



## Le VIH/sida en Île-de-France : l'enjeu du dépistage précoce

À l'occasion du 1<sup>er</sup> décembre, journée mondiale de lutte contre le sida, la CIRE et l'ORS Île-de-France publient conjointement un bulletin faisant le point sur l'épidémie du VIH dans la région et ciblent les populations franciliennes particulièrement touchées par l'épidémie et les stratégies de dépistage à mettre en œuvre.

### L'Essentiel

En juillet, à l'occasion de la conférence internationale sur le sida, la Région et l'ARS ont signé une déclaration commune pour une Région sans sida. La Région, qui a adopté à l'unanimité son agenda pour une Île-de-France sans sida, préconise de mobiliser les collectivités territoriales, de développer la prévention et de soutenir le dépistage « hors les murs » avec une mise à disposition large des TROD et des autotests ainsi qu'un ciblage des zones géographiques et des populations les plus concernées. D'ores et déjà, 1,5 M€ ont été affectés pour ces actions.

L'épidémie touche particulièrement deux profils : les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) et les hétérosexuels migrants. Ces dernières années, la dynamique de l'épidémie semble stable chez les HSH, en baisse pour les personnes contaminées par voie hétérosexuelle et les disparités territoriales persistent comme cela est analysé dans les deux premiers articles. Néanmoins, comme l'article sur l'enquête PREVAGAY 2015 le montre, la prévalence du VIH reste très élevée pour les HSH qui ont des conduites à risques.

La population tardivement dépistée demeure trop importante et peu joignable malgré des progrès mis en évidence dans l'article de l'ARS. Comme le souligne l'article sur la lutte contre le VIH rédigé par le président du CRIPS, il convient de changer d'échelle pour améliorer le dépistage.

L'effort conjoint de l'ensemble des acteurs sera indispensable pour atteindre l'objectif d'une région sans sida à l'horizon 2030.

### Sommaire

Surveillance des infections à VIH en Île-de-France.....	2
Analyse géographique infra-départementale de l'épidémie du VIH à partir des données ALD .....	7
Séroprévalence et dépistage du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) fréquentant les lieux de convivialité gay parisiens et résidant en Île-de-France, PREVAGAY 2015, Paris .....	10
La lutte contre le VIH en Île-de-France : changer d'échelle et penser l'action au plus près des besoins des populations et des territoires.....	15
Activité des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) en 2016 : données préliminaires pour l'Île-de-France ...	16

# Surveillance des infections à VIH en Île-de-France

Yassoung Silué, Ibrahim Mouchetrou Njoya, Agnès Lepoutre

Cire Île-de-France, Santé publique France

**Le dépistage reste un enjeu majeur dans la lutte contre le VIH en Île-de-France. L'évolution des dépistages et des découvertes de séropositivité entre 2006 et 2016 montrent une région avec un niveau toujours élevé de nouvelles sérologies positives, particulièrement à Paris. En 2016, encore 28 % des nouveaux cas sont diagnostiqués à un stade tardif.**

## Introduction

En France, la surveillance épidémiologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) fait partie de la surveillance combinée des infections sexuellement transmissibles (IST), coordonnée par Santé publique France. Elle s'organise autour de plusieurs systèmes : la surveillance de l'activité de dépistage du VIH, la déclaration obligatoire des découvertes de séropositivité VIH et des diagnostics de sida, et la surveillance des IST au travers de réseaux sentinelles (syphilis, gonococcies, infections à chlamydia)<sup>1</sup>.

Cette surveillance a permis de montrer qu'en France, en 2016, le nombre de découvertes de séropositivité VIH a diminué de 5 % par rapport à 2013, alors que dans le même temps, l'activité de dépistage en laboratoires a augmenté de 4 % (1). Cette diminution est surtout observée chez les hétérosexuels, en particulier chez les hommes, qu'ils soient nés en France ou à l'étranger. Par contre, le nombre de découvertes reste stable chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Par ailleurs, les enquêtes comportementales ont montré une diminution de l'usage systématique du préservatif chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) (2,3).

De même, en Île-de-France, on observe une augmentation des découvertes du VIH dans la population des HSH. En 2009, l'incidence de l'infection par le VIH dans un échantillon des HSH fréquentant des lieux de convivialité gay à Paris, était estimée à 3,8 pour 100 personnes-années (4). L'enquête de séroprévalence du VIH de 2015 menée dans cette population montre une prévalence de 16 % chez les HSH enquêtés à Paris (5) quel que soit leur lieu de résidence et de 19,1 % chez les résidents d'Île-de-France (6).

Face à ces problématiques, le dépistage reste un enjeu majeur dans la lutte contre le VIH en Île-de-France.

L'objectif de cette étude était de décrire l'évolution des dépistages et des découvertes de séropositivité du VIH en Île-de-France entre 2006 et 2016, ainsi que les caractéristiques cliniques et socio-démographiques des découvertes de séropositivité VIH en 2016.

## Méthodes

Les données des diagnostics VIH présentées dans cet article, sont issues des déclarations obligatoires du VIH notifiées jusqu'au 30/06/2017 (7) chez les résidents d'Île-de-France.

La surveillance de l'activité de dépistage du VIH dans les laboratoires (LaboVIH) repose sur le recueil auprès de l'ensemble des laboratoires, en ville et à l'hôpital, du nombre de personnes testées pour le VIH, et du nombre de personnes confirmées positives pour la première fois pour le laboratoire.

Depuis avril 2016, les biologistes peuvent participer à LaboVIH sur [www.e-do.fr](http://www.e-do.fr), ou à défaut sur un formulaire téléchargeable sur un lien disponible auprès de l'Agence nationale de santé publique (ANSP)<sup>2</sup>. Les déclarations obligatoires (DO) du VIH et du sida s'effectuent en ligne sur e-DO qui intègre le calcul du code d'anonymat. Les déclarants qui ne parviendraient pas à déclarer en ligne peuvent obtenir des formulaires sous forme de PDF à imprimer en s'adressant à e-DO Info Service au 0 809 100 003. Plus d'information sur le site web de Santé publique France.

La déclaration obligatoire (DO) de l'infection par le VIH est réalisée séparément par le biologiste et par le clinicien pour toute personne dont la sérologie est confirmée positive pour la première fois pour le laboratoire. La DO du sida est réalisée par le clinicien pour tout nouveau diagnostic de sida. Ces deux DO sont anonymisées à la source par le déclarant, elles comportent en guise d'identifiant un code d'anonymat.

La surveillance virologique est couplée à la DO du VIH. Elle est réalisée par le Centre national de référence du VIH qui effectue des tests complémentaires à partir d'un échantillon de sérum sur buvard, déposé par le biologiste à partir du fond de tube ayant permis le diagnostic VIH. Elle ne concerne que l'adulte et l'adolescent, et elle est volontaire pour le patient comme pour le biologiste. Elle permet de déterminer la part des personnes contaminées depuis moins de six mois en moyenne parmi les découvertes de séropositivité.

Les données relatives à cette surveillance sont disponibles sous deux formes : elles peuvent être brutes ou corrigées. Les données brutes c'est-à-dire limitées aux données parvenues à Santé publique France, sont utilisées pour une analyse descriptive des cas. Les données sont corrigées pour tenir compte des délais de déclaration, de la sous-déclaration, et des données manquantes sur les déclarations reçues. Elles permettent de connaître le nombre annuel de diagnostics VIH, d'analyser leurs évolutions au cours du temps ou de comparer les régions en rapportant les cas déclarés à la population.

Cet article décrit l'évolution du dépistage, des découvertes des sérologies VIH depuis 2006 jusqu'en 2016, au niveau régional, 2015 pour les données au niveau départemental et des découvertes VIH selon les groupes de populations. La description des caractéristiques est réalisée sur les données non corrigées 2016.

Les populations utilisées pour calculer les taux annuels rapportés à la population sont celles de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) actualisées au 17 janvier 2017.

<sup>1</sup><http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/.../Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites>

<sup>2</sup> ANSP-DMI-VIC@santepubliquefrance.fr

## RÉSULTATS

### Activités de dépistage

En 2016, le nombre de sérologies réalisées en Île-de-France, était de 112 p. 1 000 habitants (IC95 % : [107-117]). Parmi ces sérologies réalisées, la proportion de sérologies positives était de 3,6 p. 1 000 tests réalisés (figure 1). En France métropolitaine, la région Île-de-France occupait la première position pour l'activité du dépistage, suivie de la région Provence-Alpes-Côte-D'azur. L'Île-de-France avait également la proportion de sérologies confirmées positives la plus élevée comparée aux autres régions métropolitaines.

De 2006 à 2009, le nombre de sérologies VIH réalisées, rapporté à la population de la région, est resté stable en Île-de-France, entre 111 p. 1 000 habitants (IC95% : [106-116]) en 2006 et 105 p. 1 000 habitants (IC95% : [101-109]) en 2009 (figure 2). Une augmentation significative est observée sur la période 2010-2012, respectivement 105 (IC95% : [101-108]) et 112 (IC95% : [108-115]) p. 1 000 habitants, suivie d'une stabilité jusqu'en 2016 : 113 p. 1 000 habitants (IC95% : [109-116]).

Durant cette période, l'activité de dépistage dans les départements d'Île-de-France diffère selon trois zones : une forte activité à Paris avec un dépistage annuel de plus de 200 sérologies réalisées pour 1 000 habitants. L'activité est près de deux fois moindre dans les trois départements de la petite couronne (départements 92, 93, 94), soit près de 100 sérologies annuelles réalisées pour 1 000 habitants. Pour les départements de la grande couronne (départements 77, 78, 91 et 95), l'activité est plus faible, bien en dessous des 100 sérologies annuelles (figure 2).

Les taux de sérologies positives étaient quasiment stables entre 2011 et 2015 avec une légère baisse en 2016.

### Découvertes de sérologies VIH positives : l'Île-de-France connaît un niveau toujours élevé, particulièrement à Paris

En 2016, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en Île-de-France était de 206 p. million d'habitants (IC95% : [180-232]) soit près de quatre fois le taux estimé en France métropolitaine hors Île-de-France (55 p. million d'habitants (IC95% : [51-59])).

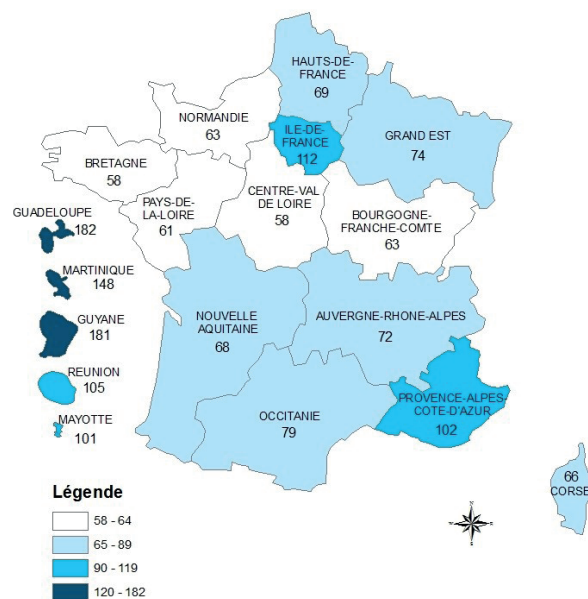
La figure 3 présente l'évolution des découvertes de séropositivité de VIH en Île-de-France. Au niveau régional, on observe une diminution significative de 2006 à 2016, avec respectivement 289 p. million d'habitants (IC95% : [269-310]) et 206 p. million d'habitants (IC95% : [180-232]).

