,72-1,21]	ns	De 5 à 9	2,07	[1,89-2,26]	***
Autres	1,00	Référence		10 et plus	2,97	[2,74-3,23]	***
Taille de la ville de résidence				Utilisation d'un moyen de prévention lors du dernier rapport sexuel			
Moins de 100 000 habitants	1,00	Référence		Non	1,00	Référence	
100 000 habitants et plus	1,24	[1,15-1,33]	***	Oui	1,46	[1,36-1,57]	***

un taux de dépistage dans les 12 derniers mois plus élevé que celui déclaré par des HSH enquêtés *via* internet, lui-même plus élevé que celui d'HSH enquêtés dans des échantillons représentatifs de la population générale^{7,8}. Ces constats confirment l'existence des différentes composantes de la population HSH en termes de recours aux soins, de sexualité, mais également de modes de vie.

Entre 2017 et 2019, la répétition du recours au dépistage a augmenté : de 15% en 2017, la part des HSH ayant réalisé trois tests et plus dans les 12 derniers mois est passée à 20%. Cette augmentation concerne l'ensemble des répondants, mais avec des écarts plus ou moins importants, mettant en lumière des groupes spécifiques, antérieurement identifiés⁹, qui suivaient déjà les recommandations de dépistage annuel. Nos résultats confirment ainsi cette tendance. Les HSH qui se rapprochent des recommandations émises en 2017 par l'HAS sont âgés de 18-44 ans, vivent en Île-de-France ou en PACA, dans de grandes agglomérations, affinitaires, fréquentent les lieux de convivialité gay et les sites et applications de rencontres gay, ont un nombre de partenaires sexuels important et utilisent des moyens de protection.

Fréquence de dépistage et usage de la PrEP sont largement imbriqués. En effet, les modalités de suivi de la PrEP imposent à ses utilisateurs la réalisation de tests VIH tous les trois mois¹⁰, afin de s'assurer

qu'il n'y a pas de séroconversion sous traitement ARV. L'usage de la PrEP contribue fortement à l'augmentation de la fréquence du dépistage : les répondants d'ERAS utilisateurs de la PrEP dans les 6 derniers mois avaient une probabilité d'avoir réalisé trois tests et plus dans l'année 13 fois plus élevée que les non-utilisateurs. Pour autant, en 2019, les usagers de PrEP représentaient 25% des répondants ayant réalisé trois tests et plus dans l'année. Il était donc important de se focaliser sur les HSH n'ayant pas adopté la PrEP afin de vérifier leur adhésion aux recommandations récentes de l'HAS. Ainsi, dans ce groupe d'HSH, la répétition des tests a également augmenté entre 2017 et 2019. L'analyse des facteurs associés au recours réguliers au dépistage excluant les usagers de PrEP confirme cette augmentation avec un ORa de 1,34 dans une sous-population multipartenaires, fréquentant les lieux affinitaires, utilisant un moyen de protection lors de leur dernier rapport sexuel, mais aussi ayant eu un diagnostic d'IST dans les 12 derniers mois. L'adéquation dépistage répété, activité sexuelle importante et protection confirme des résultats constants et anciens issus des enquêtes menées auprès des HSH⁹. Plusieurs de ces caractéristiques sont d'ailleurs des critères d'accès à la PrEP¹⁰.

Nos résultats mettent en évidence des disparités régionales. L'Île-de-France et la région PACA enregistrent des augmentations significatives du dépistage

répété chez les HSH. De même, des écarts importants perdurent entre résidents de zones urbaines et les autres. Ces différences mettent en lumière la question de l'accessibilité géographique au dépistage dans les zones rurales moins dotées que celles densément peuplées. Des dynamiques locales autour de la mise en œuvre de la prévention diversifiée ont probablement joué un rôle dans cette augmentation, par l'initiative d'actions facilitant l'accès au dépistage (distribution d'autotests *via* des associations) ou encore l'augmentation de consultations de PrEP. Alors que l'incidence du VIH et la part de HSH non diagnostiqués de ces deux régions étaient les plus élevées³, un fléchissement de ces tendances est aujourd'hui envisageable et semble observé à Paris¹¹.

Cependant, pour certaines catégories de HSH, il n'est pas noté d'augmentation significative du dépistage répété. C'est le cas pour les HSH nés à l'étranger qui ont pourtant un délai médian plus élevé entre la contamination et le diagnostic VIH que les HSH nés en France³. C'est également le cas pour les HSH peu diplômés, ne fréquentant pas les lieux de convivialité gay ou les applications de rencontre, ou encore ceux n'ayant pas protégé leur dernier rapport comme l'avaient déjà observé d'autres études⁹. Des actions d'incitation au dépistage répété doivent être mises en œuvre envers ces populations plus à la marge.

