

Dépistage du VIH : nouvelles expérimentations, données de surveillance et impact de la Covid

// HIV testing: new experiments, surveillance data and the impact of COVID

Coordination scientifique // Scientific coordination

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

Et pour le Comité de rédaction du BEH : Isabelle Gremy, ORS Île-de-France, Institut Paris-Region, Paris, Hélène Therre, Alexia Peyronnet, Nathalie Jourdan-Da Silva, Santé publique France, Saint-Maurice

> SOMMAIRE // Contents

ARTICLE // Article

« Au labo sans ordo » : une expérimentation pour étendre l'offre de dépistage du VIH à Paris et dans les Alpes-Maritimes. Résultats intermédiaires à 6 mois, juillet-décembre 2019
// ALSO-HIV: Extending a free HIV testing supply to walk-in medical labs in Paris and the Alpes-Maritimes. 6-month interim results, July-December 2019.....p. 650

France Lert et coll.

Vers Paris sans sida, Paris

ARTICLE // Article

Profils des usagers du programme « Au labo sans ordo », dépistage du VIH sans ordonnance et sans frais en laboratoire de biologie médicale
// Profiles of the ALSO program users, a free HIV testing supply in walk-in medical labs in France.....p. 657

Karen Champenois et coll.

IAME, UMR 1137, Inserm, Université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité, Paris

ARTICLE // Article

Impact perçu de l'épidémie de Covid-19 des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en France. Enquête ERAS Covid-19, 30 juin-15 juillet 2020
// Perceived impact of the COVID-19 pandemic on men who have sex with men in France. ERAS Covid-19 survey, 30 June-15 July 2020p. 666

Annie Velter et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice

ARTICLE // Article

Dépistage et diagnostic du VIH, des hépatites B et C et des IST bactériennes en CeGIDD en 2018 : données individuelles de la surveillance SurCeGIDD
// Testing and diagnosis of HIV, hepatitis B and C, and bacterial STI in French STI clinics (CeGIDD) in 2018: Individual data from SurCeGIDD surveillancep. 673

Ndeindo Ndeikoundam Ngangro et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice

FOCUS // Focus

Dépistage du VIH : état des lieux en 2019 et sur les sept premiers mois de l'année 2020
// Focus on HIV testing in 2019 and on the first seven months of 2020p. 685

Françoise Cazein et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice

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'oeuvre. 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 à la directrice générale de Santé publique France
Rédactrice en chef : Valérie Colombani-Cocuron, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr
Rédactrices en chef adjointes : Frédérique Biton-Debernardi et Jocelyne Rajnchapel-Messiaï
Secrétariat de rédaction : Marie-Martine Khamassi, Farida Mihoub
Comité de rédaction : Raphaël Andler, Santé publique France; Thierry Blanchon, Iplesp; Florence Bodeau-Livinec, EHESP; Bertrand Gagnière, Santé publique France - Bretagne; Isabelle Grémy, ORS Île-de-France; Anne Guinard/Damien Mouly, Santé publique France - 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

« AU LABO SANS ORDO » : UNE EXPÉRIMENTATION POUR ÉTENDRE L'OFFRE DE DÉPISTAGE DU VIH À PARIS ET DANS LES ALPES-MARITIMES. RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES À 6 MOIS, JUILLET-DÉCEMBRE 2019

// ALSO-HIV: EXTENDING A FREE HIV TESTING SUPPLY TO WALK-IN MEDICAL LABS IN PARIS AND THE ALPES-MARITIMES. 6-MONTH INTERIM RESULTS, JULY-DECEMBER 2019

France Lert¹ (presidence@parissanssida.fr), Philippe Bouvet de la Maisonneuve², Pamela Ngoh¹, Irit Tuitou², Julie Valbousquet², Erwan Le Hô³, Nathalie Lydié⁴, Karen Champenois⁵, Eve Plenel¹, Pascal Pugliese² et le Groupe ALSO*

¹ Vers Paris sans sida, Paris

² Service des maladies infectieuses – Corevih Paca-Est, CHU Nice

³ Objectif sida zéro, Nice

⁴ Santé publique France, Saint-Maurice

⁵ IAME, UMR 1137, Inserm, Université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité, Paris

* Le Groupe ALSO (« Au labo sans ordo ») : Laurence Dauffy, Laurence Dumondin et les équipes de l'Assurance maladie de Paris, Gwenaëlle Tasset et les équipes de l'Assurance maladie des Alpes-Maritimes, Anne-Claire Haye, Gérard Ughetto et les équipes du Service médical de l'Assurance maladie, Florence Orsini, Saïd Oumeddour et la sous-direction de prévention et promotion de la santé de l'Assurance maladie, Jean-Claude Azoulay et l'URPS Biologie Île-de-France (IDF), Boris Loquet, Jean-Marc Dubertrand et l'URPS Biologie Paca, les présidents et présidentes, ainsi que les techniciens et techniciennes d'études cliniques des Corevih Paca-Est, IDF Sud, IDF Nord, IDF Centre et IDF Ouest, Christophe Caissotti (Corevih Paca-Est), Frédéric Goyet, Corinne Chouraqui (Agence régionale de santé Île-de-France), Anne Souyris (Ville de Paris).

Soumis le 15.07.2020 // Date of submission: 07.15.2020

Résumé // Abstract

Le dépistage est le maillon faible de la cascade du VIH en France. Malgré de nouvelles recommandations et une diversification de l'offre, l'accroissement du volume de tests ne suffit pas à réduire rapidement le délai entre infection et diagnostic.

Depuis le 1^{er} juillet 2019, le programme « Au labo sans ordo » (ALSO) propose un dépistage du VIH sans ordonnance et sans frais dans tous les laboratoires de biologie médicale de ville de Paris et des Alpes-Maritimes. Son objectif est d'améliorer l'accessibilité du test en complément des offres existantes. L'expérimentation est adossée à un dispositif d'évaluation multidimensionnel. Cet article décrit sa mise en œuvre et les résultats des six premiers mois en termes de recours à l'offre et d'impact sur l'activité globale de dépistage du VIH dans les deux départements.

Pour le premier semestre, les tests ALSO représentent 8% de l'ensemble des tests faits en laboratoire : à Paris 15 583 tests ALSO pour 175 938 tests prescrits dans 157 laboratoires et, dans les Alpes-Maritimes, 4 853 tests ALSO pour 54 082 tests prescrits dans 106 laboratoires.

La comparaison entre le second semestre 2019 et le second semestre 2018 indique une augmentation nette du volume de tests remboursés par l'Assurance maladie aux laboratoires. Les informations recueillies auprès des CeGIDD (Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic) n'indiquent pas de déplacement de leurs usagers vers ALSO. Les taux de tests ALSO positifs au VIH (3,0 et 2,3 pour 1 000 respectivement à Paris et dans les Alpes-Maritimes se situent entre ceux des tests prescrits (2,0 et 1,6 pour 1 000) et ceux des CeGIDD (5,7 et 5,4 pour 1 000).

Ces résultats intermédiaires encourageants ont conduit à prolonger l'expérimentation jusqu'à la fin de l'année 2020 compte tenu de la crise du Covid-19.

Testing is the main gap in the HIV continuum of care in France. Despite new guidelines and diversified HIV testing services, the total number of tests does not increase quickly enough to rapidly reduce the interval between infection and diagnosis.

Since July 1st, 2019, the ALSO program offers a free HIV testing solution, without prescription, in any walk-in medical laboratory in Paris and the Alpes-Maritimes. It aims at improving access to HIV testing in addition to existing offers. The experimentation is backed by a multidimensional evaluation system. This article describes its implementation and the results of the first semester in terms of use and impact on the overall HIV testing activity in both regions.

For the first six months of the experimentation, ALSO tests represent 8% of all the tests carried out in walk-in medical labs: in Paris 15,583 ALSO tests vs 175,938 prescription tests in 157 laboratories, in the Alpes-Maritimes 4,853 ALSO tests vs 54,082 prescription tests in 106 laboratories.

The comparison between the second half of 2019 and the second half of 2020 shows a net increase in the volume of tests reimbursed by the national health insurance system. The information collected from public sexually transmitted infection (STI) clinics does not indicate any movement of their users to ALSO. The HIV positivity rates among ALSO tests (3.0 and 2.3/1,000 tests) are between those of prescription tests (2.0 and 1.6/1,000 tests) and those of public STI clinics (5.7 and 5.4/1,000 tests).

Those encouraging interim results have led to the extension of the experiment until the end of 2020, in the Covid-19 crisis context.

Mots-clés : VIH, Dépistage, Laboratoire de biologie médicale, Expérimentation

// **Keywords:** HIV, Testing, Medical laboratory, Experiment

Introduction

Cet article porte sur le premier semestre de l'expérimentation « Au labo sans ordo » (ALSO) déployée à Paris et dans les Alpes-Maritimes dans le cadre des programmes visant la fin de la transmission du VIH en 2030 dans les conditions de la Déclaration de Paris du 1^{er} décembre 2014⁽¹⁾.

Les collectivités territoriales ont engagé un cycle de mobilisation contre l'épidémie d'infection à VIH fondé sur l'engagement des instances politiques élues, la reconnaissance du paradigme de la prévention diversifiée et l'adaptation de la riposte aux contextes locaux ainsi qu'aux besoins des populations et des minorités particulièrement touchées par le VIH. Deux plateformes ont été créées en 2016 pour porter ces programmes en lien étroit avec les acteurs locaux : « Vers Paris sans sida » (VPSS) et « Objectif sida zéro : Nice et les Alpes-Maritimes s'engagent ! » (OSZ).

Le dépistage est le pas d'entrée dans les soins et demeure en France, malgré les progrès en termes de recommandations et de diversification de l'offre, le maillon faible de la cascade du VIH. Au plan national, en 2016, on estimait que 86% des personnes séropositives étaient diagnostiquées⁽²⁾, mais la proportion de personnes diagnostiquées avec une infection avancée (<200 CD4/mL ou sida) était encore de 28% en 2018¹ et le délai entre infection et diagnostic médian était estimé pour la période 2014-2018 à 3,6 ans⁽³⁾.

La France dispose d'une offre de dépistage large et diversifiée² : les laboratoires de ville (76% des sérologies VIH et 36% des sérologies positives), les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD : 6 à 7% des tests et 10% des sérologies positives) et les interventions hors les murs par test rapide d'orientation diagnostique (TROD : 1% du total des tests et un taux de tests positifs de 8,4 pour 1 000). La mise sur le marché en septembre 2015 d'un autotest VIH sans ordonnance en pharmacie a contribué à compléter cette offre.

Le volume de sérologies VIH, évalué à 5,8 millions en 2018³, est insuffisant au regard des besoins et des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) d'un dépistage au moins une fois dans la vie, tous les trois mois pour les hommes qui ont des rapports avec les hommes (HSH) et les personnes transgenres, et tous les ans pour les autres populations les plus exposées, notamment les migrants originaires d'Afrique subsaharienne⁴. Dans les faits, seuls 53% des HSH ayant répondu à l'Enquête rapport au sexe (ERAS) menée par Santé publique France en février 2017 avaient réalisé un test au cours des 12 derniers mois (deux tests en médiane) et 17% déclaraient n'avoir jamais fait de test⁵. Du côté des populations originaires d'Afrique subsaharienne d'Île-de-France, lors de l'enquête AfroBaromètre 2016, parmi les 797 hommes prélevés, sur deux hommes trouvés positifs, plus d'un ne connaissait pas sa séropositivité⁶.

Pour réduire plus fortement le nombre de personnes séropositives ignorant leur statut et appliquer les recommandations de fréquence de dépistage, il est nécessaire d'augmenter la couverture en dépistage des populations clés (HSH et migrants) de 1,8 million de tests par an, si on considère un nombre de personnes non diagnostiquées estimé à 18 000 en 2016 et un taux de personnes positives au VIH de 1%⁶.

La capacité des dispositifs dédiés existants à absorber ce volume important de tests supplémentaires est limitée : les CeGIDD, comme les associations, font face à des contraintes structurelles, notamment budgétaires, qui ne leur permettent pas d'accroître beaucoup leur amplitude d'ouverture horaire ou le nombre de leurs interventions hors les murs ; quant aux médecins de ville, leur implication est importante mais une mobilisation accrue nécessiterait des mesures incitatives telles qu'elles existent dans le cadre de l'Assurance maladie : reconnaissance du dépistage comme ouvrant droit pour le praticien à une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), consultation de dépistage reconnue comme acte complexe avec une rémunération augmentée, ou encore reconnaissance comme acte fléché offrant la possibilité de proposer d'autres dépistages³.

Contexte épidémiologique, offre de dépistage et rationnel du programme ALSO

Le contexte épidémiologique et l'évaluation des capacités de dépistage à Paris et dans les Alpes-Maritimes ont conduit à proposer une offre complémentaire,

⁽¹⁾ https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20141201_Paris_Declaration_fr.pdf.

⁽²⁾ Marty L, Cazein F, Lot F, Costagliola D, Supervie V. Estimation des paramètres de l'épidémie VIH en 2016. Communication personnelle non publiée. 2018

⁽³⁾ Marty L, Sow A, Cazein F, Lot F, Costagliola D, Supervie V. Estimations incidence, délai, et infections non diagnostiquées. Communication personnelle non publiée. 2020.

basée sur une accessibilité accrue par la proximité, la simplicité et la gratuité : une sérologie VIH prise en charge à 100% par l'Assurance maladie sans prescription médicale dans les laboratoires de biologie médicale, le programme ALSO.

La proportion de nouveaux diagnostics pour 100 000 habitants est deux fois plus élevée à Paris que dans le reste de l'Île-de-France. À Paris, plus de 9 nouvelles infections sur 10 concernent des HSH et/ou des personnes nées à l'étranger². Le département des Alpes-Maritimes est le plus touché de la région Paca, et 70% des nouveaux diagnostiqués sont des HSH⁷. Les deux départements sont donc des aires géographiques dans lesquelles l'épidémie VIH est plus forte qu'ailleurs dans l'Hexagone et au sein même de leur région. Si le délai médian au diagnostic était plus bas à Paris que dans le reste du pays, avec une estimation pour les HSH de 2,1 ans (vs 2,7 au plan national), il ne différerait que très peu pour les populations nées en Afrique subsaharienne : 2,7 vs 2,8 pour les femmes et 3,8 vs 4,2 pour les hommes⁸.

D'après les estimations de la population non diagnostiquée dans les groupes les plus exposés (1 700 HSH et 1 200 hommes et femmes nés en Afrique subsaharienne) et sur la base d'un taux moyen de tests positifs de 1% (observé dans les opérations de dépistage communautaire), ce sont environ 300 000 tests supplémentaires à Paris et près de 60 000 dans les Alpes-Maritimes (estimés sur la base de la part de la population de 31% à 42% selon les groupes des 1 600 personnes non diagnostiquées dans la région Paca et d'un taux de découverte de 1%) qui devraient être réalisés parmi les HSH et les personnes nées à l'étranger pour réduire drastiquement les délais au diagnostic.

Paris dispose d'une offre de dépistage publique et gratuite importante (11 CeGIDD répartis sur 13 sites) et les Alpes-Maritimes de deux CeGIDD et trois antennes. Dans les deux départements, les associations communautaires interviennent pour offrir un dépistage rapide sur des sites ouverts ou fermés fréquentés par les populations clés. Dans les deux départements, l'offre de biologie médicale en ville est forte : 106 laboratoires dans les Alpes-Maritimes et 157 à Paris.

L'expérimentation, prévue initialement pour un an du 1^{er} juillet 2019 au 30 juin 2020, a été conçue pour être aisément pérennisée ou étendue à d'autres régions si elle s'avère efficace et pertinente : elle ne crée pas de dispositifs nouveaux et s'inscrit dans les pratiques usuelles des laboratoires pour ce qui a trait aux actes de prélèvement et d'analyse, aux pratiques de gestion des données et de rémunération des laboratoires, à la procédure existante pour les actes sans prescription et aux habitudes des usagers qui se présentent au guichet du laboratoire avec leur attestation de droits à la Sécurité sociale ou à l'AME. Le seul dispositif supplémentaire est le service dédié d'aide à l'orientation des personnes séropositives vers une prise en soin rapide, appelé « navigation » (cf. *infra*).

L'évaluation porte sur l'utilisation de l'offre ALSO, le volume d'activité, le profil des usagers, la capacité du dispositif à attirer des personnes séropositives et à les orienter vers le soin, et enfin sur une estimation de ses coûts afin de la comparer aux autres offres de dépistage. Le programme d'évaluation dans son ensemble doit permettre d'informer la décision publique sur la pertinence et les conditions de succès d'une éventuelle extension nationale. L'objectif de l'offre ALSO était d'augmenter de 15% sur 12 mois le volume des tests en laboratoire tel que rapportée par LaboVIH, soit 50 000 tests à Paris et 15 000 dans les Alpes-Maritimes, avec une estimation de 255 tests positifs à Paris et 42 dans les Alpes-Maritimes, estimation basée sur une moyenne non pondérée des taux de positivité en laboratoire et en CeGIDD en 2017.

Méthodes

La mise en place et le fonctionnement du programme

Dans sa gouvernance, ALSO est un projet partenarial associant deux caisses de Sécurité sociale, deux municipalités, deux départements, les Agences régionales de santé (ARS), les représentants des professionnels de la biologie médicale (Union régionale des professionnels de santé biologie) et les deux plateformes locales VPSS et OSZ.

L'offre ALSO a été mise en place dans les laboratoires en lien avec l'URPS de chaque département et les biologistes référents des groupements de laboratoires. Chaque laboratoire a reçu l'ensemble des procédures spécifiques à ALSO pour l'accueil des personnes, l'orientation selon leur situation en termes de couverture maladie, âge, résultat du test, relation souhaitée ou non avec le médecin traitant, ainsi que pour l'information à afficher dans les locaux et la gestion administrative des remboursements. Une formation au counseling assurée par le Corevih Paca-Est a été proposée aux biologistes volontaires dans les Alpes-Maritimes. Une ligne d'appel est également disponible pour répondre aux questions des biologistes.

La personne qui se présente dans un laboratoire pour faire un test dans le cadre de l'offre ALSO fait l'objet de la même prise en charge qu'un patient qui se présenterait pour un dépistage du VIH avec une prescription médicale. La génération par l'Assurance maladie d'un code prescripteur spécifique permet la facturation des tests au prix de la nomenclature. À Paris, à la demande de la Ville, l'ARS Île-de-France prend en charge le coût pour les personnes ne disposant pas de droits ouverts à l'Assurance maladie. Dans les Alpes-Maritimes, ces personnes sont réorientées vers les CeGIDD ou un centre de planification et d'éducation familiale (CPEF).

Au moment de son enregistrement, la personne indique si elle souhaite que son médecin traitant reçoive une copie des résultats. Un résultat négatif

est rendu selon les modalités ordinaires de chaque laboratoire, souvent désormais par un serveur de résultats. Dans ce cas, le compte rendu d'analyse comporte un texte sur les conditions de validité du test Elisa, les recommandations de répétition du test, et rappelle l'intérêt de la prophylaxie pré-exposition (PrEP), du traitement préventif d'urgence et de la protection par le préservatif. Quand le test est positif, la personne est appelée par le biologiste pour lui proposer de venir au laboratoire et l'annonce de séropositivité est faite en face à face, en lien ou non avec le médecin traitant selon le choix du patient. Les biologistes ne disposant pas tous en routine d'un réseau de correspondants dans les services spécialisés VIH, un service de « navigation » a été créé pour une prise en soin rapide. Une plateforme téléphonique réservée à l'usage des biologistes leur permet de contacter des navigateurs, missionnés parmi les Attachés de recherche clinique et Techniciens d'études cliniques des Corevih Paca-Est et de quatre Corevih franciliens, pour organiser la prise d'un premier rendez-vous auprès d'un médecin référent pour le VIH dans un délai maximal de 48 heures. Ces navigateurs s'appuient sur un répertoire exhaustif des services spécialisés de la région et de leurs modalités de prise d'un premier rendez-vous pour une séropositivité nouvellement découverte. Le biologiste propose cette option et, si le patient l'accepte, l'offre de prise de rendez-vous. Puis le navigateur informe le patient des différents lieux possibles pour sa prise en charge, organise la première consultation selon ses préférences et s'assure du lien effectif au soin.

La promotion d'ALSO s'appuie sur une communication locale, continue, multi-support, adressée de façon différenciée aux diverses composantes des populations les plus exposées et à la population générale pour lancer l'offre puis assurer un bruit de fond. La communication a été axée sur la simplicité et l'accessibilité : « Sans frais, sans ordonnance, sans rendez-vous. Faire le dépistage du VIH n'a jamais été aussi facile ». Le plan média a associé de l'affichage grand-public et une communication ciblée *via* les réseaux sociaux et la presse communautaire pour les populations clés. En complément, un kit de communication composé d'affiches, vitrophanie et dépliants a été remis à chaque laboratoire pour une communication sur site incitant à faire un test à l'occasion d'autres examens. L'Assurance maladie des Alpes-Maritimes a diffusé directement l'information sur l'offre auprès des assurés et des médecins généralistes du département.

Mesure de l'activité

La mesure de l'activité repose sur plusieurs sources d'information. D'une part, les laboratoires déclarent, *via* une plateforme numérique dédiée, les nombres mensuels de tests ALSO, de tests prescrits, de tests non prescrits et payés par les personnes et les volumes de résultats positifs correspondants. D'autre part, sur la base du DCIR (Datamart de consommation inter-régime) qui agrège l'ensemble des données individuelles de consommation de

soins, l'Assurance maladie documente le nombre de tests remboursés par l'Assurance maladie, prescrits et ALSO. Cette statistique est établie en fonction de l'implantation géographique des laboratoires, quelle que soit la caisse d'affiliation et de domicile des assurés. Elle fournit aussi la répartition par âge, sexe, département de résidence, modalité d'affiliation (régime de base, couverture maladie universelle (CMU), aide médicale d'État (AME)). Pour l'Île-de-France, l'ARS communique en plus le nombre de tests payés aux laboratoires pour les non-assurés sociaux à mesure qu'ils adressent leurs factures à l'agence. Enfin, les nombres de tests VIH réalisés (Elisa et TROD) et de tests positifs sont collectés auprès des CeGIDD volontaires. Les données de l'Assurance maladie et des CeGIDD (pour Paris, 7 centres sur 11 ont participé) ont été documentées pour le deuxième semestre 2018 aux fins de comparaison.

