ANRS

Épidémiologie 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)

France REcherche Nord & sud Sida-hiv Hépatites
Agence autonome de l'Inserm

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Indicateurs épidémiologiques du VIH en population générale 10

Tableau 2 – Indicateurs épidémiologiques du VIH dans la population des hommes ayant des rapports avec des hommes (HSH) 11

Tableau 3a – Indicateurs épidémiologiques du VIH parmi les femmes nées en Afrique subsaharienne 15

Tableau 3b – Indicateurs épidémiologiques du VIH parmi les hommes nés en Afrique subsaharienne 15

Tableau 4 – Effet préventif du traitement – Proportion de patients traités et taux de charge virale < 200 et > 50 copies – données 2017 20

Tableau 5 – Dépistage : tests sérologiques du VIH dans les laboratoires hospitaliers et de ville 21

Tableau 6 – Dépistage du VIH dans les CEGIDD 2016-2018 22

Tableau 7 – Dépistage – Autotests du VIH délivrés en officine 22

Tableau 8 – Dépistage par les associations communautaires par région en 2018 23

Tableau 9 – Dépistage communautaire par tests rapides par les associations en Île-de-France 24

Tableau 10 – Population générale, Baromètre santé, 2016, population de 15 à 54 ans 24

Tableau 11 – Dépistage, indicateur de comportement sexuel et préventif parmi les HSH enquêtés par Internet – Années 2017 et 2019 25

Tableau 12 – Dépistage, comportements sexuels et préventifs dans la population africocaribéenne, immigrée ou non, en Île-de-France en 2016 26

Tableau 13 – Ventes et distribution de préservatifs masculins/externes et féminins/internes 28

Tableau 14 – Utilisation du préservatif au dernier rapport selon le type de partenaire – Évolution 2017-2019 29

Tableau 15 – PrEP : initiations et renouvellements de la PrEP : délivrance de médicaments remboursés par l'assurance maladie 30

Tableau 16 – PrEP : initiations et renouvellements de la PrEP par région et département 30

Tableau 17 – Île-de-France – Prescriptions de PrEP en Île-de-France en 2017 et 2018 : PrEP prescrites en service hospitalier et en CeGIDD 31

Tableau 18 – Prescription de la PrEP en Île-de-France en 2017 et 2018 31

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination, sexe et lieu de naissance – France entière, 2013 à 2018 9

Figure 2 – Évolution annuelle 2010-2018 du nombre estimé d'infections à VIH incidentes par groupe d'exposition – France entière 12

Figure 3 – Nombre de nouveaux diagnostics et d'infections incidentes par groupe de 2010 à 2018 – France entière 13

Figure 4 – Évolution annuelle 2010-2018 du nombre estimé d'infections à VIH incidentes pour les hommes et les femmes hétérosexuels selon leur naissance : en France ou à l'étranger, dont ceux nés en Afrique subsaharienne – France entière 16

Figure 5 – Taux de bénéficiaires de l'ALD 7 pour infection VIH en Île-de-France 18

SOMMAIRE

Résumé 4

1 – Démarche 6

Les nouveaux diagnostics déclarés : données redressées 6

L'évolution des nouveaux diagnostics est la résultante de plusieurs processus dont la contribution respective est difficile à appréhender 7

Estimations des paramètres de la dynamique de l'épidémie 8

2 – Tendances de l'épidémie selon les groupes de population et les territoires 9

Nouvelles données épidémiologiques sur les personnes Trans 10

Épidémiologie du VIH chez les HSH entre 2013 et 2018 11

Epidémiologie du VIH dans la population née à l'étranger dont celle née en Afrique subsaharienne 14

Hétérogénéité locale de l'épidémie VIH en Île-de-France 17

3 – Comment ont évolué la couverture préventive et l'exposition au VIH ? 19

Effet préventif du traitement des personnes vivant avec le VIH 19

Dépistage du VIH 19

– Activité de dépistage 19

– Taux de positivité 23

– Recours au dépistage dans les enquêtes en population 24

– Délais entre infection et diagnostic 25

– Conclusion sur le dépistage 26

Prévention par le préservatif et par la PrEP 27

– Préservatifs 27

– Prophylaxie pré-exposition (PrEP) 27

– Traitement post-exposition (TPE) 30

– Conclusion sur l'évolution de la couverture préventive 30

4 – Migrations et mobilités : impact sur l'épidémie 32

Les flux migratoires, leur évolution, leur taille, leur origine et leurs contextes politique et social 32

– La mobilité interne à l'Union européenne et les mobilités pour le travail et les études 32

– La concentration des HSH dans les grandes villes 32

– La mobilité des villes en tension sur le logement vers leurs banlieues 33

5 – Conclusion générale 34

RÉSUMÉ

La déclaration obligatoire des nouveaux diagnostics de VIH est l'indicateur central de la situation épidémiologique en France, mais ses évolutions ne peuvent être interprétées qu'à l'aune des processus multiples qui déterminent l'incidence réelle des nouvelles infections, estimée par modélisation et des interventions de prévention, dépistage et prise en charge. Ce rapport établi par le groupe « Indicateurs » de l'AC47 « Dynamique et contrôle des épidémies VIH et hépatites » de l'ANRS décrit et commente toutes les données disponibles en la matière de 2013 à 2018.

Comme dans la période antérieure, l'épidémie à VIH est concentrée géographiquement en Île-de-France (40 % des nouveaux diagnostics en 2018) et dans deux populations : les hommes ayant des rapports entre hommes (HSH : 41,6 %) et les populations nées à l'étranger, pour les cas de transmission hétérosexuelle d'Afrique subsaharienne (32,5 %). Les hommes et femmes hétérosexuels nés en France représentent 14,2 % de ces nouveaux diagnostics 2018.

Une tendance à la baisse inégale selon les régions et les groupes

En 2018, après quelques années de fluctuations, le nombre de nouveaux diagnostics a baissé de 7 % par rapport à 2017, passant de 6 583 à 6 155, mais de façon variable selon les régions.

Sur la période 2013-2018, pour les populations nées en France, les estimations de l'incidence qui rendent compte de l'épidémie « réelle », c'est-à-dire au moment où les nouvelles infections se produisent, montrent une baisse chez les HSH, chez les hommes hétérosexuels et une stabilité chez les femmes. Ces tendances sont nettes en Île-de-France et encore plus accentuées à Paris.

Si la situation s'est améliorée pour les hommes hétérosexuels nés en Afrique subsaharienne, elle est préoccupante pour les HSH nés à l'étranger et pour les femmes africaines immigrées. Pour ces derniers, après une hausse entre 2013 et 2016, les nouveaux diagnostics sont stables dans les deux dernières années observées, mais l'incidence estimée est en augmentation. L'interprétation des évolutions de l'incidence est complexe pour les populations nées à l'étranger faute de parvenir à démêler ce qui tient à la taille des flux migratoires récents, aux contextes d'exposition antérieurs à la migration et dans le parcours vers l'Europe et ce qui revient aux conditions d'existence toujours plus difficiles après l'arrivée.

L'évolution de l'épidémiologie est aussi hétérogène au plan géographique. Les tendances nationales se retrouvent accentuées en Île-de-France, tandis que les deux régions prises comme témoins de la situation en régions, Nouvelle-Aquitaine et Auvergne-Rhône-Alpes ont des indicateurs de nouveaux diagnostics stables (les estimations d'incidence ne sont pas encore disponibles). À Paris, où un programme volontariste de prévention est déployé depuis 2016, les phénomènes de baisse sont plus marqués dans la population HSH, y compris parmi ceux nés à l'étranger et chez les hommes nés en Afrique subsaharienne. Partout en Île-de-France, y compris à Paris, la situation épidémiologique des femmes africaines ne bénéficie d'aucun progrès significatif.

Des progrès dans toutes les composantes de la prévention combinée

Les composantes de la prévention combinée, paradigme actuel de la lutte contre le VIH, ont connu des évolutions positives.

L'effet préventif du traitement par le contrôle de la charge virale des personnes séropositives joue à plein dès lors que les personnes diagnostiquées

sont entrées dans une prise en charge et sont traitées, avec de très faibles différences selon les populations et les régions.
Le dépistage est la clé de l'entrée dans la cascade de soins. Le dépistage par test sérologique a augmenté dans toutes les régions de 11 à 14 % sur la période, passant de 5,2 à 5,8 millions de tests ; les taux de tests positifs baissent au niveau national, baisse plus accentuée en Île-de-France et stable en régions.
Les CeGIDD, avec une mission étendue aux IST en 2016, ont une activité stable en dépistage VIH dans les trois dernières années (322 000 tests en 2018). De même, le dépistage communautaire hors les murs par TROD, déployé auprès de groupes fortement exposés là où ils vivent ou se rencontrent, est stable avec environ 65 000 tests en 2018. Cette modalité de dépistage est très efficace avec un taux de positivité de 8,4 pour 1 000. Ces taux sont de 3,8 pour 1 000 en CeGIDD et 1,9 pour 1 000 pour les sérologies en laboratoire.
La vente des autotests a peu évolué entre 2016 et 2018 (74 000 tests en 2018), puis repris une hausse en 2019 avec la mise sur le marché d'un produit moins cher (79 500 en 2019).
En prenant en considération tous les dispositifs, l'offre de dépistage est plus diversifiée et les taux de recours au dépistage plus élevés en Île-de-France que dans le reste du pays.
L'estimation des délais montre que trop de temps s'écoule encore entre l'infection et le diagnostic quel que soit le contexte. Plusieurs milliers de personnes vivent avec une infection méconnue et potentiellement transmissible. Cependant, à l'exception des HSH nés à l'étranger et des femmes nées en Afrique subsaharienne, leur nombre baisse dans les autres groupes, mais pas assez vite pour réduire rapidement la population infectée et non diagnostiquée.
L'observation de tous ces indicateurs montre que le dépistage ne peut croître que modérément, même avec une diversification des dispositifs. Dans ce contexte, la protection contre l'acquisition du VIH doit garder un niveau élevé pour tous les dispositifs et s'améliorer pour la PrEP.
Globalement, les ventes de préservatifs en pharmacies et commerces n'ont pas baissé au cours de la période, ce qui laisse penser qu'en population générale la protection est stable.
Dans la population HSH, l'utilisation du préservatif a diminué dans les dernières années avec les partenaires occasionnels, mais le niveau de protection a augmenté avec la PrEP. Celle-ci a un effet très net, en particulier à Paris où elle a été déployée plus tôt, notamment avec l'impulsion de l'essai ANRS Ipergay et de la mise en place de la cohorte Prévenir de l'ANRS. Elle concerne principalement des hommes qui étaient les plus exposés et qui contribuaient le plus à la dynamique de l'épidémie. On observe en régions, à partir de mi-2018, une nette accélération du déploiement de la PrEP qui devrait avoir un impact sur les chiffres de l'épidémie en 2019 et 2020. L'accès s'est amélioré avec une part croissante des CeGIDD, du renouvellement des prescriptions en médecine de ville et bientôt de la possibilité d'y initier la prescription. La promotion de la PrEP auprès des hétérosexuels, inexistante pendant les premières années, explique la faible proportion de ceux-ci parmi les usagers de PrEP, mais devrait être engagée pour en étendre le bénéfice à tous ceux et celles qui en ont besoin.
L'accélération de la baisse de l'épidémie dans les différents groupes doit être favorisée par un agencement plus volontariste des ressources, en choisissant le niveau local, adapté au contexte et qui permet d'optimiser la performance globale de la prévention combinée en consolidant l'accès effectif au dépistage, au soin et à la PrEP.
L'objectif d'arrêt de la transmission du VIH en 2030 reste d'actualité si les programmes VIH se poursuivent, s'intensifient et innovent. L'ANRS soutient de nombreux projets de recherche interventionnelle qui y contribueront.

