

## Le dépistage du VIH, des atouts et des freins Pourquoi et comment faire mieux ?

Peut-on espérer un jour voir l'épidémie d'infection à VIH régresser en France ? Tous nos outils pour y parvenir dépendent avant tout d'une chose : dépister les personnes concernées le plus tôt possible. Et justement, cela concorde avec l'intérêt individuel des personnes, plus le dépistage est précoce, mieux on se porte. Mais alors, comment faire pour ne plus voir tous les ans la même annonce de 6000 nouvelles contaminations ?

Ce bulletin présente deux éléments pour comprendre : d'une part les statistiques sur le dépistage publiées par Santé Publique France, l'agence nationale en charge de la surveillance épidémiologique, d'autre part l'article d'un

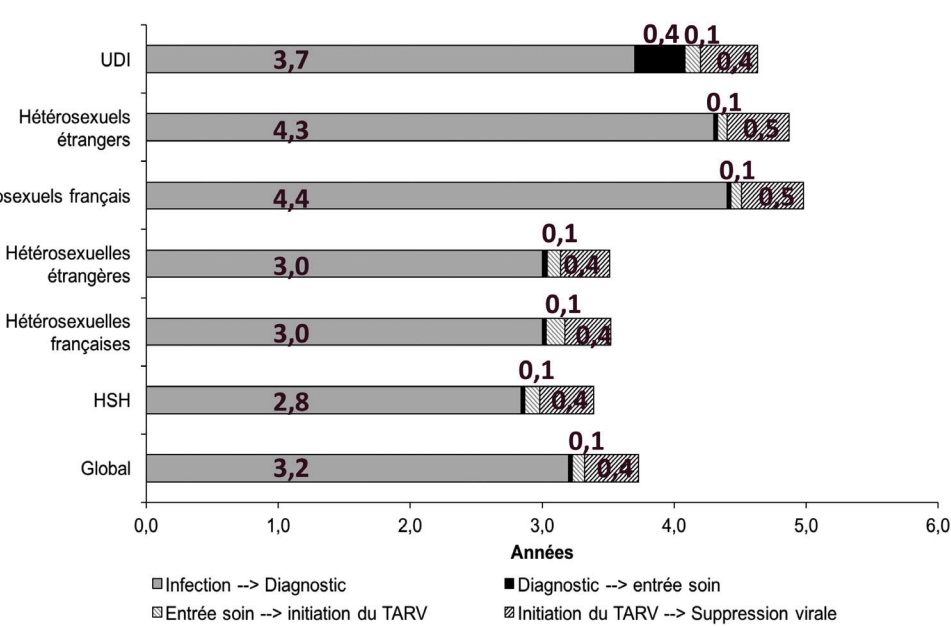
grand scientifique britannique, Andrew Phillips, qui a étudié à quelles quantités et rapidités de dépistage il est possible d'infléchir chez les gays le cours d'une épidémie qui semble jusque-là inexorable.

A partir de ces données et de quelques observations sur le dépistage, il reste à élaborer des solutions et à les mettre en œuvre rapidement pour que dans un avenir proche on puisse enfin espérer ne plus assister à l'imperturbable constat que rien ne semble pouvoir mettre fin à l'épidémie en France. Mais pour y arriver, il faudra aussi un peu de volonté politique.

Depuis que l'ONUSIDA a proposé pour atteindre la fin de la de fixer comme premier objectif les trois 90 en 2020 – 90% des personnes atteintes diagnostiquées, 90% des personnes diagnostiquées sont sous traitement antirétroviral et 90% des personnes sous traitement ont une charge virale contrôlée – c'est sur ces critères que les spécialistes évaluent la progression des efforts réalisés. En France aujourd'hui, il n'y a guère qu'un seul de ces paliers qui reste préoccupant : le premier, c'est-à-dire le nombre de personnes atteintes qui sont diagnostiquées. Cette valeur stagne à 84%, autrement dit, il reste un nombre important de personnes qui ne savent pas (encore) qu'elles vivent avec le VIH, autour de 25 000 personnes en 2014. Certains qualifient cela d'épidémie « cachée » mais il convient mieux de parler de retard au dépistage. En effet, tous les ans de nouvelles personnes sont infectées et d'autres sont dépistées, faisant de ce contingent qui s'ignore, non pas une population circonscrite à des individus inaccessibles, mais la marque de ce que le risque n'est pas toujours perçu et le dépistage pas assez fréquent.