Au niveau départemental, entre 2006 et 2016, le taux de découvertes de séropositivité VIH par million d'habitants est le plus élevé à Paris, suivi par le département de la Seine-Saint-Denis. À Paris, ce taux a baissé de façon significative entre 2006 (645 IC95% : [553-737]) et 2012 (462 IC95% : [420-504]). Puis une légère augmentation en 2013 (496 IC95% : [437-554]), mais depuis 2014 on observe une diminution progressive jusqu'en 2016 (445 découvertes de séropositivité VIH par million d'habitants IC95% : [319-570]).

Dans le département de la Seine-Saint-Denis le taux de découvertes de séropositivité VIH, se situait au-dessus de 300 découvertes p. million d'habitants entre 2006 et 2008, autour de 300 p. million d'habitants entre 2009 et 2013 et en dessous de 300 p. million d'habitants entre 2014 et 2016 (les derniers taux corrigés sont à interpréter avec précaution compte tenu d'une large incertitude autour de cette estimation). Dans

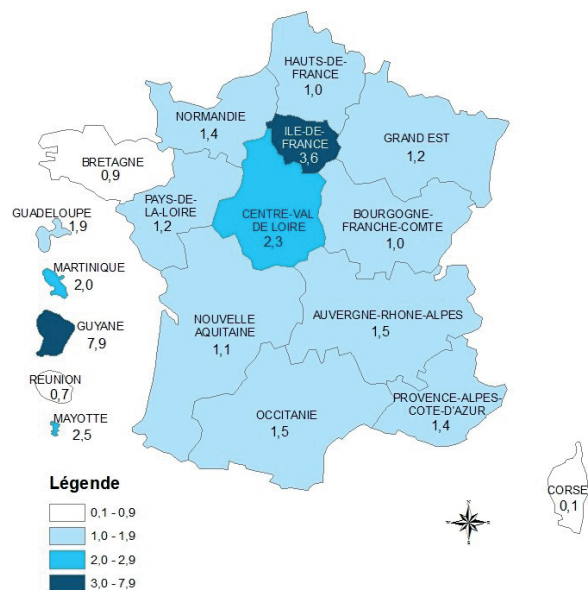
Figure 1 . Nombre de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants et de sérologies positives pour 1 000 sérologies, par région, 2016

### Nombre de sérologies réalisées par région pour 1 000 habitants



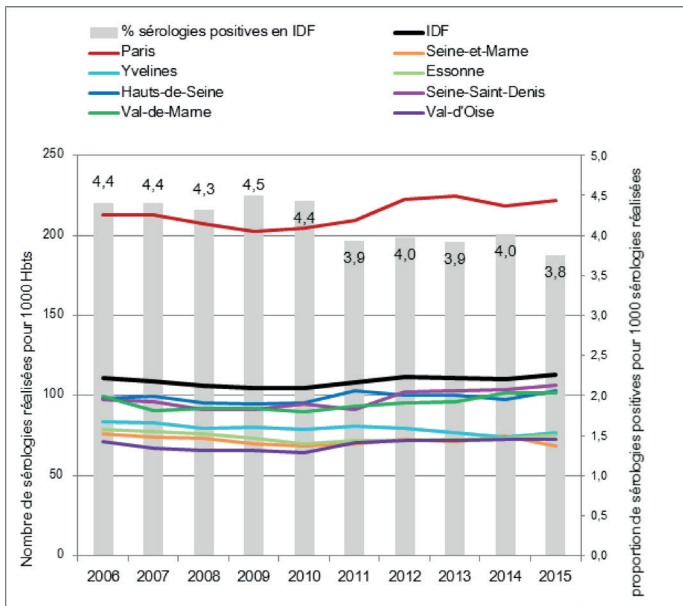
Source : Santé publique France LaboVIH 2016

### Nombre de sérologies positives par région pour 1 000 sérologies



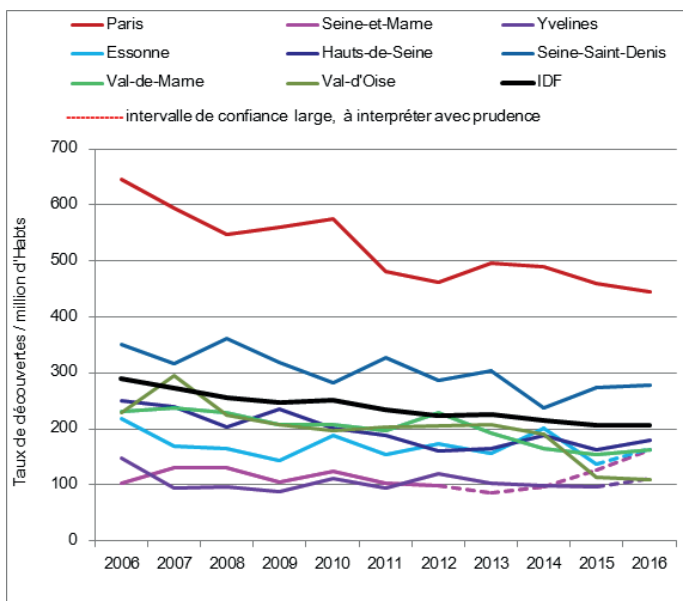
Source : Santé publique France LaboVIH 2016

Figure 2 . Nombre de sérologies réalisées pour 1000 habitants en région et par département et proportion de sérologies positives pour 1000 sérologies en Île-de-France, 2006-2015



Source : Santé publique France, laboVIH 2016

Figure 3 . Evolution du taux annuel de découvertes de séropositivité VIH dans les départements d'Île-de-France, 2006 à 2016



Source : Santé publique France, données DO VIH au 31/12/2017 corrigées pour les délais la sous déclaration et les valeurs manquantes

les autres départements de la région, les taux sont inférieurs à 300 découvertes p. million d'habitants, sans évolution importante.

### Mode de contamination des découvertes des séropositivités

La figure 4 décrit l'évolution des modes de contamination des découvertes du VIH en Île-de-France entre 2006 et 2016.

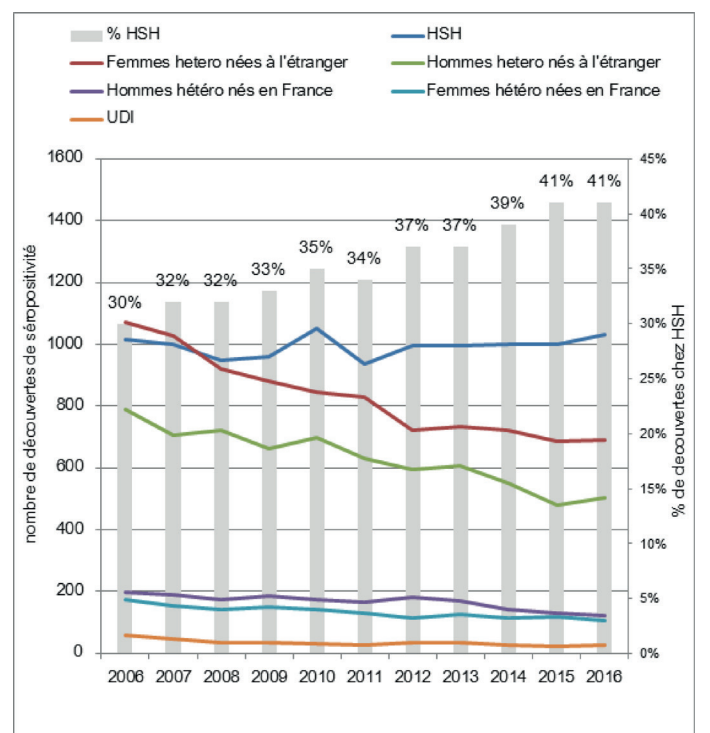
On a observé une diminution significative (36%) des découvertes de séropositivité parmi les personnes contaminées par voie hétérosexuelle (de 2 230 IC95% : [2 055-2 405] en 2006 à 1 425 IC95% : [1 179-1 672]). Chez les femmes hétérosexuelles nées à l'étranger, on a observé une diminution du nombre de découvertes qui est significative sur cette période avec une estimation de 1 071 IC95% : [969-1 174] en 2006 à 691 IC95% : [563-819] en 2016. Cette évolution se décrit en deux phases : une franche diminution significative de 2006 à 2012 suivie d'une stabilité jusqu'en 2016.

Parmi les hommes hétérosexuels nés à l'étranger, 788 [703-872] ont découvert leur séropositivité en 2006 pour 505 [405-605] en 2016, une diminution significative sur cette période.

Le nombre de découvertes chez les hommes et chez les femmes hétérosexuels nés en France est stable sur toute la période avec moins de 200 découvertes de séropositivité VIH par an.

En revanche, le nombre de découvertes des séropositivités VIH n'a pas diminué parmi les HSH franciliens de 2006 à 2016. Il est stable aux alentours de 1 000 nouveaux diagnostics de séropositivité VIH chaque année (1 032 découvertes en 2016). Leur part, parmi l'ensemble de découvertes de séropositivité est passée de 30% à 41%.