1 – DÉMARCHE

Le groupe « Indicateurs » de l'Action coordonnée 47 « Dynamique et contrôle des épidémies VIH et hépatites » a réuni un ensemble raisonné d'informations issues des systèmes de surveillance de l'infection VIH constituant un système d'indicateurs de façon à établir un diagnostic épidémiologique de l'infection VIH en France. La plupart des informations qui contribuent à ce tableau d'indicateurs sont connues notamment par le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, publié en novembre 2019, par des publications (voir liste de références) ou lors de communications des chercheurs. Il s'agit ici, par une analyse collective de cet ensemble d'indicateurs, de décrire l'épidémie et de mesurer la contribution des principaux moyens de la prévention combinée.

Ces indicateurs nationaux sont décomposés pour les populations les plus exposées et pour des régions ou départements illustratifs de la situation hexagonale : la région Île-de-France, Paris et la Seine-Saint-Denis surreprésentés dans l'épidémie et pour deux grandes régions Nouvelle-Aquitaine et Auvergne-Rhône-Alpes qui rendent compte de la situation nationale (hors des régions surexposées).

LES NOUVEAUX DIAGNOSTICS DÉCLARÉS : DONNÉES REDRESSÉES

Les nouveaux diagnostics d'infection VIH déclarés à Santé publique France sont l'indicateur principal de l'épidémiologie du VIH en France ; ceci en raison du caractère obligatoire de la déclaration, de son caractère national, de la possibilité de décomposer

Le présent document ne présente pas de données spécifiques sur les départements d'Outre-mer. La situation de chaque collectivité territoriale est présentée dans les mises à jour des données nationales publiées annuellement. En outre, il existe peu de données supplémentaires aux données de surveillance des nouveaux diagnostics et du dépistage qui soient actuellement disponibles. Les singularités épidémiologiques ressortent avec des niveaux de dépistage plus élevés que ceux observés dans l'Hexagone ; les taux de positivité parmi les personnes testées y sont aussi plus élevés que dans l'Hexagone à l'exception de La Réunion et de Mayotte. Sur la base des nombreux travaux et publications du CIC Inserm de Guyane, un bilan des avancées et des défis persistants a été publié début 2020 *(Nacher, 2020)*. La situation épidémiologique propre à chacun des départements d'Outre-mer tient à sa position géographique (insulaire ou continentale), sa démographie (stade de la transition démographique, taille et dynamique des migrations), sa sociologie (relations entre communautés, poids de l'histoire sur les relations de genre, existence de populations natives, etc.), l'histoire de l'infection VIH sur son territoire et sa dotation en ressources sanitaires. Le Conseil national du Sida a actualisé ses études antérieures, réalisé un état des lieux et fait des recommandations portant sur un large spectre de mesures pour les départements de Guyane, Guadeloupe et Martinique en 2018 *(Conseil national du Sida, 2018)*.

cet indicateur au niveau régional et départemental et en fonction de caractéristiques d'exposition au VIH, démographiques et biocliniques.
Toutefois, les délais de déclaration, mais surtout la non-déclaration des nouveaux diagnostics, font que le nombre de cas déclarés sous-estime le nombre réel de découvertes de séropositivité. De plus, la sous-déclaration par les cliniciens entraîne une incomplétude des caractéristiques individuelles rapportées. Ces constatations amènent les épidémiologistes en charge de la surveillance à effectuer des redressements pour établir les statistiques annuelles des nouveaux diagnostics. Ainsi, les chiffres annuels de découvertes de séropositivité sont des estimations assorties d'un intervalle de confiance qu'il y a lieu de toujours prendre en compte dans l'interprétation des données publiées. La décomposition des indicateurs au niveau local, en particulier au niveau des départements, peut être limitée par l'incertitude des estimations sur des petits effectifs.

L'ÉVOLUTION DES NOUVEAUX DIAGNOSTICS EST LA RÉSULTANTE DE PLUSIEURS PROCESSUS DONT LA CONTRIBUTION RESPECTIVE EST DIFFICILE À APPRÉHENDER

Les paramètres de l'évolution des nouveaux diagnostics sont multiples :

a. l'incidence passée et actuelle des nouvelles infections ;

b. l'évolution du dépistage et du recours au dépistage (activité, efficacité, recours, délai). Dans le paradigme actuel de la prévention combinée, c'est l'action combinée du dépistage précoce et de la mise sous traitement immédiate des personnes nouvellement diagnostiquées qui permet de baisser le niveau d'exposition en population en diminuant le nombre de personnes pouvant transmettre le VIH. La stratégie de dépistage se renouvelle avec de nouvelles modalités (tests rapides d'orientation diagnostique délivrés par des associations habilitées en 2011 ; autotests vendus en officine depuis septembre 2015 et distribués gratuitement depuis août 2016 par les associations et CeGIDD) et avec la continuité des campagnes de sensibilisation en population générale ou dans des espaces numériques spécifiques aux populations d'intérêt ;

c. l'évolution des pratiques de prévention par le préservatif et, depuis 2016, par la PrEP dont l'efficacité est très élevée ;

d. l'efficacité de la prise en charge et des traitements : la capacité du système de santé à intégrer les nouvelles personnes diagnostiquées à la prise en charge, à instaurer le traitement, à soutenir l'observance et le maintien à long terme dans le soin sont les conditions du succès thérapeutique au niveau individuel et au niveau populationnel ;

e. les mouvements de population, migrations internationales et mobilité inter ou intra-régionale, qui peuvent influencer le nombre de nouveaux diagnostics au niveau national et local. La taille des migrations internationales, leur évolution dans le temps, leur zone géographique d'origine et leurs conditions de parcours et d'arrivée affectent la taille et les conditions d'exposition des populations migrantes. Ces mouvements migratoires sont liés à des phénomènes multiples : conflits dans certaines parties du monde, courants migratoires existant de longue date, mobilité pour le travail ou les études. S'y ajoutent des changements dans la règlementation des conditions administratives du séjour des étrangers et d'accès aux soins. Au niveau local, dans les grandes métropoles, particulièrement en Île-de-France, se produit une mobilité de résidence qui fait baisser la taille de la population parisienne au profit des autres départements de la région. L'ampleur de ces phénomènes de mobilité et de

migration est mal connue et, au sein de ceux-ci, celle des populations d'intérêt pour suivre la situation du VIH ;

f. les politiques locales qui peuvent jouer sur ces différents facteurs. Dans les dernières années, l'objectif de fin de la transmission en 2030 se traduit au niveau local par une mobilisation de certaines grandes villes en France, comme dans le monde, pour intensifier l'agencement des ressources de la prévention combinée. C'est le cas en France, dans le cadre Fast-Track Cities (FTCI) de Paris, Nice, Bordeaux et Montpellier et d'un engagement au niveau local ou régional sous des formes diverses, comme en Île-de-France, en Martinique ou au Corevih Arc Alpin.

ESTIMATIONS DES PARAMÈTRES DE LA DYNAMIQUE DE L'ÉPIDÉMIE

En complément des données sur les diagnostics (résultats de la déclaration obligatoire [DO] du VIH), l'équipe IPLESP, Inserm (Lise Marty, Amadou Sow, Virginie Supervie et Dominique Costagliola) estime sur la base des données individuelles de la DO, année par année, par groupe, région, et par département quand le nombre de cas le permet, l'incidence des nouvelles infections, la taille de la population non diagnostiquée, le délai entre infection et diagnostic. Ces estimations et la comparaison avec les données de la DO apportent une information sur l'épidémie « réelle », à savoir le nombre de nouvelles infections survenant chaque année dans les différents groupes d'intérêt.

Elles permettent aussi d'appréhender l'existence ou non d'une diminution de la taille de la population non diagnostiquée, non traitée, qui constitue la source majeure de transmission du VIH.

L'incidence des nouvelles infections, le délai au diagnostic et la taille de la population non diagnostiquée sont estimés par rétrocalcul sur la base des nombres redressés de déclarations obligatoires et de leurs caractéristiques. Les estimations d'incidence produites ne tiennent pas compte du lieu de l'infection, c'est-à-dire qu'elles incluent les infections survenues sur le territoire national et celles survenues ailleurs ; si l'on peut plus raisonnablement penser que pour la plupart des personnes nées en France, le lieu d'infection et le temps passé comme non diagnostiqué sont majoritairement survenus en France, ce n'est probablement pas le cas pour les personnes nées à l'étranger et immigrées en France. Pour les populations originaires d'Afrique subsaharienne en Île-de-France, qui se déclaraient majoritairement hétérosexuelles, les estimations à partir de l'enquête ANRS Parcours ont montré que 35 % des femmes et 49 % des hommes séropositifs suivis en France avaient été infectées après leur arrivée et donc 65 % et 51 % respectivement avant *(Desgrées du Loû, 2016, Gosselin, 2020)*. Des études similaires réalisées en Europe ont apporté des résultats variables, mais qui se situent dans le même ordre de grandeur selon l'origine des groupes étudiés et les pays *(Fakoya, 2017)*. Ces études datent maintenant de plusieurs années, alors que les composantes, parcours et contextes des migrations ont changé. Par ailleurs, les études concernant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) nés à l'étranger semblent indiquer que, pour ce groupe, la proportion d'acquisition du VIH après l'arrivée en Europe est plus importante *(Alvarez-Del Arco D, 2017)*.

Les indicateurs estimés pour ces populations nées à l'étranger doivent donc être considérés avec ces limites : une partie des infections, et donc une partie des délais entre la contamination et le diagnostic, se situent hors du territoire et sont donc inaccessibles à certains outils de la prévention combinée.

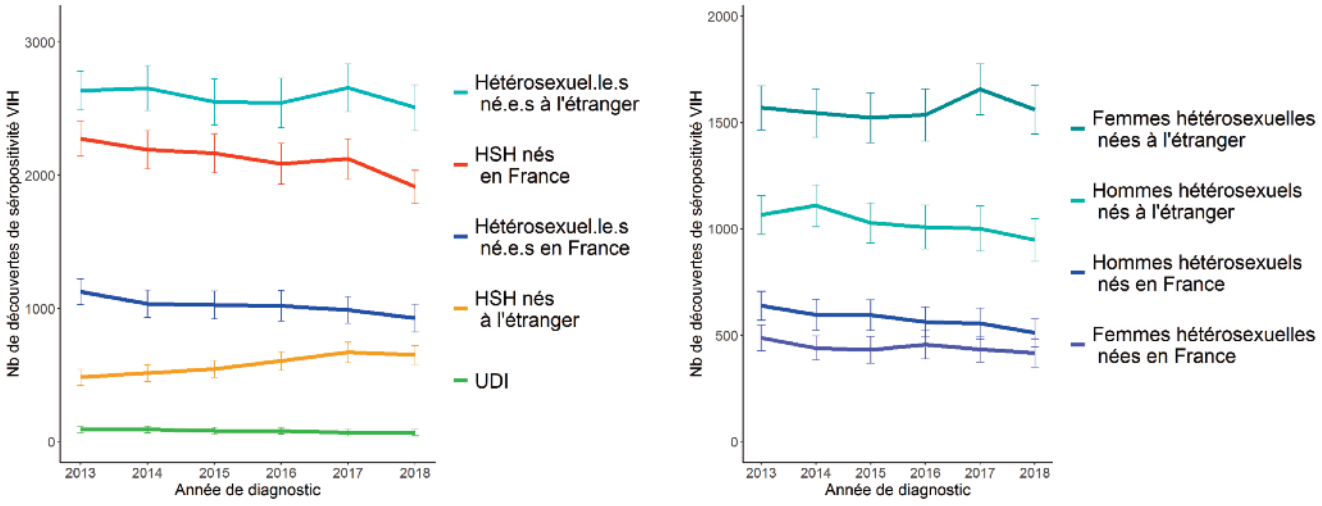
2 – TENDANCES DE L'ÉPIDÉMIE SELON LES GROUPES DE POPULATION ET LES TERRITOIRES

Compte tenu de l'hétérogénéité de l'épidémie, l'étude des indicateurs est faite par population et, dans chaque population, par région et département, avant d'interpréter les données nationales et régionales globales **(figure 1)**.