Les analyses de nos épidémiologistes (Virginie Supervie UMR S 1136, Inserm, UPMC, Paris) illustrent dans ce graphique nous montrent que le délai entre la contamination et le diagnostic était, toutes populations confondues, de 3,2 années et chez les gays de 2,8 ans.

Temps médian en années entre les étapes de la prise en charge du VIH en France en 2013



### Dépistage du VIH en France en 2016

La surveillance de l'activité de dépistage du VIH en laboratoire, coordonnée par Santé publique France, a pour objectifs de suivre l'évolution nationale, régionale et si possible départementale du nombre de sérologies VIH réalisées en France et d'estimer l'exhaustivité de la notification obligatoire du VIH. Elle inclut les sérologies anonymes ou non anonymes réalisées par les laboratoires, quel que soit le lieu de prélèvement : ville, hôpital, CeGIDD (Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles). Elle inclut également les TROD réalisés dans les laboratoires, mais exclut les sérologies effectuées à l'occasion d'un don de sang (près de 3 millions par an).

#### Les tests réalisés

En 2016, les 4 200 laboratoires ont réalisé 5,43 millions [intervalle de confiance à 95%, IC95% : 5,34 - 5,52] de sérologies VIH, un nombre en augmentation depuis 2014 (+3%, p=0,001), après un palier entre 2011 et 2014.

Avec 1,36 million [IC95% : 1,30-1,42] de sérologies réalisées en 2016, l'Île-de-France (IdF) représente un quart de l'activité nationale de dépistage. L'augmentation du nombre de sérologies est plus rapide pour les départements d'outre-mer (DOM) qu'en métropole hors IdF (+3%, p=0,003). On n'observe pas d'augmentation significative en IdF depuis 2014. À l'échelle régionale, l'activité de dépistage est stable ou augmente, sans aucune diminution significative sur la période.

Les régions avec les taux de sérologies réalisées les plus élevés sont les départements français d'Amérique (DFA) puis l'IdF, La Réunion, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) et Mayotte. Les trois quarts (76% en 2016) des sérologies VIH sont réalisés en laboratoires de ville, proportion stable depuis plusieurs années. En 2016, 6% des sérologies (soit environ 300 000) ont été réalisées dans un cadre anonyme.

Parallèlement à l'activité de dépistage en laboratoires, 56 339 TROD ont été réalisés en 2016 par 52 associations ou structures de prévention, situées en majorité (53%) en IdF. Ce nombre, légèrement plus faible que les deux années précédentes (autour de 62 000), est équivalent à celui observé en 2013. Parmi les personnes dépistées par TROD en 2016, 72,4% étaient des hommes, 26,7% des femmes et 0,9% des personnes transsexuelles. Les HSH (32%) et les migrants (31%) représentaient la majorité des personnes dépistées par TROD. Parmi les personnes dépistées par TROD en 2016, 28% n'avaient jamais été dépistées auparavant pour le VIH (depuis 2012, cette proportion variait entre 27% et 31%).

Au cours de l'année 2016, 74 651 autotests VIH ont été vendus en pharmacie, dont près de 28 000 (37%) en IdF. Au 31 décembre 2016, près de la moitié des pharmacies (47,9% en métropole) disposaient d'autotests à la vente.

#### Les tests positifs

Le nombre de sérologies VIH confirmées positives en laboratoire en 2016 est estimé à 10 667 [IC95% : 9 926-11 407], dont près de la moitié (46%) en IdF. Le nombre de sérologies positives est globalement stable sur les dernières années (la diminution apparente depuis 2013 n'étant pas significative), que ce soit en IdF, dans les DOM ou en métropole hors IdF.

En 2016, environ 1 100 sérologies anonymes ont été confirmées positives, soient 10% des sérologies positives.