Figure 4 . Evolution annuelle du nombre de découvertes de séropositivité en Île-de-France par groupe et pourcentage de découvertes chez les HSH parmi l'ensemble, 2006 à 2015



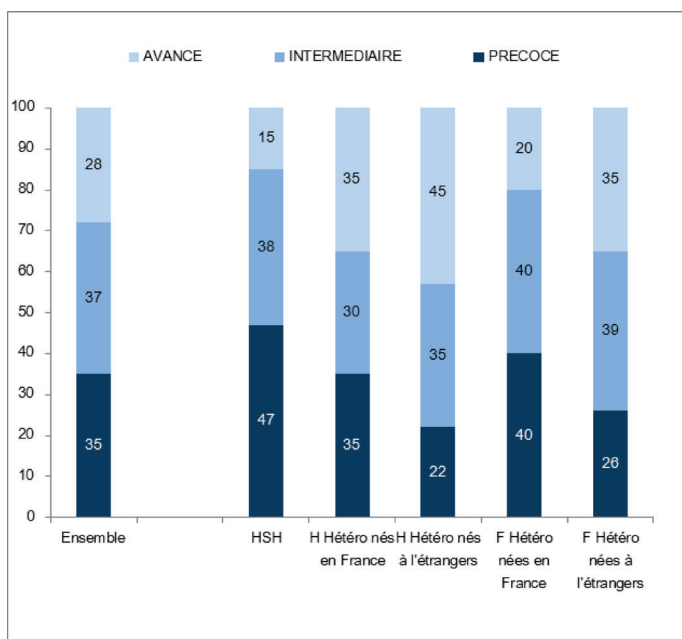
Source : Santé publique France, données DO VIH au 31/12/2017 corrigées pour les délais la sous déclaration et les valeurs manquantes

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité VIH notifiées en Île-de-France et hors Île-de-France, 2016

	Île-de-France	Métropole hors Île-de-France
<b>Age (année)</b>		
Médiane	37	37
< 25 (%)	9,5	12,0
25-49 (%)	72,0	66,0
>= 50 (%)	18,5	22,0
<b>Sexe</b>		
Hommes (%)	67,0	67,0
Femmes (%)	33,0	33,0
<b>Pays de naissance</b>		
France (%)	35,5	56,4
Afrique sub-saharienne (%)	45,0	28,3
Autres (%)	19,5	15,3
<b>Co-infection hépatite C</b>		
oui (%)	3,8	3,1
non (%)	96,2	96,9
<b>Co-infection hépatite B</b>		
oui (%)	7,6	3,6
non (%)	92,4	96,4
<b>Co-infection IST</b>		
oui	840	1 290
non	16,0	21,7
	94,0	78,3

Source : Santé publique France, données DO VIH au 31/12/2017 corrigées pour les délais, la sous déclaration et les valeurs manquantes

Figure 5. Pourcentage de diagnostics précoces, intermédiaires ou au stade avancé de l'infection, par groupe, Île-de-France, 2016



\* Diagnostic précoce ; cd4>=500/mm3 ou PIV au diagnostic

\*\*Diagnostic intermédiaire ; 500/mm3 <cd4 < 200/mm3

\*\*\*Diagnostic avancé ; cd4 < 200/mm3 hors PIV ou Sida au diagnostic

Source : Santé publique France, données DO VIH au 30/06/2017 non corrigées

## Caractéristiques cliniques et socio-démographiques des cas de découverte de séropositivité VIH en Île-de-France en 2016 (données non corrigées)

En 2016, l'âge médian de découverte de séropositivité VIH était de 37 ans en Île-de-France comme dans les autres régions métropolitaines. En Île-de-France, 72% des personnes dépistées et positives étaient âgées de 25 à 79 ans pour 66% hors Île-de-France. Les hommes restent majoritaires avec 67% des découvertes. Les personnes nées en Afrique sub-saharienne représentaient 45% des découvertes en Île-de-France et 28% en métropole hors Île-de-France (tableau1).

Le résultat du dépistage des co-infections associées à celui du VIH, met en évidence, une co-infection de l'hépatite C chez 3,8%, l'hépatite B chez 7,6% et les infections sexuellement transmissibles chez 16% en Île-de-France en 2016.

Parmi l'ensemble des découvertes de séropositivité VIH de 2016, plus d'un tiers (35%) des personnes était diagnostiqué au stade précoce, 37% au stade intermédiaire et 28% au stade avancé (figure 5).

En 2016, comme les années précédentes, les HSH découvrent beaucoup plus souvent leur séropositivité à un stade précoce (47%). Parmi les hétérosexuels, le dépistage était plus précoce chez les personnes nées en France (40 et 35% respectivement chez les femmes et les hommes) comparé à celles nées à l'étranger (26 et 22% respectivement chez les femmes et les hommes) (figure 5).

## Discussion

L'utilisation de e-DO par une partie des déclarants en Île-de-France, a permis de raccourcir les délais de déclaration et de traitement des DO. Néanmoins, les biologistes ayant basculé sur e-DO plus largement que les cliniciens, une part importante des découvertes en 2016 n'a été déclarée que par les biologistes (44%, contre environ 20% les années précédentes<sup>3</sup>). D'où une part très importante de données manquantes pour les variables du volet clinicien (mode de contamination, stade clinique, CD4, etc...) qui limite l'analyse descriptive des données brutes de 2016.

Dans les recommandations du groupe d'experts pour le projet de «Vers Paris sans SIDA», le dépistage fait partie des cinq moyens essentiels (l'ensemble des auto-test rapides, une offre de PreP, une promotion renouvelée du préservatif, la facilitation du traitement post-exposition, le dépistage répété combinant les différents types de tests et de dispositifs) (8) utilisés pour atteindre l'objectif des 90 / 90 / 90 en 2020 et aller vers l'élimination de toute nouvelle infection en 2030 à Paris. Cet objectif très ambitieux de l'OMS (9) est de faire en sorte que 90% des personnes infectées soient diagnostiquées, 90% des personnes diagnostiquées soient mises sous traitement et parmi eux, 90% des traités soient indétectables. La région Île-de-France se caractérise par une activité de dépistage plus importante que dans les autres régions métropolitaines, et par de fortes disparités territoriales avec des variations très marquées sur l'activité du dépistage entre Paris et les autres départements d'une part et dans les départements de la grande couronne et ceux de la petite couronne d'autre part. Cette forte activité de dépistage à Paris est un atout dans la perspective du premier volet de la cascade 90 / 90 / 90, c'est-à-dire dépister les 90% de personnes infectées.

<sup>3</sup> Données DMI Santé publique France

En Île-de-France, le département de Paris présente le taux le plus élevé de découvertes de séropositivité VIH de 2006 à 2016. Sur cette même période, les découvertes de séropositivité VIH ont diminué de façon significative chez les personnes hétérosexuelles. Cependant depuis 2012, chez les femmes hétérosexuelles, cette évolution favorable ne s'est pas poursuivie.

Les HSH sont la seule population dans laquelle le nombre de nouveaux diagnostics ne diminue pas en Île-de-France comme au niveau national, la population HSH restant particulièrement exposée. Les enquêtes comportementales (2) menées depuis 2005 ont montré une diminution de l'usage systématique du préservatif, même avec un partenaire occasionnel selon PREVAGAY 2009 (10). Dans l'enquête PREVAGAY 2015 (3), la majorité des hommes était multipartenaire avec un non usage du préservatif significativement plus élevé parmi les séropositifs que parmi les séronégatifs.

En revanche, les HSH sont diagnostiqués plus souvent précocement que les hétérosexuels. Dans PREVAGAY 2015, 57% des HSH franciliens avaient été dépistés au cours des 12 derniers mois (5). Les HSH font partie des populations ciblées par les recommandations de dépistage dans la stratégie nationale de santé sexuelle, agenda 2017-2030 (11). Ce plan recommande de proposer la généralisation du dépistage du VIH à l'ensemble de la population, hors notion d'exposition à risque, mais surtout de répéter cette proposition pour les populations les plus exposées et de développer des actions de dépistage communautaire au moyen de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD).

## Conclusion

Entre 2006 et 2016, l'activité de dépistage VIH en Île-de-France, évolue en trois phases : stable jusqu'en 2009, ensuite une augmentation significative et retour à une stabilité de 2012 à 2016. Le nombre de découvertes positives VIH reste très élevé par rapport au niveau national sur cette période. En 2016, la proportion des diagnostics précoces était plus élevée chez les hommes homosexuels par rapports aux hétérosexuels. Il est donc intéressant de savoir si la stabilisation à un niveau élevé des découvertes VIH chez les HSH s'explique seulement par la prise de risque importante dans cette communauté, ou s'il y a une sensibilisation de dépistage plus ciblée de cette communauté par rapport aux autres.

## Remerciements

Nous remercions vivement tous les déclarants, sans eux la présente analyse ne serait pas possible.

Nous remercions la référente nationale de la surveillance du VIH / SIDA, Françoise Cazein, pour sa disponibilité et Hélène Haguy-Boulai pour la réalisation des cartes.

## Références

1. Découvertes de séropositivité VIH et de sida. Point épidémiologique 23/03/ 2017 <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Decouvertes-de-seropositivite-VIH-et-de-sida.-Point-epidemiologique-du-23-mars-2017>
2. Velter A, Saboni L, Bouyssou A, Semaille C. Comportements sexuels entre hommes à l'ère de la prévention combinée. Résultats de l'Enquête presse gays et lesbiennes 2011. Bull Epidemiol Hebd. 2013;(39-40):510-6. [http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=11833](http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11833)
3. Velter A, Sauvage C, Saboni L, Sommen C, Alexandre A, Lydié N, et al. Estimation de la prévalence du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay de cinq villes françaises PREVAGAY 2015. Bull Epidemiol Hebd, 2017(18): p. 347-54.
4. Le Vu S, Velter A, Meyer L, Peytavin G, Guinard J, Pillonel J, et al., Incidence de l'infection par le VIH dans un échantillon d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes à Paris. Enquête Prévagay 2009 ANRS-InVS. Numéro thématique. VIH/sida en France : données de surveillance et études. Bull Epidemiol Hebd, 2012(46-47): p. 537-40.
5. Saboni L, Sauvage C, Trouiller-Gerfaux P, Sommen C, Vandentorren S, Silue Y, et al. Rapport Prevagay 2015, Paris. Enquête de séroprévalence du VIH menée auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 58 p.
6. Lepoutre A, Saboni L, Sauvage C, Sommen C, Vandentorren S, Silue Y, et al. Séroprévalence et dépistage du VIH chez hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes résidents en Ile de France, Prevagay 2015, Paris.
7. Santé publique France. Déclaration obligatoire de l'infection à VIH et du sida. Available from: <http://invs.santepubliquefrance.fr//Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Declaration-obligatoire-de-l-infection-a-VIH-et-du-sida>.
8. Lert F., Vers Paris sans SIDA: Propositions pour atteindre l'objectif des 3x 90 en 2020 et la fin de la transmission du VIH en 2030 à Paris. 2016, Rapport, Mairie de Paris. En ligne: <http://vih.org/sites/default/files/fichierattaches/vers-paris-sans-sida-29012016.pdf>.
9. Onusida.90-90-90. Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida. 2014. 33p. [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/90-90-90\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_fr.pdf)
10. Velter A, Barin F, Bouyssou A, Le Vu S, Guinard J, Pillonel J, et al. Prévalence du VIH et comportement de dépistage des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay parisiens. Prevagay 2009. Numéro thématique - L'infection à VIH-sida en France en 2009 : dépistage, nouveaux diagnostics et incidence. Bull Epidemiol Hebd, 2010(45-46): p. 464-7.
11. Stratégie nationale de santé sexuelle, Agenda 2017-2030. [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_nationale\\_sante\\_sexuelle.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf)

# Analyse géographique infra-départementale de l'épidémie du VIH à partir des données ALD

Valérie Féron

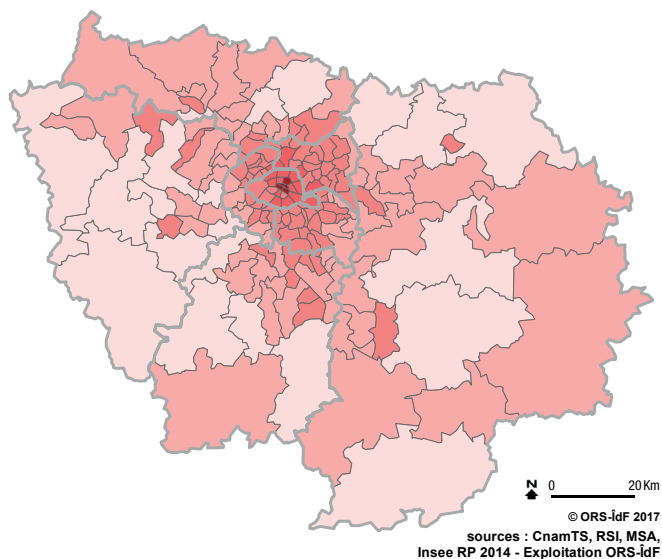
Observatoire régional de santé (ORS) Île-de-France, Paris

## L'analyse infra-départementale de la prévalence des personnes en ALD pour VIH permet de mettre en évidence les disparités territoriales en Île-de-France et les populations qui sont inégalement touchées par l'épidémie.