Des limites méthodologiques doivent être soulignées pour cette étude. Les résultats de ces enquêtes ne peuvent être extrapolés à l'ensemble de la population des HSH⁶. Certaines populations répondent peu à ce type d'enquête comme les HSH nés à l'étranger, ne permettant pas d'avoir une force statistique suffisante pour des analyses spécifiques en écho aux dernières données épidémiologiques de surveillance du VIH. Cependant, le recrutement par ciblage sur les réseaux sociaux a permis d'inclure un nombre important d'hommes avec des profils et des modes de vie diversifiés, dont des jeunes hommes, des HSH ne se définissant pas homosexuels ou des HSH vivant en zone rurale plus souvent distants de la scène gay.

Implications en santé publique

Ces nouvelles données décrivent une amélioration notable et significative des taux de dépistage et de leur répétition dans les populations à haut risque de contamination du VIH, grâce au développement de la PrEP, mais pas seulement. La nécessité d'un dépistage du VIH semble s'intégrer de plus en plus aux pratiques de prévention des HSH dans l'optique d'une prise en compte globale de leur santé. Dans ce contexte, il est essentiel de mettre en avant les bénéfices à se faire tester le plus largement possible. Des recherches qualitatives supplémentaires sont en cours avec pour objectif de mieux comprendre ces freins au dépistage et de les lever, et ce quel que soit le profil de la personne. Les différences régionales confirment l'intérêt du déploiement d'une politique volontariste territorialisée, à l'instar de ce qui a été fait à San Francisco

et à Londres, et mis en place en France à travers des initiatives comme « Vers Paris Sans Sida » ou « Objectif sans Sida : Nice et les Alpes-Maritimes s'engagent ! ». Aujourd'hui, dans des pays comme la France disposant de toutes les méthodes médicales et préventives, le défi est bien celui d'un déploiement qui prenne en compte l'hétérogénéité des sexualités et des modes de vie de la population des HSH. ■

Remerciements

Nous remercions l'ANRS (France recherche Nord & Sud sida-HIV Hépatites) pour son soutien, *via* notamment la mise à disposition d'un poste de moniteur d'études en sciences sociales, ainsi que tous les hommes qui ont pris le temps de répondre à cette enquête.

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Kurth AE, Celum C, Baeten JM, Vermund SH, Wasserheit JN. Combination HIV prevention: significance, challenges, and opportunities. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2011;8(1):62-72.
- [2] Hankins CA, de Zaluendo BO. Combination prevention: a deeper understanding of effective HIV prevention. *AIDS.* 2010;24 Suppl 4:S70-80.
- [3] Marty L, Cazein F, Panjo H, Pillonel J, Costagliola D, Supervie V, et al. Revealing geographical and population heterogeneity in HIV incidence, undiagnosed HIV prevalence and time to diagnosis to improve prevention and care: estimates for France. *J Int AIDS Soc.* 2018;21(3):e25100.
- [4] Haute Autorité de santé. Recommandations en santé publique. Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage. Saint-Denis La Plaine: HAS, 2009. 235 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/argumentaire_depistage_vih_HAS_2009-2.pdf
- [5] Haute Autorité de santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Saint-Denis La Plaine: HAS, 2017. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france
- [6] Velter A, Saboni L, Bouyssou A, Bernillon P, Sommen C, Semaille C. Échantillons de convenance par Internet et par la presse. Enquête Presse Gays et lesbiennes 2011. *Bull Methodol Sociol.* 2015;126(1):46-66.
- [7] Noble M, Jones AM, Bowles K, DiNenno EA, Tregear SJ. HIV testing among internet-using MSM in the United States: Systematic review. *AIDS Behav.* 2017;21(2):561-75.
- [8] Prah P, Hickson F, Bonell C, McDaid LM, Johnson AM, Wayal S, et al. Men who Have sex with men in Great Britain: Comparing methods and estimates from probability and convenience sample surveys. *Sex Transm Infect.* 2016;92(6):455-63.
- [9] Velter A, Saboni L, Le Vu S, Lot F. Pratiques de dépistage VIH des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Apports de l'Enquête presse gays et lesbiennes 2011. *Bull Epidemiol Hebd.* 2014(32-33):541-7. <https://www.sante-publiquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/article/pratiques-de-depistage-vih-des-hommes-ayant-des-rapports-sexuels-avec-des-hommes.-apports-de-l-enquete-presse-gays-et-lesbiennes-2011>
- [10] Haute Autorité de santé. La prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par TRUVADA® – Bon usage du médicament. Saint-Denis La Plaine: HAS, 2017.

[11] Santé publique France. Dépistage et découvertes de séropositivité VIH à Paris Point épidémiologique 2018. Saint-Maurice: SpFrance. 2019. 2 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/dépistage-et-decouvertes-de-seropositivite-vih-a-paris.-point-epidemiologique-2018>

Citer cet article

Velter A, Duchesne L, Lydié N. Augmentation du recours répété au dépistage VIH parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes en France entre 2017 et 2019. Résultats de l'enquête Rapport au sexe. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(31-32):648-56. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/31-32/2019_31-32_5.html

> ARTICLE // Article

OPINIONS ET PRATIQUES DES PERSONNES ÂGÉES DE 18 À 75 ANS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE VIS-À-VIS DU DÉPISTAGE DU VIH EN 2016