Les laboratoires de ville étaient à l'origine de 35% des sérologies VIH confirmées positives en 2016. En ce qui concerne le dépistage communautaire, 497 TROD étaient positifs en 2016, dont 93 (19%) chez des personnes qui connaissaient déjà leur séropositivité. Parmi ceux qui ne se savaient pas positifs auparavant, 77% ont été contrôlés par un test classique et 6 (2%) se sont avérés être des faux positifs. L'IdF comptabilisait 63% des 491 personnes ayant un TROD positif, après exclusion des faux positifs connus.

#### Les tests positifs en proportion des tests réalisés

La proportion de sérologies confirmées positives pour 1 000 réalisées était estimée à 2,0 en 2016. Elle était plus élevée pour les sérologies réalisées dans un cadre anonyme (3,6 pour 1 000) que pour celles réalisées dans un cadre nominatif confidentiel (1,9 pour 1 000).

La proportion de TROD communautaires positifs était nettement plus élevée (8,7 pour 1 000 TROD en 2016). La proportion de TROD positifs était de 16,9 pour 1 000 pour les HSH (14,6 en 2015), de 9 pour 1 000 pour les personnes prostituées (13,4 en 2015), 7,6 pour 1 000 pour les migrants (7,4 en 2015), 6,3 pour 1 000 pour les usagers de drogues (7,2 en 2015), 5,4 pour 1 000 pour les publics précaires (2,5 en 2015) et 1,5 pour 1 000 pour les autres populations (1,1 en 2015). Près des deux tiers des personnes ayant eu un TROD positif (63%) ont été orientées vers le soin dans les trois mois, le devenir des autres n'étant pas connu des associations.

#### Analyse

L'activité de dépistage du VIH en France en laboratoire, avec 5,43 millions de sérologies réalisées en 2016, a augmenté de 3% depuis 2014, après avoir marqué un palier entre 2011 et 2014. Le dispositif des TROD en milieu associatif a progressivement pris de l'ampleur depuis 2012, mais semble avoir atteint sa limite d'évolution, avec une baisse de 9% du nombre de dépistages effectués en 2016 par rapport à 2015. Le nombre d'autotests VIH vendus en 2016 (74 600) dépasse celui des TROD communautaires (56 300). Cependant, les nombres d'autotests vendus et de TROD communautaires réalisés restent très faibles par rapport au nombre de sérologies classiques.

### Impact d'une augmentation des dépistages sur l'incidence de l'infection à VIH chez les gays

Andrew Phillips et ses collègues ont réalisé une modélisation de la transmission du VIH dans la communauté gay afin d'étudier les conditions à mettre en œuvre pour réduire l'incidence du VIH au Royaume Uni. La proximité des données françaises permet de s'y intéresser de près et même si certains choix ont été différents en France, le cœur de cette modélisation a encore beaucoup à nous apprendre sur les facteurs clés du contrôle de l'épidémie.

#### Le possible impact sur l'incidence d'une augmentation de la fréquence de dépistage du VIH et de la mise sous traitement précoce chez les HSH - Par Andrew N. Phillips et al.

Le VIH touche majoritairement les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) un peu partout au monde. Malgré un intérêt croissant pour le contrôle de l'épidémie grâce à la mise sous traitement de tous les séropositifs et sa mise en œuvre dans de nombreux pays occidentaux comme le Royaume Uni, l'incidence du VIH dans la population gay ne baisse pas, au point que son efficacité populationnelle laisse des doutes.