D'après les données de l'Assurance maladie, du Régime social des indépendants (RSI) et de la Mutualité sociale agricole (MSA), on estime à 120 631 personnes prises en charge en 2014 pour le VIH au titre de l'ALD 7 en France dont 48 005 en Île-de-France, 31 582 Franciliens et 16 424 Franciliennes. Dans la région, le taux comparatif de prévalence des ALD pour VIH/sida en 2014 est de 572,9 pour 100 000 hommes et 277,3 pour 100 000 femmes (taux standardisé selon l'âge). La région est ainsi la deuxième région la plus touchée par l'épidémie, chez les hommes comme chez les femmes après la Guyane. Entre 2012 et 2014, les taux standardisés de prévalence en ALD 7 des Franciliens et des Franciliennes ont significativement augmenté (respectivement 555,5 et 265,2 pour 100 000 en 2012).

Au niveau départemental, chez les hommes, Paris présente le taux le plus important de la région (1 418,7 pour 100 000 habitants) suivi par la Seine-Saint-Denis (613,9). A l'inverse, les Yvelines et la Seine-et-Marne présentent les taux franciliens les plus faibles (231,5 et 243,1). On observe ainsi un rapport qui varie de un à six entre le plus fort et le plus faible des départements. Entre 2012 et 2014, on observe une augmentation significative dans les départements de Seine-Saint-Denis et de l'Essonne. Chez les femmes, les taux de prévalence en ALD 7 varient entre 443,6 pour 100 000 habitantes en Seine-Saint-Denis et 160,7 pour 100 000 dans les Yvelines, soit un rapport de un à près de trois. Entre 2012 et 2014, les taux de la Seine-Saint-Denis, de Paris, de l'Essonne, et des Yvelines chez les femmes ont augmenté de façon significative.

Figure 1 . Taux standardisés des bénéficiaires de l'ALD 7 en 2014 chez les hommes



Taux standardisés pour 100 000

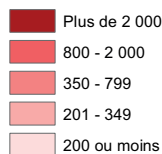
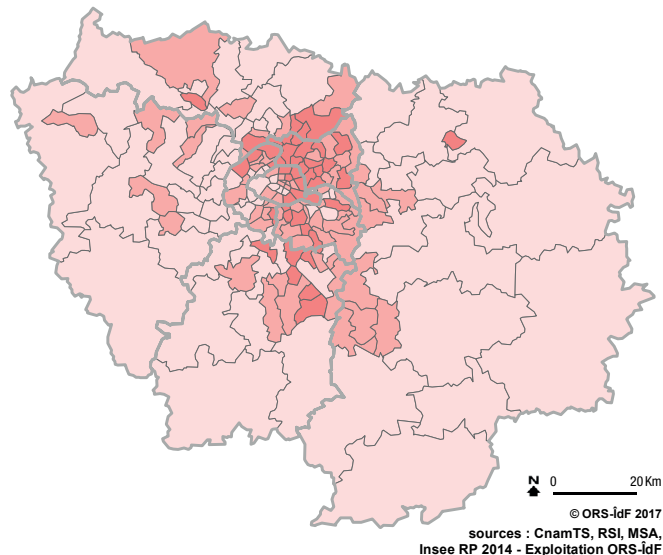
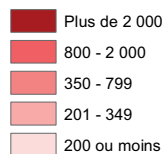


Figure 2 . Taux standardisés des bénéficiaires de l'ALD 7 en 2014 chez les femmes



Taux standardisés pour 100 000



L'analyse de la prévalence de l'ALD 7 au niveau du canton-ville, conjuguée à d'autres sources d'information, permet la mise en œuvre de réponses ciblées et différenciées chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, chez les personnes hétérosexuelles selon leur sexe et leur origine pour lutter efficacement contre le VIH/sida. Les données d'ALD, fournies depuis 2012 au code commune de résidence du bénéficiaire, permettent de mettre en relief des disparités importantes au niveau infra-départemental. C'est à Paris que l'on observe les écarts les plus marqués, en effet le taux comparatif de prévalence en ALD 7 varie entre 2 069,7 pour 100 000 habitants dans le 2<sup>e</sup> arrondissement et 314,8 dans le 7<sup>e</sup> arrondissement. De plus si l'on met ces données ALD de l'Assurance maladie avec d'autres systèmes d'information (comme le recensement), on souligne l'existence de deux types d'épidémies distinctes du VIH en Île-de-France : l'une parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), l'autre parmi les personnes migrantes (hommes et femmes) contaminées par voie hétérosexuelle. De plus, l'histoire du VIH dans la région permet aussi de pointer l'épidémie qui a touché les usagers de drogues par voie injectable au début des années 80 dont on sait qu'elle a largement touché les hommes issus de l'immigration maghrébine.

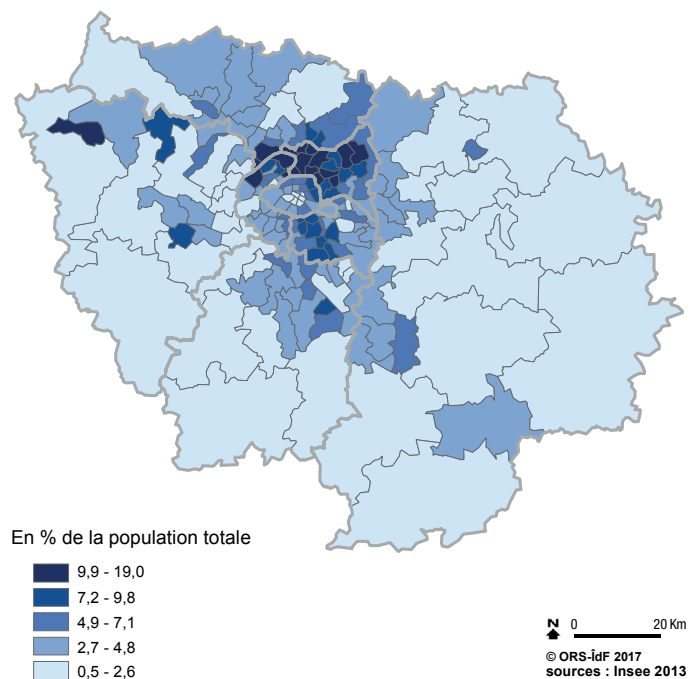
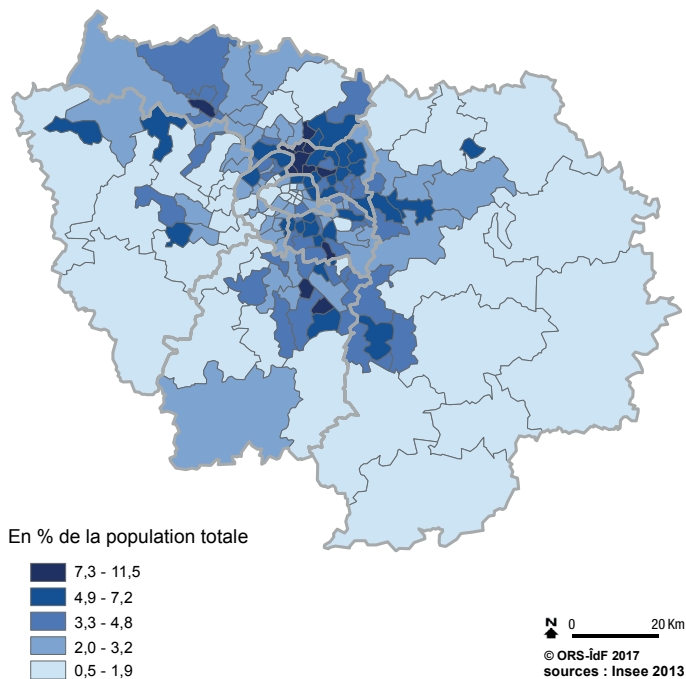
Ainsi, chez les femmes, les cantons les plus touchés par l'épidémie, Bobigny (768,3 pour 100 000 habitantes), Saint-Denis (761,5), Sarcelles (733,1) et Saint-Denis Aubervilliers Evry (plus de 680) sont aussi marqués par une situation sociale (chômage, revenu, éducation...) très défavorable et une proportion importante d'immigrés (entre 30 et 40% de la population). Dans ces cantons, les taux des hommes sont légèrement inférieurs à ceux des femmes et mettent ainsi en relief une épidémie dominée par la transmission hétérosexuelle.

Chez les hommes, quatre cantons se démarquent des autres avec des taux comparatifs de prévalence en ALD 7 qui varient entre 3 600 et 3000 pour 100 000 habitants : le 1<sup>er</sup>, le 2<sup>e</sup>, le 3<sup>e</sup> et le 4<sup>e</sup> arrondissement de Paris. Les taux de l'épidémie masculine dans le centre de Paris sont environ six fois plus élevés que dans l'ouest parisien (596,3 pour 100 000 habitants dans le 16<sup>e</sup> arrondissement). Or ces quatre arrondissements sont connus comme étant le territoire résidentiel privilégié des HSH appartenant aux classes aisées<sup>1</sup>.

En dehors de Paris, cinq cantons ont des taux comparatifs masculins compris entre 800 et 1 000 pour 100 000 habitants : Saint-Ouen, Clichy, Saint-Denis, Pantin et Montreuil. Or, dans ces communes, ces taux sont plus élevés chez les hommes que ceux observés chez les femmes (compris entre 686 et 367 pour 100 000 habitantes) et suggèrent une épidémie non dominée par la transmission hétérosexuelle (où l'on compte à l'inverse davantage de femmes séropositives que d'hommes). Ces territoires se caractérisent par une proportion importante d'immigrés originaires du Maghreb (entre 9 et 14% de la population), qui a été fortement touchés par l'épidémie de VIH par prise de drogues par voie intraveineuse dans les premières années du sida.