// OPINIONS AND PRACTICES OF PERSONS AGED FROM 18 TO 75 YEARS IN MAINLAND FRANCE REGARDING HIV TESTING IN 2016

Mathias Bruyand (mathias.bruyand@santepubliquefrance.fr), **Delphine Rahib**, **Arnaud Gautier**, **Françoise Cazein**, **Cécile Brouard**, **Nathalie Lydié**, **Florence Lot** ; groupe baromètre santé 2016*

Santé publique France, Saint-Maurice, France

* Composition du groupe Baromètre santé 2016 : Arnaud Gautier, Nathalie Lydié, Delphine Rahib, Frédérique Limousi, Jean-Baptiste Richard, Cécile Brouard, Christine Larsen

Soumis le 11.09.2019 // Date of submission: 09.11.2019

Résumé // Abstract

Le dépistage représente un enjeu majeur dans la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). La haute Autorité de santé incite toute personne à réaliser au moins un test de dépistage au cours de la vie, ce test devant être répété chez les personnes les plus exposées. Cet article décrit les opinions et les pratiques de dépistage du VIH dans la population générale à partir des données du Baromètre santé 2016.

Le Baromètre santé est une enquête réalisée par téléphone auprès d'un échantillon aléatoire de la population générale résidant en France métropolitaine et comprenant 14 875 personnes âgées de 18-75 ans.

En 2016, si 89% des personnes interrogées étaient en faveur d'un dépistage du VIH au moins une fois au cours de la vie, 45% des hommes et 38% des femmes n'avaient jamais réalisé de dépistage. L'absence de dépistage au cours de la vie était plus fréquente chez les 55-75 ans (63% sans différence entre hommes et femmes), et les 18-24 ans (52% chez les hommes et 38% chez les femmes, $p < 0,001$). Elle concernait 21% des personnes nées en Afrique subsaharienne, 16% des personnes ayant consommé des drogues et 23% des hommes déclarant au moins un partenaire sexuel masculin au cours de la vie.

Le recours au dépistage du VIH reste très insuffisant en France métropolitaine. Son amélioration est nécessaire afin de réduire la méconnaissance de la séropositivité et d'améliorer la précocité du diagnostic pour une mise sous traitement antirétroviral rapide.

Screening is a major challenge in the fight against infection with the human immunodeficiency virus (HIV). In France, HIV testing is recommended at least once during lifetime, and should be repeated by those especially exposed to the virus according to health authority's guidelines. This paper describes opinions and practices of the general population in France regarding HIV testing on the basis of the 2016 Health Barometer.

The Health Barometer is a random phone survey conducted in 2016, involving 14,875 persons in the general population aged 18-75 years living in mainland France.

In 2016, although 89% of the respondents interviewed agreed that HIV testing should be done at least once during lifetime, 45% of men and 38% of women were never tested for HIV. These proportions were higher in those aged 55-75 years (63% without difference between men and women), and in those aged 18-24 years (52% of men and 38% of women, $p < 0,001$). Among those born in sub-Saharan Africa, 21% were never tested, this proportion was 16% in those who had consumed drugs at least once, and 23% in men reporting having sex with men.

Mots-clés : Dépistage, VIH, Population générale, Âge
// Keywords: Testing, HIV, General population, Age

Introduction

Dans la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le dépistage représente un enjeu majeur¹. En effet, il permet le diagnostic précoce des personnes infectées et la mise en route rapide d'un traitement antirétroviral, pour un bénéfice à la fois individuel et collectif en limitant la transmission virale. La stratégie nationale de santé sexuelle a fixé pour objectif que d'ici 2020, 95% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut vis-à-vis du VIH, 95% des personnes qui connaissent leur séropositivité au VIH reçoivent un traitement antirétroviral et 95% des personnes sous traitement antirétroviral aient une charge virale indétectable². La recommandation de dépistage universel du VIH émise en 2009 par la Haute Autorité de santé (HAS) incitait toute personne âgée de 15 à 70 ans à réaliser au moins un test de dépistage du VIH au cours de la vie, ce test devant être répété annuellement chez les personnes les plus exposées (hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) multipartenaires, usagers de drogues injectables (UDI) et personnes multipartenaires originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes)³. En 2017, ces recommandations ont été réitérées, tout en renforçant la fréquence du dépistage pour les populations les plus exposées⁴. Par ailleurs, l'offre de dépistage du VIH s'est diversifiée. Au dépistage sérologique classique réalisé en laboratoire, se sont ajoutés le dépistage communautaire par test rapide d'orientation diagnostique (TROD) depuis 2011 et les autotests depuis 2015⁵. Dans ce contexte, l'activité de dépistage a augmenté de 12% entre 2010 et 2017. En revanche, près d'un tiers des découvertes de séropositivité sont toujours trop tardives. Cette proportion ne diminue pas depuis 2013, et la moitié de ces diagnostics concernait des personnes déclarant ne jamais avoir été testées auparavant⁵. L'activité de dépistage est décrite de façon régulière, cependant il est également nécessaire de mieux comprendre l'opinion de la population envers le dépistage du VIH et le profil des personnes n'y ayant pas recours avant l'actualisation des recommandations en 2017.