En 2018, après quelques années de fluctuations, le nombre de nouveaux diagnostics a baissé de 7 % par rapport à 2017 passant de 6 583 à 6 155. Le poids de l'épidémie est inégalement réparti entre les régions et les territoires : en 2018, 40,2 % des nouveaux diagnostics ont été déclarés en Île-de-France qui compte pour 18,2 % de la population. Paris et la Seine-Saint-Denis, avec 3,2 % et 2,4 % de la population française, comptent pour 14,7 % et 6,7 % des nouvelles déclarations **(tableau 1, p.10)**.

À cette concentration géographique, correspond une concentration démographique : 41,7 % des nouveaux diagnostics concernent des HSH et 38,7 % des personnes nées en Afrique subsaharienne. La distribution hétérogène de cette population sur le territoire se traduit par des distributions différentes selon les régions ; mais la concentration de l'épidémie dans ces deux populations s'observe dans toutes les régions de l'Hexagone.

Figure 1 – Découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination, sexe et lieu de naissance, France entière, 2013 à 2018



Source : Santé publique France, DO VIH, données corrigées au 31/03/2019

Tableau 1 – Indicateurs épidémiologiques du VIH en population générale

Nouveaux diagnostics déclarés redressés, estimations de l'incidence, de la prévalence non diagnostiquée et des délais au diagnostic

	France	Île-de-France	Paris	Seine-Saint-Denis	Auvergne-Rhône-Alpes	Nouvelle-Aquitaine
Population	**100 %**	**18,2 %**	**3,2 %**	**2,4 %**	**11,9 %**	**8,9 %**
Nouveaux diagnostics déclarés*						
2013	6 688 [6 442-6 935]	2 863 [2 678-3 048]	1 151 [1 078-1 224]	461 [428-495]	445 (420-471)	312 [293-332]
2014	6 559 [6 236-6 883]	2 786 [2 522-3 050]	1 117 [1 053-1 182]	463 [361-564]	427 (403-452)	332 [268-397]
2015	6 443 [6 113-6 773]	2 676 [2 419-2 932]	1 078 [991-1 164]	451 [377-524]	450 (419-481)	287 [213-360]
2016	6 417 [6 073-6 762]	2 544 [2 271-2 816]	955 [897-1 013]	459 [388-529]	529 (496-563)	310 [255-364]
2017	6 583 [6 266-6 901]	2 667 [2 414-2 920]	1 032 [978-1 086]	454 [364-544]	438 (409-467)	459 [358-561]
2018	6 155 [5 897-6 412]	2 476 [2 274-2 678]	906 [847-965]	413 [349-477]	440 (405-476)	356 [300-411]
Répartition en 2018 (=100 %)	**100 %**	**40,2 %**	**14,7 %**	**6,7 %**	**7,1 %**	**5,8 %**
2018/base 100 en 2013	92	86	79	90	99	114
Incidence estimée**	5 950	2 009	832	412		
Population non diagnostiquée**	24 069	9 264	3 146	1 484		
Délai au diagnostic** 2014-2018	3,6 ans	3,3 ans	3,1 ans	2,6 ans		

* Santé publique France ; ** IPLESP, Inserm (Marty, 2020)

En 2018, la population non diagnostiquée est estimée à 24 069 personnes au plan national ; 9 811 HSH, hommes hétérosexuels, et femmes nés en France et 12 698 correspondant à ces mêmes catégories nés à l'étranger. Cette dernière estimation doit être interprétée avec prudence car l'estimation ne permet pas d'identifier combien de ces personnes nées à l'étranger sont en 2018 sur le sol français (cf. infra).

Les groupes de population sur lesquels ce document est particulièrement centré sont les HSH et les populations nées en Afrique subsaharienne : en effet quatre nouveaux diagnostics sur 10 concernent des HSH et, parmi les personnes hétérosexuelles nouvellement diagnostiquées, 75 % sont nées à l'étranger dont 79 % en Afrique subsaharienne. Ainsi, le niveau de l'épidémie est devenu bas dans la population hétérosexuelle née en France : il a baissé de 22 % entre 2013 et 2018 et représente l'échelle nationale moins de 900 nouveaux diagnostics *(Cazein, 2019)*.

NOUVELLES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES SUR LES PERSONNES TRANS

Depuis 2012, la caractéristique personne « transgenre » (H vers F et F vers H) est présente dans les formulaires de la déclaration obligatoire VIH/Sida remplie par le clinicien. Entre 2012 et 2018, 234[1] personnes Trans ont découvert leur séropositivité VIH (dont 209 H vers F, 22 F vers H et 3 non précisé) et 56 en 2018. Parmi les 234 personnes diagnostiquées depuis 2012, 68 % étaient domiciliées en Île-de-France, 6 % en Auvergne-Rhône-Alpes, moins de 1 % en Nouvelle-Aquitaine. Par département, 53 % des personnes étaient domiciliées à Paris, 5 % en Seine-Saint-Denis.

1.Données brutes au 31/03/2020 : s'agissant de données brutes, ces chiffres représentent un nombre minimal de découvertes de séropositivité. Ils sont très dépendants des pratiques de déclaration des services hospitaliers et des médecins prenant en charge ces personnes.

Tableau 2 – Indicateurs épidémiologiques du VIH dans la population des hommes ayant des rapports avec des hommes (HSH)

Nouveaux diagnostics déclarés redressés, estimations de l'incidence, de la prévalence non diagnostiquée et des délais au diagnostic

Nouveaux diagnostics déclarés*	France	Île-de-France	Paris	Seine-Saint-Denis	Auvergne-Rhône-Alpes	Nouvelle-Aquitaine
2013	2 757 [2 610-2 904]	1 061 [965-1 156]	577 [521-633]	117 [91-143]	193 (165-220)	141 [117-164]
2014	2 706 [2 540-2 873]	1 067[948-1 186]	594 [540-649]	105 [72-137]	216 (188-248)	147 [111-183]
2015	2 711 [2 539-2 882]	1 047 [927-1 166]	541 [483-600]	138 [103-173]	215(184-245)	144 [101-186]
2016	2 692 [2 511-2 872]	1 018 [889-1 146]	494 [445-544]	130 [95-164]	273 (237-309)	136 [103-168]
2017	2 794 [2 620-2 967]	1 020 [902-1 137]	496 [450-541]	136 [96-176]	227 (197-256)	244 [181-307]
2018	2 565 [2 416-2 713]	980 [878-1 082]	429[379-478]	143 [108-177]	224 (193-255)	165[128-201]
Répartition en 2018	**100 %**	**38,2 %**	**16,7 %**	**5,6 %**	**8,7 %**	**6,4 %**
2018/base 100 en 2013	93	92	74	122	116	117
Incidence estimée (N)	1 742 (nés en F) 757 (nés à l'étranger)	596 (nés en F) 369 (nés à l'étranger)	240 (nés en F) 185 (nés à l'étranger)	93 (nés en France) 48 (nés à l'étranger)		
Population non diagnostiquée**(N)	5 914 (nés en F) 2 406 (nés à l'étranger)	1 882 (nés en F) 1 139 (nés à l'étranger)	814 (nés en F) 540 (nés à l'étranger)	242 (nés en France) 227 (nés à l'étranger)		
Délai au diagnostic** (2014-2018)	2,8 ans (nés en F) 2,6 ans (nés à l'étranger)	2,5 ans (nés en F) 2,5 ans (nés à l'étranger)	1,9 ans (nés en F) 2,1 ans (nés à l'étranger)	1,8 ans (nés en France) 3,7 ans (nés à l'étranger)		

* Santé publique France ; ** IPLESP, Inserm (Marty, 2020)

ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH CHEZ LES HSH ENTRE 2013 ET 2018

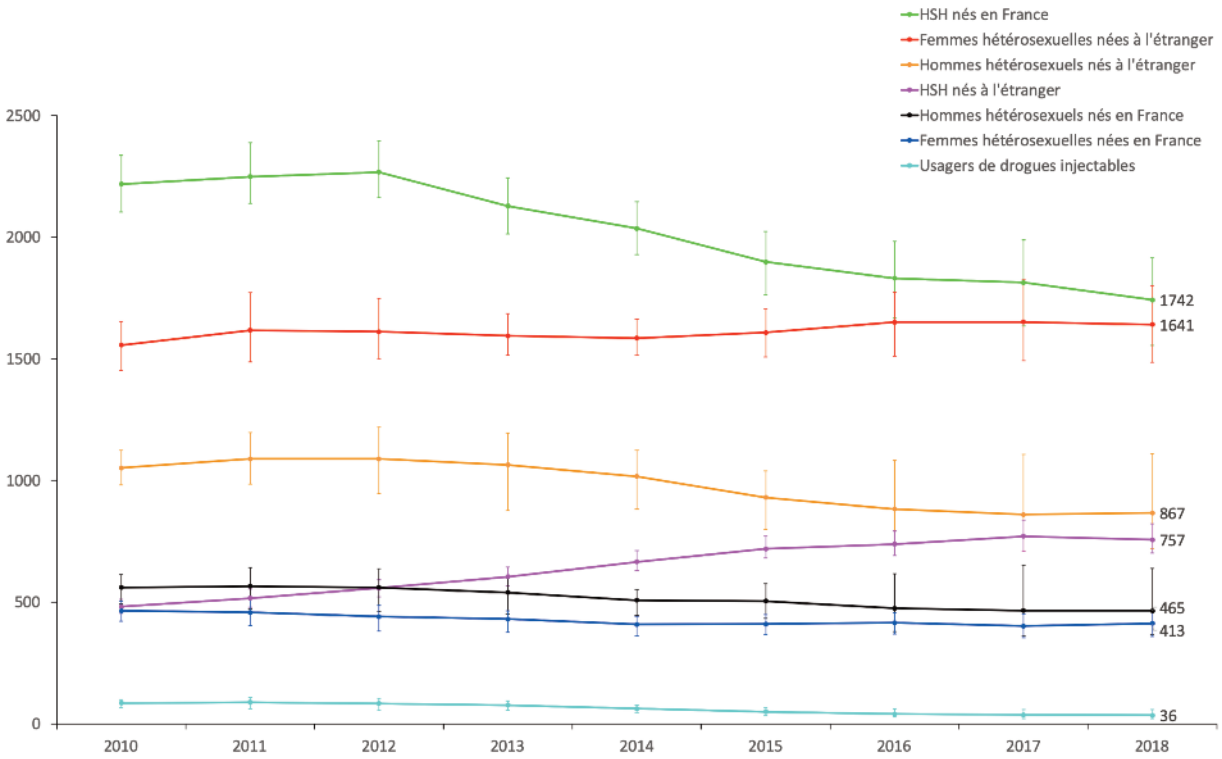
Au niveau national, la part des HSH parmi les nouveaux diagnostics est restée stable entre 2013 et 2018 : elle était de 41,2 % en 2013 et de 41,7 % en 2018. Les chiffres sont respectivement de 37,1 % et 39,6 % en Île-de-France et 50,1 % et 47,4 % à Paris **(tableau 2)**.