Figure 3 . Part d'immigrés d'origine africaine hors Maghreb par canton en Île-de-France

Figure 4 . Part d'immigrés d'origine du Maghreb par canton en Île-de-France



<sup>1</sup>Giraud C. Les Gays, acteurs de la gentrification urbaine à Paris et Montréal. Métropolitiques, 17 octobre 2011 <http://www.metropolitiques.eu/Les-gays-acteurs-de-la.html>



Ces analyses infra-départementales montrent l'hétérogénéité de la prise en charge du VIH au titre de l'ALD 7 et mettent en valeur les territoires franciliens les plus touchés afin de lutter au mieux contre les inégalités territoriales d'accès à la prévention, au dépistage et à la prise en charge.

Ce caractère hétérogène de l'épidémie du VIH souligne l'importance d'une approche localisation - population pour une planification et une programmation efficace des services de prévention et de dépistage du VIH.

Pour cela, en utilisant les données localisées d'ALD, on pourra augmenter :

▶▶ l'accès à la prévention (action de prévention en milieu scolaire, communautaire, favoriser l'accès à la prophylaxie pré-exposition PrEP et à la prévention combinée),

▶▶ l'accès au dépistage (facilitation de l'accès aux CeGiDD et développement des TROD, déploiement d'autotest),

▶▶ l'accès à la prise en charge dans les territoires en difficulté.

De plus, cette mise en avant des territoires les plus touchés en Île-de-France permet de mobiliser plus facilement les élus qui peuvent renforcer les acteurs associatifs locaux. Par ailleurs dans ces cantons où les besoins sont les plus importants, la mobilisation des professionnels de santé de tous exercices serait un atout pour l'augmentation de l'accès au dépistage, l'accès à la prévention sur les questions de santé sexuelle et reproductive et surtout pour la prise en charge des comorbidités associées au VIH.

### Précisions sur les données d'ALD 7 et leurs limites

L'infection au VIH fait partie des 30 affections de longue durée (ALD) définies par le code de sécurité sociale, c'est-à-dire prises en charge à 100% par l'Assurance maladie. Il s'agit de l'ALD 7 « Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ». Parmi les bénéficiaires de l'ALD 7, 98% le sont au titre de l'infection au VIH.

L'entrée en ALD 7 est possible dès le diagnostic VIH établi. Cependant, les indicateurs calculés à partir des données de l'ensemble des admissions ne constituent pas des prévalences du VIH pour différentes raisons :

- ▶ Le nombre de personnes qui n'entrent pas en ALD 7 malgré un diagnostic de l'infection n'est pas connu,
- ▶ Le nombre de personnes qui n'entrent pas en ALD 7 car ne connaissant pas leur séropositivité n'est évidemment pas connu,
- ▶ L'entrée en ALD n'a pas nécessairement lieu l'année du diagnostic,
- ▶ Les personnes qui bénéficient de l'aide médicale d'État (personnes étrangères en situation irrégulière de séjour vivant en France depuis au moins trois mois) ayant déjà une prise en charge à 100% ne bénéficient pas de l'ALD 7,
- ▶ Chez les détenus, les protocoles d'ALD ne sont pas initiés ou renouvelés du fait de la couverture sociale complète pendant l'incarcération,
- ▶ Les nouveau-nés dont la mère est séropositive sont systématiquement inscrits en ALD 7 à la naissance, qu'ils soient séropositifs ou séronégatifs. Cette prise en charge permet de poursuivre ou d'adapter la prévention de la transmission mère-enfant, de poser un diagnostic d'infection dans les premières semaines de vie et de mesurer la toxicité des traitements antirétroviraux auxquels le nouveau-né a été exposé. En cas de séronégativité, cette prise en charge est levée après l'âge de 2 ans.

Ces différents points touchent de façon différenciée les populations, et ont donc des conséquences inégales sur ces dernières en termes de limites des données d'ALD pour « approcher » la fréquence du VIH / sida dans la population. Les données doivent donc être interprétées avec prudence.

### Définition

**Immigré** : personne née de nationalité étrangère à l'étranger et résidant en France. Une partie des immigrés ont acquis la nationalité française. La qualité d'immigré est permanente : une personne demeure immigrée même si elle devient française par acquisition. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit son origine géographique.

# Séroprévalence et dépistage du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) fréquentant les lieux de convivialité gay parisiens et résidant en Île-de-France, PREVAGAY 2015, Paris

Agnès Lepoutre<sup>2</sup>, Leïla Saboni<sup>1</sup>, Claire Sauvage<sup>1</sup>, Cécile Sommen<sup>1</sup>, Stéphanie Vandentorren<sup>2</sup>, Yassoungo Silué<sup>2</sup>, Antonio Alexandre<sup>5</sup>, Gilles Peytavin<sup>4</sup>, Francis Barin<sup>3</sup>, Florence Lot<sup>1</sup>, Annie Velter<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Santé publique France, Saint-Maurice, France

<sup>2</sup>Santé publique France, Paris, France

<sup>3</sup>Inserm U966, Centre national de référence du VIH, Tours, France

<sup>4</sup>IAME, Inserm UMR 1137, Université Paris 7, UF 301 Laboratoire de pharmacotoxicologie, GH X Bichat-CI Bernard, Paris, France

<sup>5</sup>Équipe nationale d'intervention en prévention et santé pour les entreprises, Paris, France

## L'étude PREVAGAY 2015 -Paris livre des données inédites sur le niveau élevé de la prévalence du VIH chez les HSH résidant en Île-de-France et fréquentant les lieux de convivialité gay parisiens, la prise en charge des HSH séropositifs et le recours au dépistage VIH dans cette population.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) restent une population particulièrement touchée par le VIH. En Île-de-France, les découvertes de séropositivité VIH par rapport homosexuel représentaient 40 % de l'ensemble des découvertes en 2015 en constante augmentation depuis 2003. Pourtant, le contexte préventif a fortement évolué, avec l'amélioration de l'efficacité des traitements antirétroviraux et la médicalisation progressive de la prévention. C'est dans ce contexte que l'étude PREVAGAY a été renouvelée auprès des HSH fréquentant les lieux de convivialités gay de Paris et étendue à ceux de Lille, Lyon, Montpellier et Nice, sous la responsabilité scientifique de Santé publique France, afin d'actualiser nos connaissances en termes d'estimation de la prévalence à VIH, de la prise en charge des personnes séropositives mais également des stratégies de prévention.

L'enquête s'est déroulée à Paris du 4 novembre au 17 décembre 2015, dans 18 établissements de convivialité gay parisiens, dont 12 établissements avec échange sexuel (saunas ou backrooms). Parmi les 2 382 hommes sollicités, 1 089 ont accepté de participer, dont 896 (72%) résidaient en Île-de-France. Plus de la moitié (554) de ces Franciliens résidaient à Paris, 14% (102) dans les Hauts-de-Seine, 11% (89) en Seine-Saint-Denis, 7% (69) dans le Val-de-Marne et 13% (82)

dans les quatre départements de la grande couronne (77, 78, 91,95).

### Des Franciliens au profil social toujours favorisé et une proximité avec la scène gay affirmée

Les participants franciliens PREVAGAY -Paris avaient un profil socio-démographique assez similaire à celui des répondants résidant en Île-de-France de l'Enquête Presse Gays et lesbiennes 2011 (2). Ils avaient un âge médian de 44 ans, seuls 17% des participants avaient moins de 30 ans. Plus des trois-quarts (77%) des HSH étaient nés en France métropolitaine, et 18% à l'étranger (Europe ou Amérique du Nord (29%), Afrique du Nord ou Moyen Orient (35%), Asie (15%), Afrique subsaharienne (9%) ou autre continent (10%)). Le profil socio-économique des participants franciliens était plutôt privilégié, en particulier parmi les HSH parisiens ou résidents des Hauts-de-Seine.

### Méthodologie

L'étude PREVAGAY 2015 est une enquête multicentrique de séroprévalence du VIH et des hépatites B et C, réalisée auprès des HSH fréquentant les lieux de convivialité gay à Nice, Montpellier, Lyon, Lille et Paris de septembre à décembre 2015. La méthode d'échantillonnage probabiliste « Time-Location Sampling » (TLS) a été utilisée (1). Cette enquête anonyme et volontaire associait un auto-prélèvement capillaire au bout du doigt avec dépôt de sang sur buvard et un auto-questionnaire comportemental. La recherche des anticorps anti-VIH a été réalisée en laboratoire avec le test Genscreen ultra HIV Ag-Ab® (Biorad) ; les échantillons positifs ont été confirmés par sérotypage et/ou Western Blot. Parmi les échantillons positifs, la détection des traitements antirétroviraux a été réalisée ainsi que l'estimation du niveau de la charge virale (niveau peu élevé : <3000 copies/ml). Le plan de sondage a été pris en compte pour toutes les estimations.

Le statut vis-à-vis de l'infection à VIH et la connaissance ou non de ce statut par les participants ont été déterminés en associant les données biologiques et déclaratives. Les séronégatifs pour le VIH sont les HSH sans anticorps anti-VIH et pour lesquels aucun traitement antirétroviral n'a été détecté. Les séropositifs pour le VIH non diagnostiqués sont les HSH avec des anticorps anti-VIH positifs qui n'ont pas déclaré être positifs et pour lesquels aucun traitement antirétroviral n'a été détecté. Les séropositifs pour le VIH diagnostiqués sont les HSH avec des anticorps anti-VIH positifs pour lesquels un traitement antirétroviral a été détecté ou qui se sont déclarés positifs. Ont également été inclus dans cette dernière catégorie, les HSH sans anticorps anti-VIH (limite de la détection sur buvard) qui se sont déclarés séropositifs et pour lesquels un traitement antirétroviral a été détecté.

Figure 1 . Inclusion des participants à l'enquête PREVAGAY 2015, Paris

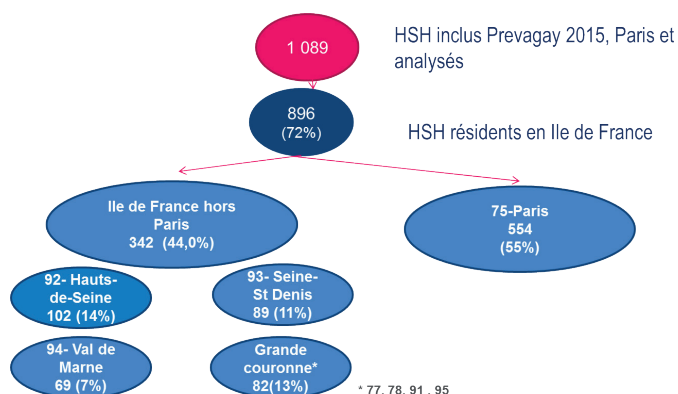


Tableau 1 : Profil sociodémographique des résidents d'Île-de-France selon leur département de résidence, PREVAGAY 2015, Paris (données pondérées)

	Paris N = 554	Hauts-de-Seine N=102	Seine-Saint- Denis N=89	Val-de-Marne N=69	Grande couronne N = 82	Île-de-France N=896
Age*						
18-29 ans	13%	18%	22%	40%	13%	17%
30-44 ans	39%	37%	23%	18%	37%	35%
45 ans et plus	48%	46%	55%	42%	50%	48%
Âge médian	44 ans	43 ans	45 ans	39 ans	42 ans	44 ans
Pays de naissance						
Né en France	78%	69%	78%	84%	80%	77%
DOM-TOM	2%	7%	9%	3%	10%	5%
Pays étrangers	20%	24%	13%	13%	10%	18%
Niveau d'études*						
Bac/ inférieur au bac	27%	17%	47%	38%	44%	31%
Etudes sup. au Bac	73%	83%	53%	62%	56%	69%
Situation financière						
A l'aise / ça va	72%	85%	62%	64%	62%	71%
Juste/Difficile	28%	15%	38%	36%	38%	29%

\* Différence significative au seuil de 0,05 selon le département de résidence

Globalement près de sept participants d'Île-de-France sur dix avaient suivi des études supérieures et se déclaraient financièrement à l'aise ou satisfaits de leur situation financière (tableau 1).