Nous utilisons un modèle de simulation dynamique au niveau individuel afin de recréer le risque VIH au cours de la vie et pour ceux qui sont infectés par le VIH, les observations sur la progression du VIH et les traitements de la population HSH du Royaume Uni depuis 1980. Le modèle et sa calibration ont été décrits précédemment et sont mis à jour avec les observations faites jusqu'en 2012. En bref, nous prenons en compte l'âge, le sexe sans préservatif avec un partenaire primaire (à long terme) et à court terme (occasionnel), la présence d'autres IST, les habitudes de dépistage du VIH, et chez ceux qui vivent avec le VIH, la charge virale, le compte de CD4+, l'utilisation spécifique d'antirétroviraux, l'adhésion au traitement, la présence de résistances, le risque de sida et de mortalité, incluant le risque de mortalité non due au sida. Nous nous basons sur une population fermée, considérant que les migrations entrantes et sortantes se compensent. Les paramètres déterminant le comportement sexuel, le taux de transmission, les habitudes de dépistage et la possibilité que le diagnostic de VIH puisse réduire l'usage du préservatif, varient à chaque exécution de la simulation avec un échantillonnage distribué. Les résultats obtenus sont comparés aux données sources – en tout, nous avons exécuté le modèle plus de 100 000 fois avec 101 ensembles de paramètres susceptibles de reproduire l'épidémie telle qu'on l'observe. Ces 101 ensembles de paramètres produisant un résultat proche de ce que l'on observe actuellement ont été utilisés pour réaliser les projections d'avenir.

Retrouvez l'intégralité des articles, les illustrations, les commentaires et les sources sur [reactup.fr](http://reactup.fr)

Ayant réussi à reproduire l'épidémie actuelle, nous avons réalisé les projections dans le futur de 2015 à 2030. Cela fut fait en commençant par ne rien changer des habitudes de dépistage et des critères de mise sous traitement. Nous avons ensuite évalué le résultat de situations dans lesquelles, à partir de 2015, la récurrence de dépistage était augmentée (de valeurs prédéterminées appelée « Test rate + » et « Test rate ++ » correspondant à une progression partant la valeur actuelle où 19% de tous les HSH sont testés au cours d'une année à 38% puis 65%, avec un dépistage fortement dépendant de l'existence d'un rapport sexuel récent sans préservatif). Ensuite nous avons changé les règles de mise sous traitement pour un traitement immédiat après le diagnostic.

#### Résultats

Les Test Rate + et Test Rate ++ représentent une augmentation de 110 000 tests par an à 215 000 et 370 000 tests par an. Actuellement, environ 36% des hommes sont diagnostiqués dans l'année et 70% dans les 5 ans qui suivent l'infection. Avec le scénario de Test rate + ces pourcentages deviennent 65% et 85% respectivement et avec le Test rate ++, 90% et 93%. Actuellement, moins de 20% des hommes initient un traitement dans l'année qui suit leur infection tandis qu'avec le Test rate ++ et le scénario de traitement au diagnostic, ce serait 90%.

L'impact prévisible des scénarios alternatifs sur l'incidence du VIH montre une remarquable réduction de l'incidence associée à l'augmentation du dépistage même en l'absence de changement de stratégie de mise sous traitement, une baisse de 54% avec le Test rate ++ en 2030, qui atteint 2,5 pour 1 000 personne-année. Cependant en combinant ces augmentations, de fréquence de dépistage et de mise sous traitement au diagnostic on obtient des changements très significatifs – une réduction de 79% en 2030, à 675 nouvelles infections par an (1,2 pour 1 000 personne-année). Ce dernier scénario est le seul dans lequel le nombre d'hommes vivant avec le VIH est inférieur en 2030 à ce qu'il est en 2015 (50 000 comparé à 82 000 en poursuivant le scénario actuel) ce qui représente une situation où il y a 0,014 nouvelle infection par an par chaque personne vivant avec le VIH – bien inférieure à 1 infection dans la durée de la vie sexuelle. Le nombre d'hommes sous traitement augmente rapidement avec le scénario Test rate ++/traitement au diagnostic mais il atteint un plateau au bout de 5 ans puis commence à décroître. C'est le scénario dans lequel il y a le moins d'hommes sous traitement en 2030.

L'impact sur l'incidence du VIH de l'augmentation du sexe sans préservatif est très important dans un contexte où la fréquence du dépistage et la stratégie d'initiation du traitement ne change pas (un doublement de l'incidence du VIH en 2030) et bien moindre dans le cas du Test Rate ++ et du scénario d'initiation du traitement au diagnostic. Actuellement on estime qu'il y a environ 10 000 rapports sans préservatifs en 3 mois. Ce nombre est fortement lié à l'incidence du VIH et il faut le réduire de 2000 pour voir baisser l'incidence à moins de 1/1000 par an. La réduction du sexe sans préservatif et l'augmentation de la proportion de HSH avec le VIH sous traitement et avec une charge virale à moins de 500 copies/ml sont les clés significatives qui permettent de réduire le nombre de rapports sans préservatifs lorsque la charge virale est à plus de 500 copies/ml.