Résultats des six premiers mois d'expérimentation

Volume et rythme du recours à ALSO

La participation des laboratoires à la documentation mensuelle de l'activité a été forte dans les deux départements : exhaustive dans les Alpes-Maritimes et selon les mois de 141 à 152 sur 157 à Paris (dont 138 avec une série complète). Les deux CeGIDD des Alpes-Maritimes et 7 des 11 CeGIDD parisiens ont rapporté leur activité.

Au total, 15 583 tests ALSO (incluant les tests pour les personnes non assurées) ont été réalisés à Paris et 4 853 dans les Alpes-Maritimes quand, dans le même temps, 175 938 et 54 082 tests étaient réalisés sur prescription dans chaque département respectivement. Les tests ALSO représentent la même proportion de l'ensemble des tests réalisés en laboratoire dans les deux départements : 8% (tableau 1) ; les tests payés moins de 1% (80 dans les Alpes-Maritimes et 1 372 à Paris).

Le niveau mensuel des tests ALSO a très peu varié au cours du semestre (autour de 2 600 à Paris et de 800 tests dans les Alpes-Maritimes), alors que les tests prescrits fluctuent, avec notamment une baisse en août puis en novembre et décembre dans les deux départements (figure 1).

Les bases DCIR arrêtées en février 2020 montrent des nombres de tests plus bas que ceux déclarés par les laboratoires, tant pour les tests prescrits que pour les tests ALSO. L'écart est particulièrement important à Paris, de l'ordre de 50 000 tests prescrits et de 3 000 tests ALSO (tableau 2). Ces différences peuvent résulter des délais de mise à jour des bases de l'Assurance maladie qui agrègent un grand nombre de caisses et de régimes différents au cours du temps. Diverses analyses sont en cours sur les délais de mise à jour et les méthodes d'extraction des données de l'Assurance maladie et au niveau des laboratoires pour comprendre ces différences.

Tableau 1

Nombre de tests ALSO, de tests prescrits et de tests en CeGIDD au 2^e semestre 2019, à Paris et dans les Alpes-Maritimes

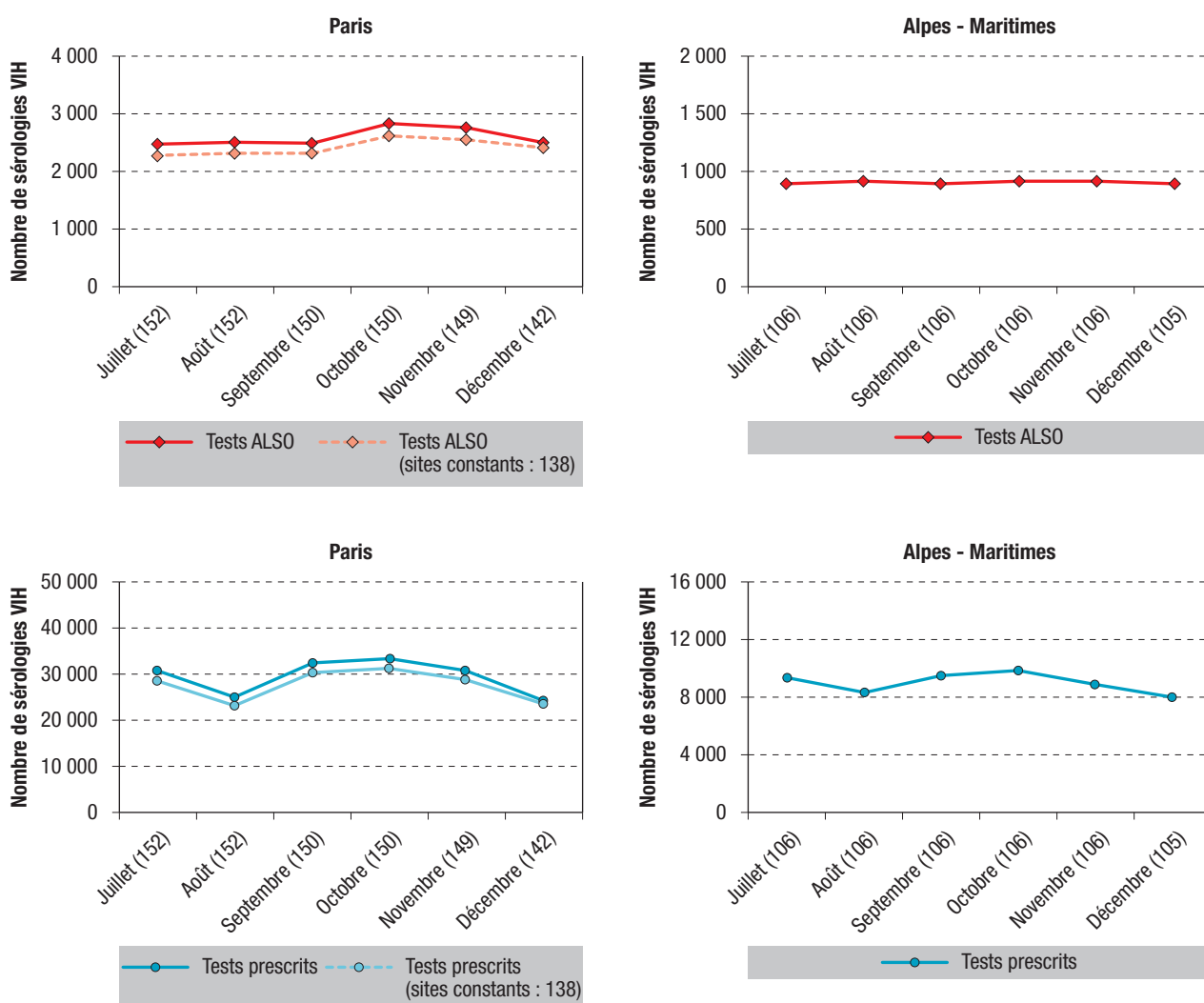
	Paris				Alpes Maritimes			
	Tests ALSO	Tests prescrits	Tests payés	CeGIDD participants	Tests ALSO	Tests prescrits	Tests payés	CeGIDD participants
Nombre de tests	15 583	175 938	1 412	18 736	4 853	54 082	80	2 235
Nombre de tests positifs	46	349	3	107	11	89	1	12
Taux de positivité pour 1 000 tests	3,0	2,0	2,1	5,7	2,3	1,6	12,5	5,4
p-value (/ALSO)	–	P<0,05	£	P<0,001	–	P=0,3	£	P=0,03

Source : activité déclarée par les laboratoires de biologie médicale et les CeGIDD participants.

£ Effectifs <5 pour les positifs dans tests payés ne permet pas de faire le test du chi2 ; CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et diagnostic du VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles.

Figure 1

Nombre mensuel de tests ALSO et de tests prescrits, à Paris et dans les Alpes-Maritimes, 2^e semestre 2019



Les valeurs entre parenthèses correspondent au nombre de laboratoires ayant transmis leurs données d'activité.

Comparaison entre le deuxième semestre 2019 et le deuxième semestre 2018

Au deuxième semestre 2019 par rapport à 2018, sur la base des données DCIR, le volume des tests prescrits a augmenté à Paris de 6,3% alors qu'une

baisse de 5% est observée parmi les tests prescrits dans les Alpes-Maritimes. La contribution d'ALSO amène une augmentation globale des tests réalisés en laboratoire de 16,8% à Paris et de 3,7% dans les Alpes-Maritimes (tableau 3).

Dans le même temps, l'activité de dépistage VIH est restée stable dans les sept CeGIDD parisiens participants, passant de 18 431 à 18 736, et a baissé de 14% dans les Alpes-Maritimes (de 2 598 à 2 235), un résultat en partie attribuable à la fermeture d'un CeGIDD pour déménagement.

Taux de séropositivité

Au deuxième semestre 2019, le nombre de tests ALSO positifs rapporté par les laboratoires a été de 46 à Paris et 11 dans les Alpes-Maritimes, de 349 et 89 parmi les tests prescrits, tandis que les CeGIDD en comptaient 107 et 12. Exprimés pour 1 000 tests, les taux de positivité étaient respectivement, à Paris et dans les Alpes-Maritimes, de 3,0 et 2,3 pour les tests ALSO, de 2,0 et 1,6 pour les tests prescrits et de 5,7 et 5,4 pour les tests en CeGIDD. Ces taux présentaient, à Paris, des différences significatives entre les offres, et seulement entre ALSO et CeGIDD dans les Alpes-Maritimes (tableau 1).

Discussion et conclusion

L'offre de dépistage ALSO a été utilisée d'emblée et de façon stable sur la période de six mois alors que le nombre de tests prescrits fluctuait, ce qui évoque une demande spontanée différente de celle qui passe par la prescription médicale. Cette nouvelle offre a contribué à une augmentation nette du dépistage du VIH en laboratoire dans les deux départements : de l'ordre de 20 000 tests à Paris (+16,8%) et 2 000 dans les Alpes-Maritimes (+3,7%). À Paris, cette augmentation est concomitante d'une augmentation du dépistage prescrit (+6,3%) et d'une stabilité du dépistage en CeGIDD, évolutions qui à ce stade ne vont pas dans le sens d'un phénomène

de substitution d'ALSO. Dans les Alpes-Maritimes, la baisse de la prescription (5%) et la diminution de l'activité des CeGIDD, due en partie à des causes matérielles, sont compensées par l'offre ALSO. Cependant, l'objectif des volumes de tests ALSO (fixé à 50 000 pour Paris et à 15 000 pour les Alpes-Maritimes en année pleine), ramené à un objectif semestriel, n'est atteint qu'à un peu plus de 60% (62% et 64% respectivement).

Dans chaque département, les taux de positivité au VIH des tests ALSO se situent entre les taux des tests prescrits et ceux des CeGIDD. Toutefois le nombre de tests positifs est inférieur à l'objectif fixé *a priori*, calculé sur la base de la moyenne entre le taux de positifs en laboratoires et en CeGIDD. La description des usagers ALSO, majoritairement hétérosexuels nés en France, qui n'étaient pas la cible prioritaire du programme ALSO, explique en partie ce résultat (voir l'article de K. Champenois et coll. dans ce numéro). Il est également possible que la taille de la population non diagnostiquée ait baissé par rapport au moment de l'élaboration du programme⁹. La description des personnes positives dépistées par ALSO sera établie à l'issue de l'évaluation quand l'information sur les caractéristiques cliniques et biologiques aura été collectée auprès des cliniciens. Une étude des cas de séropositivité est également en cours auprès des laboratoires pour identifier les nouvelles découvertes sur la base du dossier patient, et ainsi comparer les taux de découvertes de séropositivité entre dépistage prescrit et dépistage ALSO.

Un des effets envisagés était que l'offre ALSO produise un déplacement des usagers du dépistage des offres existantes (CeGIDD et dépistage sur prescription) vers l'offre ALSO, plus proche et plus simple d'accès, réduisant ainsi l'effet attendu d'accroissement du dépistage. À Paris, l'augmentation du dépistage prescrit et la stabilité des tests en CeGIDD n'étaient pas cette hypothèse. Les deux études auprès des usagers, la première en novembre 2019 et la seconde prévue en novembre 2020, à la suite de la prolongation de l'expérimentation, apporteront un éclairage sur l'évolution des profils d'usagers au cours du temps et les modalités d'utilisation du dispositif de dépistage (voir l'article de K. Champenois et coll. dans ce numéro).

Tableau 2

Nombre de tests ALSO et de tests prescrits réalisés dans les laboratoires situés à Paris et dans les Alpes-Maritimes au 2^e semestre 2019

	Paris	Alpes-Maritimes
Tests ALSO	12 476	4 652
Tests prescrits	126 475	50 435

Source Datamart de consommation inter-régime (DCIR).

Tableau 3

Évolution du dépistage au 2^e semestre 2019 par rapport au 2^e semestre 2018, à Paris et dans les Alpes-Maritimes. Source Datamart de consommation inter-régime (DCIR)

	Paris		Alpes-Maritimes	
	Nombre de tests	% Évolution par rapport aux tests prescrits en 2018	Nombre de tests	% Évolution par rapport aux tests prescrits en 2018
Référence 2 ^e semestre 2018 Tests prescrits	118 925	ref.	53 106	ref.
Semestre 2 - 2019 Tests prescrits	126 475	+6,3%	50 435	-5,0%
Semestre 2 - 2019 Ensemble des tests prescrits et tests ALSO	138 951	+16,8%	55 087	+3,7%

En conclusion, l'offre ALSO a trouvé d'emblée son public, avec un volume mensuel de tests constant au cours du premier semestre. L'augmentation nette du dépistage en laboratoire et la stabilité de l'activité en CeGIDD ne soutiennent pas l'existence d'un phénomène de substitution entre les offres. La baisse des tests prescrits entre 2018 et 2019 dans les Alpes-Maritimes sera étudiée à partir des informations du DCIR.

Ces premiers résultats sont encourageants quant à l'intérêt de compléter le dispositif de dépistage. Ce succès tient au partenariat entre les institutions, très étroit dans chaque département, à travers un comité de pilotage commun.

En raison de la crise sanitaire du Covid-19, nous ne disposons pas pour le 1^{er} semestre 2020 de résultats sur la performance du programme ALSO dans la durée. C'est pourquoi l'Assurance maladie a accepté, à la demande des partenaires, de reconduire l'expérimentation et son dispositif d'évaluation jusqu'en décembre 2020. Cette prolongation sera d'autant plus utile que la crise a fortement impacté l'offre de dépistage et le volume des tests avec une baisse d'environ 400 000 tests entre le 1^{er} janvier et le 17 mai 2020 (source Epi-Phare). L'ensemble des informations collectées permettra ainsi d'évaluer comment se redresse le pilier majeur de la prévention combinée qu'est le dépistage. ■

Remerciements

Les coûts de l'expérimentation sont supportés par les partenaires, les tests par l'Assurance maladie, la communication par les collectivités territoriales partenaires, les plateformes OSZ et VPSS et l'ARS Paca, la recherche évaluative par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS), Santé publique France et les ARS Île-de-France et Paca. Nous remercions les médecins et pharmaciens biologistes pour leur implication dans l'expérimentation ALSO et son évaluation.

Liens d'intérêt

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

Références

[1] 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 Epidemiol Hebd.* 2019;(31-32):615-24. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/31-32/2019_31-32_1.html

[2] Cazein F, Le Strat Y, Sarr A, Ramus C, Bouche N, Comboroure JC, *et al.* Dépistage de l'infection par le VIH en France. *Bull Epidemiol Hebd.* 2017;(29-30):601-8. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/29-30/2017_29-30_2.html

[3] Santé publique France. Surveillance de l'infection à VIH (dépistage et déclaration obligatoire), 2010-2017. *Bulletin de santé publique-Édition nationale.* Mars 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>

[4] 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

[5] Velter A, Duchesne L, Lydié N. Pourquoi l'épidémie du VIH se poursuit-elle parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) en France ? AFRAVIH – 9^e Conférence internationale francophone VIH/hépatites; 4-7 avril 2018, Bordeaux, France.

[6] Afrique Avenir. Rapport d'activité 2017. Programme ZAC (Prévention sida, IST et hépatites auprès des populations d'origine africaine et caribéenne en France). Paris: Afrique Avenir; 2018. <https://www.afriqueavenir.fr/wp-content/uploads/2019/02/RA-AFRIQUE-AVENIR-2017.pdf>

[7] Santé publique France. Cire Provence-Alpes-Côte d'Azur Corse. Bulletin de veille sanitaire VIH-Sida, n° 25, décembre 2017. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/provence-alpes-cote-d-azur-et-corse/documents/bulletin-regional/2017/bulletin-de-veille-sanitaire-paca-corse-n-25-decembre-2017>

[8] 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 diagnosis to improve prevention and care: Estimates for France. *J Int AIDS Soc.* 2018;21(3):e25100.

[9] Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS). Epidémiologie de l'infection VIH en France – 2013-2018. Tendances et contribution de la prévention combinée (dépistage, traitement antirétroviral des PVVIH, prévention par le préservatif et la PrEP). Paris: ANRS; 2020. <http://www.anrs.fr/sites/default/files/2020-07/epidemiologie-infection-vih-france-2013-2018.pdf>

Citer cet article

Lert F, Bouvet de la Maisonneuve P, Ngho P, Touitou I, Valbousquet J, Le Hô E *et al.*; le Groupe ALSO. « Au labo sans ordo » : une expérimentation pour étendre l'offre de dépistage du VIH à Paris et dans les Alpes-Maritimes. Résultats intermédiaires à 6 mois, juillet-décembre 2019. *Bull Epidemiol Hebd.* 2020(33-34):650-6. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/33-34/2020_33-34_1.html

PROFILS DES USAGERS DU PROGRAMME « AU LABO SANS ORDO », DÉPISTAGE DU VIH SANS ORDONNANCE ET SANS FRAIS EN LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

// PROFILES OF THE ALSO PROGRAM USERS, A FREE HIV TESTING SUPPLY IN WALK-IN MEDICAL LABS IN FRANCE

Karen Champenois¹ (karen.champenois@inserm.fr), Margot Annequin², Pamela Ngho², Irit Touitou³, France Lert², Philippe Bouvet de la Maisonneuve³, Julie Valbousquet³, Erwan Le Hô⁴, Nathalie Lydié⁵, Eve Plenel², Pascal Pugliese³ et le Groupe ALSO*

¹ IAME, UMR 1137, Inserm, Université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité, Paris

² Vers Paris sans sida, Paris

³ Service des maladies infectieuses – Corevih Paca-Est, CHU Nice

⁴ Objectif sida zéro, Nice

⁵ Santé publique France, Saint-Maurice

* Le Groupe ALSO (« Au labo sans ordo ») : Laurence Dauffy, Laurence Dumondin et les équipes de l'Assurance maladie de Paris, Gwenaëlle Tasset et les équipes de l'Assurance maladie des Alpes-Maritimes, Anne-Claire Haye, Gérard Ughetto et les équipes du Service médical de l'Assurance maladie, Florence Orsini, Said Oumeddour et la sous-direction de prévention et promotion de la santé de l'Assurance maladie, Jean-Claude Azoulay et l'URPS Biologie Île-de-France (IDF), Boris Loquet, Jean-Marc Dubertrand et l'URPS Biologie Paca, les présidents et présidentes, ainsi que les techniciens et techniciennes d'études cliniques des Corevih Paca-Est, IDF Sud, IDF Nord, IDF Centre et IDF Ouest, Christophe Caissotti (Corevih Paca-Est), Frédéric Goyet, Corinne Chouraqui (Agence régionale de santé Île-de-France), Anne Souyris (Ville de Paris).

Soumis le 16.07.2020 // Date of submission: 07.16.2020

Résumé // Abstract

Introduction – Depuis le 1^{er} juillet 2019, le programme « Au labo sans ordo » (ALSO) offre, à Paris et dans les Alpes-Maritimes, un dépistage du VIH sans ordonnance et sans frais dans tous les laboratoires de biologie médicale de ville. Cet article décrit les usagers du programme ALSO et compare leurs caractéristiques à celles des personnes qui ont recours au dépistage du VIH en laboratoire sur prescription médicale ou en CeGIDD.

Méthodes – Une étude transversale a été menée la semaine du 18 au 23 novembre 2019 dans 240 laboratoires et 11 CeGIDD, dans les deux départements. Un autoquestionnaire anonyme était proposé par le personnel d'accueil aux personnes majeures qui réalisaient un test VIH. Deux modèles de régression logistique ont permis de comparer les usagers ALSO aux personnes avec (1) un test prescrit ; (2) un dépistage en CeGIDD.

Résultats – L'analyse portait sur 3 144 questionnaires (295 usagers ALSO, 2 138 personnes avec un test prescrit et 711 usagers des CeGIDD). Comparativement aux personnes avec un test prescrit, ALSO attirait davantage d'hommes hétérosexuels (42% vs 28%), bien insérés socialement mais assez éloignés du soin (32% vs 21% consultaient ≤ 1 fois/an), multipartenaires (60% vs 49%). Les CeGIDD touchaient une population plus jeune (42% vs 21% <25 ans) et plus exposée au VIH : 24% étaient HSH (vs 15%), 79% multipartenaires et 53% (vs 19%) présentaient ≥ 1 indicateur d'exposition.

Conclusion – Le programme ALSO, décrit par les usagers comme pratique et accessible, attire une population distincte des autres offres, notamment davantage d'hommes hétérosexuels souvent moins atteints par les actions de dépistage.

Introduction – Since July 1st, 2019, the “Au labo sans ordo” (ALSO) program offers a free HIV testing solution, without prescription, in any walk-in medical laboratory in Paris and the Alpes-Maritimes. This article describes the ALSO program users' profile and compares their characteristics to those of the persons who get tested for HIV in labs with a prescription or in public STI clinics.

Methods – A cross-sectional survey was conducted on the week of November 18-23, 2019 in 240 medical laboratories and 11 public STI clinics in both regions. An anonymous self-administered questionnaire was proposed to every adult who got tested for HIV. Two logistic regression models were used to compare ALSO users to (1) prescription test users and (2) STI clinics clients.

Results – 3,144 questionnaires were analyzed (295 ALSO users, 2,138 prescriptions test users and 711 STI clinics clients). Compared to people with a prescribed test, ALSO attracted more heterosexual men (42% vs 28%), better established socially but quite far from care (32% vs 21% see a doctor \leq once a year), with multiple sexual partners (60% vs 49%). Public STI clinics attracted a younger population (42% vs 21% <25 years old), more exposed to HIV: 24% were MSM (vs 15%), 79% had multiple partners and 53% (vs 19%) had more than one exposure indicator.

Conclusion – The ALSO program, described by its users as practical and accessible, attracts a population that differs from other testing offers, notably more heterosexual men who are often less reached by screening programs.

Mots-clés : VIH, Dépistage, Laboratoire de biologie médicale, CeGIDD

// **Keywords**: HIV, Testing, Medical laboratory, Public STI clinic

Introduction

Les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) en matière de dépistage du VIH insistent à la fois sur le dépistage de toute la population au moins une fois dans la vie et sur le dépistage répété des populations clés, jusqu'à un dépistage trimestriel des hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes (HSH)¹. Ces dix dernières années, des innovations importantes ont permis d'élargir l'offre de dépistage, comme le dépistage communautaire et les autotests. Les TROD (tests rapides d'orientation diagnostique) ont permis aux associations d'aller vers les populations les plus exposées au VIH. Bien qu'il reste marginal en nombre de tests réalisés, ce type d'actions s'est montré efficace pour identifier les personnes séropositives^{2,3}. Malgré cela, la proportion de personnes vivant avec le VIH non diagnostiqué diminue peu^{4,5}. Alors que le nombre annuel de sérologies augmente jusqu'à atteindre 5,8 millions en 2018, le nombre de découvertes de séropositivité reste stable autour de 6 000 chaque année⁶.