Au niveau national, le nombre de diagnostics est resté stable entre 2013 et 2017, il baisse seulement en 2018, marquant une diminution de 7 % par rapport à 2013 ; la tendance est la même pour la région Île-de-France dans son ensemble (-8 % en 2018 par rapport à 2013). Paris enregistre, sur la période, une baisse régulière et significative (-26 %), tandis que les autres départements franciliens pris ensemble marquent en 2018 un nombre de diagnostics en augmentation de 14 % par rapport à 2013.

En régions Nouvelle-Aquitaine et Auvergne-Rhône-Alpes, aucune tendance claire ne se dégage des séries annuelles de nouveaux diagnostics ; il est toutefois possible que certains départements ou grandes agglomérations connaissent des évolutions différentes de celles de la région dans son ensemble.

Les HSH vivant avec le VIH nés à l'étranger se répartissent diversement quant à leur lieu de naissance : en 2018, parmi les HSH nés à l'étranger

Figure 2 – Évolution annuelle 2010-2018 du nombre estimé d'infections à VIH incidentes par groupe d'exposition - France entière



Source : IPLESP, Inserm, Marty, 2020.

nouvellement diagnostiqués en France avec le VIH, 29 % étaient nés en Amérique, 26 % en Afrique subsaharienne, 19 % en Europe, et les 26 % restants étaient répartis dans le reste du monde.

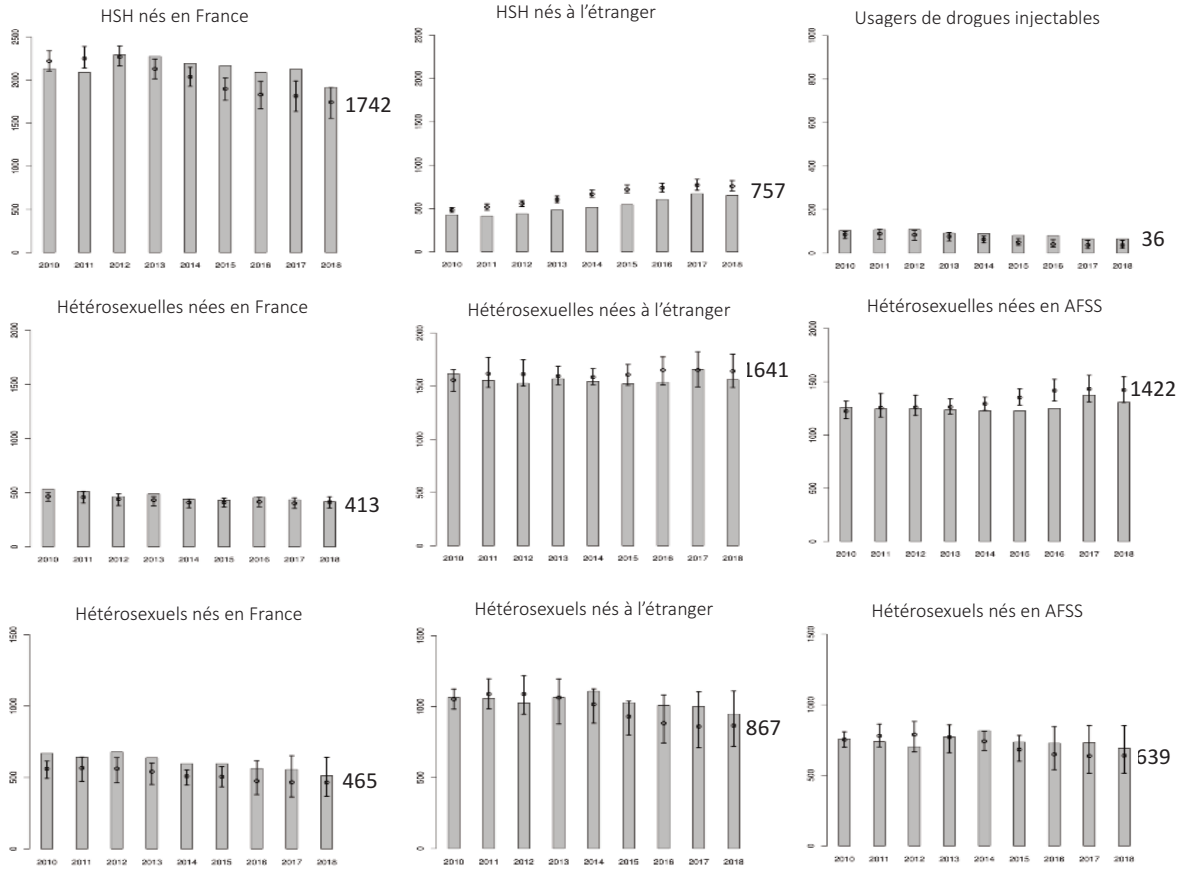
Les estimations d'incidence ont été réalisées pour la France entière, la région Île-de-France et Paris en distinguant HSH nés en France et HSH nés à l'étranger. La **figure 2** présente l'évolution du nombre d'infections incidentes pour les différents groupes de transmission.

Au niveau national, l'incidence estimée chez les HSH nés en France baisse depuis 2012 avec un ralentissement entre 2015 et 2018, tandis que pour les HSH nés à l'étranger, la tendance est à la hausse depuis 2013, avec un tassement dans les dernières années En 2018, la répartition des nouvelles infections entre ces deux catégories s'établit à 70 % et 30 % respectivement. Les mêmes tendances sont observées en Île-de-France avec une répartition 62 % et 38 %.

À Paris, la baisse est plus forte malgré un ralentissement, comme au niveau national, depuis 2015 chez les HSH nés en France. Pour les HSH nés à l'étranger, une tendance à la stabilité est observée avec des fluctuations depuis 2014.

Pour les HSH nés en France, depuis 2012, le nombre de nouveaux diagnostics est supérieur au nombre d'infections incidentes en France, comme en

Figure 3 – Nombre de nouveaux diagnostics et d'infections incidentes par groupe de 2010 à 2018 – France entière



Source : IPLESP, Inserm, Marty, 2020.

Île-de-France et à Paris. L'écart entre nombre de cas incidents et nombre de diagnostics déclarés signifie que le nombre de HSH non diagnostiqués diminue au cours du temps **(figure 3)**.

En revanche, pour la même période, le nombre de cas incidents chez les HSH nés à l'étranger est resté supérieur au nombre de nouveaux diagnostics, sauf à Paris sur la période 2016-2018. L'interprétation de ce phénomène est complexe. En effet, l'interprétation dépend de la fraction de HSH qui acquièrent le VIH avant l'arrivée en France et également du délai entre l'infection par le VIH et l'arrivée en France. Si la grande majorité des HSH nés à l'étranger nouvellement diagnostiqués avec le VIH en France ont été infectés après l'arrivée en France, alors un nombre de nouvelles infections supérieur au nombre de nouveaux diagnostics sur toute la période révèlerait une activité épidémique importante en France dans ce groupe, à savoir une augmenta-

tion du nombre de nouvelles infections et un accroissement de la taille de la population d'HSH nés à l'étranger infectés et non diagnostiqués. Dans le cas inverse, si la grande majorité des HSH nés à l'étranger nouvellement diagnostiqués avec le VIH en France ont été infectés avant l'arrivée en France, alors un nombre de nouvelles infections supérieur au nombre de nouveaux diagnostics sur toute la période pourrait non pas signifier un accroissement de la taille de la population infectée et non diagnostiquée et du nombre de nouvelles infections survenant en France, mais refléter un accroissement du nombre de nouvelles infections dans les pays d'origine et/ou lors du parcours migratoire des HSH nés à l'étranger. Dans ce cas les estimations du nombre de nouvelles infections surestimeraient l'incidence une fois en France.

Ainsi, l'interprétation des tendances de nouveaux diagnostics reste complexe et doit se faire en y associant non seulement des estimations de l'incidence, mais également des informations sur les phénomènes migratoires, sur les dynamiques épidémiques dans les pays d'origine et sur le parcours migratoire des personnes nées à l'étranger diagnostiquées avec le VIH en France.

ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH DANS LA POPULATION NÉE À L'ÉTRANGER DONT CELLE NÉE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

En 2018, les nouveaux diagnostics déclarés concernant des personnes nées en Afrique subsaharienne représentent 38,7 % des cas en France, cette proportion monte à 47 % en Île-de-France et 40,6 % à Paris ; en 2013, ces proportions étaient respectivement de 32,0 %, 44,9 %, 37,7 %. Les **tableaux 3a et 3b, p.15** présentent les paramètres épidémiologiques de façon distincte pour les femmes et pour les hommes, puisqu'en 2018, on observe un *sex ratio* de 2 femmes/1 homme parmi les nouveaux diagnostics dans cette population.

Chez les femmes nées en Afrique subsaharienne, le nombre de nouveaux diagnostics n'a pas baissé, ni au niveau national, 1 236 en 2013, 1 308 en 2018, ni en Île-de-France qui représente la moitié des nouveaux diagnostics, ni à Paris ou en Seine-Saint-Denis **(tableau 3a,p.15)**.

La situation est différente pour les hommes : au niveau national le nombre de nouveaux diagnostics a baissé de 771 à 690 (-11 %) sur la période. Cette baisse est plus fortement marquée en Île-de-France (-25 %) à Paris (-30 %) et en Seine-Saint-Denis (-35 %) **(tableau 3b, p.15)**. Il est possible que la transmission homosexuelle soit mieux reconnue lors des consultations avec les cliniciens depuis que l'homosexualité en Afrique subsaharienne fait l'objet de nombreux travaux et donc que le classement des hommes nés en Afrique en transmission homo ou hétérosexuelle soit plus exact. Ce faisant, une partie de la baisse tiendrait à ce biais de classement. On peut aussi suggérer que le diagnostic plus précoce, et donc le traitement plus précoce des femmes séropositives protège les hommes, dans des communautés où existe une forte endogamie entre personnes du même pays ou d'une même région en Afrique *(Le Guen, 2017)*.

L'évolution du nombre estimé de nouvelles infections estimées est représentée sur la **figure 4, p.16** pour chaque sexe pour la France entière. On y voit les niveaux et tendances très différentes entre hommes et femmes nés en Afrique subsaharienne : avec une hausse de l'incidence chez les femmes de 2013 à 2016 suivie d'une stabilisation et chez les hommes une baisse jusqu'en 2016 suivie d'un plateau. Ces évolutions se retrouvent en Île-de-France à Paris et en Seine-Saint-Denis.