À partir des données du Baromètre santé 2016 réalisé auprès de la population générale métropolitaine, cet article décrit les opinions et pratiques vis-à-vis du dépistage du VIH, ainsi que les facteurs associés à l'absence de dépistage au cours de la vie des personnes âgées de 18 à 75 ans.

Méthodes

L'enquête Baromètre santé 2016 a été réalisée par téléphone, entre janvier et juillet 2016, auprès

d'un échantillon aléatoire de la population âgée de 15 à 75 ans, résidant en France métropolitaine et parlant le français^{6,7}. L'échantillon repose sur un sondage aléatoire à deux degrés : les numéros de téléphone ont été générés aléatoirement ; une seule personne était ensuite sélectionnée parmi les personnes du ménage éligibles. Le questionnaire relatif à la santé sexuelle et aux maladies infectieuses a été passé à 15 216 individus⁸. Les données de l'enquête ont été pondérées pour tenir compte de la probabilité d'inclusion, puis redressées grâce à l'enquête emploi 2014 de l'Insee, par calage sur les marges des variables sociodémographiques suivantes : sexe croisé par classes d'âge, région, taille d'agglomération, niveau de diplôme, fait de vivre seul.

Les résultats présentés dans cet article concernent uniquement les personnes âgées de 18 à 75 ans, soit 14 875 personnes, dont 14 458 ans ayant déjà eu des rapports sexuels.

Les indicateurs suivants ont été étudiés :

- Les opinions sur les recommandations du dépistage du VIH et sur la proposition de ce dépistage par un médecin ;
- Le recours au dépistage du VIH au cours de la vie parmi l'ensemble de la population ayant eu des rapports sexuels, puis dans les populations plus exposées au virus, et dans certaines situations faisant l'objet d'une recommandation de dépistage (diagnostic d'une infection sexuellement transmissible, interruption volontaire de grossesse, première prescription de contraception et rapports sexuels non consentis).

Le recours au dépistage est présenté selon trois modalités : absence de dépistage au cours de la vie, dépistage réalisé il y a plus de 12 mois ou dépistage réalisé au cours des 12 derniers mois. Les personnes ayant déclaré ne pas savoir si elles avaient été dépistées ou ayant refusé de répondre à la question ont été exclues de l'analyse.

L'appartenance à une population plus particulièrement exposée au VIH a été définie à partir des variables du questionnaire portant sur le pays de naissance, la sexualité (hommes ayant eu au moins une fois des rapports sexuels avec un autre homme au cours de la vie) et la consommation de drogues illicites (au moins une prise de produits par voie intraveineuse ou nasale au cours de la vie)⁸.

Le niveau d'étude a été pris en compte à partir du postulat selon lequel un diplôme n'a pas la même valeur selon son année d'obtention⁹. Sur le modèle d'autres études, le niveau de diplôme est construit à partir de la date de naissance des personnes

interrogées. Le niveau d'études a ainsi été catégorisé en faible, intermédiaire 1, intermédiaire 2 et élevé ⁽¹⁾⁹.

Les variables catégorielles ont été comparées à l'aide du test du Chi2. Le seuil de 5% de précision a été retenu pour conclure à une différence de distribution entre les groupes.

Les déterminants de l'absence de recours au dépistage du VIH au cours de la vie ont été étudiés séparément chez les hommes et chez les femmes à l'aide de modèles de régression logistique. Les variables sociodémographiques (pays de naissance, âge et niveau d'études), et les variables d'exposition au risque (avoir eu au moins un nouveau partenaire sexuel dans l'année, avoir signalé au cours de la vie l'usage de drogues par voie intraveineuse ou nasale, avoir eu des rapports sexuels non consentis, et avoir eu des rapports sexuels avec une personne de même sexe pour les hommes) ont été testées en analyse univariée. Les variables significatives au seuil de 1% ont été intégrées dans l'analyse ajustée.

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel STATA, v14.1.

Résultats

Opinions vis à vis du dépistage du VIH en population générale

Près de neuf personnes sur dix (89%) sont en faveur d'un dépistage du VIH « au moins une fois au cours de la vie » (tableau 1). Les niveaux d'adhésion à cette proposition sont élevés dans l'ensemble des catégories de population étudiées, dépassant systématiquement les 80%. Cette proportion diminue cependant avec l'âge, passant de 97% chez les 18 à 24 ans à 83% chez les 55-75 ans. Elle est plus élevée parmi les personnes ayant un niveau de diplôme « faible » (91%) par rapport à celles ayant un niveau de diplôme « élevé » (87%).

Les femmes se montrent plus favorables au dépistage que les hommes (90% vs 87%), en particulier après 25 ans. Les différences hommes/femmes les plus importantes sont observées parmi les personnes nées en France métropolitaine et chez les personnes ayant les niveaux de diplôme les plus élevés.

Parmi les répondants ayant eu au moins un nouveau partenaire sexuel récent, la proposition d'un dépistage au moins une fois au cours de la vie rencontre une meilleure adhésion chez les femmes (tableau 1).