Le dépistage, clé de voute du soin et de la prévention, doit donc encore être intensifié. Les motifs donnés par les personnes qui utilisent l'autotest pour se dépister⁷ ou encore les points forts de centres comme *Dean Street Express* à Londres⁸ sont la praticité, l'accessibilité et la rapidité. Il est nécessaire, tout en continuant à innover, de faciliter l'accès au dépistage de proximité, sans rendez-vous et sur des plages horaires larges. C'est l'objectif du programme « Au labo sans ordo » (ALSO). À Paris et dans les Alpes-Maritimes, il s'agit de proposer un dépistage du VIH sans ordonnance et sans frais dans tous les laboratoires de biologie médicale de ville (voir l'article de F. Lert et coll. dans ce numéro du BEH). Cette expérimentation, qui a débuté le 1^{er} juillet 2019, initialement pour un an, est évaluée en termes de fréquentation, de capacité à détecter et orienter les personnes recevant un résultat positif pour le VIH et d'acceptabilité pour les personnels des laboratoires à proposer cette nouvelle offre de dépistage.

L'objectif de cet article est de décrire les personnes qui ont utilisé le programme ALSO pour leur dépistage du VIH et de comparer leurs caractéristiques à celles des personnes qui ont eu recours au dépistage du VIH en laboratoires sur prescription médicale ou en CeGIDD (Centre gratuit d'information, de dépistage et diagnostic du VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles).

Méthodes

Il s'agit d'une étude transversale, menée la même semaine dans toutes les structures participantes, du 18 au 23 novembre 2019, soit environ cinq mois après le lancement du programme ALSO. Deux cent quarante laboratoires ont effectivement participé (134/157 à Paris et 106/106 dans les Alpes-Maritimes) et 11 CeGIDD (9/11 à Paris et 2/2 dans les Alpes-Maritimes).

Un auto-questionnaire papier succinct et anonyme était proposé par le personnel d'accueil à toutes les personnes majeures qui réalisaient, durant cette semaine d'étude, un test de dépistage du VIH du programme ALSO, prescrit sur ordonnance ou dans le cadre du CeGIDD. Les personnes qui acceptaient de participer remplissaient l'auto-questionnaire dans la salle d'attente et le glissaient ensuite dans une urne opaque.

Les questions à choix multiples portaient sur le profil sociodémographique, la santé en général et le dépistage du VIH en particulier, ainsi que sur les profils d'exposition au VIH. La catégorisation femme, homme hétérosexuel, homme homosexuel ou bisexuel (HSH) a été construite en croisant le genre et la pratique sexuelle sur les cinq dernières années.

L'étude était anonyme et conforme à la méthodologie de référence 004 de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil, MR 0614181119). Les participants ont reçu une note d'information écrite. Le fait de remplir le questionnaire et de le mettre dans l'urne valait accord de participation. Le résultat du test de dépistage n'était pas mis en correspondance du questionnaire rempli.

Des méthodes descriptives ont été utilisées pour caractériser les usagers de chaque offre. Les usagers ALSO ont été comparés à ceux des tests prescrits dans une première analyse, puis à ceux des CeGIDD dans une seconde analyse. Des modèles de régression logistique multivariés, ajustés notamment sur le département, l'âge et les facteurs d'exposition sexuelle au VIH ont été réalisés afin d'identifier les variables associées à chaque offre de dépistage. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel Stata[®] 14.2.

Résultats

Sur la semaine de l'étude, 3 812 questionnaires ont été recueillis, 3 078 en laboratoires (2 190 à Paris et 888 dans les Alpes-Maritimes) et 734 en CeGIDD (654 à Paris et 80 dans les Alpes-Maritimes). Parmi eux, 62 questionnaires ont été exclus car plus de 50% des données étaient manquantes (N=3 750). Parmi les questionnaires recueillis en laboratoires, l'information ALSO / test prescrit, remplie par le personnel d'accueil, était manquante dans 57% des cas. Grâce à une question sur le contexte du dépistage réalisé le jour de l'enquête, 710 questionnaires ont pu être reclassés ; les 606 autres ont été exclus de l'analyse (16%). La proportion d'exclus était plus importante dans les laboratoires parisiens que dans les Alpes-Maritimes (21% *versus* 15%, $p < 0,001$). Par rapport aux participants des laboratoires inclus dans l'analyse, les 606 participants exclus étaient plus souvent des hommes hétérosexuels (35% *versus* 30%, $p = 0,04$) que des femmes et étaient plus âgés (32% *versus* 21% avaient ≥ 45 ans, $p < 0,0001$). Ils n'étaient pas différents sur les autres variables.

L'analyse a porté sur 3 144 questionnaires dont 295 usagers ALSO, 2 138 personnes avec un test du VIH sur prescription médicale et 711 usagers des

CeGIDD. Leurs caractéristiques sont détaillées dans le tableau 1. Les différences présentées ci-dessous sont toutes significatives en analyse univariée.

L'offre ALSO a attiré des personnes de tout âge (âge médian 32 ans, écart interquartile, IQR=25-43),

d'un niveau socioéconomique élevé (70% avaient un niveau d'éducation universitaire et 70% un emploi) et davantage d'hommes hétérosexuels (42%) que les deux autres offres. Comparativement, les personnes avec des tests prescrits étaient plus souvent des femmes (57% *versus* 42% des usagers ALSO). Les CeGIDD

Tableau 1

Caractéristiques des personnes dépistées pour le VIH dans le programme ALSO, au laboratoire avec une prescription médicale (TP) et en CeGIDD, la semaine d'étude du 18 au 23 novembre 2019

	VIHtest vs TP	TP		VIHtest		CeGIDD		VIHtest vs CeGIDD
	p (Chi2)	%	n	%	n	%	n	p (Chi2)
Total		100	2 138	100	295	100	711	
Groupe	<0,0001							0,01
Femme*		57,0	1 219	41,7	123	39,7	282	
Homme hétérosexuel		28,4	607	42,3	125	35,0	249	
HSH		14,2	304	15,3	45	24,3	173	
Données manquantes		0,4	8	0,7	2	1,0	7	
Âge	0,57							<0,0001
18-24ans		17,9	382	20,7	61	42,2	300	
25-30ans		25,0	535	24,1	71	26,9	191	
31-41ans		30,7	656	26,8	79	18,7	133	
≥42 ans		25,5	546	27,4	81	11,5	82	
Données manquantes		0,9	19	1,0	3	0,7	5	
Âge médian [IQR]		32	[27-42]	32	[25-43]	26	[22-32]	
Pays de naissance	0,18							0,04
France métropolitaine		82,3	1 759	78,6	232	71,6	509	
DOM-TOM		1,9	40	3,4	10	2,5	18	
Étranger		15,6	334	18,0	53	25,5	181	
Données manquantes		0,2	5	0	0	0,4	3	
Délai depuis l'arrivée en France, médiane [IQR]		12	[5-26]	9	[4-25]	4	[1-14]	
Situation professionnelle	0,17							<0,0001
Emploi		72,2	1 543	70,2	207	47,7	339	
Chômage		7,4	159	9,2	27	12,5	89	
Étudiant		11,0	236	14,2	42	31,9	227	
Autre inactif		6,6	141	5,1	15	3,9	28	
Données manquantes		2,8	59	1,4	4	3,9	28	
Niveau d'éducation	0,04							0,02
Inférieur au bac		9,0	192	12,9	38	7,6	54	
Baccalauréat		14,4	308	15,3	45	21,0	149	
Bac +2		13,4	286	15,9	47	12,7	90	
Bac +3		61,9	1 323	53,6	158	56,4	401	
Données manquantes		1,4	29	2,4	7	2,4	17	
Département du dépistage	0,38							<0,0001
Paris		70,0	1 496	67,5	199	89,2	634	
Alpes-Maritimes		30,0	642	32,5	96	10,8	77	
Département de résidence	0,02							<0,0001
Département du test		76,0	1 625	70,5	208	53,0	377	
Départements régionaux		13,7	292	18,6	55	32,8	233	
Autres régions		7,7	164	6,4	19	8,6	61	
Étranger		1,0	21	2,7	8	2,1	15	
Données manquantes		1,7	36	1,7	5	3,5	25	



Tableau 1 (suite)

	VIHtest vs TP	TP		VIHtest		CeGIDD		VIHtest vs CeGIDD
	p (Chi2)	%	n	%	n	%	n	p (Chi2)
Test VIH uniquement	<0,0001							<0,0001
Oui		2,1	45	56,3	166	20,5	146	
Non, avec d'autres examens biologiques		95,1	2 034	37,3	110	73,2	520	
Données manquantes		2,8	59	6,4	19	6,3	45	
Antécédent de dépistage du VIH, vie	0,53							0,06
Oui, une fois		25,4	543	25,1	74	24,8	176	
Oui, plusieurs fois		58,9	1 259	55,9	165	49,1	349	
Non		14,5	310	17,3	51	24,9	177	
Données manquantes		1,2	26	1,7	5	1,3	9	
Antériorité du dépistage	0,38							<0,0001
<6 mois		20,3	435	16,6	49	24,3	173	
6 mois – 1 an		17,7	379	21,0	62	18,4	131	
1 an – 5 ans		33,8	722	32,9	97	24,2	172	
>5 ans		11,9	254	10,8	32	6,2	44	
Jamais testé		14,5	310	17,3	51	24,9	177	
Données manquantes		1,8	38	1,4	4	2,0	14	
Lieu du dernier dépistage **	<0,0001							<0,0001
En LBM sur prescription médicale		75,4	1 361	48,5	117	26,0	137	
En LBM sans ordonnance		6,6	120	26,1	63	10,1	53	
CeGIDD/Centre santé sexuelle		7,9	143	14,5	35	48,7	256	
À l'hôpital		4,0	72	4,1	10	6,1	32	
Dans un centre de planification familiale ou une PMI		1,4	26	0,4	1	2,1	11	
Auprès d'une association		0,7	13	0,8	2	1,7	9	
À domicile avec un autotest		0,6	10	0,8	2	1,9	10	
Données manquantes		3,3	60	4,6	11	3,4	18	
Partenaire principal	0,37							0,007
Non		29,5	631	33,9	100	45,9	326	
Oui		66,7	1 425	61,7	182	50,6	360	
Ne souhaite pas répondre / données manquantes		3,8	82	4,4	13	3,5	25	
Nombre de partenaires	<0,0001							<0,0001
0		4,4	95	4,7	14	1,3	9	
1		39,2	839	26,1	77	15	107	
2		12	257	13,2	39	17,4	124	
3		9,2	196	17,6	52	13,8	98	
4-9		16,3	348	18,3	54	27,1	193	
≥10		11,3	241	11,2	33	21,1	150	
Données manquantes		7,6	162	8,8	26	4,2	30	
Nombre de partenaires sexuels, 12 mois, médiane [IQR]		2	[1-4]	3	[1-5]	4	[2-8]	
Exposition au VIH, 5 dernières années								
Un ou des partenaires sexuels séropositifs pour le VIH	0,36	5,7	122	4,4	13	6,2	44	0,27
Des rapports sexuels avec plusieurs partenaires en même temps	0,82	13,7	293	13,2	39	23,2	165	<0,0001
Un ou des partenaires nés dans un pays où le VIH est fréquent	0,80	4,4	94	4,1	12	9,6	68	0,003



Tableau 1 (suite)

	VIHtest vs TP	TP		VIHtest		CeGIDD		VIHtest vs CeGIDD
	p (Chi2)	%	n	%	n	%	n	p (Chi2)
Une consultation pour obtenir un traitement post exposition	0,33	3,5	74	2,4	7	4,6	33	0,09
Pris des drogues par voie intraveineuse	0,26	0,4	9	0	0	0,7	5	0,15
Concerné par aucune de ces situations	0,43	74	1 583	71,9	212	59,9	426	<0,0001
Cumul d'expositions	0,03							<0,0001
0 exposition		81,1	1 733	80,7	238	66,9	476	
1 exposition		12,7	273	16,3	48	24,9	177	
≥2 expositions		6,2	132	3,1	9	8,2	58	
Crainte d'avoir été contaminé par le VIH								
Oui	0,001	29,2	624	39,0	115	47,1	335	0,008
Non		64,1	1 371	52,9	156	42,2	300	
Ne souhaite pas répondre / données manquantes		6,7	143	8,1	24	10,7	76	
Assurance maladie	0,01							<0,0001
Oui (régime général ou CMU)		90,9	1944	88,5	261	79	562	
Non (AME, non assuré, ne sait pas)		2,8	60	6,1	18	14,8	105	
Données manquantes		6,3	134	4,4	16	6,2	44	
Consultation médicale, 12 mois	<0,0001							0,47
0 fois		2,7	58	6,4	19	9,4	67	
1 fois		18,7	399	25,1	74	24,5	174	
≥1 fois		72,3	1 546	62,4	184	59,6	424	
Données manquantes		6,3	135	6,1	18	6,5	46	
Déclaration du médecin traitant	0,03							<0,0001
Non		7,1	151	11,5	34	22,4	159	
Oui		81,0	1 731	75,6	223	58,2	414	
Ne sait pas		5,2	112	6,8	20	13,4	95	
Données manquantes		6,7	144	6,1	18	6,0	43	
Renoncement aux soins	0,98							0,04
Non		81,2	1 736	80,7	238	73,1	520	
Oui		11,5	245	11,5	34	18,1	129	
Ne souhaite pas répondre / données manquantes		7,4	157	7,8	23	8,7	62	

* Femmes hétéro, homo et bi-sexuelles.

** Parmi les personnes qui ont déclaré avoir déjà réalisé un dépistage du VIH (Test prescrit, n=1805 ; VIHtest, n=241 ; CeGIDD, n=526).

TP : test prescrit ; HSH : hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes ; IQR : intervalle interquartile ; LBM : laboratoire de biologie médicale ; CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et diagnostic du VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles ; PMI : Protection maternelle et infantile ; CMU : Couverture maladie universelle ; AME : Aide médicale d'État.

ont attiré, quant à eux, des personnes plus jeunes (42% avaient moins de 24 ans *versus* 21% des usagers ALSO) et plus souvent étudiants (32% *versus* 14% des usagers ALSO), davantage d'HSH (24% *versus* 15% des usagers ALSO) et de personnes nées à l'étranger (26% avec un délai médian de 4 ans depuis l'arrivée en France *versus* 18% et 9 ans chez les usagers ALSO).

Concernant le dépistage du VIH réalisé le jour de l'enquête, 37% des personnes qui demandaient un test ALSO réalisaient aussi d'autres examens biologiques *versus* 95% des tests prescrits et 73%

des personnes en CeGIDD. Parmi les usagers ALSO, 17% réalisaient le premier dépistage du VIH de leur vie contre 25% des personnes en CeGIDD. Toute offre confondue, la proportion de primo-testants était moindre chez les HSH (5%) que chez les hommes hétérosexuels (22%) ou les femmes (18%). Parmi les personnes déjà testées au cours de leur vie, chez celles qui réalisaient un test ALSO ou un test prescrit, le dernier test était le plus souvent ancien contrairement aux personnes fréquentant un CeGIDD (54% et 52% respectivement avaient un dernier test datant de plus d'un an *versus* 41% en CeGIDD).

Les participants devaient choisir parmi une liste, la ou les raisons (3 maximum) pour lesquelles ils s'étaient rendus à cet endroit pour leur dépistage. Parmi les usagers ALSO, les 3 motifs les plus fréquents étaient : la proximité du lieu de résidence (64%), la praticité (sans rendez-vous, 31%) et la proximité du lieu de travail (24%). Parmi les tests prescrits, il s'agissait de la proximité du lieu de résidence (71%), de la praticité (20%) et de la compétence de l'équipe du laboratoire (18%). Enfin en CeGIDD, il s'agissait d'abord de la gratuité (63%), puis de la proximité du lieu de résidence (47%) et de la praticité (43%). L'anonymat a été coché par 29% des personnes en CeGIDD contre 9% des usagers ALSO et 1% des personnes avec un test prescrit. La majorité des participants habitait dans le département du lieu de dépistage, mais, à Paris, une part plus importante de participants résidait dans un autre département de la région (37% des usagers des CeGIDD, 25% des usagers ALSO et 19% des personnes avec un test prescrit).

Parmi les usagers ALSO, 6% n'avaient pas d'assurance maladie (Aide médicale d'État, sans couverture ou ne sait pas) ; ils étaient 3% parmi les tests prescrits et 15% parmi les usagers des CeGIDD. En outre, 75% des usagers ALSO déclaraient un médecin traitant contre 81% des personnes avec un test prescrit et 58% des participants en CeGIDD. De même, 32% des usagers ALSO n'avaient consulté qu'une fois ou moins un médecin dans les 12 mois précédents contre 21% des personnes avec un test prescrit et 34% des usagers des CeGIDD.

La quasi-totalité des participants avait eu au moins un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois. En médiane, les usagers ALSO avaient eu 3 partenaires [1-5], les personnes avec un test prescrit 2 [1-4] et les usagers des CeGIDD 4 [2-8]. Quelle que soit l'offre de dépistage, le multipartenariat était fréquent : 30% des participants avec un test ALSO, 28% avec un test prescrit et 48% avec un test en CeGIDD avaient 4 partenaires ou plus sur l'année. Les participants en CeGIDD avaient moins souvent un partenaire principal (51% *versus* 62% des tests ALSO et 67% des tests prescrits). Ils rapportaient également plus souvent des indicateurs d'exposition au VIH dans les cinq dernières années (partenaires VIH+ ou originaires d'un pays endémique, plusieurs partenaires en même temps ou avoir déjà eu recours au traitement post-exposition du VIH : 33% *versus* 19% des personnes avec un test ALSO et prescrit) et avaient craint d'avoir été infectés par le VIH au cours de leur vie (47% *versus* 39% des usagers ALSO et 29% des personnes avec un test prescrit).

Les odds ratios (OR) de l'analyse multivariée sont présentés dans le tableau 2. Comparativement aux tests prescrits, les caractéristiques indépendamment associées aux usagers ALSO étaient : être un homme hétérosexuel ou dans une moindre mesure HSH, avoir au moins 2 partenaires dans l'année (*versus* 0-1) mais moins souvent ≥ 2 indicateurs d'exposition au VIH (*versus* 0), avoir déjà craint d'être infecté par le VIH, ne pas avoir d'assurance maladie et consulter peu le médecin.

Par rapport aux usagers des CeGIDD, les personnes qui ont utilisé un test ALSO étaient plus âgées (≥ 30 ans), plus souvent en emploi, avaient moins de partenaires et moins d'indicateurs d'exposition au VIH et étaient plus souvent couvertes par l'assurance maladie.

Discussion

Cette étude menée une semaine donnée, à distance du démarrage du programme et de tout événement incitatif au dépistage (comme la journée mondiale du sida ou la campagne Sidaction) a montré que le dépistage du VIH ALSO attirait une population différente des personnes fréquentant les laboratoires avec une prescription médicale ou les CeGIDD. Comparativement aux personnes avec un test prescrit réalisé dans les mêmes laboratoires, ALSO attirait davantage d'hommes hétérosexuels, bien insérés socialement mais assez éloignés du soin dans le sens où ils consultaient peu souvent un médecin et avaient moins souvent déclaré un médecin traitant à l'Assurance maladie. Cette population, plus à risque d'être diagnostiquée tardivement pour le VIH, est le plus souvent peu atteinte par les autres offres de dépistage⁹⁻¹¹. Dans les laboratoires de l'étude, 95% des tests étaient prescrits dans le cadre de bilan de santé, en particulier les bilans prénataux chez les femmes trentenaires. Les CeGIDD, eux, touchaient une population plus jeune, plus étudiante, avec un niveau socioéconomique plus bas (emploi, assurance maladie) et une part plus importante de personnes issues des populations clés (HSH, personnes nées à l'étranger). En termes d'exposition au VIH, sur l'ensemble des offres, la proportion de personnes multipartenaires était importante (57% avaient plus de deux partenaires sur l'année et 13%, plus de 10), et plus élevée que dans les enquêtes en population générale¹². Ils étaient également nombreux à avoir déjà craint d'être infecté par le VIH montrant que ces offres, particulièrement les CeGIDD mais pas uniquement, attirent des personnes qui se perçoivent exposées au VIH.