Tableau 3a – Indicateurs épidémiologiques du VIH parmi les femmes nées en Afrique subsaharienne

Nouveaux diagnostics déclarés redressés, estimations de l'incidence, de la prévalence non diagnostiquée et des délais au diagnostic

Nouveaux diagnostics déclarés*	France	Île-de-France	Paris	Seine-Saint-Denis	Auvergne-Rhône-Alpes	Nouvelle-Aquitaine
2013	1 236 [1142-1330]	681 [606-756]	203 [168-238]	127 [100-154]	91 [69-113]	51 [33-68]
2014	1 227 [1123-1330]	701 [613-789]	213 [179-248]	135 [97-173]	70 [51-89]	48 [29-68]
2015	1 227 [1121-1333]	696 [605-786]	221 [182-260]	129 [96-162]	67 [47-86]	45 [26-64]
2016	1 248 [1135-1362]	645 [553-737]	186 [153-219]	130 [98-162]	90 [66-114]	56 [36-75]
2017	1 373 [1258-1488]	732 [637-827]	232 [196-268]	138 [97-178]	79 [58-99]	66 [39-94]
2018	1 308 [1197-1419]	650 [566-734]	196 [160-232]	125 [92-157]	77 [57-96]	59 [38-80]
Répartition en 2018	**100 %**	**49,7 %**	**15,0 %**	**9,6 %**	**5,9 %**	**4,5 %**
2018 sur base 100 en 2013	106	95	97	98	85	116
Incidence estimée** (N)	1 422	672	206	124	ND	ND
Population non diagnostiquée**(N)	4 703	2 239	667	388	ND	ND
Délai au diagnostic** (2014-2018)	2,8 ans	2,6 ans	2,6 ans	2,2 ans	ND	ND

* Santé publique France ; ** IPLESP, Inserm (Marty, 2020)

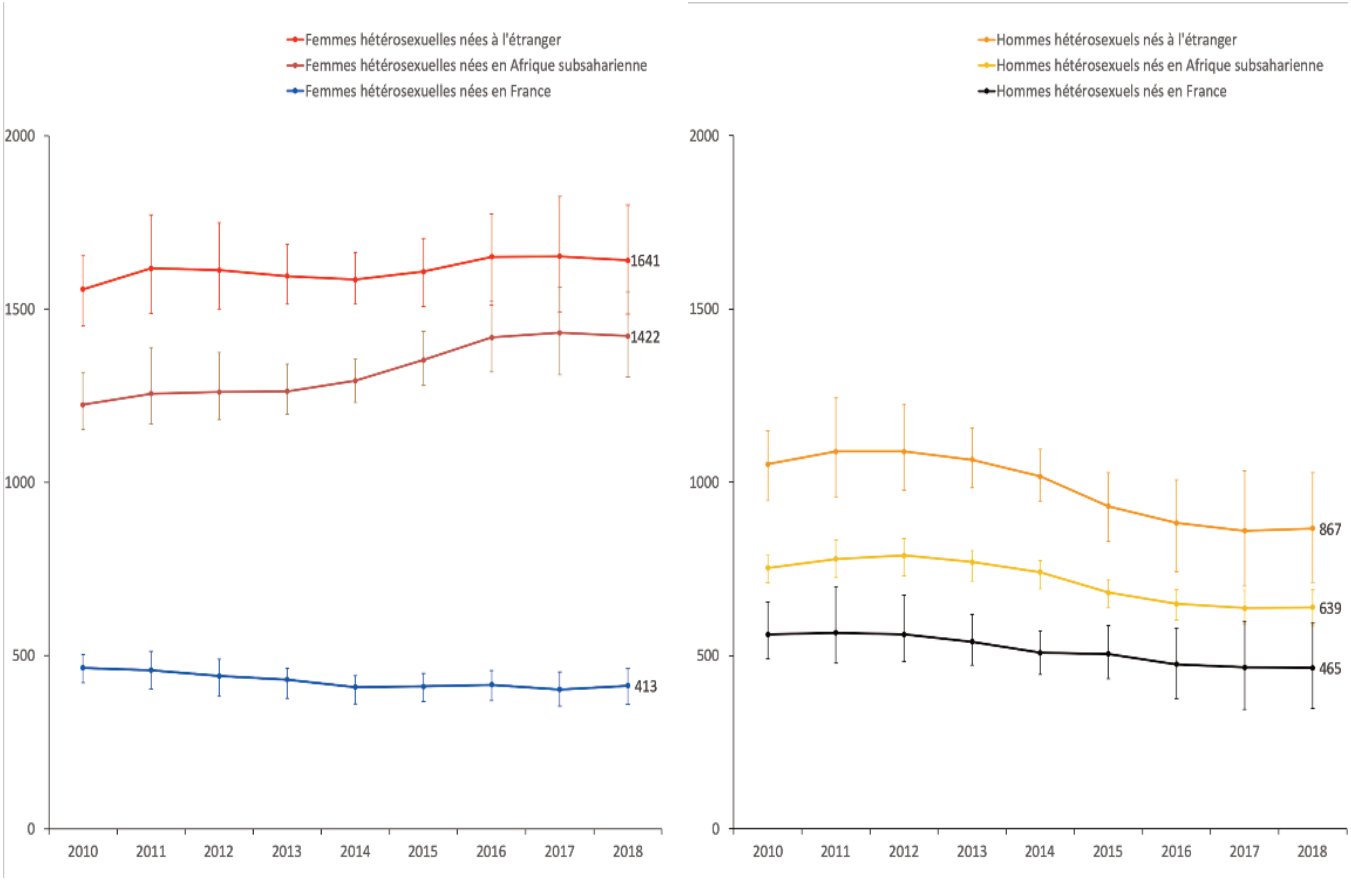
Tableau 3b – Indicateurs épidémiologiques du VIH parmi les hommes nés en Afrique subsaharienne

Nouveaux diagnostics déclarés redressés, estimations de l'incidence, de la prévalence non diagnostiquée et des délais au diagnostic

Nouveaux diagnostics déclarés*	France	Île-de-France	Paris	Seine-Saint-Denis	Auvergne-Rhône-Alpes	Nouvelle-Aquitaine
2013	771 [698-845]	524 [459-589]	192 [156-228]	103 [79-128]	28 [15-41]	18 [7-29]
2014	815 [735-895]	500 [431-570]	165 [134-196]	111 [78-144]	33 [20-47]	22 [8-35]
2015	736 [658-814]	452 [385-519]	160 [127-193]	104 [74-133]	30 [17-43]	21 [9-33]
2016	726 [644-809]	426 [357-496]	134 [104-163]	101 [73-129]	39 [23-55]	17 [7-28]
2017	730 [647-813]	435 [367-503]	155 [123-187]	81 [51-110]	26 [13-38]	29 [10-48]
2018	690 [612-768]	395[334-456]	134 [101-167]	67 [44-90]	36 [22-50]	21 [8-34]
Répartition en 2018	**100 %**	**57,2 %**	**19,4 %**	**9,7 %**	**5,2 %**	**3 %**
2018 sur base 100 en 2013	89	75	70	65	129	117
Incidence estimée** (N)	639	344	117	67	ND	ND
Population non diagnostiquée**(N)	2 945	1 615	523	275	ND	ND
Délai au diagnostic** (2014-2018)	3,9 ans	3,9 ans	3,6 ans	3 ans	ND	ND

* Santé publique France ; ** IPLESP, Inserm (Marty, 2020)

Figure 4 – Évolution annuelle 2010-2018 du nombre estimé d'infections à VIH incidentes pour les hommes et les femmes hétérosexuels selon leur naissance : en France ou à l'étranger, dont ceux nés en Afrique subsaharienne – France entière



Source : IPLESP, Inserm, Marty, 2020.

Lorsque sont représentés sur le même graphe **(figure 4)** les nombres de diagnostics et les cas incidents, on observe que pour les femmes l'incidence est supérieure puis rejoint le nombre de cas diagnostiqués ce qui n'est pas le cas chez les hommes, où le nombre d'infections incidentes est inférieur au nombre de nouveaux diagnostics.

À nouveau, l'interprétation de ces phénomènes doit prendre en compte la fraction qui acquiert le VIH avant l'arrivée en France et le délai entre l'infection par le VIH et l'arrivée en France. Si on considère qu'une proportion importante des personnes nées en Afrique subsaharienne nouvellement diagnostiquées ont été infectées par le VIH

avant l'arrivée en France, cela signifie que les estimations d'incidence surestiment les nombres de nouvelles infections qui sont réellement survenues en France dans ces groupes et que la dynamique des cas incidents survenant en France reste incomplètement connue : une étude menée dans ANRS Parcours a montré que l'acquisition de l'infection dans le décours de l'arrivée est liée aux difficultés administratives *(Gosselin, 2020)*. L'écart entre diagnostics et cas incidents (positif chez les hommes, et nul chez les femmes) n'est pas dû à une diminution du nombre de personnes non diagnostiquée plus marquée chez les hommes que les femmes, mais simplement à une part d'infection survenant avant l'arrivée en France plus importante chez les femmes que chez les hommes. Ainsi, les différences dans les nombres « réels » de nouvelles infections survenant en France dans ces deux groupes pourraient être moins importantes que ne le suggèrent les estimations. Les différences observées dans les estimations refléteraient alors surtout les dynamiques des épidémies dans les pays d'origine, où les femmes en Afrique subsaharienne sont infectées par le VIH plus tôt et à un niveau plus élevé que les hommes *(Données DHS, 2020, Abdool Karim et Baxter, 2019 ; ONUSIDA 2020)*.

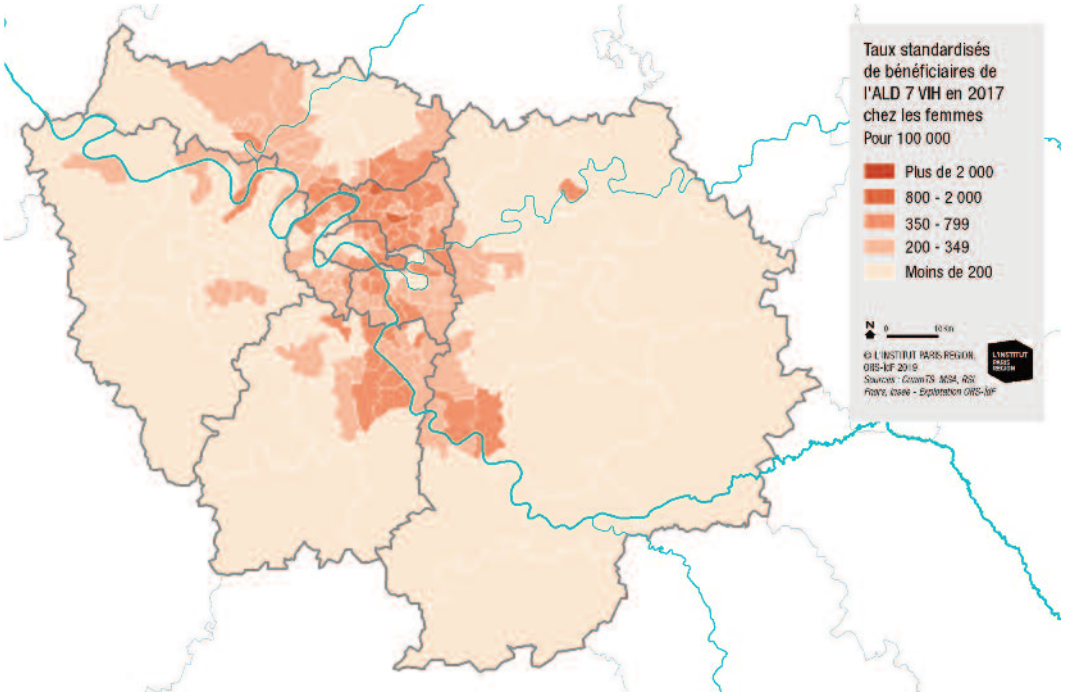
À nouveau, cela rend complexe l'interprétation des tendances de nouveaux diagnostics qui seraient la résultante de dynamiques épidémiques sur le sol français et dans les pays d'origine.