Quel que soit le département de résidence, la majorité des participants d'Île-de-France (86%) se définissaient homosexuels, et 59% rapportaient une relation stable avec un partenaire masculin dans les 12 derniers mois (tableau 2). L'enquête se déroulant dans les établissements de convivialité, ces lieux étaient largement fréquentés par les

participants. Ainsi les saunas étaient fréquentés par les trois-quarts des participants d'Île-de-France (75%), les bars ou clubs par près des deux-tiers (64%) et les backrooms par plus de la moitié (51%). Par ailleurs, près de la moitié des hommes ont déclaré consulter des sites internet de rencontres gays et utiliser des applications de rencontre géolocalisées. L'utilisation des applications géolocalisées était nettement plus fréquente chez les HSH âgés de moins de 30 ans que chez les plus de 30 ans (82% vs 46%,  $p < 0.001$ ).

Tableau 2 . Pratiques des HSH résidents d'Île-de-France, PREVAGAY 2015, Paris (données pondérées)

	< 30 ans N = 148	30 ans et plus N = 748	Tous âges N = 896
Orientation sexuelle			
Homosexuel	90%	86%	86%
Bisexuel, autres	10%	14%	14%
Fréquentation des lieux de socialisation gay dans les 12 derniers mois			
Bars ou clubs , sans backrooms*	82%	61%	64%
Saunas	65%	77%	75%
Backrooms	56%	50%	51%
Lieux de drague extérieurs*	40%	27%	29%
Sites de rencontres gays sur internet*	64%	46%	49%
Applications de rencontre gays géolocalisées*	82%	46%	52%
Relation stable dans les 12 derniers mois	62%	58%	59%

\* Différence significative au seuil de 0,05 selon l'âge

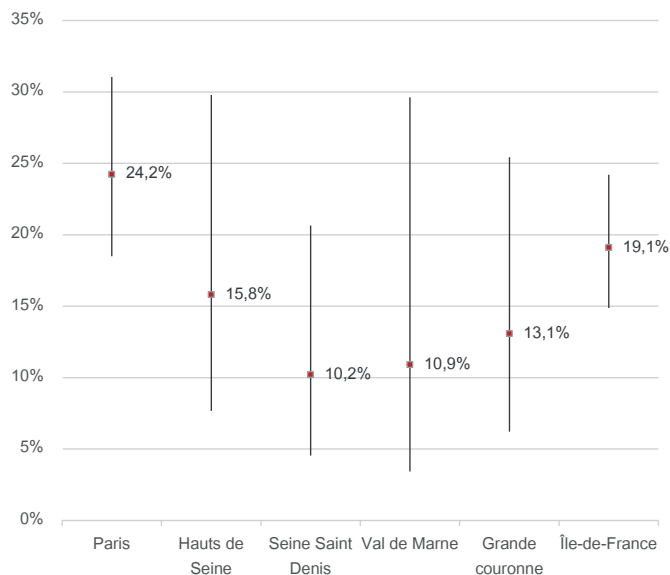
Une large majorité (88 %) des HSH participants étaient multipartenaires au cours des 12 derniers mois et 48% indiquaient avoir eu au moins dix partenaires sur la même période de référence, sans différence significative entre Paris et les autres départements franciliens. Les caractéristiques des participants sont similaires à celles décrites dans d'autres études réalisées auprès de HSH fréquentant les lieux de convivialités : HSH de plus de 35 ans, diplômés, urbains, identitaires (3). En termes de comportement, 26% déclaraient au moins une pénétration anale non protégée (PANP) par un préservatif avec un partenaire de statut sérologique VIH différent ou inconnu au cours des 12 derniers

mois ; une valeur qui était plus élevée chez les hommes séropositifs (54%) que chez ceux séronégatifs (20%). Par ailleurs, parmi les HSH séronégatifs, la pratique d'une PANP avec un partenaire de statut sérologique VIH différent ou inconnu pour le VIH était plus fréquemment rapportée chez les moins de 30 ans que chez ceux plus âgés de plus de 30 ans (39% vs 15%,  $p < 0,001$ ).

## Une prévalence VIH élevée

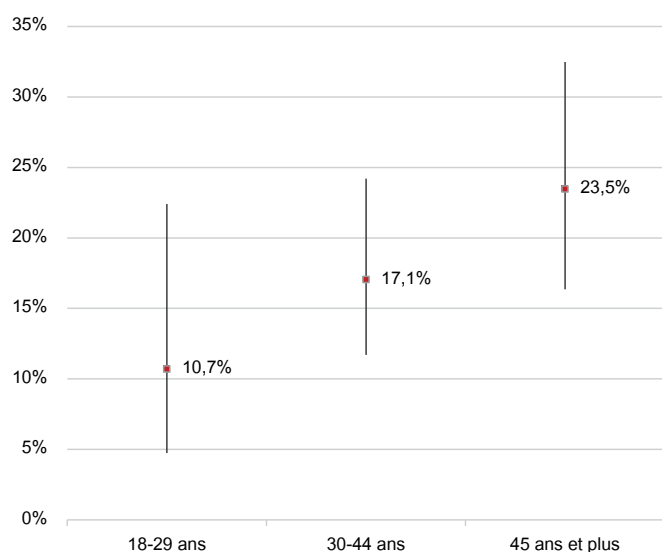
La prévalence VIH était estimée à 19,1%, IC95% [14,9%, 24,2%] parmi les HSH franciliens participant à l'enquête PREVAGAY 2015 Paris (figure 2). Estimée à 24,2%, IC95% [18,5%, 31,1%], la prévalence VIH des HSH parisiens était plus élevée que celle estimée pour les résidents de l'ensemble des autres départements d'Île-de-France (12,9%, IC95% [8,1%, 19,8%]). La prévalence augmentait avec l'âge, sans que la différence soit statistiquement significative (figure 3).

Figure 2 . Séropositivité VIH selon le département de résidence des HSH franciliens, PREVAGAY 2015, Paris (données pondérées)



Ces estimations de prévalence sont cohérentes avec d'une part les données de la surveillance des infections à VIH et d'autre part la répartition géographique des affections de longue durée pour le VIH en Île-de-France (4). Cette prévalence élevée peut s'expliquer par la prépondérance des lieux de convivialité avec échanges sexuels ayant participé à l'étude à Paris. La clientèle fréquentant ces établissements est structurellement plus âgée, plus souvent séropositive et plus impliquée dans la culture gay.

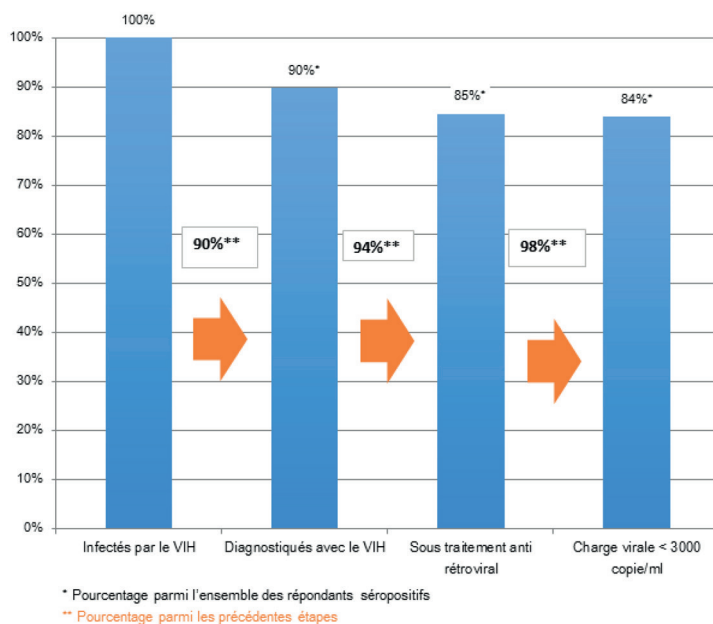
Figure 3 . Séropositivité VIH selon l'âge chez les résidents d'Île-de-France, PREVAGAY 2015, Paris (données pondérées)



## Une bonne prise en charge des HSH séropositifs

Parmi les HSH résidant en Île-de-France, 89,8%, IC95% [80,9%, 94,8%] des hommes séropositifs étaient diagnostiqués pour leur infection à VIH et parmi eux 94,1% IC95% [88,5%, 97,1%] étaient traités par antirétroviraux. Au total, 84,5% IC95% [75,7%, 90,5%] des HSH résidents d'Île-de-France séropositifs pour le VIH, étaient traités par antirétroviraux. Parmi les séropositifs traités, 98,2% IC95% [89,9%, 99,7%] avaient une charge virale peu élevée (figure 4). Aucune différence n'était retrouvée selon le département de résidence des HSH séropositifs, en termes de diagnostic de l'infection ou de traitement.

Figure 4 . « Cascade » de prise en charge pour le VIH parmi les HSH séropositifs résidents d'Île-de-France, PREVAGAY 2015, Paris



Ainsi, les objectifs de l'ONUSIDA consistant à atteindre 90% de personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut sérologique, 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées recevant un traitement antirétroviral durable et parmi ces personnes 90% en charge virale indétectable d'ici 2020 (7) sont quasiment atteints. La proportion de HSH séropositifs pour le VIH non-diagnostiqués était de 10% pour les résidents d'Île-de-France. Les recommandations d'incitation annuelle au dépistage pour les HSH multipartenaires et la diversification de l'offre de dépistage grâce notamment au dépistage communautaire par TROD (tests rapides d'orientation diagnostique) dans les établissements de convivialité ou encore à l'intensification de l'activité de dépistage dans les trois centres de santé sexuelle gays parisiens (Le 190, Le Checkpoint, Le Spot) ont pu permettre de réduire la fraction d'infections non-diagnostiquées par rapport aux résultats de PREVAGAY 2009 (8). Grâce à la détection des traitements antirétroviraux dans le sang parmi les HSH diagnostiqués pour le VIH, notre étude met en évidence une bonne prise en charge thérapeutique en Île-de-France. De même, la proportion de HSH séropositifs ayant une charge virale inférieure à 3000 copies était élevée. Ces résultats sont importants au regard de l'activité sexuelle de ces HSH en termes de nombre de partenaires sexuels et de non-utilisation du préservatif lors des rapports anaux qui ne diffèrent pas des résultats d'enquêtes antérieures (2,6). Avec 98% de HSH diagnostiqués sous traitement avec une charge virale peu élevée, les risques de transmission du VIH pour ces HSH sont indéniablement réduits.