Outre la question d'atteindre les personnes clés, il est intéressant de voir comment le programme ALSO s'inscrit dans le recours au dépistage. Dix-sept pour cent des usagers ALSO se dépistaient pour la première fois, ce qui est dans les mêmes proportions que le dépistage sur prescription et un peu moins que les CeGIDD qui touchaient une population plus jeune donc moins dépistée. En revanche, les personnes qui se dépistaient très régulièrement ne semblent pas avoir utilisé plus souvent un test ALSO (le dernier test datant de moins de six mois pour 17% des participants). Il est probable que les personnes qui se dépistent régulièrement aient des habitudes de dépistage qui n'évoluent pas rapidement vers une nouvelle offre. Une autre hypothèse est qu'une offre de dépistage du VIH isolément ne soit pas suffisante. Les personnes, notamment les HSH, qui se dépistent plusieurs fois par an, recherchent une offre complète de santé sexuelle comprenant le VIH et les IST¹³. Pour ces personnes, il serait intéressant

Tableau 2

Analyses multivariées comparant les caractéristiques des personnes réalisant un test ALSO à celles des personnes (1) avec un dépistage sur prescription médicale (N=2 428) ; (2) recourant au CeGIDD (N=1 003), la semaine d'étude du 18 au 23 novembre 2019

Groupe	1. ALSO vs test prescrit			2. ALSO vs CEGIDD		
	ORa	[IC95%]	p	ORa	[IC95%]	p
			p<0,0001			0,546
Femme	1,00			1,00		
Homme hétérosexuel	1,86	[1,39-2,49] ***		1,06	[0,74-1,52]	
HSH	1,53	[0,99-2,35]		0,75	[0,46-1,22]	
Manquant	2,19	[0,40-11,97]		0,70	[0,11-4,37]	
Âge			0,986			0,007
18-24 ans	1,00			1,00		
25-30 ans	1,02	[0,64-1,63]		1,58	[0,94-2,67]	
31-41 ans	1,00	[0,61-1,62]		1,87	[1,06-3,29] *	
42 ans et plus	1,10	[0,67-1,80]		3,14	[1,71-5,75] ***	
Manquant	1,16	[0,30-4,47]		1,94	[0,28-13,36]	
Situation professionnelle			0,287			0,008
Emploi	1,00			1,00		
Chômage	1,16	[0,73-1,84]		0,60	[0,35-1,02]	
Étudiant	1,28	[0,78-2,09]		0,55	[0,32-0,94] *	
Autre inactif	0,87	[0,48-1,59]		0,41	[0,18-0,91] *	
Manquant	0,34	[0,10-1,13]		0,25	[0,07-0,90] *	
Niveau d'études			0,136			0,626
Inférieur au bac	1,00			1,00		
Baccalauréat	0,77	[0,47-1,26]		0,67	[0,35-1,29]	
Bac+2	0,97	[0,59-1,59]		0,95	[0,49-1,84]	
Bac+3	0,70	[0,45-1,08]		0,91	[0,51-1,60]	
Manquant	1,73	[0,60-5,01]		1,28	[0,34-4,79]	
Pays de naissance			0,146			0,193
France métropolitaine	1,00			1,00		
DOM-TOM	1,85	[0,88-3,88]		0,94	[0,37-2,38]	
Étranger	1,24	[0,88-1,75]		0,68	[0,45-1,03]	
Département du dépistage			0,466			p<0,0001
Paris	1,00			1,00		
Alpes-Maritimes	1,12	[0,82-1,53]		3,43	[2,23-5,27] ***	
Lieu de résidence			0,022			0,016
Département du test	1,00			1,00		
Départements régionaux	1,56	[1,10-2,21] *		0,57	[0,39-0,84] **	
Autres régions	0,89	[0,54-1,49]		0,64	[0,34-1,22]	
Étranger	2,83	[1,14-6,98] *		1,55	[0,56-4,30]	
Manquant	0,87	[0,30-2,54]		0,38	[0,11-1,36]	
Exposition^s, 5 dernières années			0,020			0,001
0 exposition	1,00			1,00		
1 exposition	0,93	[0,64-1,37]		0,58	[0,38-0,90] *	
≥2 expositions	0,34	[0,16-0,73] **		0,26	[0,12-0,60] **	



Tableau 2 (suite)

	1. ALSO vs test prescrit			2. ALSO vs CEGIDD		
	ORa	[IC95%]	p	ORa	[IC95%]	p
Nombre de partenaires, 12 derniers mois			0,003			p<0,0001
0-1 partenaire	1,00			1,00		
≥2 partenaires	1,72	[1,26-2,34] ***		0,45	[0,30-0,67] ***	
Manquant	1,28	[0,76-2,16]		1,45	[0,72-2,93]	
Crainte d'avoir été contaminé par le VIH			0,007			0,043
Non	1,00			1,00		
Oui	1,61	[1,20-2,16] **		0,85	[0,60-1,21]	
Manquant	1,23	[0,73-2,07]		0,47	[0,26-0,85] *	
Antécédent du dépistage du VIH			0,444			0,125
Testé ≥1 fois dans la vie	1,00			1,00		
Jamais testé	1,19	[0,82-1,73]		0,67	[0,43-1,06]	
Manquant	1,71	[0,57-5,12]		3,40	[0,65-17,76]	
Assurance maladie			0,049			0,043
Oui	1,00			1,00		
Non (AME, non assuré, ne sait pas)	1,84	[1,03-3,28] *		0,47	[0,26-0,86] *	
Manquant	0,42	[0,10-1,74]		0,58	[0,13-2,55]	
Consultation médicale, 12 derniers mois			0,036			0,185
0 fois	1,90	[1,05-3,41] *		0,52	[0,27-0,97] *	
1 fois	1,39	[1,02-1,89] *		0,85	[0,58-1,24]	
≥1 fois	1,00			1,00		
Manquant	2,19	[0,56-8,60]		1,41	[0,34-5,90]	

* p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001.

§ Cumul des expositions possibles au VIH dans les cinq dernières années parmi : avoir un partenaire séropositif pour le VIH, avoir un partenaire issu d'un pays où la prévalence du VIH est élevée, avoir eu recours au traitement post-exposition du VIH, avoir plusieurs partenaires en même temps, consommer des drogues par injection.

Sont présentés les résultats des modèles de régression logistique multivariés (Odds ratio ajusté (ORa) et intervalle de confiance à 95% (IC95%)) pour les variables dont la p-valeur <0,20 dans l'une ou l'autre analyse. Les données manquantes ont été conservées dans une catégorie spécifique pour maximiser la puissance statistique.

CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et diagnostic du VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles ; HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes ; AME : Aide médicale d'État.

d'évaluer une offre ALSO comprenant VIH et IST, des kits d'auto-prélèvement pharyngé ou anal pouvant être mis à disposition dans les laboratoires.

Proximité et praticité étaient les motifs mis en avant pour avoir choisi un test ALSO, mettant ainsi en valeur son accessibilité. À Paris, le programme a attiré une proportion plus importante de personnes des départements limitrophes à ceux de l'expérimentation, montrant qu'il s'agit d'un point d'intérêt. Enfin, la différence observée entre les départements d'étude entre ALSO et CeGIDD, s'explique par le fait que l'offre en CeGIDD est moins développée dans les Alpes-Maritimes qu'à Paris, laissant d'autant plus de place pour une nouvelle offre dans ce département. Par ailleurs, 37% des personnes ayant réalisé un test ALSO déclaraient avoir réalisé d'autres examens biologiques le même jour suggérant un effet d'opportunité important.

La force de cette étude est d'avoir caractérisé les usagers de trois offres de dépistage la même semaine, une semaine ordinaire, et en plus d'évaluer le nouveau programme ALSO, de pouvoir

fournir des données inédites sur les usagers du dépistage sur prescription et des CeGIDD. Les usagers du dépistage sur prescription médicale sont très rarement décrits et les enquêtes sur les usagers des centres de dépistage sont anciennes¹⁴ ou incomplètes¹⁵. Pour des raisons de faisabilité, l'étude n'a pas été menée auprès des personnes dépistées par les associations. Les profils de ces personnes sont encore différents puisqu'elles sont ciblées, le plus souvent dans des actions de dépistage « en allant vers », pour leur vulnérabilité au VIH. L'étude présente cependant des limites. Lorsqu'on compare les participants à l'enquête aux données de l'Assurance maladie pour le mois de novembre 2019 dans les laboratoires (données non présentées), on observe que la population d'étude est plus jeune dans les deux offres suggérant une participation moindre des personnes plus âgées à l'enquête et notamment des hommes de plus de 55 ans. Le défaut d'indexation des questionnaires en test ALSO / prescrit par le personnel d'accueil, qui a conduit à exclure 600 questionnaires (dont 12% sont des hommes de plus de 55 ans), contribue

à cette différence mais ne l'explique pas complètement. Il diminue également la puissance statistique de l'étude. Cependant, les personnes dont le questionnaire a été écarté, hormis le genre et l'âge, n'ont pas des caractéristiques différentes de la population incluse. Enfin, la taille des sous-populations de femmes, hommes hétérosexuels et HSH était trop faible pour mettre en évidence les déterminants du recours au dépistage propres à chacune.

Cette étude durant la première phase du programme ALSO a montré que l'offre attire une population bien insérée socialement mais assez éloignée du soin, exposée au VIH par le multipartenariat et davantage d'hommes hétérosexuels souvent moins touchés par les autres offres de dépistage. Cette population qui se distingue des autres offres et le nombre constant de tests ALSO réalisés chaque mois (voir l'article de F. Lert et coll. dans ce numéro) démontrent que cette nouvelle offre a sa place dans le dispositif de dépistage en France et pourrait contribuer à atteindre l'objectif des recommandations de la HAS d'être dépistés pour le VIH au moins une fois dans la vie¹. De plus, son accessibilité et la praticité semblent être des atouts majeurs notamment lorsque l'offre en CeGIDD est réduite comme dans les Alpes-Maritimes. L'expérimentation est prolongée jusqu'en décembre 2020. Une nouvelle enquête en novembre 2020 nous permettra d'évaluer s'il existe une évolution des profils des usagers ou du recours à ALSO au cours du temps et si le programme s'intègre dans l'offre globale de dépistage du VIH. ■

Remerciements

Les coûts de l'expérimentation sont supportés par les partenaires : les tests par l'Assurance maladie, la communication par les collectivités territoriales partenaires, les plateformes OSZ et VPS et l'ARS Paca. La recherche évaluative est financée par l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS), Santé publique France et les ARS Île-de-France et PACA.

Nous remercions vivement les équipes des laboratoires et des CeGIDD pour leur participation active à l'enquête ainsi que l'ensemble des répondants.

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. Recommandations en santé publique. 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
- [2] Sarr A, Itodo O, Bouché N, Caté L, Faliu B. Dépistage communautaire par tests rapides (TROD) VIH en France sur une période de trois ans, 2012-2014. *Bull Epidémiol Hebd.* 2015;(40-41):772-8. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2015/40-41/2015_40-41_5.html
- [3] Champenois K, Le Gall JM, Jacquemin C, Jean S, Martin C, Rios L, *et al.* ANRS-COM*TEST: description of a community-based HIV testing intervention in non-medical settings for men who have sex with men. *BMJ Open.* 2012;2(2):e000693.

[4] Supervie V, Ndawinz JDA, Lodi S, Costagliola D. The undiagnosed HIV epidemic in France and its implications for HIV screening strategies. *AIDS.* 2014;28(12):1797-804.

[5] 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.

[6] Cazein F, Sommen C, Pillonel J, Bruyand 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

[7] Champenois K, Coquelin V, Supervie V, Kersaudy-Rahib D, Lydié N, Velter A, *et al.* Profile and motivations of people who are using the HIV self-test. Results from the "VIH: Teste-Toi Toi-même" study in France. 22th International AIDS conference; 23-27 July 2018; Amsterdam, Netherland. <http://programme.aids2018.org/Abstract/Abstract/10595>

[8] Kirby T, Thornber-Dunwell M. Dean Street clinics-battling London's MSM HIV epidemic. *Lancet HIV.* 2018;5(5):e210.

[9] Lanoy E, Mary-Krause M, Tattevin P, Perbost I, Poizot-Martin I, Dupont C, *et al.* Frequency, determinants and consequences of delayed access to care for HIV infection in France. *Antivir Ther.* 2007;12(1):89-96.

[10] Supervie V, Marty L, Lacombe JM, Dray-Spira R, Costagliola D, FHDH-ANRS CO4 study group. Looking Beyond the Cascade of HIV Care to End the AIDS Epidemic: Estimation of the Time Interval From HIV Infection to Viral Suppression. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2016;73(3):348-55.

[11] Gwadz M, Cleland CM, Jenness SM, Silverman E, Hagan H, Ritchie AS, *et al.* Exploring Factors Associated with Recent HIV Testing among Heterosexuals at High Risk for HIV Infection Recruited with Venue-based Sampling. *J AIDS Clin Res.* 2016;7(2):544.

[12] Bajos N, Rahib D, Lydié N. Genre et sexualité. D'une décennie à l'autre. Baromètre santé 2016. Saint-Maurice: Santé Publique France; 2018. 6 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-2016-genre-et-sexualite>

[13] Ryan KE, Pedrana A, Leitingner D, Wilkinson AL, Locke P, Hellard ME, *et al.* Trial and error: evaluating and refining a community model of HIV testing in Australia. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):692.

[14] Le Vu S, Semaille C. Dépistage anonyme et gratuit du VIH Profil des consultants de CDAG en 2004. Enquête épidémiologique transversale. Saint-Maurice : Santé publique France; 2006. 40 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/rapport-synthese/depistage-anonyme-et-gratuit-du-vih.-profil-des-consultants-de-cdag-en-2004.-enquete-epidemiologique-transversale>

[15] Lailler G, Comboroure JC, Florence S, Troussier T, Pilorgé F, Sarr A. Premier bilan sur l'activité des CeGIDD, France, 2016. *Bull Epidémiol Hebd.* (40-41):818-26. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/40-41/2018_40-41_5.html

Citer cet article

Champenois K, Annequin M, Ngoh P, Touitou I, Lert F, Bouvet de la Maisonneuve P, *et al.* et le Groupe ALSO. Profils des usagers du programme « Au labo sans ordo », dépistage du VIH sans ordonnance et sans frais en laboratoire de biologie médicale. *Bull Epidémiol Hebd.* 2020(33-34):657-65. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/33-34/2020_33-34_2.html

IMPACT PERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 DES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES EN FRANCE. ENQUÊTE ERAS COVID-19, 30 JUIN-15 JUILLET 2020

// PERCEIVED IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC ON MEN WHO HAVE SEX WITH MEN IN FRANCE. ERAS COVID-19 SURVEY, 30 JUNE-15 JULY 2020

Annie Velter¹ (annie.velter@santepubliquefrance.fr), Karen Champenois², Daniela Rojas Castro^{3,4}, Nathalie Lydié¹

¹ Santé publique France, Saint-Maurice

² IAME, UMR1137, Inserm, Université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité, Paris

³ Laboratoire de recherche communautaire, Coalition PLUS, Pantin

⁴ Aix Marseille Univ, Inserm, IRD, SESSTIM (Sciences économiques & sociales de la santé & traitement de l'information médicale), Marseille

Soumis le 09.09.2020 // Date of submission: 09.09.2020

Résumé // Abstract

Santé publique France a réalisé une édition spéciale Covid-19 de l'Enquête Rapport au Sexe (ERAS) afin de caractériser l'impact perçu de la crise sanitaire liée à la Covid-19 sur les conditions de vie, les recours aux soins spécifiques et les comportements sexuels des hommes ayant eu des rapports sexuels avec des hommes (HSH) durant la période du confinement.

ERAS est une enquête transversale, anonyme, auto-administrée en ligne et basée sur le volontariat. Son édition spéciale Covid-19 a été réalisée du 30 juin au 15 juillet 2020. Au total, 8 345 HSH résidant en France ont été inclus dans l'analyse.

Compte-tenu de leurs conditions de vie plutôt privilégiées, le confinement s'est déroulé pour une grande partie des répondants dans d'assez bonnes conditions. Cependant, des impacts négatifs ont été observés au niveau économique, avec pour certains répondants une dégradation de leur situation économique et au niveau des consommations de produits ou de la santé mentale. Si ces deux dernières dimensions ne sont pas propres aux HSH, elles semblent plus marquées que dans la population générale.

Concernant la continuité de la prise en charge des autres problèmes de santé, 35% des répondants ont renoncé à des soins et 28% ont reporté leur dépistage VIH/IST. De même, 34% des séropositifs ont reporté une consultation de suivi du VIH. Ces impacts ont été probablement limités grâce à la mise en place des téléconsultations et à la prorogation des ordonnances. Enfin, 60% des répondants n'ont pas eu de relations sexuelles avec des partenaires occasionnels et 59% des usagers de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) l'ont arrêtée en raison d'une diminution de leurs rapports sexuels, indiquant le respect des mesures de distanciation sociale mais également l'interruption brutale des sociabilités sexuelles.

Ainsi, la crise sanitaire met en lumière les vulnérabilités spécifiques préexistantes des homo- et bisexuels en matière de santé : isolement, santé mentale, consommation de produits auxquelles s'ajoutent des vulnérabilités socioéconomiques.

Santé publique France conducted a special COVID-19 edition of the Sex Report Survey (ERAS) to characterize the perceived impact of the Covid-19 related health crisis on the living conditions, the use of specific care and the sexual behaviours of men who have had sex with men (MSM) during the period of lockdown.

ERAS is a cross-sectional, anonymous, online self-administered and voluntary survey. Its special edition Covid-19 was conducted from 30 June to 15 July 2020. A total of 8,345 MSM residing in France were included in the analysis.

Considering their rather favourable living conditions, the lockdown took place for a large part of the respondents in rather good conditions. However, negative impacts were observed at the economic level, with for some respondents a deterioration of their economic situation, and also at the level of consumption of products or mental health. While these last two dimensions are not specific to MSMs, they appear to be more pronounced than in the general population.

Regarding the continuity of care for other health problems, 35% of the respondents gave up care, and 28% postponed their HIV/STI screening. Similarly, 34% of HIV-positive respondents postponed an HIV follow-up visit. Finally, 60% of respondents did not have sex with casual partners and 59% of pre-exposure prophylaxis (PrEP) users stopped using PrEP due to a decrease in sexual intercourse, indicating compliance with social distancing measures but also an abrupt interruption of sexual sociability.

Thus, the health crisis highlights the specific pre-existing health vulnerabilities of homo- and bisexuals: isolation, mental health, consumption of products to which are added socioeconomic vulnerabilities.

Mots-clés : Covid-19, Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, Confinement, Comportements, VIH
// Keywords: Covid-19, Men who have sex with men, Lockdown, Behaviours, HIV

Introduction

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) déclarait en janvier 2020 que l'épidémie de Covid-19 causée par le nouveau coronavirus SARS-CoV2 était une urgence de santé publique internationale. Elle l'a requalifié en pandémie le 11 mars 2020. En France, devant l'augmentation du nombre de cas et de décès liés à la Covid-19, ainsi que l'engorgement des services de réanimation, des mesures d'exception ont été mises en œuvre avec l'instauration de l'état d'urgence sanitaire et, dès le 17 mars 2020, le confinement de l'ensemble de la population (Décret n° 2020-293 du 23 mars 2020). Ces mesures, qui ont entraîné un fort ralentissement de l'activité économique, ont touché inégalement les groupes sociaux¹⁻³. Dans le champ de la santé, elles ont provoqué une baisse du recours aux soins pour d'autres problèmes de santé que la Covid-19 : sur les trois premières semaines du confinement, l'Assurance maladie a observé une diminution de l'activité de 40% pour les médecins généralistes et de 50% pour les spécialistes². Cette baisse a été particulièrement vraie pour l'offre de soins du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) compte tenu de la mobilisation des infectiologues dans la gestion de la crise sanitaire, se traduisant par la fermeture totale ou partielle des centres de dépistage. Ces interruptions de prise en charge du VIH et des autres IST, que ce soit le suivi des personnes séropositives ou des usagers de la prophylaxie pré-exposition (PrEP), ou l'offre de dépistage et de prévention, ont pu affecter de manière disproportionnée la santé des HSH⁴. Par ailleurs, les conditions de vie en confinement sont susceptibles d'avoir exacerbé les risques d'isolement ou d'homophobie⁽¹⁾ accentuant le stress des minorités déjà préexistant⁵.

Afin de caractériser l'impact perçu de la crise sanitaire liée à la Covid-19 sur les conditions de vie, les recours aux soins spécifiques et les comportements sexuels des HSH durant la période du confinement, Santé publique France a réalisé une édition de l'Enquête Rapport au Sexe (ERAS) spéciale Covid-19. Cet article en restitue les premiers résultats.

Méthodes

ERAS est une enquête transversale répétée anonyme, auto-administrée en ligne et basée sur le volontariat. Son édition spéciale Covid-19 a été réalisée du 30 juin au 15 juillet 2020, sous la responsabilité scientifique de Santé publique France.

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 et des sites d'information affinitaires gays. 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, naviguant 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 valider leur consentement pour accéder au questionnaire en ligne. Aucune adresse IP n'a été collectée et 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.

Le questionnaire (77 questions) était composé de quatre parties portant sur :

- 1) les caractéristiques sociodémographiques : âge, niveau d'études, département de résidence ;
- 2) les conditions de vie durant les huit semaines de confinement et les éventuels changements : emploi, finances, hébergement, moral, consommations de tabac, d'alcool et de produits psychoactifs ;
- 3) la santé avec deux axes : sur la Covid-19, le respect des mesures barrières et le renoncement aux soins durant le confinement ; sur la santé spécifique des HSH couvrant le VIH et les autres IST, le dépistage, les soins et la prévention ;
- 4) les comportements sexuels au cours des huit semaines de confinement, et au cours du dernier rapport sexuel selon le type de partenaire (stable ou occasionnel).

L'analyse statistique, essentiellement descriptive, a été réalisée avec le logiciel Stata® 14.1.

Résultats

Durant les 15 jours d'enquête, 17 403 personnes ont débuté le questionnaire, et 9 488 l'ont complété entièrement et validé. Parmi elles, ont été exclus 87 hommes car ils résidaient à l'étranger et 1 056 car ils se définissaient comme hétérosexuels ou refusaient de se définir et n'avaient jamais eu de rapport sexuel avec un homme. Au total, 8 345 HSH ont été inclus dans l'analyse.

⁽¹⁾ <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/LGBT/LGBTpeople.pdf>

Caractéristiques des répondants inclus

En médiane, les répondants avaient 30 ans [24-40]. Plus de 93% d'entre eux étaient nés en France, 30% habitaient en Île-de-France et 43% dans une ville de plus de 100 000 habitants (tableau 1). Ils avaient un niveau d'étude élevé : 3 répondants sur 4 avaient

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des répondants à l'enquête ERAS Covid-19 (N=8 345). France, 30 juin-15 juillet 2020

	Effectifs	%
Classe d'âge		
18-24 ans	2 427	29,1
25-34 ans	2 773	33,2
35-44 ans	1 820	21,8
45 ans et plus	1 325	15,9
Pays de naissance, France	7 806	93,5
Niveau d'études supérieur au bac	6 189	74,2
Zones géographiques de résidence		
Nord-Ouest	1 352	16,2
Sud-Ouest	1 351	16,2
Sud-Est	1 525	18,3
Nord-Est	1 527	18,3
Île-de-France	2 497	29,9
DROM-TOM	93	1,1
Taille de l'agglomération de résidence >100 000 habitants	3 570	42,8
Situation familiale		
Célibataire	3 650	43,7
Relation avec 1 homme (marié, pacsé, en couple)	4 149	49,7
Autre (relation avec une femme, veuf, divorcé, séparé, autre...)	546	6,5
Orientation sexuelle		
Homosexuel	6 558	78,6
Bisexuel	1 212	14,5
Autre (hétérosexuel, refus de se définir)	575	6,9
Fréquentation de sites internet et/ou d'applications géolocalisées de rencontre	6 222	74,6
Fréquentation de lieux de convivialité gay (bars, saunas, backrooms)	4 808	57,6
Séropositif pour le VIH	456	5,5
Usager de la PrEP	946	11,3
PrEP continue	488	51,6
PrEP à la demande	458	48,4
Antécédent de dépistage du VIH*		
≤12 mois	4 020	51,0
>12 mois	2 494	31,6
Jamais testé	1 375	17,4

* Parmi les 7 889 non séropositifs.
PrEP : Prophylaxie pré-exposition.

le bac et 30% un niveau bac+3 ou plus. Au niveau familial, la moitié des hommes était en couple stable avec un homme. Ces hommes étaient affinitaires : 79% se définissaient homosexuel, 75% utilisaient les sites Internet ou les applications de rencontre et 43% fréquentaient des lieux de sexe gay. Vis-à-vis du VIH, 456 hommes (5,5%) rapportaient être séropositifs, dont 98% étaient sous traitement et 96% avaient une charge virale indétectable. Parmi les hommes non séropositifs, 17% déclaraient ne jamais avoir eu recours à un test de dépistage du VIH, 51% avaient réalisé un dépistage dans les 12 derniers mois. Parmi les répondants, 11% déclaraient utiliser la PrEP et la moitié d'entre eux (52%) la prenait quotidiennement.