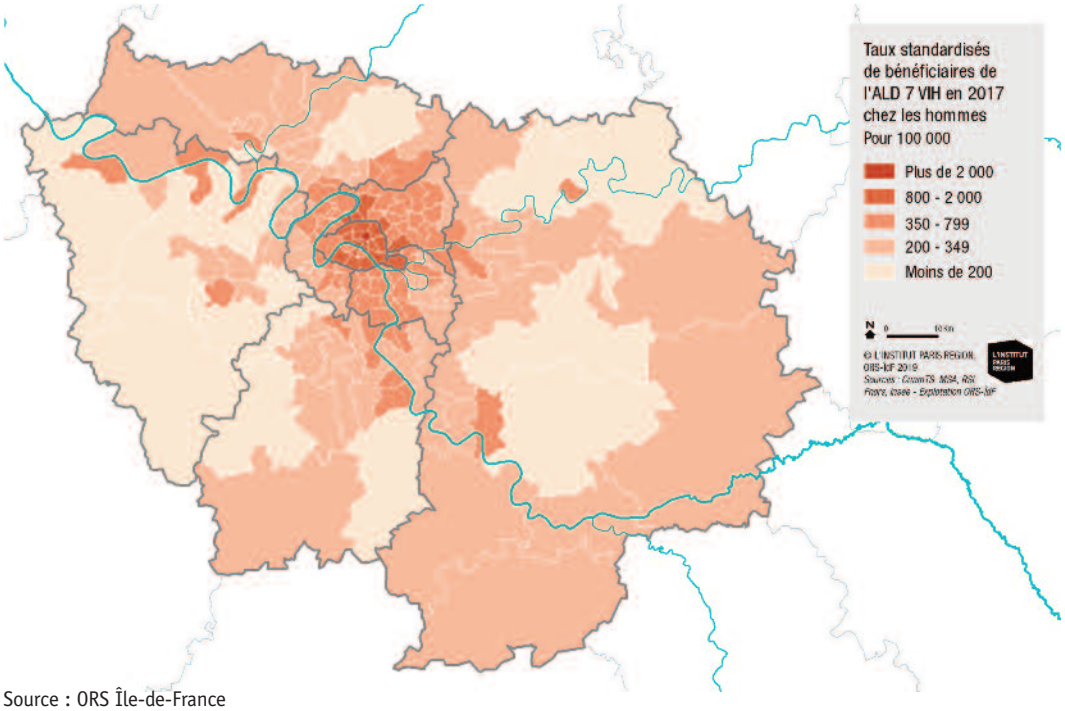
HÉTÉROGÉNÉITÉ LOCALE DE L'ÉPIDÉMIE VIH EN ÎLE-DE-FRANCE

L'hétérogénéité régionale de l'épidémie se prolonge à l'échelle locale. L'ORS Île-de-France établit une cartographie des départements et des cantons pour l'Île-de-France sur la base des nombres d'Affection Longue Durée pour infection VIH (ALD VIH) « prévalentes » rapportées au domicile des assurés, répertoriées dans l'extraction francilienne du SNDS (Système national des données de santé de l'Assurance maladie) **(figure 5, p.18)**. Ces cartes apportent une image de la distribution de la prévalence sur le territoire régional. Elles sont établies par sexe. Les données sur les nouvelles admissions en ALD sont disponibles jusqu'en 2017. À Paris, en particulier dans les arrondissements du nord-est et du sud, en Seine-Saint-Denis, dans des zones relativement étendues du Val-de-Marne et du Val-d'Oise, ainsi que dans des cantons dispersés dans les trois autres départements franciliens, on observe des taux élevés tant chez les hommes que chez les femmes. Les niveaux sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, compte tenu de la proportion importante d'HSH parmi les hommes vivant avec le VIH et les taux élevés concernent des zones plus étendues dans Paris et dans la région, tout en gardant une forte hétérogénéité.

Ces cartes constituent des indicateurs précieux pour la définition des stratégies locales et l'implantation des services et des interventions de dépistage et de prévention.

Figure 5 – Taux de bénéficiaires de l'ALD 7 pour infection VIH en Île-de-France





Source : ORS Île-de-France

3 – COMMENT ONT ÉVOLUÉ LA COUVERTURE PRÉVENTIVE ET L'EXPOSITION AU VIH ?

Les personnes susceptibles de transmettre le VIH aujourd'hui sont celles qui sont non diagnostiquées, celles diagnostiquées et non encore traitées, en interruption de traitement et celles chez lesquelles le traitement ne contrôle pas encore ou pas suffisamment la charge virale.
L'exposition au VIH des personnes séronégatives dépend donc de leur pratique de protection, de la capacité du dépistage à atteindre les personnes infectées, du lien entre dépistage et traitement, de l'efficacité thérapeutique.

EFFET PRÉVENTIF DU TRAITEMENT DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

En quelques mois, voire quelques semaines selon l'état bioclinique des personnes nouvellement diagnostiquées, le traitement initié pour tous permet de réduire la charge virale à un niveau suffisamment bas pour empêcher la transmission en plus du bénéfice individuel.
Au niveau national, en 2017, parmi les personnes séropositives venues au moins une fois dans l'année dans un hôpital contribuant à la cohorte ANRS CO4 FHDH (*French Hospital Database on HIV*), chez les HSH comme chez les hommes et femmes nés en Afrique subsaharienne, 97 % reçoivent un traitement antirétroviral **(tableau 4, p.20)**. À quelques décimales près, cette proportion est observée dans les divers territoires considérés. Concernant l'efficacité préventive du traitement, la proportion de patients dont la charge virale est inférieure au seuil de 200 copies/ml parmi les personnes traitées est partout égale ou supérieure à 95 % chez les HSH et n'est jamais inférieure à 91 % dans les autres groupes considérés, quel que soit le territoire. Lorsque le seuil de 50 copies est considéré, représentant un indicateur plus informatif de l'efficacité thérapeutique, on observe plus d'hétérogénéité entre les territoires et les groupes considérés, avec des niveaux plus bas pour les populations africaines. À noter que ces informations ne prennent pas en compte les personnes perdues de vue pendant plus d'un an.
L'effet préventif du traitement parmi les personnes suivies atteint donc son niveau optimal.

DÉPISTAGE DU VIH

Le suivi du dépistage repose sur les données d'activité et sur les déclarations de comportement dans les enquêtes en population.

Activité de dépistage

Le dépistage du VIH est réalisé principalement par sérologie sur un prélèvement veineux, mais également par test rapide sur prélèvement au doigt (TROD) et par autotest acheté en officine ou délivré par des associations ou des CeGIDD (centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic).

Sources

La principale source d'information est LaboVIH (surveillance auprès de l'ensemble des laboratoires de biologie médicale de ville et hospitaliers coordonné par Santé publique France). LaboVIH recueille les données sur les sérologies VIH rapportées

Tableau 4 – Effet préventif du traitement – Proportion de patients traités et taux de charge virale < 200 et > 50 copies – données 2017

Par groupe et par région	Nombre total	Traités (en %)	CV < 50 (en %)	CV < 200 (en %)	Traités et CV < 50 (en %)	Traités et CV < 200 (en %)
Total FHDH	**95 558**	**97,3**	**90,1**	**94,6**	**91,0**	**95,4**
HSH	35 499	97,6	92,5	96,3	93,3	97,0
Afrique subsaharienne	24 255	96,9	86,2	92,4	87,1	93,2
H – Afrique subsaharienne	8 479	97,0	84,2	91,4	85,0	92,2
F – Afrique subsaharienne	15 766	96,8	87,3	92,9	88,2	93,7
Île-de-France	**38 682**	**97,0**	**88,7**	**94,0**	**89,6**	**94,8**
HSH	13 372	96,9	91,6	95,9	92,5	96,7
Afrique subsaharienne	14 694	96,9	85,2	91,9	86,0	92,6
H – Afrique subsaharienne	5 497	97,1	83,6	91,2	84,4	91,9
F – Afrique subsaharienne	9 189	96,8	86,2	92,3	87,0	93,0
Paris	**14 472**	**96,5**	**89,2**	**94,4**	**90,1**	**95,2**
HSH	8 009	96,6	92,1	96,2	92,9	96,8
Afrique subsaharienne	3 865	96,1	83,4	91,2	84,3	92,1
H – Afrique subsaharienne	1 542	96,2	81,7	90,4	82,4	91,0
F – Afrique subsaharienne	2 318	95,9	84,6	91,9	85,6	93,0
Seine-Saint-Denis	**6 437**	**97,1**	**86,3**	**92,8**	**87,2**	**93,5**
HSH	1 139	96,2	88,0	93,8	89,8	95,5
Afrique subsaharienne	3 252	97,4	84,8	91,6	85,4	92,1
H – Afrique subsaharienne	1 252	97,2	82,8	91,2	83,4	91,7
F – Afrique subsaharienne	2 000	97,5	86,0	91,8	86,7	92,4
Nouvelle-Aquitaine	**6 491**	**98,4**	**91,9**	**96,2**	**92,3**	**96,5**
HSH	2 771	98,8	92,8	97,3	92,9	97,4
Afrique subsaharienne	783	98,3	87,9	92,6	88,5	93,1
H – Afrique subsaharienne	213	99,1	85,3	92,4	85,7	92,8
F – Afrique subsaharienne	570	98,1	88,9	92,7	89,6	93,3
Auvergne-Rhône-Alpes	**8 013**	**98,1**	**92,6**	**96,2**	**93,2**	**96,7**
HSH	3 576	98,3	94,0	97,0	94,4	97,5
Afrique subsaharienne	1 703	97,9	89,9	94,6	90,5	95,0
H – Afrique subsaharienne	489	98,6	87,5	92,1	88,6	92,8
F – Afrique subsaharienne	1 214	97,7	90,8	95,6	91,3	95,9

*Source : French Hospital Database HIV

par le laboratoire qui prend en charge les prélèvements qu'il y ait ou non prescription par un clinicien, quel que soit le lieu du prélèvement (à l'hôpital, en laboratoire de ville, en CeGIDD, centre de planification familiale ou autre). À noter que les tests prélevés en CeGIDD ou en CPEF par exemple ne sont pas identifiés à part dans les informations de LaboVIH. Par ailleurs, les rapports d'activité des CeGIDD analysés par Santé publique France pour les années 2016, 2017 et 2018 apportent des informations sur le dépistage du VIH par sérologies mais aussi par tests rapides *(Pioche, 2019)*. Les nombres de tests issus de ces deux systèmes d'information ne se cumulent pas, puisque les prélèvements réalisés en CeGIDD sont traités dans un laboratoire de ville ou un laboratoire hospitalier selon son implantation ou son partenariat contractuel avec un laboratoire ; ils sont donc déjà inclus dans LaboVIH.

Les associations habilitées qui réalisent des tests rapides en milieu communautaire rapportent les informations aux ARS, qui sont ensuite centralisées par la DGS.
Les données sur les ventes d'autotests en officine sont collectées par IQVIA lors du passage en caisse et acquises par Santé publique France.
Toutes les informations ont pour référence géographique le lieu de prise en charge du prélèvement et non le domicile de la personne testée, ce qui est à prendre en compte particulièrement pour la région Île-de-France étant donné la centralité de Paris dans le recours aux soins comme dans la mobilité au sein de cette région dans la vie quotidienne.