## Mais un recours au dépistage VIH encore insuffisant

Si 93% des participants résidant en Île-de-France ont déclaré avoir déjà fait un test de dépistage VIH au cours de leur vie, seuls 57% , déclaraient avoir été testés au cours des 12 derniers mois. Cette proportion était de 64% chez ceux âgés de moins de 45 ans, contre 49% pour leurs aînés (figure 5 et tableau 3), alors que leur activité sexuelle et leurs comportements préventifs n'étaient pas différents. Ce résultat est cohérent avec la part encore trop importante de découvertes de séropositivité tardive chez les « séniors » HSH (source : Santé publique France, données non publiées). Cette proportion était inférieure à celle recommandée par la Haute Autorité de santé (HAS) à cette date (9). En regard des dernières recommandations de la HAS incitant les HSH multipartenaires à réaliser un test tous les trois mois (10), moins du quart (24%) des participants d'Île-de-France concernés rapportaient un test

Tableau 3 . Recours aux tests de dépistage VIH parmi les HSH résidents d'Île-de-France, PREVAGAY 2015 Paris - données pondérées

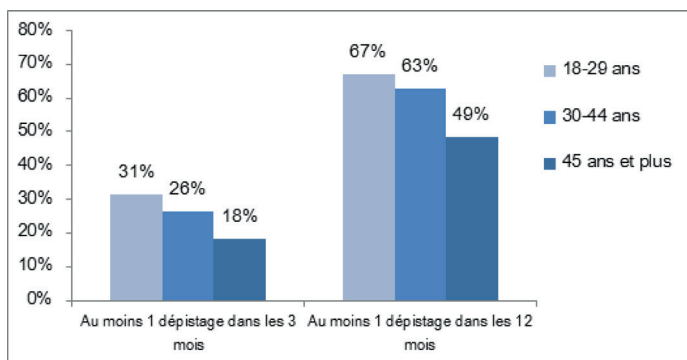
HSH résidents d'Île-de-France (N= 896)	
Au moins un test de dépistage VIH réalisé au cours des 12 derniers mois <sup>1</sup>	57%
Au moins un test de dépistage VIH réalisé au cours des 3 derniers mois <sup>2</sup>	24%
Délai depuis le dernier dépistage (déclaratif)	
< 3 mois	24%
3-6 mois	18%
6-11 mois	18%
1-3 ans	20%
≥ 3 ans	19%

<sup>1</sup> N= 733 - HSH séronégatifs pour le VIH, ou séropositifs pour le VIH non diagnostiqués, ou séropositifs diagnostiqués dans les 12 derniers mois

<sup>2</sup> N= 690 - HSH séronégatifs pour le VIH, ou séropositifs pour le VIH non diagnostiqués, ou séropositifs diagnostiqués dans les 3 derniers mois

<sup>3</sup> derniers mois

Figure 5 . Fréquence du dépistage VIH selon l'âge, parmi les HSH résidents d'Île-de-France, PREVAGAY 2015 Paris - données pondérées



au cours des trois derniers mois.

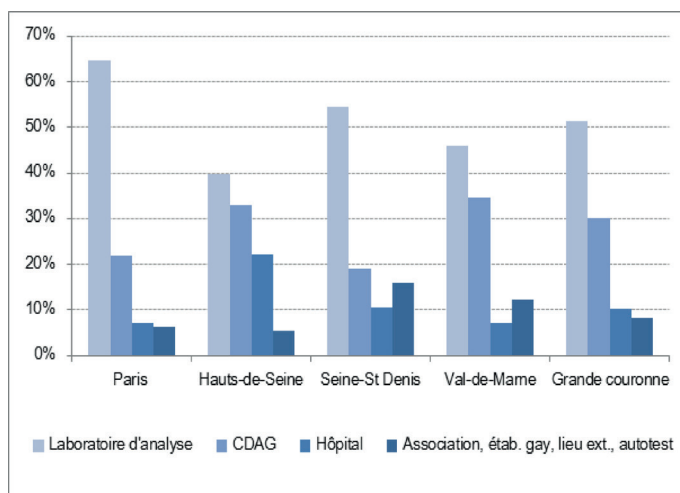
La fréquence du dépistage ne différait pas en fonction du département de résidence (différences non significatives).

Le dernier test avait été réalisé le plus souvent dans un laboratoire d'analyse médicale (57%) ou dans un centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) (25%). Les dépistages réalisés par TROD (dans une association, un établissement de convivialité ou un lieu de drague extérieur) représentaient un peu plus de 7% des tests et les autotests moins de 1%. Les HSH résidant à Paris ou en Seine-Saint-Denis recouraient plus fréquemment à un laboratoire d'analyse médicale que les participants des autres départements.

Tableau 4. Lieux de réalisation du dernier test de dépistage VIH parmi les HSH résidents d'Île-de-France, PREVAGAY 2015 Paris - données pondérées

Lieu du dernier test de dépistage VIH	
Dans un laboratoire d'analyses médicales, avec ou sans ordonnance	57%
Dans un CDAG	25%
Dans un hôpital	10%
Dans une association, un établissement gay, un lieu de drague extérieur, autotest	8%

Figure 6 : Lieux de réalisation du dernier dépistage selon le département de résidence parmi les HSH résidents d'Île-de-France, PREVAGAY 2015 Paris - données pondérées



## Conclusion

Bien que les résultats de l'étude PREVAGAY 2015 ne puissent être généralisés à l'ensemble de la population des HSH, ils décrivent une prévalence VIH élevée parmi les HSH franciliens fréquentant les lieux de convivialité gay parisiens. Alors que la part de HSH non-diagnostiqués est faible dans cette population spécifique, elle est encore trop importante au regard du multipartenariat, du non-usage du préservatif et de la fréquence du recours au dépistage, pour enrayer la dynamique de l'épidémie à VIH. Si les objectifs de mise sous traitement et de contrôle de l'infection sont atteints, l'effort doit aujourd'hui se focaliser sur le premier « 90 » afin de diminuer les délais entre la contamination et le diagnostic. La diversification des modes de dépistage au plus près des populations doit être poursuivie et intensifiée, de même que la promotion de l'ensemble des outils de prévention disponibles aujourd'hui, si l'on veut mettre fin à l'épidémie de transmission du VIH.

## Remerciements

Les auteurs remercient le groupe PREVAGAY 2015 qui a conçu et élaboré l'étude, l'ensemble des établissements et toutes les personnes ayant accepté de participer à l'étude PREVAGAY 2015.

Ils remercient également les salariés de l'association ENIPSE qui ont réalisé le terrain de l'étude (Sébastien Cambau, Jérôme Derrien, Sylvain Guillet, Loïc Jourdan, Cyrille Kaminski, Vivien Lugaz, Cédric Péjou, Erika Thomas Des Chenes, Florian Therond, Richard De Wever), les membres du Comité de suivi régional Île-de-France à l'ARS Île-de-France (Anne Laporte, Luc Ginot, Jean-Michel Tassie, Carmen Fuertes, Cécile Somarriba, Isabelle Faibis), et les associations AIDES (Vincent Coquelin), Act Up Paris (Hugues Fisher), pour leur implication et leur appui à la réalisation de l'étude.

Le recueil des données comportementales sur tablette a été assuré par la société BVA.

L'étude PREVAGAY 2015 a été financée par Santé publique France, l'Agence nationale de recherche contre le sida et les hépatites virales (ANRS), Sidaction et les Agences régionales de Santé Hauts de France, Auvergne-Rhône-Alpes, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse, Île-de-France.

Le groupe PREVAGAY 2015 est composé d'Annie Velter, Antonio Alexandre, Francis Barin, Stéphane Chevaliez, David Friboulet, Marie Jauffret Roustide, Florence Lot, Nathalie Lydié, Gilles Peytavin, Olivier Robineau, Leïla Saboni, Claire Sauvage et Cécile Sommen.

## Pour en savoir plus

### L'enquête PREVAGAY 2015, Paris

Saboni L, Sauvage C, Trouiller-Gerfaux P, Sommen C, Vandentorren S, Silue Y, et al.

Rapport Prevagay 2015, Paris. Enquête de séroprévalence du VIH menée auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay.

Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 58 p

Accessible sur <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2017/Rapport-Prevagay-2015-Paris>

## Références

- 1 MacKellar DA, Gallagher KM, Finlayson T, Sanchez T, Lansky A, Sullivan PS. Surveillance of HIV risk and prevention behaviors of men who have sex with men: a national application of venue-based, time-space sampling. *Public Health Rep.* 2007;39-47.
- 2 Velter A, Saboni L, Bouyssou A, Semaille C. Comportements sexuels entre hommes à l'ère de la prévention combinée - Résultats de l'Enquête presse gays et lesbiennes 2011. *Bull Epidemiol Hebd.* 2013;39-40:510-6.
- 3 Velter A, Michel A, Pillonel J, Jacquier G, Semaille C. Baromètre gay 2005 : enquête auprès des hommes fréquentant les lieux de rencontre gay franciliens. *Bull Epidemiol Hebd.* 2006;N°25/2006:178-80.
- 4 Anonyme- Profil régional : Île-de-France, L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017. 436p. disponible sur :
- 5 Adam P. Baromètre gay 2000 : résultats du premier sondage auprès des clients des établissements gays parisiens. *Bull Epidemiol Hebd.* 2002(18):77-9.
- 6 Velter A, Barin F, Bouyssou A, Guinard J, Leon L, Le Vu S, et al. HIV prevalence and sexual risk behaviors associated with awareness of HIV status among men who have sex with men in Paris, France. *AIDS and Behav.* 2013;17(4):1266-78.
- 7 Onusida. 90-90-90. Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du Sida. 2014 2014. Report No.
- 8 Velter A, Barin F, Bouyssou A, Le Vu S, Guinard J, Pillonel J, et al. Prévalence du VIH et comportement de dépistage des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay parisiens, PREVAGAY 2009. *Bull Epidemiol Hebd.* 2010(45-46):464-7.
- 9 Haute Autorité de santé. Recommandations en santé publique - Dépistage de l'infection par le VIH en France. Saint Denis : Haute Autorité de santé, 2009.
- 10 Haute Autorité de santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Saint Denis : Haute Autorité de santé, 2017.