Confinement, emploi et isolement

Avant le début du confinement, 68% des répondants avaient un emploi, 24% étaient étudiants ; 28% des inactifs exerçaient également une activité rémunérée (tableau 2). Au cours du confinement, 55% des répondants ont rapporté que leur situation professionnelle avait évolué : il s'agissait de la mise en place du télétravail pour 59% d'entre eux, du chômage technique ou partiel pour 26% tandis que 6% ont perdu leur emploi. Rapporté aux répondants actifs, le chômage technique ou partiel a concerné 17% d'entre eux et la perte d'emploi 4%. Durant cette même période, la situation financière s'était dégradée pour 22% des répondants, plus souvent pour les indépendants (44%) et les chômeurs (35%). Au moment de l'enquête, la situation financière restait bonne pour plus de 60% des répondants. Au total, c'est près d'un tiers (32%) de la population d'étude qui a vu sa situation socio-économique se dégrader durant le confinement soit par la mise au chômage partiel ou technique, soit par la perte d'emploi ou encore la baisse de sa situation financière.

Lors du confinement, 3 hommes sur 4 habitaient dans un logement avec un espace extérieur (1 sur 2 à Paris). Un homme sur 4 habitait seul, 41% avec leur partenaire principal et 22% avec leurs parents (tableau 2).

Durant le confinement, 22% des répondants ont déclaré avoir souffert de solitude. Près d'un tiers des répondants qui habitait seul (32%) était dans ce cas, comme 32% de ceux résidant avec leurs parents ou encore 10% avec leur partenaire stable. C'était également le cas de 27% des HSH ayant déclaré que leur situation économique s'était dégradée durant le confinement.

Durant le confinement, la consommation de produits a augmenté. En effet, 50% des fumeurs ont augmenté leur consommation de tabac et 6% des non-fumeurs ont repris ou commencé à fumer. De même, la consommation d'alcool et de produits psychoactifs de type cannabis, cocaïne, *poppers* a augmenté pour 35% et 30% des hommes concernés respectivement. Ces augmentations de consommation étaient particulièrement marquées parmi les répondants dont la situation économique s'est dégradée durant

Tableau 2

Emploi et conditions de vie des répondants de l'enquête ERAS Covid-19 durant le confinement (N=8 345). France, 30 juin-15 juillet 2020

	Effectifs	%
Situation professionnelle avant le confinement		
Salarié	5 039	60,4
Indépendant, auto-entrepreneur	671	8,0
Chômage, RSA	414	5,0
Étudiant	1 966	23,6
Inactif, retraité	255	3,1
Évolution de la situation professionnelle durant le confinement		
	4 609	55,2
Télétravail ^a	2 718	59,0
Chômage partiel ou technique ^a	1 200	26,0
Perte d'emploi ^a	271	5,9
Autre ^{a,b}	1 002	21,7
Évolution de la situation financière durant le confinement		
Dégradée	1 861	22,3
Inchangée	5 092	61,0
Améliorée	1 392	16,7
Logement durant le confinement		
Logement habituel	6 955	83,3
Logement avec un espace extérieur (balcon jardin)	6 289	75,4
Cohabitation durant le confinement^c		
Seul	2 153	25,8
Avec le partenaire stable	3 439	41,2
Avec les parents	1 844	22,1
Autres personnes	1 730	20,7
A souffert de solitude durant le confinement	1 871	22,0
Évolution de la consommation de tabac durant le confinement^d		
	3 093	
Augmentée	1 724	55,7
Stable	845	27,3
Diminuée	524	16,9
Évolution de la consommation d'alcool durant le confinement^d		
	6 228	
Augmentée	2 155	34,6
Stable	2 745	44,1
Diminuée	1 328	21,3
Évolution de la consommation de produits psychoactifs durant le confinement^d		
	2 019	
Augmentée	613	30,4
Stable	799	39,6
Diminuée	607	30,1

^a Parmi les 4 609 personnes qui ont vu leur situation professionnelle évoluer. Somme >100% car plusieurs situations successives possibles.

^b Autre : arrêt maladie pour coronavirus ou autre maladie, congé forcé, congé garde d'enfant ou autre.

^c Somme >100% car les participants ont pu vivre avec plusieurs personnes simultanément ou successivement.

^d Nombre de personnes consommant ce produit au début du confinement plus les personnes ayant repris ou commencé à consommer durant le confinement. Augmentation : augmentation nette, reprise ou initiation. Diminution : diminution nette ou arrêt.

RSA : revenu de solidarité active.

le confinement : 56% des fumeurs ont augmenté leur consommation, 38% des consommateurs d'alcool et 32% des consommateurs de produits psychoactifs.

Santé

Depuis le début de l'épidémie, 2% des répondants (158) ont déclaré avoir été testés positifs pour le coronavirus et 13% pensaient l'avoir eu sans l'avoir confirmé par un test (tableau 3). Au moment de l'enquête, début juillet, les principaux gestes barrières étaient plutôt bien respectés (souvent ou systématiquement) : se laver fréquemment les mains (88%), garder une distance d'un mètre avec d'autres personnes (70%) et porter le masque lors des sorties en extérieur (64%).

Durant le confinement, 35% des répondants ont déclaré avoir renoncé à des soins médicaux, dentaires ou paramédicaux à cause de la crise sanitaire. Cette proportion monte à 40% pour les répondants dont la situation économique s'est dégradée durant le confinement. Les raisons les plus fréquentes étaient un rendez-vous reporté ou annulé (52%) ou un motif de consultation estimé non urgent (48%) ; 16% ont renoncé aux soins par crainte d'attraper la Covid-19. Concernant plus particulièrement le recours au dépistage du VIH ou des autres IST durant le confinement, 28% des répondants ont déclaré l'avoir reporté. Parmi les hommes séropositifs, un tiers (34%) a reporté ou annulé une consultation VIH.

Durant le confinement, 59% des 946 usagers de la PrEP ont arrêté de la prendre, principalement car ils n'avaient plus de rapports sexuels (87%), et 6% sont passés d'une PrEP continue à un régime à la demande pour la même raison. Seuls 5% des usagers de la PrEP l'ont arrêtée car ils n'avaient plus de médicament ou que leur consultation avait été reportée. Au moment de la passation de l'enquête, 15% des usagers initiaux de la PrEP ne l'avaient pas encore reprise.

Comportements sexuels

La majorité des répondants avait une activité sexuelle au cours des 6 mois précédant l'enquête (87%). Durant les huit semaines de confinement, un tiers des répondants (34%) rapportait ne pas avoir eu de rapport sexuel. Parmi les hommes qui avaient un partenaire stable à cette période, avoir eu des relations sexuelles avec ce partenaire était fonction du fait d'avoir été confiné avec lui dans le même logement ou pas (respectivement 91% vs 43%).

Concernant les relations sexuelles avec des partenaires occasionnels durant la période de confinement, 60% des répondants sexuellement actifs rapportaient ne pas en avoir eu (tableau 3). Lorsque les répondants ont déclaré avoir eu des partenaires occasionnels durant le confinement, 24% en avaient eu, mais moins qu'auparavant. Le nombre médian de partenaires occasionnels durant le confinement était de 2 [1-4]. Durant cette période de confinement, l'usage du préservatif n'avait ni augmenté ni diminué par rapport à avant.

Tableau 3

Santé et comportements sexuels des répondants à l'enquête ERAS Covid-19 (N=8 345). France, 30 juin-15 juillet 2020

	Effectifs	%
A contracté le Covid-19		
Oui et testé positif	158	1,9
Oui mais pas sûr	1 040	12,5
Non	4 120	49,4
Ne sait pas	3 027	36,3
Gestes barrières contre le Covid-19		
<i>Porter un masque à l'extérieur</i>		
Systématiquement	2 244	26,9
Souvent	3 094	37,1
Quelquefois ou jamais	3 007	36,0
<i>Se laver les mains</i>		
Systématiquement	4 252	51,0
Souvent	3 108	37,2
Quelquefois ou jamais	985	11,8
<i>Garder les distances</i>		
Systématiquement	2 142	25,7
Souvent	3 663	43,9
Quelquefois ou jamais	2 540	30,4
Report ou renoncement aux soins durant le confinement		
Renoncement à des soins (médecin, dentiste, kiné, chirurgie...)	2 919	35,0
Report d'un dépistage du VIH ou IST	2 314	27,7
Report ou annulation d'une consultation VIH ^a	156	34,2
Évolution de l'usage de la PrEP durant le confinement^b		
Poursuit la PrEP comme avant le confinement	318	33,6
Change de régime de PrEP	72	7,6
Arrête la PrEP	556	58,8
Avoir eu des partenaires occasionnels durant le confinement^c		
Oui, autant qu'avant le confinement	499	10,9
Oui, plus souvent	207	4,5
Oui, moins souvent	1 121	24,4
Non	2 760	60,2
Pas de changement de la fréquence de l'utilisation du préservatif durant le confinement avec les partenaires occasionnels par rapport à avant le confinement	1 654	90,5

^a Parmi les 456 séropositifs.

^b Parmi les 946 usagers de la PrEP.

^c Parmi les 4 587 HSH ayant eu au moins un partenaire occasionnel dans les six derniers mois.

IST : infection sexuellement transmissible.

Discussion

Les premiers résultats de cette édition d'ERAS spéciale Covid-19 montrent que l'impact perçu de la crise sanitaire a été réelle chez les HSH, mais variable selon les secteurs considérés : modéré sur leurs conditions de vie ou de travail, mais plus important sur leur santé.

La méthodologie d'enquête utilisée, ciblée, avec une marque connue (ERAS) a permis d'obtenir un nombre important de répondants (supérieur à 8 000) en deux semaines, bien plus élevé que dans d'autres études internationales sur le sujet^{4,6}. Cependant, elle a sélectionné un échantillon de convenance d'hommes urbains, à l'aise financièrement, en emploi, avec un niveau d'études très élevé, et bien inséré dans la communauté gay, profil similaire aux participants d'ERAS 2017 et 2019⁷ et aux autres études réalisées auprès de cette population⁸.

Compte tenu de ce statut social plutôt privilégié, les conditions de vie des HSH interrogés étaient meilleures que celles de la population générale décrites dans l'étude Coconel (Coronavirus et confinement, enquête longitudinale), avec notamment, en termes de logement, un accès plus fréquent à un espace extérieur⁹.

Pour autant, les conditions de travail des répondants ont été modifiées par le confinement pour plus de la moitié d'entre eux. Si la majorité des répondants actifs avant le confinement a télétravaillé, 17% ont dû arrêter leur activité professionnelle et bénéficier du chômage partiel. Ces observations sont en deçà de celles en population générale de l'étude Coconel, mais se rapprochent des données de la même étude pour les cadres⁹. Ceci s'explique par le niveau d'études élevé des répondants d'ERAS. Au cours du confinement, 4% des répondants actifs rapportaient avoir perdu leur travail. Grâce aux mesures socioéconomiques (arrêt de travail, chômage partiel) mises en œuvre en France (décret n°2020-325 du 25 mars 2020), cette proportion est sans commune mesure avec les données de l'étude aux États-Unis de TH. Sanchez et coll.⁴ où 19% des participants HSH avaient perdu leur emploi. Ce différentiel est la résultante structurelle d'un système français plus protecteur du point de vue économique et social. Pour autant, 22% des répondants ont indiqué que leur situation financière durant le confinement s'était dégradée, une proportion moindre qu'en population générale (32%), mais qui touche les mêmes secteurs d'activité, à savoir les indépendants et les chômeurs². Au total, près d'un tiers des répondants a vu sa situation économique se dégrader durant le confinement d'un point de vue professionnel et/ou financier. Par ailleurs, ces HSH ont rapporté une dégradation de leur santé durant cette période, par un plus grand sentiment d'isolement et une augmentation de leur consommation de produits psychoactifs licites ou illicites. Ils ont également plus fréquemment reporté leurs rendez-vous médicaux.

Si près des trois quarts des répondants HSH ont cohabité avec d'autres personnes durant le confinement, 22% ont cependant rapporté un sentiment d'isolement durant cette période. Bien que cette proportion soit moindre que chez les hommes en population générale (35%)¹⁰, elle illustre la difficulté, pour certains, à interrompre un mode de socialisation plutôt tourné vers l'extérieur : plus de la moitié indiquaient fréquenter habituellement les lieux de convivialité. Et alors qu'ils étaient 63% à avoir eu des partenaires sexuels occasionnels durant les six derniers mois, 60% d'entre eux n'en avaient eu aucun durant le confinement.

Autre signe d'un certain mal être, sentiment de solitude ou stress lié à l'incertitude de la période, la consommation de produits psychoactifs a augmenté, quel que soit le produit, durant le confinement. Ces augmentations de consommation ont également été observées en population générale en France¹¹ et dans d'autres études internationales réalisées auprès de HSH^{4,12}. L'augmentation de consommation de tabac est particulièrement problématique, avec 50% des répondants concernés contre 27% chez les hommes en population générale. De même, la consommation de produits psychoactifs a augmenté pour 30% des répondants alors que leur disponibilité et leur accessibilité étaient limitées¹³.

Le niveau d'adoption des mesures de prévention de la Covid-19 est élevé. Bien que la question des sorties durant la période n'ait pas été directement posée, le fait de ne pas avoir eu de relation sexuelle durant le confinement avec des partenaires occasionnels ou avec des partenaires stables non-cohabitants est un indicateur indirect du respect des mesures de distanciation sociale. Au moment de la passation de l'enquête, les deux premières semaines de juillet, le lavage systématique des mains étaient la mesure barrière la plus adoptée bien qu'en deçà des données recueillies en population générale par l'enquête CoviPrev pour la même période (51% vs 66%)¹⁴.

L'épidémie de Covid-19 a également eu pour effet une baisse du recours aux soins pour d'autres problèmes de santé². Plus du tiers des répondants ont ainsi indiqué avoir renoncé à des soins et 28% ont déclaré avoir reporté un test de dépistage VIH ou d'IST ; une proportion similaire de HSH vivant avec le VIH a indiqué le report ou l'annulation de leur consultation pour le suivi de leur pathologie. Ces reports s'expliquent par une réorganisation des services infectieux au centre de l'épidémie de la Covid-19. Cependant, les interruptions de traitement sont a priori rares : moins de 3% des HSH sous anti-rétroviraux ont rapporté avoir arrêté leur traitement durant le confinement. Des données rapportées par Epi Phare ont montré l'anticipation d'une éventuelle pénurie par le stockage transitoire d'antirétroviraux durant les deux premières semaines du confinement, le niveau de délivrance est resté stable avant, pendant et après le confinement¹⁵. Par ailleurs, la mise en place de téléconsultations et la possibilité de renouveler des ordonnances expirées en

pharmacie ont permis une certaine continuité des soins. De même, pour les usagers de PrEP, seuls 6% rapportaient avoir arrêté de la prendre parce qu'ils n'avaient plus de médicaments. Alors que la principale raison d'arrêt de la PrEP était le fait de ne plus avoir de relation sexuelle au cours du confinement, deux mois après la fin du confinement, 15% des usagers de PrEP n'avaient pas repris leur traitement. Les études Ipergay et Prevenir de l'ANRS ont montré que les séroconversions VIH sous PrEP ont lieu quelques semaines après l'arrêt de la PrEP. Une information spécifique doit être mise en œuvre auprès de ces usagers, afin d'attirer leur attention sur le risque d'acquisition du VIH.

Conclusion

Compte tenu de leurs conditions de vie, les HSH de cette enquête ont, pour une grande partie d'entre eux, été confinés dans de plutôt bonnes conditions. Mais des impacts négatifs sont observés au niveau économique, avec pour certains une dégradation de leur situation économique, ainsi qu'au niveau de la consommation de produits et de la santé mentale. Si ces deux dernières dimensions ne sont pas propres aux HSH, elles semblent plus marquées qu'en population générale. Ainsi, la crise du Covid-19 met en lumière les vulnérabilités spécifiques préexistantes des homo- et bisexuels en matière de santé : isolement, santé mentale, consommation de produits auxquelles s'ajoutent des vulnérabilités socioéconomiques. Aussi, au regard de ces premiers résultats, des analyses complémentaires doivent être menées plus spécifiquement sur ces questions. Par ailleurs, dans l'optique de prévenir de nouvelles contaminations à VIH avec la reprise de l'activité sexuelle, dans un contexte d'engorgement des services et des laboratoires très impliqués dans la lutte contre la Covid-19, il est important de poursuivre les initiatives mises en œuvre durant le confinement comme l'utilisation de la télé médecine pour le suivi des personnes séropositives ou sous PrEP, ou encore la promotion des autotests. ■

Remerciements

Les auteurs remercient Nicolas Etien (Santé publique France), Bérange Gall et Julien Vivant (BVA) pour la qualité de leur travail dans la mise en œuvre de l'enquête, nos partenaires associatifs pour leur soutien et relai de l'enquête dans leur réseau, ainsi que l'ensemble des hommes gays et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes pour avoir pris le temps de répondre à l'enquête.

Liens d'intérêt

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

Références

[1] Chan-Chee C, Léon C, Lasbeur L, Lecrique JM, Raude J, Arwidson P, *et al.* La santé mentale des Français face au Covid-19: prévalences, évolutions et déterminants de l'anxiété au cours des deux premières semaines de confinement (Enquête CoviPrev 23-25 mars et 30 mars-1^{er} avril 2020). Bull Epidemiol Hebd. 2020;(13):260-9. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/13/2020_13_1.html

- [2] Dubost CL, Pollack, Rey S (coord). Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19. État des lieux et perspectives. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2020. 40 p. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/les-inegalites-sociales-face-a-l-epidemie-de-covid-19-etat-des-lieux-et>
- [3] Bajos N, Warszawski J, Pailhé A, Counil E, Jusot F, Spire A, *et al.* Les inégalités sociales au temps du COVID-19. *Question de santé publique.* 2020;40(numéro spécial):1-12.
- [4] Sanchez TH, Zlotorzynska M, Rai M, Baral SD. Characterizing the Impact of COVID-19 on Men Who Have Sex with Men Across the United States in April, 2020. *AIDS Behav.* 2020;24(7):2024-32.
- [5] Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull.* 2003;129(5):674-97.
- [6] Santos GM, Ackerman B, Rao A, Wallach S, Ayala G, Lamontage E, *et al.* Economic, Mental Health, HIV Prevention and HIV Treatment Impacts of COVID-19 and the COVID-19 Response on a Global Sample of Cisgender Gay Men and Other Men Who Have Sex with Men. *AIDS Behav.* 2020;1-11.
- [7] 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
- [8] Velter A, Saboni L, Bouyssou A, Bernillon P, Sommen C, Semaille C. Echantillons de convenance par Internet et par la presse. Enquête Presse Gays et Lesbiennes 2011. *Bull Methodol Sociol.* 2015;126(1):46–66.
- [9] Lambert A, Cayouette-Remblière J, Guéraud É, Bonvalet C, Girard V, Le Roux G, *et al.* Logement, travail, voisinage et conditions de vie : ce que le confinement a changé pour les Français. Paris : Institut national d'études démographiques. 2020. <https://www.ined.fr/fr/actualites/presse/coronavirus-logement-travail-voisinage-conditions-de-vie/>
- [10] Lambert A, Bonvalet C, Guéraud É, Le Roux G, Cayouette-Remblière J, Langlois L, *et al.* Quelle sociabilité pour les Français en période de Covid-19 ? *The Conversation.* 2020. <https://theconversation.com/quelle-sociabilite-pour-les-francais-en-periode-de-covid-19-140378#:~:text=Les%20%C3%A9changes%20de%20services%20sont,25%20%25%20dans%20le%20cas%20contraire>
- [11] CoviPrev: une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie. Saint-Maurice: Santé publique France. 2020 (consulté le 08.09.2020). <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/covid-19-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie>
- [12] Torres TS, Hoagland B, Bezerra DRB, Garner A, Jalil EM, Coelho LE, *et al.* Impact of COVID-19 Pandemic on sexual minority populations in Brazil: An analysis of social/racial disparities in maintaining social distancing and a description of sexual behavior. *AIDS Behav.* 2020;1-12.
- [13] Gérome C, Gandilhon M. Évolution des usages et de l'offre de drogues au temps du Covid-19: observations croisées du dispositif TREND. *Bull TREND/Covid-9 (OFDT).* 2020;(2):1-20. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/bulletin-trend-covid-19-numero-2/>
- [14] Lasbeur L, Lecrique JM, Raude J, Léon C, Bonmarin I, Arwidson P, *et al.* Adoption des mesures de prévention recommandées par les pouvoirs publics face à l'épidémie de COVID-19 pendant la période de confinement en France métropolitaine. Enquête CoviPrev, 2020. *Bull Epidémiol Hebd.* 2020;(16):324-33. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/16/2020_16_1.html
- [15] Weill A, Drouin J, Desplas D, Cuenot F, Dray Spira R, Zureik M. Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation après les 8 semaines de confinement et une semaine de post-confinement (jusqu'au 17 mai 2020). Étude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS. Saint-Denis: GIS ANSM – Cnam; 2020. 312 p. https://www.anism.sante.fr/var/anism_site/storage/original/application/ca1fe81b1bf838f168d3f7e2bf7dc232.pdf

Citer cet article

Velter A, Champenois K, Rojas Castro D, Lydié N. Impact perçu de l'épidémie de Covid-19 des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en France. *Bull Epidémiol Hebd.* 2020;(33-34):666-72. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/33-34/2020_33-34_3.html

DÉPISTAGE ET DIAGNOSTIC DU VIH, DES HÉPATITES B ET C ET DES IST BACTÉRIENNES EN CEGIDD EN 2018 : DONNÉES INDIVIDUELLES DE LA SURVEILLANCE SURCEGIDD

// TESTING AND DIAGNOSIS OF HIV, HEPATITIS B AND C, AND BACTERIAL STI IN FRENCH STI CLINICS (CEGIDD) IN 2018: INDIVIDUAL DATA FROM SURCEGIDD SURVEILLANCE

Ndeindo Ndeikoundam Ngangro (ndeindo.ndeikoundam@santepubliquefrance.fr), Corinne Pioche, Gilles Delmas, Françoise Cazein, Cécile Brouard, Mathias Bruyand, Delphine Viriot, Julien Durand, Bénédicte Berat et Florence Lot, Groupe SurCeGIDD*, Référents des cellules régionales**

Santé publique France, Saint-Maurice

* Groupe SurCeGIDD : Cedric Arvieux, Antoine Bertolotti, Eric Billaud, André Cabie, Nicolas Dupin, Sophie Florence, Sebastien Fouere, Frédéric Goyet, Sophie Moreau Crepeaux, Dominique Salmon-Ceron, Nathalie Spenatto, William Tosini, Nadia Valin

** Référents des cellules régionales : Lyderic Aubert, Anne Etchevers, Aurélie Etienne, Bertrand Gagniere, Gaëlle Gault, Anne Guinard, Quiterie Mano, Esra Morvan, Bakhao N'Diaye, Ronan Ollivier, Laurence Pascal, Ibtissame Soulaïmana, Tiphany Succo, Alexandra Thabuis, Jenifer Yai.

