

Surveillance épidémiologique, comment ça fonctionne ?

Comportements et prévention diversifiée

VIH, IST, dépistage ... on en est où ?

Comme chaque année, à l'occasion du 1er décembre, journée mondiale de lutte contre le sida, Santé publique France produit un bilan des données épidémiologiques. Basé sur le recueil de données antérieur issues de différents systèmes de surveillance, il donne en cette année 2023 un aperçu de l'état des épidémies en 2022. Pour comprendre le contenu de ce bilan, quelques points d'attention sont à prendre en compte puisqu'il montre d'une part l'impact de la crise sanitaire associée à la

Covid-19 sur la surveillance du VIH et des IST et d'autre part le manque de moyens et de communication dans la remontée des informations. Des dysfonctionnements techniques et une mauvaise coordination territoriale sont aussi à l'origine du manque de robustesse de ces données, que le Conseil National du Sida a documenté dans un avis suivi de recommandations publié quelques jours avant le bilan de Santé publique France.

VIH, IST : le bilan épidémiologique 2023

Les découvertes de séropositivité au VIH

C'est sans doute l'indicateur le plus important qui nous permet d'ajuster nos actions et nos messages de prévention. Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2022 a été estimé entre 4 200 et 5 700. Suite à la forte baisse observée en 2020, ce nombre a réaugmenté en 2021 et 2022, mais reste inférieur à celui de 2019. **À partir d'un nombre brut de 3 326 découvertes de séropositivité en 2022 déclarées au 30 juin 2023, le nombre total de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2022 a été estimé entre 4 233 (estimation « basse ») et 5 738 (estimation « haute »).**

Entre 2012 et 2022, le nombre de découvertes de séropositivité a diminué de 11% selon les estimations « hautes » et de 21% selon les estimations « basses ». Cette différence est liée essentiellement aux années 2020-2022, l'évolution de 2012 à 2019 étant très proche entre les deux estimations (respectivement -4% et -5%).

(voir figure 1)

Sans surprise, les tendances touchent des populations plus que d'autres. Après une diminution du nombre de découvertes de séropositivité VIH en 2020, beaucoup plus marquée chez les personnes nées à l'étranger que chez celles nées en France, le nombre de découvertes réaugmente en 2022 aussi bien chez les hétérosexuels nés à l'étranger que chez les HSH nés à l'étranger. Parmi les personnes nées à l'étranger, on observe en 2020 et 2021 une diminution de la part de celles diagnostiquées dans l'année de leur arrivée (de 20% en 2019 à 13% en 2020), suivie d'une réaugmentation de 23% en 2022.

Sur la période 2012-2022, le nombre de découvertes est quasi stable chez les femmes hétérosexuelles nées à l'étranger. En revanche, il diminue chez les femmes hétérosexuelles nées en France, les personnes usagères de drogues injectables, les hommes hétérosexuels nés en France et ceux nés à l'étranger (respectivement de -24%, -21%, -16% et -14% sur la base des estimations « hautes »). **La diminution la plus importante est observée chez les HSH nés en France (-32% sur 2012-2022) qui ont plus facilement accès à la PrEP que d'autres populations exposées au VIH qui subissent des discriminations et les effets des politiques répressives, comme les travailleurs du sexe et les personnes migrantes.**

Diagnostiques précoces et diagnostiques tardifs

Toujours en 2022, 30% des découvertes de séropositivité chez les adultes étaient des diagnostiques précoces (profil virologique de séroconversion, stade clinique de primo-infection, test VIH négatif de moins de 7 mois ou test d'infection récente positif). La même année, 43% étaient des diagnostiques tardifs (stade sida ou taux de CD4 < 350/mm³ hors primo-infection) : 28% au stade avancé de l'infection (stade sida ou < 200/mm³ hors primo-infection) et 15% tardif mais pas au stade avancé. Pour mieux comprendre la différence, les diagnostiques précoces reflètent à la fois le dépistage et l'incidence du VIH dans l'année du diagnostic, alors que les diagnostiques tardifs reflètent le dépistage actuel et l'incidence des années précédentes.