# La lutte contre le VIH en Île-de-France : changer d'échelle et penser l'action au plus près des besoins des populations et des territoires

Jean Spiri

Président du Crips Île-de-France, ambassadeur du plan « Pour une Île-de-France sans sida », conseiller régional Île-de-France

**L'Île-de-France, avec plus de 40% des nouvelles contaminations au VIH découvertes pour moins de 20% de la population nationale, est la région de métropole la plus touchée par le VIH/sida. Cette réalité suffit à mobiliser l'ensemble des acteurs, mais, pour être efficace, la réponse à l'épidémie doit passer par une lecture bien plus fine, territorialisée et populationnelle.**

Si, aujourd'hui, nous avons les moyens de casser l'épidémie de VIH grâce aux outils de la prévention diversifiée notamment, l'étape essentielle qu'il nous reste à franchir est d'aller vers les populations clefs sur les territoires les plus concernées, en tenant compte de la diversité francilienne. Il nous appartient de voir plus grand, c'est-à-dire d'être ambitieux dans les projets mis place et les financements mais aussi de voir plus petit, en tout cas plus finement, dans un souci d'efficacité et d'approche coût-efficacité.

En cela le renforcement du rôle des structures de santé de proximité sur les zones à forte prévalence est nécessaire. Prenons un exemple précis, celui du dépistage, priorité de santé publique puisque premier maillon de la cascade du « 3x95 » (1). Le taux de retard au dépistage au VIH en Île-de-France dépasse, pour sept départements franciliens excepté Paris, la moyenne nationale (2). En cela, le rôle des structures de santé de proximité, au premier rang desquelles le médecin généraliste, doit être réévalué sur les zones à forte prévalence avec, en ligne de mire, les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) (3) visant un renforcement de la régularité du dépistage du VIH pour les populations exposées et au maintien d'un dépistage au cours de la vie en population générale.

Le médecin généraliste peut être un acteur essentiel pour lutter contre les opportunités manquées du dépistage. Un exemple nous est donné par l'étude « ANRS – Opportunités » (4) qui mettait en évidence que dans les trois ans précédant le diagnostic de séropositivité, 99% des patients avaient eu un contact avec le système de soins et 89% avaient consulté un généraliste au moins annuellement. Ceci rejoint les conclusions de Pierre Chauvin qui affirmait que « le dépistage généralisé de tous les hommes d'Île-de-France, outre son coût-efficacité, permettrait d'amener vers le dépistage ceux qui, dans nos observations, en sont le plus à distance » (5).

Au regard des enquêtes Depivih (6) et Depivih 2 (7), la volonté des médecins généralistes de s'investir dans le dépistage du VIH semble acquise, aux pouvoirs publics et aux ordres professionnels désormais d'accompagner cette volonté via des dispositifs adaptés à leur pratique. Une première étape pourrait être la modification de l'arrêté du 18 août 2016 pour permettre l'autorisation de délivrance des autotests par les médecins généralistes (8). Cela irait dans le sens des recommandations de la HAS qui note que « le dépistage universel en médecine générale doit s'appuyer sur plusieurs modalités, le TROD pouvant être difficile d'utilisation et contraignant pour le soignant ».

Cet accompagnement des professionnels de santé doit s'intégrer dans un accompagnement plus global des territoires prioritaires afin que cet objectif ambitieux du « Zéro contamination au VIH » en Île-de-France trouve une concrétisation opérationnelle. Pour cela, les territoires les

plus concernés doivent être soutenus dans leur démarche quant à la création et l'organisation d'un plan pluri-annuel d'actions. Aide à la maîtrise d'ouvrage, c'est là le rôle que le Crips Île-de-France doit tenir auprès des collectivités locales, un rôle d'accompagnement à la mise en place de politiques de lutte contre le VIH/sida efficaces, basées sur des diagnostics territoriaux précis. Paris a mis en place un plan ambitieux : « Vers Paris sans sida » et fait office de modèle en la matière pour les villes franciliennes. C'est notamment - mais pas uniquement - là que les deux plans de santé publique, « Vers Paris sans sida » et « Pour une région Île-de-France sans sida » trouveront une convergence et complémentarité forte et utile. Au service des collectivités franciliennes, au service des professionnels de santé engagés, au service des personnes les plus exposées.

## Références

1. Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030, axe 2
2. ORS Île-de-France. Pour une région sans sida – synthèse, mars 2017
3. Haute Autorité de santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France, mars 2017
4. Champenois K, Cousien A, Cuzin L, Le Vu S, Deuffic-Burban S, Lanoy E, et al. Opportunités manquées de dépistage du VIH chez des patients nouvellement diagnostiqués en France, Etude ANRS – Opportunités
5. Chauvin P, Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique, Equipe de recherche en épidémiologie sociale, Inserm et Sorbonne Universités UPMCORS, « Les populations à distance du dépistage du VIH : des déterminants individuels et territoriaux », dans « Suivi de l'infection à VIH/sida en Île-de-France, des données localisées pour agir au plus près des populations et réduire les inégalités », bulletin de santé n°22, ORS Île-de-France.
6. Gauthier R. Étude DEPIVIH : faisabilité et acceptabilité de la réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique du VIH par les médecins de ville en France. Thèse en médecine générale, Université Paris 7, 2011.
7. Papadima D, Gauthier R, PrévotEAU du Clary F, Aubert JP, Bouée S, Conort C, et al. DEPIVIH 2- Utilisation des TROD pour le dépistage ciblé du VIH dans les populations à forte prévalence vues en soins primaires
8. Arrêté du 18 août 2016 fixant les conditions particulières de délivrance de l'autotest de détection de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et les modalités d'information et d'accompagnement de la personne en application de l'article L. 3121-2-2 du code de la santé publique

# Activité des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) en 2016 : données préliminaires pour l'Île-de-France

Frédéric Goyet

Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France

**Les TROD réalisés par des structures associatives ou de prévention, même s'ils ne représentent qu'une minorité des tests réalisés, ont l'intérêt de toucher des populations particulièrement exposées ou qui ne recourent pas au dépistage classique.**

Un arrêté du 9 novembre 2010 précise dans quelles conditions les TROD peuvent être pratiqués par des personnels non médicaux intervenant pour des structures de prévention ou des structures associatives impliquées en matière de prévention sanitaire, soit au sein de leurs locaux soit lors d'activité d'information et de prévention « hors les murs » auprès de populations particulièrement en risque de contamination par le VIH et éloignées du système de dépistage et de soins. Les associations doivent être habilitées au travers d'une convention avec l'ARS, qui précise les lieux et fréquence d'intervention ainsi que les personnes pratiquant les TROD, qui doivent avoir reçu une formation spécifique à cette pratique.

En Île-de-France, quinze associations ont ainsi été habilitées pour une durée de cinq ans (en cours de renouvellement).

En termes de financement, la Direction générale de la santé (DGS) émet à intervalle régulier des appels à projets à l'intention des associations qui doivent faire une demande en précisant le nombre de TROD envisagés, le public ainsi que les territoires ciblés. Les dossiers retenus donnent lieu à la signature d'une convention avec la CPAM qui s'engage à payer, selon un quota de tests fixé par association, le test lui-même et une partie des frais engagés (logistique, appui administratif...), sur la base d'un montant forfaitaire de 25 euros porté par la suite à 26 euros, par test réalisé. Un arrêté du 1<sup>er</sup> août 2016 a étendu la pratique des TROD au dépistage du VHC, et un appel à projet a été lancé pour cette double activité, le remboursement forfaitaire pour les deux tests étant alors fixé à 32 euros. Le même arrêté précise les modalités spécifiques pour les CSAPA / CAARUD qui bénéficient d'une autorisation (critères similaires de formation) et pour lesquels le coût des TROD est inclus dans leur budget.

Le tableau 1 décrit l'activité TROD VIH en Île-de-France en 2016 par les dix associations ou organismes retenus lors du dernier appel à projet, et selon le lieu du dépistage (dans ou hors les murs), en l'état actuel des remontées d'information (exhaustivité non totale).

En outre, cinq associations nouvellement habilitées par l'ARS, mais n'ayant pas bénéficié de la convention avec la DGS et la CPAM ont effectué des TROD VIH. (Bamesso et Ses Amis, Ikambere; Enipse ; Médecins du Monde et Aremedia). Elles ont au total pratiqué 472 TROD, dont un seul positif pour le VIH.

En 2016, ce sont ainsi 29 628 tests qui ont été effectués, soit 79 % du quota approuvé par la DGS et la CPAM (37 800). 72,2 % des tests ont été réalisés lors d'activités hors les murs. Un tiers des personnes testées l'étaient pour la première fois, un tiers avaient déjà réalisé un test dans l'année.

Le taux de résultats positifs (avant confirmation par un test de référence) s'élève respectivement à 0,91% et à 1,1% selon le lieu où a été pratiqué le test (dans ou hors les murs).

Parmi les 311 TROD positifs, 33 personnes connaissaient déjà leur statut, 222 ont été confirmées par un test de référence, et l'information n'a pas été retrouvée pour 56.

	DLM*	dont VIH+	HLM**	Dont VIH+
Association Espoir	77	7	723	10
Kiosque Info Sida	3 260	31	0	0
HF prévention	24	0	5 629	123
Amicale du Nid de Paris	35	1	69	1
PASTT	109	4	237	4
Aurore-EGO Paris	243	1	22	0
Gaïa Paris	116	0	211	1
AVH 78 Saint-Germain en Laye	21	0	0	0
AIDES Île-de-France	3 687	30	11 654	85
Afrique Avenir	659	1	2 852	12
Total	8 231	75	21 397	236

\* DLM : dans les murs (local de l'association) ; \*\*HLM : hors les murs

	Tests	Dont +	%
HSH	9 946	209	2,10 %
PSP	655	9	1,37 %
Migrant (e)s	11 459	71	0,62 %
Précaires	1 349	10	0,74 %
UD	769	4	0,52 %
Autres	5 450	8	0,15 %

HSH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes; PSP : personne en situation de prostitution; UD : usagers de drogues

	TROD 2012	TROD 2013	TROD 2014	TROD 2015	TROD 2016
Total	16 118	25 430	28 811	29 924	29 628

Données des tableaux communiquées au niveau national (DGS) et régional (ARS) par les associations habilitées sur la base d'un rapport normalisé.

Le tableau 2 présente les résultats selon la population cible.

## Conclusion

Le dispositif de soutien aux TROD a permis de diagnostiquer 278 séropositivités au VIH en Île-de-France en 2016. Ceci montre une certaine stabilité par rapport aux années précédentes. Le dispositif a été particulièrement adapté pour rejoindre des personnes HSH ou en situation de prostitution, lors d'activité hors les murs, avec des taux de positivités trois à six fois supérieurs à ceux obtenus par exemple dans les centres de dépistage (CeGIDD). La question d'un meilleur ciblage reste posée pour d'autres publics. Ces premières conclusions doivent être confirmées par une analyse plus fine des données exhaustives, et devront être complétées par un échange sur les modalités pratiques mises en œuvre par les acteurs pour rejoindre leurs publics.