Soumis le 16.09.2020 // Date of submission: 09.16.2020

Résumé // Abstract

Introduction – 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) bactériennes), ont été créés en 2016. Cet article analyse leur activité de dépistage à partir de la surveillance SurCeGIDD.

Méthode – La surveillance SurCeGIDD repose sur une transmission sécurisée de données individuelles concernant les consultants, selon un format prédéfini. Les données sociodémographiques, les tests de recherche du VIH, des hépatites B et C, de la syphilis, du gonocoque (NG), du *Chlamydia trachomatis* (CT) et du *Mycoplasma genitalium* (MG), les diagnostics et les comportements sexuels ont été analysés. Les proportions de consultants testés et les taux de positivité ont été décrits pour chaque pathogène et par type de population accueillie.

Résultats – En 2018, 382 890 consultations ont été rapportées par 44,6 % (n=143) des CeGIDD, sur la base de 317 CeGIDD recensés en 2016. Les consultants étaient majoritairement (59,8%) des hommes, 40,0% des femmes et 0,2% des transgenres. Les taux de positivité étaient de 0,37% pour le VIH, 1,31% pour le VHB, 0,94% pour le VHC, 7,16% pour le CT, 2,83% pour le NG, 1,04% pour la syphilis et de 5,96% pour le MG. Selon les pathogènes, les taux de positivité étaient plus élevés chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes nées à l'étranger, les transgenres et les consultants dans les DOM et en Île-de-France.

Conclusion – Malgré une couverture et une exhaustivité perfectibles, SurCeGIDD offre de nouvelles perspectives de compréhension de la vulnérabilité des populations accueillies. Leur analyse contextualisée contribuera à ajuster la stratégie nationale de santé sexuelle aux territoires et aux populations.

Introduction – The CeGIDD (French STI clinics) were implemented in 2016. This study analyzes testing activity for HIV, hepatitis B and C and other STIs using individual data from the SurCeGIDD surveillance.

Method – SurCeGIDD relies on secured transmission of individual data in a predefined format. Sociodemographic data, tests for HIV, hepatitis B or C, syphilis, gonococcus (NG), Chlamydia trachomatis (CT) and Mycoplasma genitalium (MG), diagnoses and sexual behaviors were analysed. Proportion of tested attendees and positivity rates were estimated for each pathogen by exposed populations.

Results – In 2018, 382,890 consultations were reported by 44.6% (n=143) of CeGIDDs. Majority of consultants (59.8%) were men, 40.0% women and 0.2% transgender people. The positivity rates were 0.37% for HIV, 1.31% for HBV, 0.94% for HCV, 7.16% for CT, 2.83% for NG, 1.04% for syphilis and 5.96% for MG. Considering pathogens, positivity rates were higher among men who have sex with men, people born abroad, transgender population and people visiting CeGIDDs in the French overseas departments and Paris area. Further analysis might give a better understanding of the vulnerability for these populations.

Conclusion – Despite perfectible coverage and completeness, the SurCeGIDD data enable a better understanding of the vulnerability of populations visiting CeGIDDs. Contextualized analysis of these data will help to adjust the national sexual health strategy to territories and populations.

Mots-clés : CeGIDD, Dépistage, Diagnostic, Hépatite B, Hépatite C, VIH, Syphilis, Gonococcie, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, IST

// **Keywords**: STI clinics, Screening, Testing, Diagnosis, Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, Syphilis, Gonorrhoea, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, STI

Introduction

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 créés en 2016, par la fusion des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et des centres d'information de dépistage et de diagnostic des IST (Ciddist)¹. Leur mission est d'assurer la prévention, le dépistage et le diagnostic des infections par le VIH, des IST et des hépatites virales, leur traitement ambulatoire dans une approche globale de santé sexuelle (vaccination, éducation à la sexualité, prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP), contraception, détection des violences sexuelles, sexualité)¹. Les CeGIDD sont accessibles gratuitement à tous et en particulier aux populations les plus vulnérables (les plus exposées aux IST ou les plus éloignées du système de santé)².

Le bilan des rapports d'activité et de performance (RAP) annuels transmis par 279 CeGIDD (sur 317 centres recensés en 2016) montrait que 746 000 consultations médicales y ont été réalisées en 2018². Les taux de positivité étaient élevés pour les infections à *Chlamydia trachomatis* (CT : 6,72%), la gonococcie (NG : 2,92%), la syphilis (1,43%), l'hépatite B (VHB : 1,20%), l'hépatite C (VHC : 0,73%) et l'infection à VIH (0,38%)². Le caractère agrégé des données des RAP ne permettant pas une analyse fine du dépistage, un recueil de données individuelles (SurCeGIDD) a été mis en place parallèlement par Santé publique France, afin de mieux décrire les populations consultantes et d'analyser l'activité de dépistage et de diagnostic et l'offre de prestations en santé sexuelle selon les populations et les territoires¹.

Cet article a pour objectif d'analyser l'activité de dépistage et de diagnostic du VIH, des IST et des hépatites B et C dans les CeGIDD, en utilisant les données de la surveillance SurCeGIDD recueillies pour l'année 2018.

Méthode

Population étudiée

L'ensemble des consultants en 2018 des CeGIDD (structure principale ou annexe) qui ont transmis leurs données individuelles constitue la population d'étude.

Variables d'intérêt

Les variables analysées étaient :

- les données sociodémographiques : âge, sexe, pays de naissance, département de domicile, activité professionnelle, couverture maladie ;
- les motifs de consultation (plusieurs possibles) : exposition à risque, dépistage systématique, signes évocateurs d'IST, initiation ou suivi d'une PrEP, contrôle d'un test antérieur, prise en charge ou suivi d'un accident d'exposition au risque

viral, rendu de résultats, traitement d'IST, contraception régulière ou d'urgence, interruption volontaire de grossesse, test de grossesse, sexualité, violences sexuelles, vaccination ;

- les modalités de la consultation initiale : préservation de l'anonymat de la personne, réalisation de la consultation au sein du CeGIDD ou en dehors (hors les murs) ;
- les tests de dépistage/diagnostic du VIH (Anti-corps-Ac- anti-VIH), du VHB (Antigène-Ag-HBs), du VHC (Ac anti-VHC, ARN VHC), de la syphilis (sérologie), du NG (culture et/ou PCR), du CT (PCR), et du *Mycoplasma genitalium* (MG : PCR) et les dates de prescription; plusieurs sites anatomiques prélevés chez une personne à la même date ont été comptabilisés comme un seul test ;
- les résultats de ces tests et leurs dates : plusieurs sites anatomiques positifs chez une personne pour le même épisode ont été considérés comme un seul diagnostic ; pour la syphilis, les cicatrices sérologiques ont été exclues, le classement du stade de la syphilis étant réalisé et saisi par le clinicien grâce aux informations recueillies durant la consultation ;
- les comportements sexuels : le sexe des partenaires des 12 derniers mois et leur nombre ont permis de reclasser les consultants en hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), hétérosexuels femmes ou hommes, et femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes (FSF)^{1,3}.

Recueil des données

Il repose sur les systèmes d'information des CeGIDD « permettant le suivi des consultations et l'extraction des données nécessaires au suivi d'activité et épidémiologique »¹.

Un dispositif sécurisé a été développé pour la transmission des données individuelles au format attendu, selon deux modalités. Les CeGIDD disposant d'un logiciel de gestion des consultations peuvent transférer automatiquement leurs données en utilisant un *web service* (protocole d'échange de données *via* Internet). Cela nécessite une programmation spécifique de leur logiciel selon les spécifications techniques disponibles sur le site de Santé publique France⁴. Les CeGIDD, ne pouvant pas recourir au *web service*, transmettent leurs données *via* une plateforme sécurisée de partage de données⁴.

Analyses statistiques

Le taux de participation a été calculé en divisant le nombre de CeGIDD ayant transmis leurs données par le nombre total de CeGIDD recensés².

Les variables qualitatives ont été décrites à l'aide de proportions et les variables quantitatives à l'aide de médianes. Les caractéristiques des consultants ont été décrites en excluant les données manquantes

et en stratifiant les analyses selon le statut hospitalier/non hospitalier des CeGIDD. Concernant l'infection à VIH, les hépatites B et C, la syphilis, les infections à NG, CT et MG, les nombres de tests et de diagnostics, les proportions de consultants testés et les taux de positivité (nombre de diagnostics positifs/ nombre total de tests) ont été analysés selon les caractéristiques des consultants.

De nombreux CeGIDD utilisant un code d'anonymat différent à chaque consultation d'une même personne, les analyses ont été conduites sur l'ensemble des consultations, une personne pouvant être comptabilisée plusieurs fois dans la description des caractéristiques des consultants.

L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel Stata® 14.2 (Stata Corporation, Collège Station, Texas, États-Unis).

Considération éthique

L'autorisation de la commission nationale de l'informatique et des libertés (n° 2049450) a été obtenue pour le recueil automatisé et sécurisé des données anonymes des CeGIDD. Le consentement des consultants a été obtenu pour la collecte et le traitement de leurs données.

Résultats

En 2018, 44,6% (n=143) des CeGIDD parmi les 317 recensés en 2016 ont transmis leurs données individuelles au format attendu (tableau 1). Ce taux

de participation variait de 13% dans les Pays de la Loire à 100,0% en Centre-Val de Loire, en excluant les deux régions où la transmission de données doit débiter en 2020 (Bourgogne-Franche-Comté et Mayotte). Les trois quarts des CeGIDD participants étaient des structures hospitalières (n=107). Le *web service* a été utilisé par les deux tiers des structures pour transmettre leur base de données (n=94).

Caractéristiques des consultants

Au total, 382 890 consultations ont été rapportées pour l'année 2018, les trois quarts (74,5%) par les régions métropolitaines hors Île-de-France (IdF), 20,3% par l'IdF et 5,2% par les départements ultramarins (DOM) (tableau 1). Le nombre médian annuel de consultations était de 1 282 par CeGIDD. Il variait de 564 en Centre-Val de Loire à 3 652 en Martinique. Les consultations ont été réalisées majoritairement par des CeGIDD hospitaliers (69,1%), 4,5% ont été conduites en dehors des locaux des CeGIDD (hors les murs) et 40,9% en préservant l'anonymat des consultants (tableau 2).

Après exclusion des données manquantes, la majorité des consultants accueillis étaient des hommes (59,8%), 40,0% étaient des femmes et 0,2% des personnes transgenres (tableau 2). L'âge médian était de 27 ans pour les hommes, 23 ans chez les femmes et 30 ans pour les transgenres. Les mineurs représentaient 6,9% des consultants : 8,3% des femmes et 5,9% des hommes. Leur âge médian était de 16 ans. En termes de comportement sexuel dans

Tableau 1

Activité de consultation des CeGIDD selon les régions, SurCeGIDD 2018

Région	CeGIDD répondants	Taux de participation	Consultations	
	n	%	n	Médiane
Auvergne-Rhône-Alpes	14	47%	55 312	2 093
Bourgogne-Franche-Comté*	0	0%	0	–
Bretagne	6	67%	10 604	1 721
Centre-Val De Loire	17	100%	22 294	564
Corse	1	50%	2 056	2 056
Grand Est	20	74%	41 484	852
Guadeloupe	4	80%	10 237	2 285
Guyane	1	25%	1 826	1 826
Hauts-de-France	3	14%	2 092	576
Île-de-France	26	43%	77 832	1 849
La Réunion	3	60%	4 060	959
Martinique	1	50%	3 652	3 652
Mayotte*	0	0%	0	–
Normandie	7	35%	12 602	1 454
Nouvelle Aquitaine	15	45%	43 961	1 389
Occitanie	6	26%	23 733	1 836
Pays De La Loire	2	13%	5 538	2 769
Provence-Alpes-Côte d'Azur	17	58%	65 607	1 541
France	143	45%	382 890	1 282

* La transmission des données n'a pas débuté dans ces régions.

CeGIDD : centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles.

Tableau 2

Caractéristiques des consultants selon le statut hospitalier/non hospitalier des CeGIDD, SurCeGIDD 2018

	Consultations dans les CeGIDD hospitaliers		Consultations dans les CeGIDD non hospitaliers		Total	
	N	%	N	%	N	%
Total	263 480	100,00%	117 733	100,00%	382 890	100,00%
Sexe						
Hommes	154 998	58,83%	71 300	60,56%	227 326	59,37%
Femmes	105 757	40,14%	45 581	38,72%	151 963	39,69%
Transgenres	422	0,16%	210	0,18%	632	0,17%
NR	2 303	0,87%	642	0,55%	2 969	0,78%
Total	263 480	100,00%	117 733	100,00%	382 890	100,00%
Âge						
Age médian	25 [20-33]	–	25 [21-32,5]	–	25 [21-33]	–
Région						
IDF	50 487	19,16%	27 345	23,23%	77 832	20,33%
Métropole hors IDF	196 004	74,39%	87 602	74,41%	285 283	74,51%
DROM	16 989	6,45%	2 786	2,37%	19 775	5,16%
Total	263 480	100,00%	117 733	100,00%	382 890	100,00%
Orientation sexuelle						
HSH	15 209	5,77%	5 417	4,60%	20 764	5,42%
Hommes hétérosexuels	45 002	17,08%	36 614	31,10%	81 964	21,41%
FSF	2 463	0,93%	709	0,60%	3 188	0,83%
Femmes hétérosexuelles	41 269	15,66%	27 441	23,31%	69 016	18,03%
NR	159 537	60,55%	47 552	40,39%	207 958	54,31%
Total	263 480	100,00%	117 733	100,00%	382 890	100,00%
Pays de naissance						
France	151 843	57,63%	74 460	63,24%	227 698	59,47%
hors France	37 914	14,39%	20 456	17,37%	58 591	15,30%
NR	73 723	27,98%	22 817	19,38%	96 601	25,23%
Total	263 480	100,00%	117 733	100,00%	382 890	100,00%
Continent de naissance hors France						
Afrique	20 305	18,22%	11 747	27,65%	32 052	20,69%
Amérique	5 103	4,58%	3 009	7,08%	8 112	5,24%
Asie	3 509	3,15%	1 756	4,13%	5 265	3,40%
Europe	8 736	7,84%	2 887	6,80%	12 623	8,15%
Océanie	57	0,05%	261	0,61%	318	0,21%
NR	73 723	66,16%	22 817	53,72%	96 540	62,32%
Total	111 433	100,00%	42 477	100,00%	154 910	100,00%
Activité professionnelle						
Oui	68 463	25,98%	26 637	22,62%	95 794	25,02%
Non	85 292	32,37%	29 705	25,23%	115 913	30,27%
Inconnu	24 484	9,29%	2 948	2,50%	27 432	7,16%
NR	85 241	32,35%	58 443	49,64%	143 751	37,54%
Total	263 480	100,00%	117 733	100,00%	382 890	100,00%
Couverture maladie						
Assurance maladie	25 960	9,85%	12 937	10,99%	39 134	10,22%
Assurance + mutuelle	87 092	33,05%	63 469	53,91%	151 743	39,63%
Protection universelle maladie	10 812	4,10%	778	0,66%	11 639	3,04%
Complémentaire santé solidarité	5 720	2,17%	3 879	3,29%	9 645	2,52%
AME	1 408	0,53%	837	0,71%	2 248	0,59%
Autre	1 827	0,69%	600	0,51%	2 430	0,63%
Absence de couverture maladie	6 919	2,63%	5 911	5,02%	12 916	3,37%
Inconnu	36 812	13,97%	4 967	4,22%	41 779	10,91%
NR	86 930	32,99%	24 355	20,69%	111 356	29,08%



Tableau 2 (suite)

	Consultations dans les CeGIDD hospitaliers		Consultations dans les CeGIDD non hospitaliers		Total	
	N	%	N	%	N	%
Total	263 480	100,00%	117 733	100,00%	382 890	100,00%
Nombre médian de partenaires sexuels des 12 derniers mois selon l'orientation sexuelle [IQ]						
HSH	5 [3-13]	–	6 [3-15]	–	6 [3-14]	–
Hommes hétérosexuels	2 [1-4]	–	2 [1-4]	–	2 [1-4]	–
FSF	4 [2-7]	–	4 [2-7]	–	4 [2-7]	–
Femmes hétérosexuelles	2 [1-3]	–	2 [1-3]	–	2 [1-3]	–
NR	2 [1-5]	–	3 [1-8]	–	2 [1-5]	–
Anonymat						
Oui	106 692	40,49%	35 234	29,93%	142 638	37,25%
Non	129 127	49,01%	75 491	64,12%	205 581	53,69%
Inconnu	1 058	0,40%	7 008	5,95%	8 068	2,11%
NR	26 603	10,10%	0	0,00%	26 603	6,95%
Total	263 480	100,00%	117 733	100,00%	382 890	100,00%
Consultation hors les murs						
Oui	10 154	3,85%	4 296	3,65%	14 534	3,80%
Non	194 295	73,74%	111 962	95,10%	307 850	80,40%
Inconnu	2 681	1,02%	1 475	1,25%	4 156	1,09%
NR	56 350	21,39%	0	0,00%	56 350	14,72%
Total	263 480	100,00%	117 733	100,00%	382 890	100,00%
Motifs de consultation						
<i>Exposition à risque</i>						
Oui	62 594	23,76%	20 817	17,68%	83 847	21,90%
Non	38 931	14,78%	14 145	12,01%	53 328	13,93%
Inconnu	5 504	2,09%	9 916	8,42%	15 420	4,03%
NR	156 451	59,38%	72 855	61,88%	230 295	60,15%
Total	263 480	100,00%	117 733	100,00%	382 890	100,00%
<i>Dépistage systématique</i>						
Oui	39 131	14,85%	10 702	9,09%	50 145	8,23%
Non	47 347	17,97%	18 393	15,62%	66 093	10,85%
Inconnu	10 199	3,87%	9 916	8,42%	246 537	40,46%
NR	166 803	63,31%	78 722	66,86%	246 537	40,46%
Total	263 480	100,00%	117 733	100,00%	609 312	100,00%
<i>Signes évocateurs d'IST</i>						
Oui	5 906	2,24%	2 602	2,21%	8 538	2,23%
Non	68 063	25,83%	32 253	27,40%	100 808	26,33%
Inconnu	4 588	1,74%	0	0,00%	4 588	1,20%
NR	184 923	70,18%	82 878	70,39%	268 956	70,24%
Total	263 480	100,00%	117 733	100,00%	382 890	100,00%
<i>Contrôle TROD</i>						
Oui	371	0,14%	22	0,02%	393	0,10%
Non	51 566	19,57%	31 275	26,56%	83 355	21,77%
Inconnu	211 543	80,29%	86 436	73,42%	299 142	78,13%
Total	263 480	100,00%	117 733	100,00%	382 890	100,00%
<i>Contrôle autotest</i>						
Oui	11	0,00%	7	0,01%	18	0,00%
Non	22 389	8,50%	31 287	26,57%	54 189	14,15%
Inconnu	29 372	11,15%	0	0,00%	29 372	7,67%
NR	211 708	80,35%	86 439	73,42%	299 311	78,17%
Total	263 480	100,00%	117 733	100,00%	382 890	100,00%
<i>Prise en charge d'AEV</i>						
Oui	1 471	0,56%	236	0,20%	1 707	0,45%
Non	51 383	19,50%	30 202	25,65%	81 585	21,31%
Inconnu	210 626	79,94%	87 295	74,15%	299 598	78,25%



Tableau 2 (suite)

	Consultations dans les CeGIDD hospitaliers		Consultations dans les CeGIDD non hospitaliers		Total	
	N	%	N	%	N	%
Total	263 480	100,00%	117 733	100,00%	382 890	100,00%
<i>Contrôle test antérieur</i>						
Oui	692	0,26%	1 530	1,30%	2 242	0,59%
Non	13 280	5,04%	31 247	26,54%	45 026	11,76%
Inconnu	39 976	15,17%	0	0,00%	39 976	10,44%
NR	209 532	79,52%	84 956	72,16%	295 646	77,21%
Total	263 480	100,00%	117 733	100,00%	382 890	100,00%
<i>Initiation PrEP</i>						
Oui	536	0,20%	318	0,27%	854	0,22%
Non	41 953	15,92%	33 080	28,10%	75 033	19,60%
Inconnu	10 604	4,02%	0	0,00%	10 604	2,77%
NR	210 387	79,85%	84 335	71,63%	296 399	77,41%
Total	263 480	100,00%	117 733	100,00%	382 890	100,00%
<i>Suivi PrEP</i>						
Oui	1 885	0,72%	743	0,63%	2 628	0,69%
Non	51 507	19,55%	32 821	27,88%	84 328	22,02%
NR	210 088	79,74%	84 169	71,49%	295 934	77,29%
Total	263 480	100,00%	117 733	100,00%	382 890	100,00%
<i>Vaccination</i>						
Oui	3 452	1,31%	362	0,31%	3 814	1,00%
Non	49 113	18,64%	21 604	18,35%	71 230	18,60%
Inconnu	0	0,00%	9 560	8,12%	9 560	2,50%
NR	210 915	80,05%	86 207	73,22%	298 286	77,90%
Total	263 480	100,00%	117 733	100,00%	382 890	100,00%
<i>Suivi AEV</i>						
Oui	39	0,01%	24	0,02%	63	0,02%
Non	4 269	1,62%	10 910	9,27%	15 179	3,96%
Inconnu	10 938	4,15%	0	0,00%	10 938	2,86%
NR	248 234	94,21%	106 799	90,71%	356 710	93,16%
Total	263 480	100,00%	117 733	100,00%	382 890	100,00%
<i>Rendu de résultats</i>						
Oui	76 138	28,90%	19 086	16,21%	95 893	25,04%
Non	6 547	2,48%	10 260	8,71%	16 807	4,39%
Inconnu	10 938	4,15%	0	0,00%	10 938	2,86%
NR	169 857	64,47%	88 387	75,07%	259 252	67,71%
Total	263 480	100,00%	117 733	100,00%	382 890	100,00%
<i>Traitement IST</i>						
Oui	337	0,13%	2	0,00%	339	0,09%
Non	4 345	1,65%	674	0,57%	5 019	1,31%
Inconnu	10 938	4,15%	0	0,00%	10 938	2,86%
NR	247 860	94,07%	117 057	99,43%	366 594	95,74%
Total	263 480	100,00%	117 733	100,00%	382 890	100,00%

Les données du tableau excluent les données manquantes pour chacune des caractéristiques. La colonne totale exclut les 1 677 personnes ayant consulté dans un CeGIDD dont on ne connaît pas le statut (hospitalier versus non hospitalier).