Tendances

Au niveau national, le nombre total de sérologies a augmenté de 11 % entre 2013 et 2018 pour atteindre 5,8 millions en 2018. Cette hausse traduit les recommandations d'extension du dépistage émises par la Haute Autorité de Santé en 2009 et mises à jour en 2017 **(tableau 5)**. Cette augmentation est observée dans chacune des régions considérées (Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine et Auvergne-Rhône-Alpes).
Dans cet ensemble, les sérologies faites en CeGIDD pour les années 2016, 2017 et 2018 apparaissent relativement stables, entre 321 000 et 333 000 tests annuels **(tableau 6, p.22)**.
En 2018, 74 000 autotests ont été achetés, chiffre stable sur la période 2016-2018 sans que l'on sache combien d'entre eux ont effectivement été utilisés après achat **(tableau 7, p.22)**. À cela s'ajoutent les autotests distribués gratuitement par les associations habilitées et les CeGIDD sur financement par la CNAM. Ces distributions ont lieu dans toute la France mais les chiffres ne sont pas connus. À Paris, en 2018, environ 20 000 autotests ont été mis à disposition des structures habilitées pour les distribuer à leurs usagers.

Tableau 5 – Dépistage : tests sérologiques du VIH dans les laboratoires hospitaliers et de ville
Nombre de tests sérologiques réalisés, taux rapportés à la population, taux de positivité

Nombre de sérologies	2013	2014	2015	2016	2017	2018
France entière	**5 234 964**	**5 279 780**	**5 386 488**	**5 496 599**	**5 604 467**	**5 795 819**
Evolution	100	101	103	105	107	111
Taux pour 1 000 hbts	80	80	81	82	84	87
Sérologies +/1 000	2,2	2,1	2,0	2,0	2,0	1,9
Île-de-France	**1 323 416**	**1 336 416**	**1 361 980**	**1 368 059**	**1 404 267**	**1 472 987**
Evolution	100	101	103	103	106	111
Taux pour 1 000 hbts	111	111	113	113	116	121
Sérologies +/1 000	4,0	4,1	3,8	3,5	3,6	3,3
Nouvelle-Aquitaine	**404 166**	**403 416**	**412 857**	**417 179**	**432 259**	**460 016**
Evolution	100	100	102	103	107	114
Taux pour 1 000 hbts	69	69	70	70	73	77
Sérologies +/1 000	1,2	1,2	1,1	1,2	1,6	1,3
Auvergne-Rhône-Alpes	**535 115**	**545 003**	**561 287**	**583 907**	**584 690**	**604 136**
Evolution	100	102	105	109	109	113
Taux pour 1 000 hbts	69	70	71	74	73	76
Sérologies +/1 000	1,5	1,4	1,4	1,5	1,4	1,4

Source Santé publique France, LaboVIH

Tableau 6 – Dépistage du VIH dans les CEGIDD 2016-2018

		2016	2017	2018
Nombre de sérologies VIH		**321 597**	**333 045**	**322 019**
Tests sérologiques positifs (en %)	France entière	0,45	0,40	0,38
	Île-de-France	0,67	0,62	0,59
	Auvergne-Rhône-Alpes	0,25	0,27	0,34
	Nouvelle-Aquitaine	0,23	0,20	0,28
TROD	Nombre	44 730	54 030	50 720
(en %)	Tests positifs	0,53	0,40	0,43

Source : Santé publique France

Tableau 7 – Dépistage - Autotests du VIH délivrés en officine

	2015	2016	2017	2018
Métropole				
Ventes	32 380	73 629	72 207	74 400
Prix moyen		28,5 €	27,9 €	25,4 €
Pharmacies avec stock (31/12) (en %)		47,9	35	40,6
Pharmacies avec vente (en %)		19,3	20,0	18,5
Île-de-France				
Ventes	11 316	27 631	27 063	26 435
Prix moyen		29,3 €	28,4 €	25,5 €
Pharmacies avec stock (31/12) (en %)		53,5	45,4	54,3
Pharmacies avec vente (en %)		29,8	31,9	33,4
Auvergne-Rhône-Alpes				
Ventes	4 313	9 820	9 648	10 453
Prix moyen		28,3 €	28,0 €	26,2 €
(centre Est) Pharmacies avec stock (31/12) (en %)		55,8	40,9	42,6
(centre Est) Pharmacies avec vente (en %)		21,6	24,7	18,6

Source : Santé publique France

En officine, le prix est resté élevé et n'a pas beaucoup baissé malgré la réduction de la TVA. Depuis l'été 2018, un nouveau test, moins cher que les deux tests antérieurement disponibles, a gagné en part de marché et a pu contribuer à l'augmentation d'achat de 6,8 % observée en 2019. La rareté relative des ventes (une pharmacie sur cinq en a vendu dans le dernier mois) a pour corollaire une moindre disponibilité, environ 40 % seulement en ont en stock. L'Île-de-France représente un tiers des ventes avec une plus forte part des pharmacies qui en ont en stock (plus de la moitié) et en vendent dans le mois (environ un tiers).

À ces autotests s'ajoutent les tests rapides réalisés en CeGIDD – soit environ 50 000 tests en 2018, et les quelques 60 000 tests rapides du dépistage communautaire **(tableau 8, p.23)**. Leur nombre est plutôt stable sur la période avec des variations selon les ré-

Tableau 8 – Dépistage par les associations communautaires par région en 2018

Nombre de tests rapides (TROD) réalisés et taux de positivité par région et comparaison avec les tests sérologiques en laboratoires

	Dépistage communautaire				LaboVIH		
Régions	Nb d'associations	TROD réalisés	TROD positifs		Sérologies réalisées	Sérologies positives	
	N	N	N	/ 1000	N	N	/ 1000
Auvergne-Rhône-Alpes	9	5918	32	5,4	604136	874	1,4
Bourgogne-Franche-Comté	3	399	0	0,0	175481	149	0,8
Bretagne	1	897	2	2,2	212921	208	1,0
Centre-Val de Loire	1	360	5	13,9	158069	433	2,7
Corse	-	-	-	-	23149	17	0,7
Grand Est	7	1548	8	5,2	449129	516	1,1
Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy	2	897	8	8,9	74819	227	3,0
Guyane	4	2824	32	11,3	58303	402	6,9
Hauts-de-France	1	1171	4	3,4	423360	362	0,9
Île-de-France	10	33536	369	11,0	1472987	4808	3,3
Réunion	3	1048	2	1,9	98693	83	0,8
Martinique	1	1352	7	5,2	63559	133	2,1
Mayotte	-	-	-	-	25148	68	2,7
Normandie	5	1886	11	5,8	224766	295	1,3
Nouvelle-Aquitaine	7	3187	18	5,6	460016	576	1,3
Occitanie	10	3486	13	3,7	495836	582	1,2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	8	4774	23	4,8	531896	762	1,4
Pays de la Loire	2	1247	5	4,0	243550	343	1,4
France entière		**64530**	**539**	8,4	**5795819**	**10838**	1,9

Source : Santé publique France

gions et les années quant aux populations auprès desquelles les associations les déploient. Environ la moitié de ces tests sont réalisés en Île-de-France. Ne sont pas comptés ici les tests rapides non financés par les fonds publics et qui sont réalisés par des petites associations dans des contextes très ciblés.

Par rapport à la moyenne nationale, en Île-de-France, le dépistage rapporté à la population comporte plus de sérologies, plus de tests rapides réalisés en milieu communautaire et plus d'autotests achetés ou distribués. Les taux de sérologies rapportés à la population de chaque région mettent en évidence un niveau voisin entre l'Auvergne-Rhône-Alpes et la Nouvelle-Aquitaine (environ 77 tests pour 1000 habitants) et un niveau de 50 à 60 % plus élevé en région Île-de-France (121 pour 1000 habitants). Le niveau national est intermédiaire entre les grandes régions et l'Île-de-France. Les tests en laboratoire de ville ont augmenté un peu plus que les tests dans les laboratoires hospitaliers (tableau non montré).

Taux de positivité

Les taux de positivité varient selon le dispositif (plus élevés en CeGIDD et dans le dépistage communautaire) et sont beaucoup plus élevés en Île-de-France : en 2018, les taux sont respectivement pour LaboVIH de 1,9 pour 1000, pour les sérologies en CeGIDD 3,8 pour 1000, pour les TROD communautaires 8,4 pour 1000. En Île-de-France, ces

taux sont respectivement de 3,3 pour 1 000, 5,9 pour 1 000, 11,0 pour 1 000 **(tableau 8, p.23)**.
Entre 2013 et 2018, le taux de positivité a baissé au niveau national de 2,2 pour 1 000 à 1,9 pour 1 000, en Île-de-France de 4,0 à 3,3, soit une baisse de 17,5 %. En Nouvelle-Aquitaine et en Auvergne-Rhône-Alpes, les taux ne connaissent pas de tendance nette et fluctuent autour de 1,2-1,3 et 1,4-1,5 respectivement **(voir tableau 5, p.21)**.
Dans les opérations de dépistage hors les murs par test rapide, les taux de positivité selon les groupes sont disponibles pour l'Île-de-France, avec des taux très élevés dans les contextes HSH (20 pour 1 000) et chez les migrants (10 pour 1 000) **(tableau 9)**.
Dans les autres populations exposées – travailleurs du sexe et usagers de drogue, les nombres de tests sont plus faibles et les taux de positivité varient selon les années en lien avec les choix des associations communautaires pour leurs interventions.

Recours au dépistage dans les enquêtes en population

En population générale, le *Baromètre santé 2016* (Santé publique France) indique que 12 % des hommes et des femmes ont été testés pour le VIH dans l'année et 55 % des hommes et 62 % des femmes l'ont été au moins une fois dans leur vie ; les chiffres sont plus élevés en Île-de-France **(tableau 10)**. L'évolution 2010-2016 (pour 2010 sur la base de l'enquête Connaissances, attitudes, pratiques de 2010) a été étudiée en Île-de-France avec une augmentation du taux de personnes testées dans la vie de 53 % à 62 % chez les hommes et de 59 % à 72 % pour les femmes, évolution qui corrobore les chiffres d'activité. Parmi les 15-54 ans, le dépistage dans la dernière année avait augmenté significativement chez les femmes mais pas chez les hommes *(ORS Île-de-France, 2019)*.
Parmi les HSH, l'enquête « Rapport au Sexe » (ERAS)

Tableau 9 – Dépistage communautaire par tests rapides par les associations en Île-de-France*

	2017 (17 associations financées ARS ou pas)			2018 (10 associations financées ARS)		
	N. de tests	N. de positifs	Tx pour 1 000	N. de tests	N. de positifs	Tx pour 1 000
HSH	9 026	149	17	9 506	190	20
Migrants H + F	11 483	77	7	15 060	151	10
Usagers de drogue	904	2	2	569	8	14
Travailleurs.ses sexe	1 413	37	26	774	9	12
Populations précaires	349	1	3	2 910	1	0,3
Autres populations	4 033	7	2	4 717	10	2
Total	**27 208**	**273**	**10**	**33 536**	**369****	**11**

* Source : ARS Île-de-France** dont 311 nouvelles découvertes, 9 positifs pour mille tests

Tableau 10 – Population générale, Baromètre santé 2016, population de 15 à 54 ans

	France métropolitaine		Île-de-France	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Dépistage dans la vie (en %)	55	62	62	**72**
Dépistage dans l'année (en %)	12	12	15	**16**