#### Discussion

Nous avons montré qu'au Royaume Uni, un dépistage plus fréquent et un traitement plus précoce permettant d'obtenir une incidence inférieure à 1 pour 1000 personne-année, requiert de passer de 60% à 90% la proportion de HSH avec le VIH ayant une charge virale contrôlée.

Cela implique que 90% des hommes soient diagnostiqués dans l'année de leur infection et qu'il n'y ait pas d'augmentation des relations sexuelles sans préservatifs. Compte tenu de la forte espérance de vie des personnes vivant avec le VIH, cette réduction de l'incidence est nécessaire pour observer une décroissance du nombre de HSH vivant avec le VIH.

Réussir à atteindre un tel niveau de suppression virale revient à réaliser un changement culturel dans la manière d'organiser le dépistage de telle sorte que 90% des hommes avec le VIH soient diagnostiqués dans l'année qui suit leur infection de même que leur mise sous traitement au diagnostic. Proposer aux patients la mise sous traitement immédiate est approprié au vu des résultats récents des essais qui montrent un bénéfice en termes de santé individuelle du traitement précoce, et de plus, on sait qu'un certain nombre d'hommes souhaitent initier un traitement antirétroviral afin de réduire leur infectivité, même en l'absence de bénéfice pour leur santé. Cette augmentation du dépistage requiert une campagne ambitieuse, dirigée et générée par la communauté, conçue pour atteindre les groupes les plus à risque dans la communauté gay.

### LE COMMENTAIRE DE LA RÉDACTION

Ces éléments, étant posés, peut-on faire mieux ?

Les freins individuels au dépistage ont été bien étudiés, ils sont de deux ordres. Psychologiques : la faible perception du risque, le stress et la peur du test, la réticence face à l'attitude moralisatrice des soignants ; structurels : la difficulté à dégager le temps nécessaire, la difficulté d'accès (rendez-vous à prendre) et la nécessité de revenir chercher le résultat. Evidemment, les uns rendent les autres encore bien plus contraignants. La solution ne serait-elle pas de faire l'inverse, lever les freins structurels pour rendre les barrières psychologiques moins insurmontables ?

Lorsque Andrew Phillips parle de changement culturel dans la manière d'organiser le test, c'est bien cela qu'il vise : rendre le test banalement accessible et simple comme d'entrer spontanément dans un labo de ville au coin de sa rue, faire un test en 10mn sans rien devoir payer et recevoir le résultat par SMS dès qu'il est disponible. Et si d'aventure le test s'avère positif, le SMS sera une proposition de rendez-vous médical dans les 24h dans un service accueillant et compétent. C'est un exemple de ce qui existe ailleurs et qui montre de l'efficacité. Ainsi, la clinique communautaire de Dean Street à Londres réalise 7000 tests VIH par mois tandis que le Checkpoint ou le 190 à Paris sont à 4000 tests VIH par an. De quoi comprendre ce qui explique la baisse de l'incidence constatée à Londres. Il ne s'agit même pas d'un déploiement de moyens supplémentaires, juste d'une meilleure organisation de l'offre et d'une mobilisation intelligente des acteurs.

C'est quoi les risques, comment s'en protéger ? [reactup.fr](http://reactup.fr)

MAIRIE DE PARIS



**VERS PARIS  
SANS SIDA**  
est une association loi de 1901

# FAISONS DE PARIS LA VILLE DE L'AMOUR SANS SIDA

**JUAN  
PREND LA PREP GRÂCE AUX  
15 SITES DE CONSULTATION  
PREP À PARIS.**

Choisissez votre solution  
pour mettre fin au sida  
sur [vers.parissanssida.org](http://vers.parissanssida.org)

REACTUP.fr

MAC  
AIME PARIS SANS SIDA