Concernant la proposition du test par un médecin sans attendre la demande du patient, 81% des répondants approuvent, de manière plus marquée chez les plus jeunes. De même que pour la réalisation du test

une fois au cours de la vie, les femmes sont plus favorables à cette proposition par le médecin, notamment après 25 ans.

Recours au dépistage du VIH au cours de la vie

Parmi l'ensemble de la population

En 2016, 42% des personnes n'avaient jamais réalisé de test de dépistage du VIH, proportion plus importante chez les hommes que chez les femmes (45% vs 38%, $p < 0,001$) (tableau 2).

La principale raison évoquée pour expliquer ce non recours est le fait de penser ne pas avoir de risque d'être contaminé par le VIH (67%). Vient ensuite l'absence de proposition par un médecin (27%) et, dans une moindre mesure, le fait de ne pas savoir où s'adresser (1,5%) et la crainte du résultat (1,1%).

L'absence de recours au dépistage est élevée aux âges extrêmes : 63% des 55-75 ans et 45% des 18-24 ans *versus* 25% des 25-39 ans et 32% des 40-54 ans (tableau 2).

Elle est significativement moins fréquente chez les femmes que chez les hommes pour toutes les classes d'âges, à l'exception de la classe des 55-75 ans pour laquelle la différence n'est pas significative.

La proportion de personnes n'ayant jamais réalisé de dépistage diminue lorsque le niveau d'études augmente. Elle est de 50% chez les personnes ayant un niveau d'études « faible », de 48% chez les personnes ayant un niveau d'études « intermédiaire 1 », de 45% chez les personnes ayant un niveau d'études « intermédiaire 2 » et de 28% chez les titulaires d'un niveau d'études élevé (tableau 2). Les différences hommes/femmes sont particulièrement marquées parmi ceux et celles qui ont un niveau intermédiaire 2 ou élevé, les hommes étant, dans les deux cas, significativement moins souvent dépistés que les femmes.

Parmi les personnes particulièrement exposées ou pour lesquelles le dépistage est recommandé

Les personnes faisant l'objet d'une recommandation de dépistage sont globalement mieux dépistées que celles n'en ayant pas. Ainsi, les personnes nées en Afrique subsaharienne sont 21% (29% des hommes et 13% des femmes, $p = 0,03$) à n'avoir jamais réalisé de dépistage, contre 42% (45% des hommes et 38% des femmes, $p < 0,001$) chez les personnes nées en France métropolitaine (tableau 2).

Parmi les personnes ayant rapporté avoir consommé de la drogue par voie intraveineuse ou intranasale au moins une fois au cours de leur vie, 16% n'ont jamais eu recours au dépistage *versus* 42% chez celles n'en ayant jamais consommé (tableau 2).

Chez les hommes ayant rapporté avoir eu un ou plusieurs partenaires de même sexe au cours de la vie, 23% n'ont jamais réalisé de dépistage (tableau 2). Cette proportion varie de manière importante en fonction

⁽¹⁾Pour obtenir le détail de la classification des diplômes, se reporter à la méthodologie de l'étude KABP décrite dans le rapport « Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH / sida en Île-de-France en 2010 » disponible à l'adresse https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2011/Etude_1600/rapport_KABP_2011_1_.pdf

Tableau 1

Opinions vis-à-vis du dépistage du VIH : personnes en faveur du dépistage au moins une fois au cours de la vie, enquête Baromètre santé 2016

		Total (N = 14 875) (%)	Hommes (N = 6 710) (%)	Femmes (N = 8 165) (%)	p*
Âge		89	87	90	<0,001
	18-24 ans	97	96	98	0,06
	25-39 ans	93	91	94	0,004
	40-54 ans	89	87	91	0,002
	55-75 ans	83	81	85	0,002
Niveau d'études	Faible	91	90	92	0,2
	Intermédiaire 1	90	90	91	0,2
	Intermédiaire 2	88	85	90	<0,001
	Élevé	87	84	89	<0,001
Pays de naissance	France métropolitaine	89	87	90	<0,001
	DOM/TOM	96	98	93	0,1
	Afrique subsaharienne	90	87	93	0,2
	Autre	88	86	89	0,2
Nouveau partenaire sexuel dans les 12 mois	Non	88	86	90	<0,001
	Au moins un	95	94	97	<0,001
Usage de drogues	Non	89	87	90	<0,001
	Oui	93	92	93	0,6
Infection sexuellement transmissible dans les 12 mois	Non	89	87	90	<0,001
	Oui	94	89	96	0,3
Avoir eu des rapports avec une personne de même sexe au cours de la vie	Non		87		
	Oui		92		

* : p value correspondant au test du Chi2 comparant hommes *versus* femmes.

de l'âge : ils sont 40% chez les 18-25 ans et 34% chez les 55-75 ans *versus* respectivement 17% et 14% chez les 25-39 ans et les 40-54 ans. Chez les autres hommes, cette proportion est de 46% (p<0,001).