La part des diagnostiques précoces en 2022 était la plus élevée chez les HSH : 48% chez ceux nés en France et 35% chez ceux nés à l'étranger. Chez les hétérosexuelles, elle était beaucoup plus élevée parmi ceux nés en France (32%) que parmi ceux nés à l'étranger (14%). Chez les personnes trans, elle était de 35%. **La proportion de diagnostiques tardifs est toujours plus élevée chez les hétérosexuelles (51% en 2022) que chez les HSH (33%).** Chez les

hétérosexuelles, elle était plus élevée chez les hommes (48% chez ceux nés en France et 60% chez ceux nés à l'étranger) que chez les femmes (respectivement 38% et 51%). En 2022, environ 2 450 personnes ont découvert leur séropositivité alors qu'elles étaient déjà à un stade tardif de l'infection à VIH : environ 1 200 hétérosexuelles nées à l'étranger, 500 HSH nés en France, 400 hétérosexuelles nées en France, 280 HSH nés à l'étranger, 35 personnes trans contaminées par rapports sexuels et 30 personnes usagères de drogues injectables.

Les diagnostiques de sida ont été estimés à 796 en 2022. Ce nombre, qui avait progressivement diminué, se stabilise sur les 3 dernières années. Certaines régions présentent un taux de diagnostiques de sida plus élevé que d'autres, notamment en Guadeloupe, et dans une moindre mesure à Mayotte, en Martinique et en l'île-de-France. Les données en Guyane ne sont pas disponibles. Les personnes diagnostiquées avec un stade sida en 2022 avaient un âge médian de 44 ans. Parmi elles, 67% ignoraient leur séropositivité, dont la proportion fluctue entre 65% et 69% depuis 2018, et donc n'avaient pu bénéficier d'un traitement antirétroviral avant le stade sida. 18% connaissaient leur séropositivité mais n'avaient pas été traitées par ARV. Seuls 16% avaient reçu des ARV pendant au moins 3 mois.

TOUTES concernées... oui mais ?

Globalement, parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2022, 54% sont des hétérosexuelles (38% nées à l'étranger et 16% nées en France), 41% sont des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (27% nés en France et 14% nés à l'étranger), 2% des personnes trans contaminées par rapports sexuels et 1% des personnes usagères de drogues injectables. Moins de 1% sont des enfants de moins de 15 ans, principalement contaminés par transmission materno-foetale.

En regardant de plus près, les hommes cis représentaient 67% des découvertes de séropositivité VIH, les femmes cis 31% et les personnes trans 2%. La proportion de personnes trans a augmenté progressivement depuis quelques années, passant de 0,7% en 2012 à 1,9% en 2022. Les personnes ayant découvert leur séropositivité avaient un âge médian de 37 ans : **14% étaient âgées de moins de 25 ans, 64% de 25 à 49 ans et 22% de 50 ans et plus.** La proportion des plus de 50 ans, qui s'était stabilisée autour de 20% entre 2014 et 2017, a eu tendance à augmenter depuis.

Les principaux modes de contamination chez des personnes cis ayant découvert leur séropositivité en 2022 étaient les rapports hétérosexuels (54%) et les rapports sexuels entre hommes (41%). Les hommes cis étaient contaminés majoritairement par rapports sexuels entre hommes (60%) et les femmes cis par rapports hétérosexuels (97%).

Plus de la moitié des découvertes concernaient des personnes nées à l'étranger : 34% étaient nées en Afrique subsaharienne, 8% sur le continent américain, 7% en Europe et 7% dans une autre zone géographique. Les femmes cis et les personnes trans étaient plus souvent nées à l'étranger que les hommes cis (respectivement 80% et 82% vs 44%). La majorité des personnes contaminées par rapports hétérosexuels étaient nées à l'étranger (71%), dont 74% en Afrique subsaharienne. Parmi les HSH, 33% étaient nés à l'étranger, dont 34% en Afrique subsaharienne, 19% sur le continent américain, 17% en Europe et 30% dans une autre zone géographique. Parmi les UDI, 62% étaient nés à l'étranger, principalement en Europe (81%). Parmi les personnes trans nées à l'étranger, 71% étaient nées sur le continent américain.

Le dépistage de l'infection à VIH

Sur la base d'un taux de participation des laboratoires de biologie médicale à l'enquête Labo-VIH de 78%, en hausse par rapport à 2021, le nombre de sérologies réalisées en 2022 a été estimé à 6,5 millions, soit un niveau supérieur à celui de 2019 qui était de 6,34 millions. L'activité de dépistage en France, qui est en 2022 de 96 sérologies pour 1 000 habitants, varie selon les régions. Des niveaux de dépistage plus élevés

sont observés en Guyane, en Guadeloupe et en Martinique. Vient ensuite un 2ème groupe de régions que sont l'île-de-France, La Réunion, Mayotte et la Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA). Les autres régions ont des taux compris entre 68 et 92 sérologies VIH pour 1 000 habitants.