CeGIDD : centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles ; NR : non renseigné (aucune information disponible contrairement à l'information « inconnu ») ; HSH : hommes ayant eu des rapports sexuels avec des hommes dans les 12 derniers mois ; FSF : femmes ayant eu des rapports sexuels avec des femmes dans les 12 derniers mois ; AME : aide médicale de l'État ; TROD : test rapide d'orientation diagnostique ; PrEP : prophylaxie pré-exposition au VIH ; AEV : accident exposant à un risque viral ; IST : infection sexuellement transmissible ; Anonymat : préservation de l'anonymat de la personne consultée ; Hors les murs : consultation réalisée en dehors des locaux du CeGIDD.

les 12 derniers mois, 46,9% étaient des hommes hétérosexuels, 39,5% des femmes hétérosexuelles, 11,9% des HSH et 1,8% des FSF.

La majorité des consultants étaient nés en France (79,5%, soit 77,8% des hommes, 82,2% des femmes et 54,6% des transgenres), 7,6% en Afrique subsaharienne (8,7% des hommes, 6,1% des femmes et 1,3% des transgenres), 4,4% en Europe hors France (4,4% des hommes, 4,5% des femmes et 4,9% des transgenres). Plus de la moitié n'avait pas déclaré d'activité professionnelle (54,8%). Concernant la couverture maladie, 5,6% des consultants n'en avaient pas, 9,3% bénéficiaient d'une protection universelle maladie/ d'une complémentaire santé solidaire⁽¹⁾ et 0,9% d'une aide médicale d'état. Les motifs de consultations les plus fréquents étaient un rendu de résultats (34,7%), une exposition à risque (30,4%), un dépistage systématique (18,2%).

Dépistage et taux de positivité du VIH

En 2018, 205 348 sérologies VIH ont été réalisées avec un taux de positivité global de 0,37%. Les taux les plus élevés étaient observés dans les DOM (0,62%, en particulier en Guyane avec 2,24%) et en IdF (0,54%). La séropositivité était plus fréquente chez les transgenres (2,85%) comparativement aux hommes (0,42%) et aux femmes (0,31%). Les consultants nés à l'étranger et en particulier en Afrique subsaharienne présentaient un taux de positivité supérieur (0,85% et 1,21%) à celui des consultants nés en France (0,27%). Les HSH nés à l'étranger et en France présentaient les taux de positivité les plus élevés (2,23 % et 0,87%), suivis des femmes hétérosexuelles nées à l'étranger (0,70%) (tableau 3). Parallèlement, les FSF, les HSH et les femmes hétérosexuelles nés en France étaient les plus fréquemment testés (respectivement 84,5%, 79,1% et 78,6%). Chez les consultants de 30 ans et plus, le taux de positivité était plus élevé que chez les plus jeunes, tandis que la proportion de consultants testés était plus importante chez les moins de 30 ans (figure 1A).

Dépistage et taux de positivité du VHB

Les CeGIDD ont réalisé 131 551 recherches de l'Ag HBs avec un taux de positivité de 1,31%. Ce taux était de 1,40% en métropole hors IdF, de 1,19% en IdF et de 0,56% dans les DOM. Le taux de positivité était plus élevé chez les hommes (1,70%) comparativement aux femmes (0,73%). Aucun transgenre parmi les 136 testés n'a été diagnostiqué avec une hépatite B chronique. Les consultants nés à l'étranger avaient un taux de positivité huit fois supérieur à celui des consultants nés en France (4,30% *versus* 0,53%), le taux le plus important étant observé chez les consultants nés en Afrique subsaharienne (7,86%). Les hétérosexuels nés à l'étranger avaient

⁽¹⁾ La couverture maladie universelle (CMU) a été remplacée par la protection universelle maladie (PUMA) en 2016 et la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) par la complémentaire santé solidaire. https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/protection_universelle_maladie_puma.php

les taux de positivité les plus élevés (4,16% chez les hommes) tandis que les FSF nées à l'étranger et en France étaient les plus dépistées (respectivement 68,8% et 58,2%) (tableau 3). La proportion de consultants testés pour le VHB était plus élevée chez les hommes de moins de 20 ans, classe d'âge présentant le taux de positivité le plus important. Les femmes de moins de 20 ans étaient également les plus testées, par contre le taux de positivité était plus élevé chez celles de 30 ans et plus (figure 1A).

Dépistage et taux de positivité du VHC

Parmi les 106 162 tests Ac anti-VHC réalisés en 2018, 998 étaient positifs (soit 0,94%) dont 64 ARN- VHC positifs sur 167 recherches d'ARN viral. Le taux de positivité des Ac était de 1,11% en métropole hors IdF, 0,64% en IdF, et 0,30% dans les DOM. La positivité était plus fréquente chez les hommes (1,09%) que chez les femmes (0,79%). Les consultants nés à l'étranger avaient un taux de positivité de 1,33%, avec un taux particulièrement élevé chez ceux nés en Europe de l'Est ou du Centre (7,05%). Les hommes hétérosexuels et les FSF nés à l'étranger présentaient les taux de positivité les plus élevés (1,30% et 1,20%). Les FSF nées à l'étranger (64,3%) et les HSH nés en France et à l'étranger étaient plus fréquemment testés (57,9% et 57,0%) (tableau 3). La proportion de consultants testés était plus importante chez les 30 ans et plus, tandis que les taux de positivité les plus élevés étaient observés chez les 40 ans et plus (figure 1A).

Dépistage et taux de positivité de l'infection à CT

Parmi les 161 241 tests CT réalisés, 7,16% étaient positifs. Le taux de positivité était plus élevé dans les DOM (11,59%) qu'en IdF (7,45%) et dans le reste de la métropole (6,83%). Il était également plus élevé chez les transgenres (8,50% sur 200 personnes testées) comparativement aux femmes (7,90%) et aux hommes (6,65%). Les personnes nées à l'étranger avaient un taux de positivité (7,52%) légèrement supérieur à celui des personnes nées en France (7,41%). Les HSH nés en France (8,07%) et à l'étranger (10,35%) et les femmes hétérosexuelles et FSF nées à l'étranger (8,86% et 8,74%), les hétérosexuelles et les FSF nées en France (8,35% et 7,02%) présentaient les taux de positivité les plus élevés. Les tests étaient plus fréquents chez les FSF et les HSH nés en France (73,2% et 73,9%) (tableau 3). La proportion de consultants testés chez les 20-29 ans et les taux de positivité des hommes de 20-29 ans, des femmes de moins de 30 ans et de 60 ans et plus étaient les plus élevés (figure 1B).

Dépistage et taux de positivité du gonocoque

En 2018, le taux de positivité de l'infection à NG était de 2,83% pour 146 649 tests. Ce taux était de 3,15% en IdF, 2,79% dans les DOM et 2,72% en métropole hors IdF. Il était plus élevé chez les transgenres (5,79%) que chez les hommes (3,85%) et les femmes (1,31%). Le taux de positivité des consultants nés à l'étranger (3,23%) était supérieur à celui des

Tableau 3

Proportion de consultants testés et taux de positivité du VIH, des hépatites B et C et des autres IST selon le sexe, l'orientation sexuelle et le pays de naissance des consultants, SurCeGIDD 2018

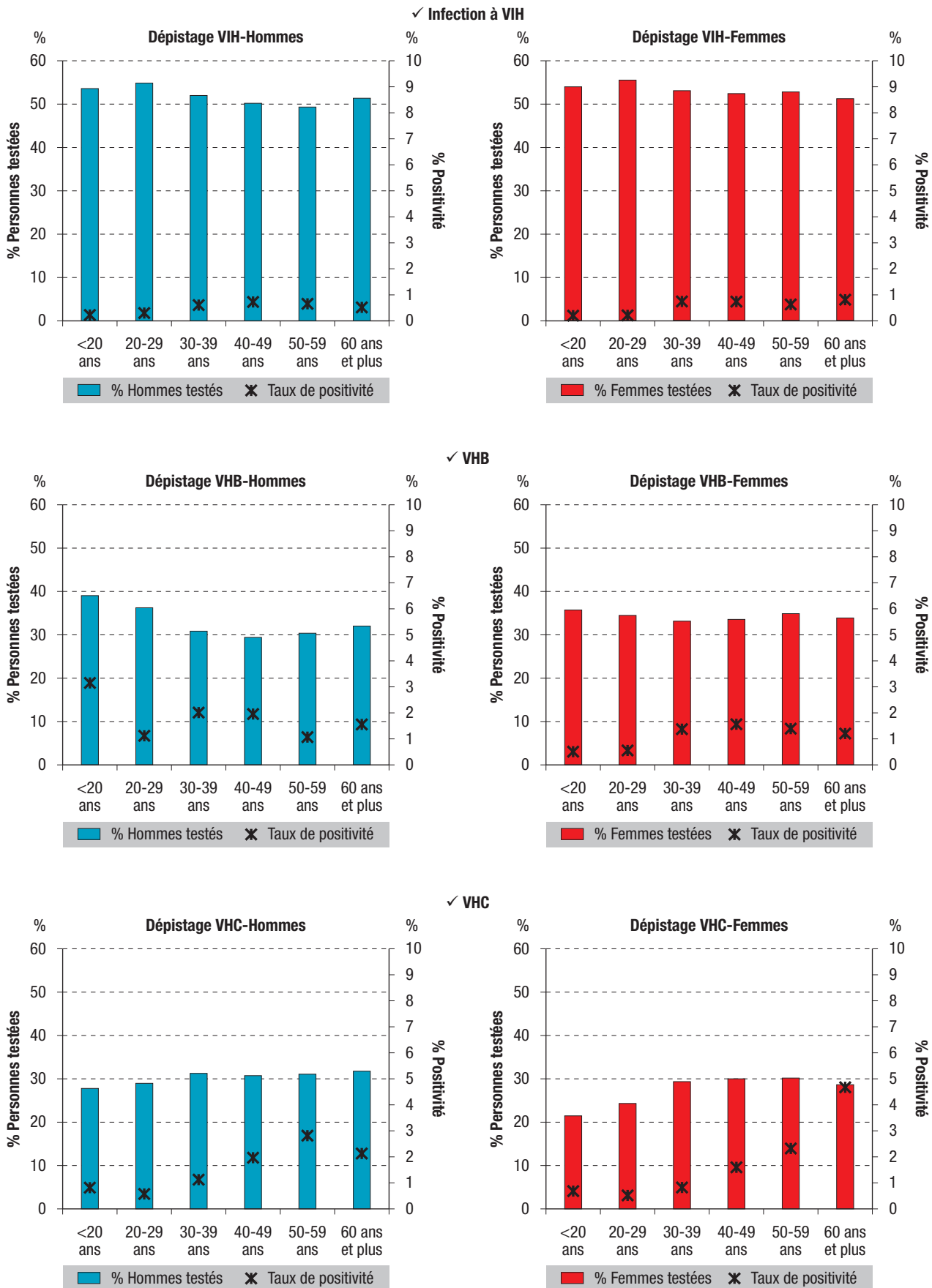
	HSH			Hommes hétérosexuels			Femmes hétérosexuelles			FSF		
	Tests		Taux de positivité	Tests		Taux de positivité	Tests		Taux de positivité	Tests		Taux de positivité
	n	%	%	n	%	%	n	%	%	n	%	%
Consultants nés en France												
Infection à VIH	10 541	79,12%	0,87%	43 037	76,52%	0,21%	37 963	78,57%	0,17%	1 808	84,49%	0,50%
Hépatite B (AGHBs)	5 922	44,45%	0,47%	25 128	44,68%	0,40%	21 275	44,03%	0,41%	1 246	58,22%	0,40%
Hépatite C (Ac VHC)	7 598	57,03%	0,66%	18 726	33,29%	0,72%	14 568	30,15%	0,67%	954	44,58%	0,63%
Syphilis	10046	75,41%	3,33%	23 805	42,32%	0,59%	18 373	38,03%	0,17%	1 232	57,57%	0,16%
Gonococcie	9 794	73,52%	9,35%	31 217	55,50%	1,94%	28 547	59,08%	1,29%	1 413	66,03%	1,27%
Infection à CT	9 841	73,87%	8,07%	33 922	60,31%	6,27%	31 026	64,21%	8,35%	1 567	73,22%	7,02%
Infection à MG	1 193	8,96%	8,80%	2 933	5,21%	3,41%	2 684	5,55%	4,58%	226	10,56%	8,41%
Consultants nés à l'étranger												
Infection à VIH	2 245	77,02%	2,23%	9 857	73,31%	0,46%	6 888	75,59%	0,70%	258	66,32%	0,39%
Hépatite B (AGHBs)	1 344	46,11%	0,97%	7 036	52,33%	4,16%	4 696	51,54%	1,51%	267	68,64%	0,75%
Hépatite C (Ac VHC)	1 690	57,98%	0,65%	6 548	48,70%	1,30%	4 097	44,96%	0,59%	250	64,27%	1,20%
Syphilis	2072	71,08%	4,83%	6 526	48,54%	0,83%	3961	43,47%	0,38%	169	43,44%	1,18%
Gonococcie	2 056	70,53%	11,96%	6 889	51,24%	2,41%	4 894	53,71%	1,31%	204	52,44%	2,45%
Infection à CT	2 058	70,60%	10,35%	6 999	52,06%	6,72%	4 966	54,50%	8,86%	206	52,96%	8,74%
Infection à MG	274	9,40%	12,77%	549	4,08%	5,10%	398	4,37%	5,78%	38	9,77%	7,89%

CT : *Chlamydia trachomatis* ; MG : *Mycoplasma genitalium*.

Tests : n correspond au nombre de consultants testés et % à la proportion de personnes testées. IST : infection sexuellement transmissible.

Figure 1A

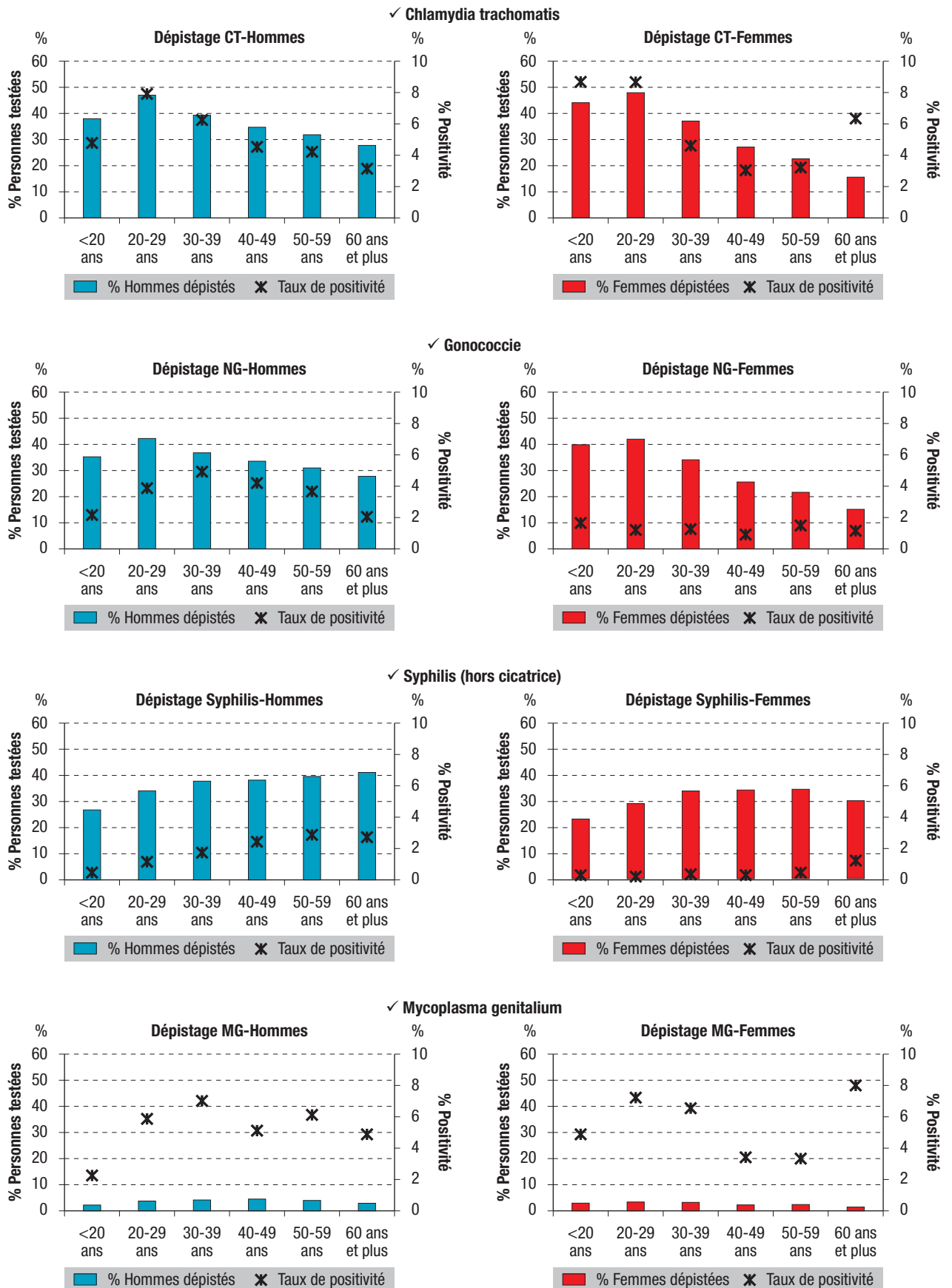
Proportion de consultants testés* et taux de positivité du VIH, des hépatites B et C selon le sexe et l'âge, SurCeGIDD 2018



* Proportion de consultants testés = nombre de consultants testés/nombre total de consultants dans chaque sous-populations selon le sexe et l'âge. Taux de positivité = nombre de consultants positifs/nombre de consultants testés dans chaque sous-populations selon le sexe et l'âge.

Figure 1B

Proportion de consultants testés et taux de positivité* des IST bactériennes selon le sexe et l'âge, SurCeGIDD 2018



* Proportion de consultants testés = nombre de consultants testés/nombre total de consultants dans chaque sous-population, selon le sexe et l'âge. Taux de positivité = nombre de consultants positifs/nombre de consultants testés dans chaque sous-population selon le sexe et l'âge. IST : infection sexuellement transmissible.

consultants nés en France (2,80%). Les HSH nés en France (9,35%) et à l'étranger (11,96%), les FSF nées à l'étranger (2,45%) et les hommes hétérosexuels nés en France et à l'étranger (1,94% et 2,41%) présentaient les taux de positivité les plus élevés. Le dépistage était plus fréquent chez les HSH nés en France et à l'étranger (73,5% et 70,5%) (tableau 3). La proportion de consultants testés était plus importante chez les 20-29 ans, alors que les taux de positivité les plus élevés étaient observés chez les hommes de 30-39 ans (figure 1B).

Dépistage et taux de positivité de la syphilis

Parmi les 123 285 tests syphilis réalisés, 1,04% étaient positifs. La Martinique (2,59%), la Réunion (1,94%) et l'IdF (1,40%) présentaient les taux de positivité les plus importants. Le taux était de 3,56% chez les transgenres, de 1,51% chez les hommes et de 0,20% chez les femmes. Il était de 1,18% chez les consultants nés à l'étranger et de 1,05% chez ceux nés en France. Les taux de positivité les plus élevés étaient observés chez les HSH nés en France et à l'étranger (3,33% et 4,83%) qui présentaient également le niveau de dépistage le plus élevé (75,4% et 71,1%) (tableau 3). La proportion de personnes testées et le taux de positivité les plus élevés étaient observés chez les 50 ans et plus, quel que soit le sexe (figure 1B).

Dépistage et taux de positivité du MG

Le taux de positivité du MG était de 5,96% pour 13 313 tests. Ce taux était de 10,38% dans les DOM, 6,12% en métropole hors IdF et de 4,89% en IdF. Il était plus élevé chez les transgenres (9,62%) comparativement aux femmes (6,37%) et aux hommes (5,73%). La positivité était plus fréquente chez les HSH nés en France et à l'étranger (8,80% et 12,77%) et chez les FSF nées en France et à l'étranger (8,41% et 7,89%). Le dépistage était également plus fréquent chez les FSF nées en France et à l'étranger (10,6% et 9,8%) et chez les HSH nés en France et à l'étranger (8,9% et 9,4%). Les hommes de 40-49 ans étaient les plus testés et ceux de 30-39 ans avaient le taux de positivité le plus élevé. Les femmes de moins de 40 ans étaient celles bénéficiant le plus du dépistage (figure 1B).

Discussion

Malgré les difficultés des CeGIDD pour mettre au format attendu leurs données, 45% des structures ont transmis leurs données individuelles pour l'année 2018. Compte-tenu de ce taux de participation, une sélection des CeGIDD disposant de ressources humaines, informatiques ou financières plus importantes comparativement aux structures non-participantes ne peut être exclue. Mais l'information croissante des CeGIDD et un accompagnement individualisé des structures par Santé publique France dans l'appropriation des spécifications SurCeGIDD contribueront à une meilleure représentativité des données de surveillance à moyen terme. Par ailleurs, la complétude de certaines variables

semble particulièrement problématique (comportements sexuels, couverture maladie, vaccination). De plus, l'absence d'un identifiant unique ne permet pas de chaîner les consultations répétées d'une même personne. Face à ces constats, une réflexion conduite dans le cadre du groupe de suivi de la surveillance, coordonné par Santé publique France et composé de plusieurs CeGIDD permettra d'évaluer les solutions envisageables (algorithme d'identification des consultations répétées, évolution des spécifications techniques de SurCeGIDD...). Les données individuelles issues de la surveillance SurCeGIDD permettent néanmoins d'analyser pour la première fois précisément l'activité de dépistage et de diagnostic en CeGIDD selon les caractéristiques des consultants.