Parmi les femmes sous contraception médicale au moment de l'enquête, 32% n'avaient jamais réalisé de dépistage du VIH. Elles étaient 30% parmi celles ayant signalé une IVG au cours de la vie.

Parmi les personnes ayant indiqué avoir eu des rapports sexuels contre leur volonté, 24% n'avaient jamais réalisé de dépistage du VIH (sans différence entre hommes et femmes).

Dépistage récent

Une même proportion d'hommes et de femmes déclare avoir fait un dépistage au cours des 12 mois précédant l'enquête (12%). Ce pourcentage est plus important parmi les hommes et les femmes de 18-24 ans (23% et 30% respectivement, p<0,001).

Les populations pour lesquelles un dépistage annuel était recommandé au moment de l'enquête (migrants et HSH) sont environ un tiers à avoir effectivement réalisé un dépistage dans les 12 mois précédant l'enquête.

Concernant les personnes pour lesquelles le dépistage était recommandé, celles ayant eu un ou plusieurs nouveaux partenaires sexuels dans l'année sont 34% à avoir été dépistées dans les 12 mois. Parmi les personnes ayant indiqué un antécédent d'infection sexuellement transmissible dans l'année, 45% ont réalisé un dépistage récent.

Facteurs associés à l'absence de recours au dépistage du VIH au cours de la vie

Chez les hommes et chez les femmes, le fait d'être âgé de 18 à 24 ans ou de 55 à 75 ans était indépendamment (par rapport aux autres variables du modèle) et significativement associé à un moindre recours au dépistage du VIH au moins une fois dans la vie (tableau 3).

Plusieurs autres facteurs significativement associés à un meilleur recours au dépistage du VIH au moins une fois dans la vie sont observés : un niveau d'étude intermédiaire 2 ou élevé, être né en Afrique subsaharienne, avoir eu un nouveau partenaire sexuel dans l'année précédant l'enquête et un antécédent d'usage de drogues (tableau 3). Par ailleurs, chez les femmes, le fait d'avoir déclaré des rapports

Tableau 2

Antécédents de dépistage du VIH, enquête Baromètre santé 2016

		Total (N = 14 377)				Hommes (N = 6 481)				Femmes (N = 7 896)			
		Jamais (%)	Plus de 12 mois (%)	Dans les 12 mois (%)	Jamais (%)	Plus de 12 mois (%)	Dans les 12 mois (%)	Jamais (%)	Plus de 12 mois (%)	Jamais (%)	Plus de 12 mois (%)	Dans les 12 mois (%)	Dans les 12 mois (%)
Âge	18-24 ans	42	46	12	45	43	12	38	50	38	50	12	12
	25-39 ans	45	28	27	52	25	23	38	32	38	32	30	30
	40-54 ans	25	56	19	31	52	17	20	59	20	59	21	21
	55-75 ans	32	59	09	36	54	10	27	64	27	64	09	09
		63	33	04	64	31	05	63	34	63	34	03	03
Niveau d'études	Faible	50	38	12	53	35	12	48	41	48	41	11	11
	Intermédiaire 1	48	40	12	50	38	12	46	42	46	42	12	12
	Intermédiaire 2	45	45	10	51	40	09	41	49	41	49	10	10
	Élevé	28	59	13	31	56	13	24	62	24	62	14	14
Pays de naissance	France métropolitaine	42	47	11	45	44	11	38	51	38	51	11	11
	DOM/TOM	36	46	18	30	50	20	41	43	41	43	16	16
	Afrique subsaharienne	21	50	29	29	46	25	13	55	13	55	32	32
	Autre	49	40	11	52	37	11	46	43	46	43	11	11
		44	48	08	47	46	07	40	52	40	52	08	08
Nouveau partenaire sexuel dans les 12 mois	Non	31	35	34	35	33	32	25	38	25	38	37	37
	Au moins un	42	46	11	47	42	11	40	49	40	49	11	11
	Oui	16	61	23	19	60	21	08	65	08	65	27	27
Infection sexuellement transmissible dans les 12 mois	Non	42	46	12	45	43	12	39	50	39	50	11	11
	Oui	16	39	45	29	18	53	11	46	11	46	43	43
Rapports sexuels non consentis	Non	43	46	11	46	43	11	40	49	40	49	11	11
	Oui	24	56	20	29	42	29	23	59	23	59	18	18
Contraception médicale	Non							39	50	39	50	11	11
	Oui							32	50	32	50	18	18
Interruption volontaire de grossesse	Non							41	48	41	48	11	11
	Oui							30	57	30	57	13	13
Avoir eu un rapport avec une personne de même sexe au cours de la vie	Non				46	43	11						
	Oui				23	50	27						

Tableau 3

Déterminants de l'absence de réalisation de test de dépistage du VIH au cours de la vie, régression logistique, enquête Baromètre santé 2016