Le nombre de sérologies confirmées positives en 2022 a été estimé à 10 698. Ce nombre comprend à la fois des découvertes de séropositivité et des sérologies réalisées chez des personnes déjà connues comme positives. Après des fluctuations annuelles autour de 11 000 sérologies positives jusqu'en 2019, il a diminué en 2020, pour réaugmenter depuis. En 2022, le taux de positivité était de 1,6 pour 1 000 sérologies réalisées, ce taux ayant régulièrement diminué au cours du temps (2,2 en 2013 puis 2,0 en 2016 et 1,8 en 2019). Comme les années précédentes, le taux de positivité était plus élevé pour les sérologies anonymes (2,2 pour 1 000).

Les données du SNDS montrent que le nombre de tests de dépistage du VIH remboursés (hors tests gratuits et hors hospitalisation publique) suit les mêmes augmentations en 2021 et 2022 que celles observées dans LaboVIH (environ 10% d'augmentation annuelle). Autre élément intéressant, le nombre de dépistages VIH remboursés est de 5,16 millions et 4,42 millions de personnes ont bénéficié d'un test remboursé au moins une fois dans l'année, dont 62% sont des femmes.

Depuis janvier 2022, le dépistage du VIH en laboratoire de biologie médicale, sans ordonnance, sans rendez-vous et sans avance de frais concerne tous les assurés sociaux et leurs ayants droit, dont les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME). En 2022, 250 948 tests ont été remboursés dans le cadre de ce dispositif et une part équivalente d'hommes et de femmes en ont bénéficié : 44% ont bénéficié à des personnes de 20 à 29 ans et 36% à des personnes de 40 à 59 ans.

En pharmacie, environ 65 600 autotests VIH ont été vendus en 2022, incluant les ventes en ligne, soit un nombre équivalent à celui de 2021 (64 100) et inférieur à ceux des 2 premières années de leur mise à disposition : environ 75 000 en 2018 et 79 500 en 2019. Mais leurs prix varient et ils ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie.

Les infections bactériennes sexuellement transmissibles

Contrairement au VIH, les infections bactériennes sexuellement transmissibles ne sont pas des maladies à déclaration obligatoire. Les données sont donc issues de deux sources : le Système National des Données de Santé (SNDS) et les CeGIDD. C'est à partir de ces bases là que sont établis le nombre de cas, le taux d'incidence et le taux de positivité pour chaque IST.

En 2022, 2,6 millions de personnes ont bénéficié au moins une fois d'un dépistage remboursé d'une infection à Chlamydia trachomatis, 3 millions d'un dépistage d'une infection à gonococque et 3,1 millions d'un dépistage de la syphilis. Le taux de dépistage de ces trois IST continue à augmenter en 2022 comme depuis plusieurs années, en dehors d'une baisse ponctuelle en 2020. Il est utile de dire que parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2022, 22% étaient co-infectées par une IST bactérienne, principalement syphilis, gonococcie ou infection à Chlamydia trachomatis. Cette proportion reste plus élevée chez les HSH (38%) et les personnes trans (37%) que chez les hétérosexuelles (10%).

Les taux de dépistage rapportés à la population sont les plus élevés dans les départements et régions d'Outre-mer, à l'exception de Mayotte, en particulier en Guyane. Les taux de diagnostic y sont également les plus élevés. L'île-de-France est également une région où le taux de dépistage et de diagnostic des IST est élevé, avec notamment un taux de diagnostic de syphilis le plus important. Les diagnostiques d'infection à Chlamydia trachomatis, de gonococcies et de syphilis augmentent sur les années récentes.