Caractérisation des consultations/consultants

Les 382 890 consultations rapportées pour l'année 2018 représentent 51% des consultations décrites la même année dans les RAP transmis par 88% des CeGIDD². Le nombre médian de consultations par CeGIDD est inférieur à celui estimé à partir des RAP (1 282 vs 1 422)². Environ la moitié des tests déclarés dans les RAP en 2018 a été rapportée via SurCeGIDD (de 48% des tests NG à 64% des tests VIH)². Cependant, les consultants sont comparables en termes d'âge et de sexe dans les deux sources de données². Les taux de positivité décrits ici sont également proches de ceux issus des RAP : pour le VIH, respectivement 0,37% vs 0,38%, VHB=1,31% vs 1,20%, VHC=0,94% vs 0,73%, CT=7,16% vs 6,72%, NG=2,83% vs 2,92% et la syphilis=1,04% vs 1,43%². La représentativité des données SurCeGIDD semble suffisante pour décrire finement les consultants.

Taux de positivité et populations vulnérables

Les données des RAP ont permis d'identifier des facteurs de vulnérabilité pouvant expliquer des taux de positivité très élevés dans certaines sous-populations² : le sexe masculin (pour le VIH, VHB, VHC, NG, syphilis) et l'âge de moins de 30 ans chez les hommes et l'âge de moins de 25 ans chez les femmes (pour CT). Les données individuelles analysées dans cet article ont permis d'affiner cette analyse en identifiant des taux de positivité très élevés selon les pathogènes chez les transgenres (VIH, CT, NG, syphilis), les femmes (CT), les HSH (VIH, CT, NG, syphilis), les personnes nées à l'étranger (VIH, VHB, VHC, NG, syphilis), les hommes hétérosexuels nés à l'étranger (VHB, VHC), les femmes hétérosexuelles (CT), les moins de 30 ans (CT), les plus de 30 ans (VIH), les plus de 40 ans (VHC), les plus de 50 ans (syphilis), les consultants dans les DOM et en IdF (VIH, VHB, syphilis, NG, CT). Des différences d'offre et d'accès aux tests, de pratique du dépistage, de comportements sexuels, d'écologie bactérienne ou virale et de la participation régionale à SurCeGIDD peuvent également contribuer partiellement à ces disparités. Les prochaines données, plus exhaustives, permettront une analyse plus précise de ces déterminants.

Considérant les taux de positivité et les proportions de consultants testés, le dépistage semble insuffisant chez les HSH nés à l'étranger et les plus de 30 pour le VIH. Le dépistage semble également insuffisant chez les hétérosexuels nés à l'étranger et les femmes de plus de 30 ans pour le VHB ; chez les hétérosexuels nés à l'étranger et les plus de 39 ans pour le VHC ; chez les FSF et HSH nés à l'étranger, les moins de 20 ans et les femmes de 60 ans et plus pour le CT ; chez les FSF nées à l'étranger, les hommes hétérosexuels, les hommes de 30-39 ans, les femmes de moins de 20 ans et celles de 50-59 ans pour le NG. Des analyses plus détaillées du dépistage et de la positivité par pathogène et par population pourront contribuer à l'évaluation des recommandations de dépistage ainsi qu'à leur évolution, dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sexuelle⁵⁻¹¹.

Le non-remboursement du test MG par l'Assurance maladie et l'absence de recommandations de dépistage induisent probablement un biais de sélection dans le recueil de ces premières données sur le MG. Le taux de positivité proche de celui du CT est sans doute lié à un ciblage des consultants particulièrement exposés, sans pouvoir écarter une circulation bactérienne chez les autres. Une meilleure exhaustivité des données sur les années ultérieures permettra de confirmer le taux particulièrement élevé chez les transgenres, les femmes, les HSH, les FSF et les consultants des DOM et de l'IDF.

Les taux de positivités élevés en CeGIDD et les facteurs de vulnérabilité identifiés sont cohérents avec les résultats des centres spécialisés prenant en charge des populations très exposées au Royaume-Uni, en Suède, au Pays-Bas, en Australie, au Canada et aux États-Unis¹²⁻¹⁷.

Conclusion

Les données individuelles des CeGIDD offrent de nouvelles perspectives dans la compréhension des facteurs de vulnérabilité des populations accueillies. Leur analyse contextualisée contribuera aux ajustements territorialisés de la stratégie nationale de santé sexuelle, dans une approche de réduction des inégalités sociale de santé. L'évolution du dispositif SurCeGIDD vers une transmission continue de données et le développement d'outils facilitant leur analyse et la restitution des résultats aux acteurs de santé publique pourraient également faciliter l'identification, l'investigation et la gestion d'événements inattendus tels que des *clusters* d'IST ou des cas de multirésistance aux anti-infectieux. ■

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, de la Santé et des Droits des femmes. Décret n° 2015-796 du 1^{er} juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine

et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000030824374>

[2] 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

[3] Santé publique France. Format du fichier de transmission des données individuelles des CEGIDD vers Santé Publique France. Saint-Maurice: Santé publique France; 2019. <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/56297/file/2019-architecture-base-cegidd.pdf>

[4] Santé publique France. Centralisateur CeGIDD: Webservice Spécifications techniques (Mise à jour mai 2019). Saint-Maurice: Santé publique France; 2019. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-c/articles/surveillance-epidemiologique-au-sein-des-cegidd/blocs/centralisateur-cegidd-webservice>

[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] 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. 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

[7] Haute Autorité de santé. Évaluation *a priori* du dépistage de la syphilis en France. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de santé; 2007. https://www.has-sante.fr/jcms/c_548127/fr/evaluation-a-priori-du-depistage-de-la-syphilis-en-france

[8] 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. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france

[9] Conseil national du sida et des hépatites virales. Prévention et dépistage. In: Morlat P (dir.) *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts*. Paris: CNS; 2018. https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2018/04/experts-vih_prevention-depistage.pdf

[10] 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; 2015. 75 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf?wb48617274=F8664D4D

[11] Derancourt C, Vernay-Vaisse C, Spenatto N, Dupin N, Janier M, Fouere S. Prévention des MST/IST. *Ann Dermatol Venereol.* 2016;143(11):786-91.

[12] Björneli E, Magnusson C, Jensen JS. *Mycoplasma genitalium* macrolide resistance in Stockholm, Sweden. *Sex Transm Infect.* 2017;93(3):167-8.

[13] Jongen VW, van Rooijen MS, Schim van der Loeff MF, Newsum AM, de Vos Klootwijk L, Hoornenborg E, et al. Evaluation of the hepatitis C testing strategy for human immunodeficiency virus-positive men who have sex with men at the sexually transmitted infections outpatient clinic of Amsterdam, the Netherlands. *Sex Transm Dis.* 2020;47(9):587-95.

[14] Gratrix J, Plitt S, Turnbull L, Smyczek P, Brandley J, Scarrott R, et al. Prevalence and antibiotic resistance of *Mycoplasma genitalium* among STI clinic attendees in Western Canada: A cross-sectional analysis. *BMJ Open.* 2017;7(7):e016300.

[15] Callander D, Cook T, Read P, Hellard ME, Fairley CK, Kaldor JM, *et al.* Sexually transmissible infections among transgender men and women attending Australian sexual health clinics. *Med J Aust.* 2019;211(9):406-11.

[16] Broad CE, Furegato M, Harrison MA, Pond MJ, Tan N, Okala S, *et al.* High prevalence of coinfection of azithromycin-resistant *Mycoplasma genitalium* with other STIs: A prospective observational study of London-based symptomatic and STI-contact clinic attendees. *Sex Transm Infect.* 2020.

[17] Batteiger TA, Dixon BE, Wang J, Zhang Z, Tao G, Tong Y, *et al.* Where do people go for gonorrhea and chlamydia

tests: A cross-sectional view of the central Indiana population, 2003-2014. *Sex Transm Dis.* 2019;46(2):132-6.

Citer cet article

Ndeikoundam Ngangro N, Pioche C, Delmas G, Cazein F, Brouard C, Bruyand M, *et al.* Dépistage et diagnostic du VIH, des hépatites B et C et des IST bactériennes en CeGIDD en 2018 : données individuelles de la surveillance SurCeGIDD. *Bull Epidémiol Hebd.* 2020;(33-34):673-85. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/33-34/2020_33-34_4.html

> FOCUS // Focus

DÉPISTAGE DU VIH : ÉTAT DES LIEUX EN 2019 ET SUR LES SEPT PREMIERS MOIS DE L'ANNÉE 2020

// FOCUS ON HIV TESTING IN 2019 AND ON THE FIRST SEVEN MONTHS OF 2020

Françoise Cazein (francoise.cazein@santepubliquefrance.fr), Cécile Sommen, Élodie Moutengou, Stella Laporal, Charly Ramus, Mathias Bruyand, Leila Saboni, Josiane Pillonel, Florence Lot

Santé publique France, Saint-Maurice

Soumis le 16.10.2020 // Date of submission: 10.16.2020

Mots-clés : VIH, Dépistage, Diagnostic, Laboratoires, Covid-19

// **Keywords:** HIV, Testing, Diagnosis, Laboratories, Covid-19

Dépistage du VIH en 2019 et évolution par rapport aux années précédentes

L'activité de dépistage du VIH présentée ici repose sur les sérologies VIH déclarées dans le cadre de l'enquête LaboVIH menée chaque année auprès de l'ensemble des laboratoires de biologie médicale. Ces données ont été corrigées selon une méthode publiée précédemment, afin de tenir compte des laboratoires n'ayant pas répondu à l'enquête¹. Elles concernent la totalité des sérologies VIH réalisées par les laboratoires, remboursées ou non, avec ou sans prescription médicale, quels que soient les lieux de prélèvement (laboratoire de ville, hôpital ou clinique, CeGIDD⁽¹⁾...). Seules les sérologies réalisées à l'occasion des dons de sang sont exclues.

Le taux de participation à l'enquête LaboVIH pour l'année 2019 est de 72%, ce qui est nettement inférieur à celui des années précédentes (entre 85% et 89% de 2005 à 2017, 81% en 2018).

Le nombre de sérologies VIH réalisées en 2019 en laboratoire est estimé à 6,169 millions (intervalle de confiance à 95%, IC95%: [6,106-6,231]), en augmentation de 6% par rapport à 2018. Cette tendance à

l'augmentation du nombre de sérologies VIH réalisées chaque année est observée depuis 2014 (figure 1). En 2019, 5% des sérologies ont été réalisées dans un cadre anonyme *versus* 7% en 2014.

Le nombre de sérologies confirmées positives en 2019 est estimé à 11 488 [10 997-11 979]⁽²⁾. L'évolution annuelle de ce nombre est irrégulière et ne suit aucune tendance particulière. En 2019, 6% des sérologies positives ont été réalisées dans un cadre anonyme *versus* 11% en 2014.

En 2019, le taux de positivité est de 1,9 pour 1 000 sérologies réalisées. Ce taux montre une tendance régulière à la diminution (2,1 en 2014). Comme les années précédentes¹, le taux de positivité est plus élevé pour les sérologies anonymes (2,4 pour 1 000).

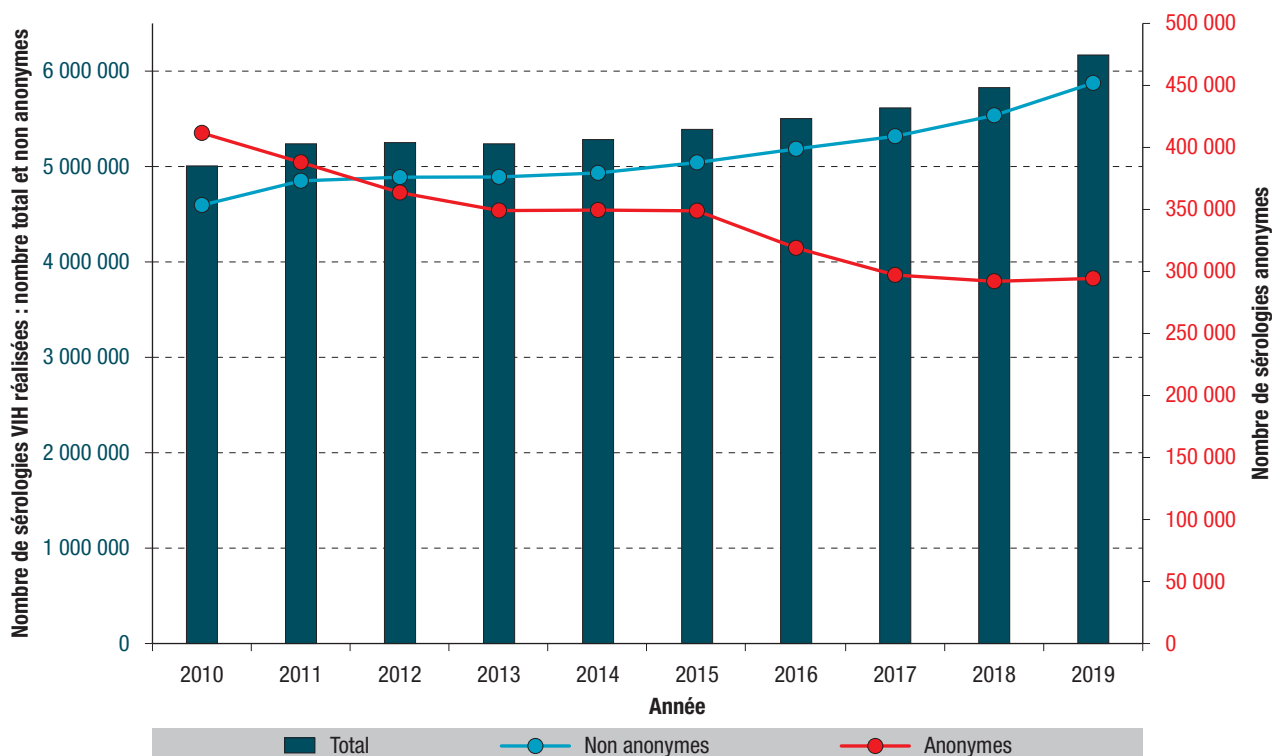
Santé publique France surveille également les ventes d'autotests VIH (ATVIH), comptabilisées en sortie de caisse (incluant les ventes en ligne), données fournies par la société IQVIA France. Environ 79 500 ATVIH ont été vendus en pharmacie en France en 2019, soit une augmentation de 6% du volume total des ventes par rapport à 2018.

⁽¹⁾ Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles.

⁽²⁾ Ce nombre est toujours plus élevé que le nombre de découvertes de séropositivité, car il inclut les personnes testées plusieurs fois dans l'année.

Figure 1

Évolution du nombre de sérologies VIH réalisées par les laboratoires de biologie médicale. France, 2010-2019



Source : LaboVIH, données corrigées.

Impact de la Covid-19 sur le dépistage du VIH

L'impact de la Covid-19 sur le recours au dépistage du VIH a été analysé à partir des données du Système national des données de santé (SNDS). En effet, les données de l'enquête LaboVIH ne sont pas encore recueillies pour l'année 2020 et la périodicité de cette enquête ne permet pas d'analyse mensuelle. Les données du SNDS² ont été étudiées par âge et par sexe afin de suivre l'évolution mensuelle du nombre de sérologies VIH réalisées en laboratoire privé⁽³⁾ ayant fait l'objet d'un remboursement par l'Assurance maladie. L'exploitation a été effectuée le 5 octobre 2020 pour les actes réalisés entre janvier 2015 et juillet 2020 inclus. En raison des délais de mise à jour, les données des mois les plus récents devront être consolidées par des extractions ultérieures.

En 2019, 4,119 millions de sérologies ont été réalisées et remboursées en secteur privé, soit 67% du nombre total de sérologies estimé d'après LaboVIH. Les données du SNDS montrent chaque année des fluctuations mensuelles du nombre de sérologies VIH, notamment une diminution en juillet-août (figure 2). La chute observée en mars-avril 2020 est beaucoup plus importante que ces variations mensuelles habituelles : entre février et avril, le nombre de sérologies réalisées a diminué de 56%, la diminution étant plus marquée chez les hommes (-66%) que chez les femmes (-49%). Elle a également été plus marquée chez les plus jeunes

(-62% chez les 15-24 ans) et les plus âgés (-62% chez les 50 ans et plus). Le nombre de sérologies a ensuite augmenté de nouveau en mai et juin, sans atteindre les niveaux observés en début d'année.

En ce qui concerne les ATVIH, les ventes en pharmacie ont également chuté au premier semestre 2020 (-22% par rapport au 1^{er} semestre 2019). Cette baisse est particulièrement marquée en mars (-32%) et avril (-50%) par rapport aux mêmes mois de 2019, et elle persiste en mai (-20%) et en juin (-14%). Ce recul correspond bien à une diminution des achats d'ATVIH et non de leur disponibilité en pharmacie, la part d'officines déclarant disposer d'un stock d'ATVIH étant globalement stable en métropole sur cette période.

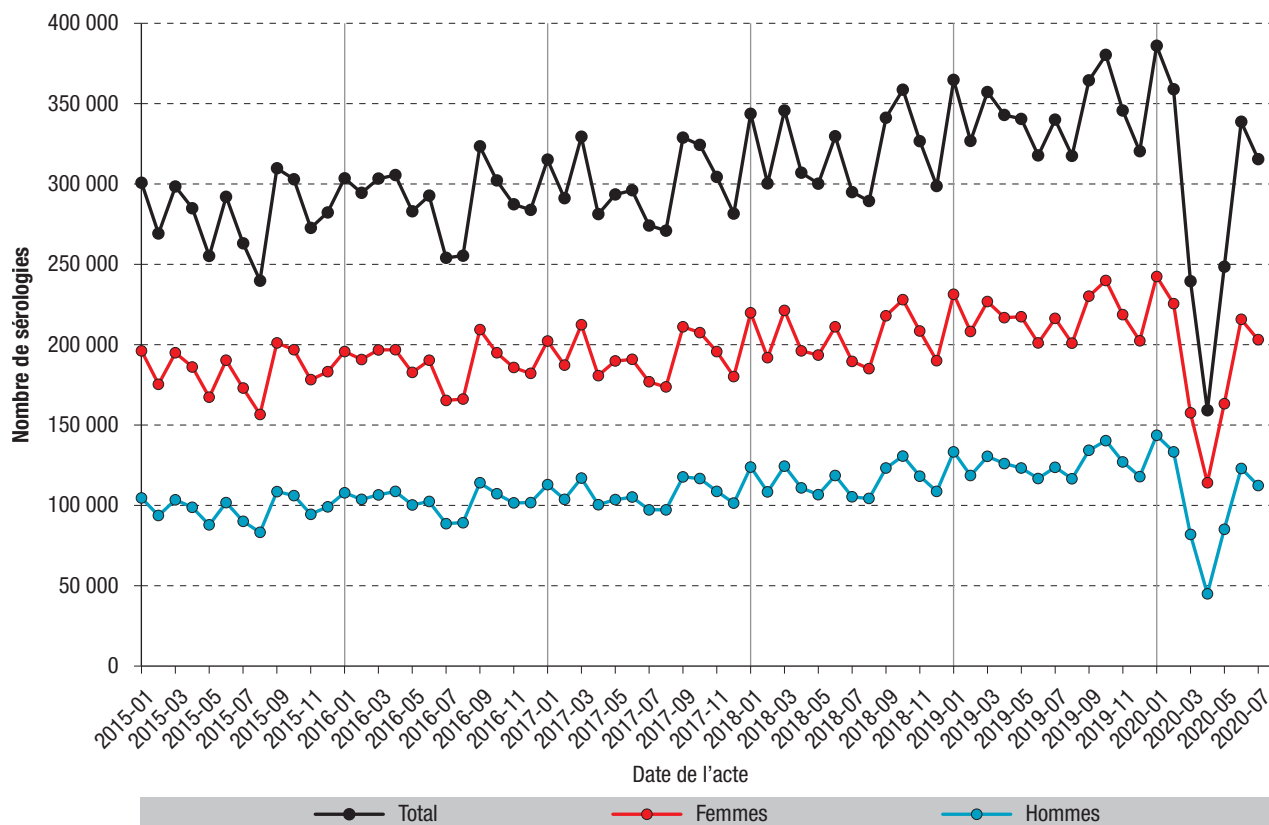
Conclusion

L'augmentation depuis plusieurs années de l'activité de dépistage du VIH dans les laboratoires s'est poursuivie en 2019. Cette tendance globale à l'augmentation a été interrompue au premier semestre 2020 lors du confinement lié à la Covid-19. La chute du nombre de sérologies observée, notamment en mars-avril, n'a pas été compensée par un rattrapage en juin-juillet, ce qui laisse craindre un déficit global de dépistage pour l'année 2020. Il n'y a pas eu de report sur les ATVIH, dont les ventes ont chuté sur la même période. Si un rattrapage de dépistage n'a pas lieu rapidement dans les mois à venir, une recrudescence de diagnostics tardifs d'infection à VIH est à prévoir avec un impact défavorable en termes de prise en charge des personnes concernées et de prévention de la transmission par le traitement (TASP). ■

⁽³⁾ Les données disponibles sur les laboratoires publics étant incomplètes et de couverture variable selon les années étudiées.

Figure 2

Nombre de sérologies VIH remboursées, secteur privé, par sexe. France, janvier 2015-juillet 2020



Source : SNDS.

Remerciements

Aux biologistes qui ont transmis les informations sur leur activité de dépistage du VIH.

À Rosemary Dray-Spira (EPI-PHARE), pour les échanges sur les données du SNDS.

À Delphine Rahib (Santé publique France) pour la transmission des données sur les ventes d'autotests.

Liens d'intérêt

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

Références

[1] 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

[2] 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;65 Suppl 4:S149-S67.

Citer cet article

Cazein F, Sommen C, Moutengou E, Laporal S, Ramus C, Bruyand M, *et al.* Focus. Dépistage du VIH : état des lieux en 2019 et sur les sept premiers mois de l'année 2020. Bull Epidémiol Hebd. 2020;(33-34):685-7. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/33-34/2020_33-34_5.html