		Hommes			Femmes		
		OR*	IC à 95%**	p	OR	IC à 95%	p
Âge	25-39 ans (ref)	1			1		
	18-24 ans	2,4	1,9-3,1	<0,001	2,8	2,1-3,6	<0,001
	40-54 ans	1,1	0,9-1,3	0,6	1,4	1,2-1,8	0,001
	55-75 ans	3,0	2,5-3,6	<0,001	5,7	4,7-6,9	<0,001
Niveau d'études	Faible (ref)	1			1		
	Intermédiaire 1	0,8	0,6-1,0	0,018	0,8	0,7-1,1	0,2
	Intermédiaire 2	0,7	0,6-0,9	0,014	0,6	0,4-0,7	<0,001
	Élevé	0,4	0,3-0,5	<0,001	0,4	0,3-0,5	<0,001
Pays de naissance	France (ref)	1			1		
	DOM/TOM	0,5	0,2-1,1	0,08	1,1	0,4-2,6	0,9
	Afrique subsaharienne	0,5	0,3-0,9	0,02	0,3	0,1-0,6	0,001
	Autre	1,1	0,9-1,5	0,3	1,2	0,9-1,6	0,2
Nouveau partenaire sexuel dans l'année		0,7	0,5-0,8	<0,001	0,6	0,5-0,8	<0,001
Usage de drogue		0,3	0,2-0,5	<0,001	0,3	0,2-0,4	<0,001
Rapports sexuels non consentis		0,6	0,4-1,1	0,1	0,5	0,3-0,6	<0,001
Avoir eu un rapport avec une personne de même sexe au cours de la vie		0,5	0,3-0,7	<0,001			

*OR : odds ratio ; ** IC à 95% : Intervalle de confiance à 95%.

sexuels non consentis est significativement associé à un meilleur recours au dépistage au cours de la vie. Chez les hommes, avoir eu des rapports sexuels entre hommes au cours de la vie est également significativement associé à un meilleur recours au test de dépistage (tableau 3).

Discussion

Malgré la recommandation en faveur d'un dépistage universel et une forte adhésion de la population à cette recommandation, en 2016, 42% des personnes âgées de 18-75 ans n'ont jamais réalisé de test du dépistage du VIH.

Par rapport à l'enquête KABP réalisée en 2010 auprès des 18-54 ans⁹, les proportions d'hommes et de femmes ayant réalisé un test de dépistage du VIH au cours de la vie sont en très légère augmentation (62% des hommes et 72% des femmes en 2010 vs. 63% des hommes et 74% des femmes âgés de 18-54 ans en 2016). Cependant, les proportions d'hommes et de femmes ayant réalisé un dépistage dans les 12 derniers mois semblent en recul (20% des hommes et 20% des femmes en 2010 *versus* 15% des hommes et 17% des femmes en 2016).

Les hommes ont moins souvent réalisé de test de dépistage au cours de leur vie que les femmes, en particulier les hommes hétérosexuels. Les opportunités de contact avec le milieu médical autour de questions relatives à la santé sexuelle, plus importantes pour les femmes (contraception, grossesse) peuvent expliquer ces écarts (malgré la

recommandation de dépistage du VIH chez les pères à l'occasion de la grossesse) et soulignent l'importance d'engager la discussion entre personnel médical et patients sur ce sujet en dehors de la notion de prise de risque.

La proportion importante de personnes de 55 ans et plus n'ayant jamais réalisé de dépistage pour le VIH et la proportion de tests récents qui est marginale dans cette population font écho à la part des diagnostics tardifs d'infection à VIH plus importante dans cette classe d'âge¹⁰. C'est également dans cette population que la part de personnes pensant que le dépistage du VIH devrait être réalisé au moins une fois dans la vie est la moins importante (83%).

La recommandation de proposer un test de dépistage au moins une fois dans la vie à la population générale âgée de 15 à 70 ans doit permettre de dépister les personnes ignorant leur infection. Sa mise en œuvre reste cependant complexe chez les personnes âgées de 55 ans et plus, la perception du risque d'être contaminé se réduisant avec l'âge⁹, et les médecins généralistes rejetant majoritairement l'idée de proposer un dépistage aux personnes sans facteurs de risque apparents¹¹. Une enquête qualitative sur le dépistage du VIH, menée fin 2002 par l'Observatoire régional de santé (ORS) Rhône-Alpes auprès de généralistes, gynécologues, dermatologues et anesthésistes, a montré que certains médecins estimaient difficile de parler des prises de risque et du VIH en raison de l'âge des patients (chez les plus de 50 ans, voire les plus de 40 ans)¹².

Les populations les plus exposées (HSH, migrants, usagers de drogue) sont davantage dépistées : 79% des personnes nées en Afrique subsaharienne avaient déjà fait un test VIH au cours de leur vie, c'était le cas de 84% des personnes ayant consommé des drogues par voie nasale ou intraveineuse et de 77% des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Ces résultats sont un peu inférieurs, mais cohérents avec ceux observés dans les enquêtes dédiés à ces populations : enquête Rapport au sexe 2017 pour les HSH (83%), l'AfroBaromètre santé 2016 (81,5%) et l'enquête Coquelicot (94%)¹³⁻¹⁵.