Source
Bulletin de santé publique. Surveillance du VIH et des IST bactériennes en France en 2022. Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 28 novembre 2023

Comprendre un bilan épidémiologique et ses limites

La surveillance épidémiologique repose sur de la collecte de données et des méthodes de calcul qui évoluent constamment, impliquant un redressement des données et la production d'estimations corrigées pour compenser les données manquantes. Ces processus peuvent engendrer des variations dans l'interprétation selon les méthodes employées, soulignant l'importance de disposer, dès le départ, de données brutes de qualité. Une telle robustesse est essentielle pour fournir une compréhension fine et continue de la situation dans le temps. A l'heure actuelle, ces exigences ne sont pas pleinement satisfaites, comme l'ont souligné le TRT-5 CHV dans son position paper du 22 septembre 2023 et le Conseil National du Sida (CNS) dans son avis du 14 novembre 2023. Leurs analyses ont mis en évidence des pistes d'amélioration nécessaires pour renforcer la qualité et l'exhaustivité de la déclaration obligatoire (DO) du VIH.

Comme les années précédentes, les chiffres issus de la DO restent incertains et discordants lorsqu'ils sont comparés aux données hospitalières. Tandis que les estimations de la DO montrent une baisse des nouveaux diagnostics variant entre 11% et 21% sur une décennie (2012-2022), les chiffres hospitaliers rassemblés dans chaque COREVIH indiquent une diminution bien plus marquée, de l'ordre de 40% à 50% sur la période 2017-2021, selon les populations. Ces divergences, liées à l'incomplétude des données, entravent une vision claire des dynamiques régionales de l'épidémie, constituant un véritable handicap pour l'action de santé publique menée en grande partie par les associations.

En France, entre l'Hexagone et les DROM, l'épidémiologie géographique du VIH montre des variations significatives selon les régions, les déterminants sociaux et les populations clés. Pour évaluer l'impact des efforts déployés et ajuster les stratégies, il est impératif de disposer de chiffres fiables et d'une surveillance épidémiologique exhaustive. Pourtant, cette problématique n'a pas suscité de mobilisation générale, alors même que l'épidémiologie joue un rôle central dans l'élaboration et l'évaluation des politiques de santé.

C'est pour cette raison que le CNS recommande de renforcer l'exhaustivité de la DO en l'adaptant aux réalités de la prise en charge médicale et de l'organisation des services VIH dans les COREVIH. Cela implique de moderniser les outils numériques pour continuer à garantir l'anonymat, la confidentialité et la sécurité des données, tout en facilitant leur gestion par les équipes techniques. Une procédure spécifique devrait suivre le parcours des personnes nouvellement diagnostiquées, depuis le laboratoire ou le CeGIDD jusqu'à l'hôpital, pour générer rapidement les informations nécessaires à la DO. Cependant, une part des nouveaux patients échappe à cette chaîne en étant pris en charge directement en ville, ce qui nécessite des solutions adaptées pour respecter les obligations réglementaires.

La DO, outil exigeant et indispensable, doit mieux intégrer les professionnels impliqués – médecins, techniciens d'études cliniques (TEC) des COREVIH – et s'appuyer sur des délégations formalisées, prévues par les textes mais encore incomplètement mises en œuvre. Des contrôles de qualité réguliers tout au long de la chaîne sont indispensables pour garantir la complétude et la fiabilité des informations. Enfin, un dialogue renforcé entre Santé publique France et les acteurs locaux de la DO permettrait d'en faire un véritable instrument partagé de santé publique, au service de stratégies adaptées et efficaces.

Retrouvez ce texte en intégralité avec les références sur reactup.fr

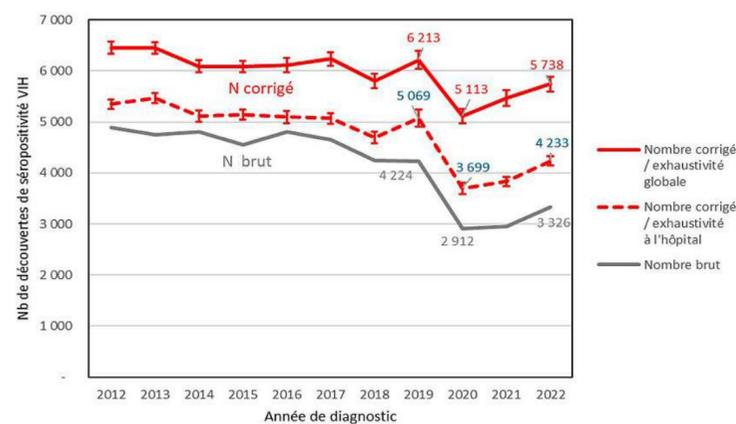


figure 1