Notre analyse est limitée par les possibilités de caractériser la relation chronologique entre l'exposition et le dépistage dans notre étude, et par l'incapacité à identifier précisément toutes les expositions à risque qui auraient justifié un dépistage au cours des douze derniers mois, en particulier chez les HSH et les usagers de drogues. Le mode de recueil des données, sur une base déclarative, a pu également affecter nos résultats concernant les antécédents de dépistage (biais de mémorisation), et les expositions à risque (sous-déclaration). De plus, les personnes non francophones ont été exclues de cette étude.

Conclusion

Cette analyse indique que le recours au dépistage du VIH reste insuffisant en France métropolitaine en 2016, tant pour la population générale (notamment chez les 55 et plus) pour laquelle un dépistage dans la vie est recommandé entre 15 et 70 ans, que pour les populations particulièrement exposées au virus qui doivent faire l'objet de dépistages répétés. L'impact de l'actualisation des recommandations de dépistage en 2017 par l'HAS mériterait d'être exploré dans un prochain Baromètre santé. Mais les résultats produits ici soulignent l'intérêt de communiquer de façon répétée sur l'importance du recours au dépistage du VIH pour être diagnostiqué et traité de façon précoce. ■

Remerciements

Les auteurs remercient les personnes ayant participé à l'enquête, l'institut Ipsos (Christophe David, Valérie Blineau, Farah El Malti, Elisabeth Diez, les enquêteurs et les chefs d'équipe), ainsi que l'institut CDA en charge de l'audit du terrain d'enquête.

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS. Chapitre Prévention et dépistage. Paris, La Documentation française; 2018. 46p. <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>
- [2] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Stratégie nationale de santé sexuelle, Agenda 2017-2030. Paris: Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2017. 75p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf.

[3] Haute Autorité de Santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009. 235p. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-10/argumentaire_depistage_vih_volet_2_vfv_2009-10-21_16-49-13_375.pdf.

[4] Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017. 41 p. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir2/reevaluation_de_la_strategie_depistage_vih_-_synthese_conclusions_reco.pdf.

[5] Santé publique France. Surveillance de l'infection à VIH (dépistage et déclaration obligatoire), 2010-2017, Santé publique France; 2019. 6p. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-infection-a-vih.-mars-2019>.

[6] Richard J, Gautier A, Guignard R, Léon C, Beck F. Méthode d'enquête du Baromètre santé 2014. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2015. 24 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2014>.

[7] Richard J, Andler R, Gautier A, Guignard R, Leon C, Beck F. Effects of using an overlapping dual-frame design on estimates of health behaviors: A French general population telephone survey. *J Surv Stat Methodol*. 2017;5(2):254-74.

[8] Gautier A, Lydié N, Rahib D, Limousi F, Richard J, Brouard C, et al. Baromètre santé 2016. Questionnaire. Saint-Maurice: Santé publique France; 2017. 38 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2016>.

[9] Beltzer N, Saboni L, Sauvage C, Sommen C. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH / sida en Île-de-France en 2010. Paris: Observatoire régional de santé Île-de-France; 2011. 156. https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2011/Etude_1600/rapport_KABP_2011_1_.pdf.

[10] Tran T, Cazein F, Le Strat Y, Barin F, Pillone J, Lot F. Découvertes de séropositivité chez les seniors en France, 2008-2016. *Bull Epid Hebd*. 2018;40-41:792-8. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/article/decouvertes-de-seropositivite-vih-chez-les-seniors-en-france-2008-2016>

[11] Gautier A, Bera N. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Maurice: Santé publique France; 2011. 266 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-sante-medecins-generalistes-20092>.

[12] Gruaz D, Fontaine D, Guye O. Évaluation du dispositif de recommandations et d'informations pour les pratiques médicales et biologiques de dépistage du VIH en Isère. Lyon: Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes; 2003. 94 p. <http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ODPS.pdf>.

[13] Jauffret-Roustide M, Pillonel J, Weill-Barillet L, Léon L, Le Strat Y, Brunet S, et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France – Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. *Bull Epid Hebd*. 2013;39-40:504-9.

[14] Larsen C, Limousi F, Rahib D, Barin F, Chevaliez S, Peytavin G, et al. Infections VIH ET VHB parmi les Afro-Caribéens d'Île-de-France : des prévalences élevées et des dépistages insuffisants. *Bull Epid Hebd*. 2017;29-30:609-16. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/article/infections-vih-et-vhb-parmi-les-afro-caribeeens-d-ile-de-france-des-prevalences-elevees-et-des-depistages-in-suffisants>

[15] Velter A, Duchesne L, Lydié N. Augmentation du recours répété au dépistage VIH parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes en France entre 2017 et 2019. Résultats de l'enquête Rapport au Sexe. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(31-32):648-56. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/31-32/2019_31-32_5.html

Citer cet article

Bruyand M, Rahib D, Gautier A, Cazein F, Brouard C, Lydié N, *et al.* Opinions et pratiques des personnes âgées de 18 à 75 ans en France métropolitaine vis-à-vis du dépistage du VIH en 2016. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(31-32):656-63. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/31-32/2019_31-32_6.html