Source : Santé publique France et ORS Île-de-France

Tableau 11 – Dépistage, indicateur de comportement sexuel et préventif parmi les HSH enquêtés par Internet - 2017 et 2019

Nouveaux diagnostics déclarés	2017 ERAS Total		2019 ERAS Total		2017 ERAS < 30 ans		2019 ERAS < 30 ans		2017 ERAS > 30 ans		2019 ERAS > 30 ans	
	France	I-d-F	France	I-d-F	France	I-d-F	France	I-d-F	France	I-d-F	France	I-d-F
Âge médian et IQR des répondants	30 (23-43)	32 (25-44)	32 (24-45)	33 (25-46)								
DÉPISTAGE												
dépistés 12 mois** (en %)	48	53	55,1	63,9	50	56	54,6	62,8	47	51	55,5	64,8
testés parmi les non positifs (en %)												
N méd. de tests et IQR parmi les testés	2 (1-3)	2 (1-3)	2 (1-3)	2 (1-4)	2	2	2 (1-3)	2 (1-3)	2	2	2 (1-3)	2 (1-4)
TROD (en %)	5	5	8,2	11,2	6	6	8,1	11,6	5	5	8,4	10,9
autotests (en %)	3	3	4,9	6,2	4	3	5,4	7	3	3	4,4	5,4
COMPORTEMENT												
> 10 partenaires (en %)	24	32,3	18,8	25,8	16,8	21,9	12,6	17,3	30,7	40	23,8	31,4
Indic. de protection sexuelle ou occ. (TasP, PrEP ou préservatif) (en %)	58	60	60,4	65	57	60	59,4	63,8	58	60	61,1	65,6
PrEP												
Connaissance (en %)	78	86	79	91,3	70	79	73,7	88,4	85	86 %	83,1	93
Utilisation (part. occ. DRS) (en %)	2,7	5,2	12,1	18,4	1,5	2,7	6,6	11,2	4,4	7	16,9	23,5

Source : Santé publique France et ORS Île-de-France

montre que la proportion d'hommes testés dans l'année augmente de 48 % à 55 % pour l'ensemble des participants non positifs et de 50 à 64 % en Île-de-France entre 2017 et 2019 **(tableau 11)**. L'analyse publiée en 2019 montre, en corrigeant pour les différences de structure de l'échantillon, une diminution des hommes non testés, une augmentation du dépistage dans l'année, une augmentation du test répété au moins trois fois et une augmentation à la fois chez les HSH sous PrEP et chez ceux qui n'en prennent pas. Cette augmentation est plus marquée en Île-de-France et en Paca *(Velter, 2019)*. L'AfroBaromètre 2016, mené auprès des populations afro-caribéennes en Île-de-France dans le cadre des opérations de dépistage hors les murs d'Afrique Avenir, établit le dépistage dans la vie à un niveau élevé de 81 %, dont 66 % dans la dernière année. On ne dispose pas de données évolutives valides pour les Africains subsahariens ou pour les populations des diasporas africaines ou afro-caribéennes **(tableau 12, p.26)**.

Délais entre infection et diagnostic

L'estimation des délais médians au diagnostic pour la période 2016-2018 met en évidence des variations entre populations et les singularités en Île-de-France et à Paris **(voir tableau 1, p.10)**. Les hommes hétérosexuels nés en France ou à l'étranger ont les délais les plus longs (plus de 4 ans) – un peu inférieurs pour les hommes nés en Afrique subsaharienne **(tableau 3b, p.15)**. Les femmes, quel que soit leur lieu de naissance, ont des délais inférieurs d'environ 1 an, sans différence entre l'Île-de-France, Paris et le reste de la France pour les femmes nées en Afrique subsaharienne **(tableau 3a, p.15)**. Les HSH nés en France ou à l'étranger ont les délais les plus bas au niveau national, respectivement 2,8 ans et 2,6 ans. À Paris, les délais sont plus courts qu'au niveau national. Il est de 1,9 an pour les HSH nés en France et de 2,1 ans chez ceux nés à l'étranger, et de 2,5 ans pour les HSH nés en France ou à l'étranger en Île-de-France **(voir tableau 2, p.11)**

Tableau 12 – Dépistage, comportements sexuels et préventifs dans la population africocaribéenne, immigrée ou non, en Île-de-France en 2016

	Femmes	Hommes
Âge médian	**29 ans**	**36 ans**
Naissance en Afrique subsaharienne (en %)	**55**	**69**
DÉPISTAGE		
Dans la vie (en %)	83	79
Dans les 12 mois (en %)	63	68
Si dépisté, nombre médian/12 mois	1	1
Si dépisté, TROD (en %)	16	28
Si dépisté, Autotest (en %)	2	2,5
COMPORTEMENT SEXUEL		
Pas de partenaire sur 12 mois (en %)	22	14
Plus d'un partenaire sur 12 mois (en %)	36	54
Rapports avec des personnes de même sexe sur 12 mois, dont exclusifs	14 2,5	14,3
MÉTHODES DE PRÉVENTION		
TPE – connaissance (en %)	26	35
TasP – connaissance (en %)	8	11
PrEP – connaissance (en %)	22	26
Préservatif avec un partenaire occasionnel de sexe différent (en %)	57	64

Source : Santé publique France et Afrique Avenir Afrobaromètre : Enquête réalisée en face-à-face dans le cadre des activités communautaires de Afrique Avenir, parmi les répondants 64% sont nés en Afrique subsaharienne : 797 hommes et 486 femmes

Conclusion sur le dépistage

Le dépistage a augmenté dans toutes les régions, avec une certaine accélération dans les dernières années. Les différences régionales se sont donc maintenues. Quand les évolutions sont caractérisées au niveau individuel dans les enquêtes en population, elles confirment cette augmentation du dépistage parmi les populations étudiées et chez les personnes les plus exposées, au premier rang les HSH. Les taux de positivité rapportés au nombre de personnes testées sont restés relativement stables en régions mais ont baissé en Île-de-France. Les phénomènes qui contribuent à l'évolution des taux de positivité sont impossibles à démêler : évolution de l'incidence dans les groupes exposés, augmentation de la répétition du test qui augmente le dénominateur, extension du dépistage à des populations peu exposées ou non dépistées antérieurement. Les différences entre l'Île-de-France et la France entière concernent principalement les populations venant d'Afrique subsaharienne et les HSH, les offres de dépistage étant plus diverses en Île-de-France, notamment avec des offres communautaires et la prescription et/ou le recours à la demande d'un médecin, ou la densité des CeGIDD qui facilite le recours spontané.

Néanmoins, malgré son augmentation, une plus grande diversité d'offres et un accès facilité, y compris dans les régions où il est le plus déployé, la répétition plus régulière des tests chez les HSH, le dépistage est resté en 2018 en-dessous du niveau qui permettrait d'atteindre la majorité des personnes infectées par le VIH dans l'année qui suit leur infection.

PRÉVENTION PAR LE PRÉSERVATIF ET PAR LA PREP

Jusqu'en 2015, le port du préservatif était utilisé comme principal indicateur de protection. Depuis 2016, la mise en place de la PrEP ajoute une modalité de prévention très efficace par elle-même et qui modifie la place du préservatif. Les indications de PrEP telles que définies par l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) et les recommandations cliniques la réservent aux personnes les plus exposées. Jusqu'en 2017 cependant, la PrEP a concerné presque exclusivement les HSH, avec depuis 2018 l'accès encore limité à d'autres populations.

Préservatifs

L'évolution de l'utilisation du préservatif est abordée à travers le volume des ventes et les déclarations d'utilisation dans les enquêtes en population, principalement les HSH, avec les deux vagues 2017 et 2019 de l'enquête ERAS. En effet, les HSH sont la seule population où l'enquête a été réalisée de façon rapprochée au cours de la période considérée quant à ses pratiques de prévention.

Les ventes de préservatifs masculins/externes sont restées globalement stables autour de 108 millions sur la période 2015-2018. Une redistribution des volumes entre officines et petites et moyennes surfaces a été constatée : la part des ventes en pharmacie a baissé de 29 % à 22 % entre 2015 et 2018 **(tableau 13, p.28)**. Les ventes du préservatif féminin/interne restent très limitées et n'augmentent pas. L'essentiel de sa disponibilité vient des distributions gratuites par les associations qui les obtiennent auprès de Santé publique France, respectivement en 2018, 16 000 vendus et 90 000 distribués.

Les distributions dans les établissements de rencontres (achat groupé par l'ENIPSE de préservatifs et de gel et vente aux exploitants qui les mettent gratuitement à disposition des clients) présentent une légère tendance à la baisse, difficile à interpréter, car ces établissements ont des publics qui évoluent et se diversifient pour faire face à une baisse de fréquentation due à la concurrence des applications de rencontres.

La stabilité de l'utilisation du préservatif est corroborée, pour une part, par les données de l'enquête ERAS qui ne montrent que des évolutions limitées de 2017 à 2019 selon la combinaison du statut sérologique, de l'utilisation de la PrEP et du caractère régulier ou occasionnel du partenaire. En 2019, les niveaux d'utilisation sont faibles au dernier rapport avec le partenaire stable : 21 % chez les hommes séropositifs, 18 % chez les hommes séronégatifs sans PrEP (baisse de 2 points) et 13 % chez ceux qui sous PrEP ; avec le partenaire occasionnel, ces chiffres sont respectivement de 30 %, 54 % et 23 % **(tableau 14, p.29)**.

En population générale, il n'existe pas de données publiées disponibles sur les comportements individuels qui permettent de suivre une évolution dans le temps de l'utilisation du préservatif.

Prophylaxie pré-exposition (PrEP)

Les données de délivrance de la PrEP sont établies sur la base du Système National des Données de Santé (SNDS) qui couvre presque exhaustivement tous les régimes d'assurance maladie. Elles sont établies par EPI-PHARE par semestre. La délivrance du médicament est rapportée au département de domicile de l'assuré et détaillée par sexe, âge, taille d'agglomération, régime d'assurance maladie, région et département et selon le statut d'exercice du praticien prescripteur. Les informations sont disponibles jusqu'au 30 juin 2019 *(EPI-PHARE, 2019)*.

Une autre statistique est établie pour l'Île-de-France par l'Inter-COREVIH. Elle apporte des informations complémentaires sur les services qui initient la PrEP (CeGIDD ou services hospitaliers) en 2017 et 2018 et les caractéristiques des bénéficiaires en termes de catégories d'exposition.

Tableau 13 – Ventes et distribution de préservatifs masculins/externes et féminins/internes

France métropolitaine	Source	2015	2016	2017	2018
Ventes de préservatifs masculins en officine		31 113 462	27 848 328	26 649 152	24 525 886
Base 100 en 2015	IMS HEALTH	100	90	85	79
Ventes de préservatifs féminins en officine	IMS HEALTH	18 770	17 303	17 094	16 066
Ventes de préservatifs masculins hors pharmacies		77 229 070	76 724 091	82 740 000	84 422 080
Base 100 en 2015	Nielsen	100	99	107	109
Ditribution gratuite de préservatifs masculins		6,2 millions	5,9 millions	5,6 millions	4,95 millions
Base 100 en 2015	SPF	100	95	90	80
Ditribution gratuite de préservatifs féminins		518 000	295 000	446 630	360 000
Base 100 en 2015	SPF	100	57	86	69
Distribution *via* les exploitants	ENIPSE	3 144 960	3 225 456	2 731 356*	2 677 776*
Île-de-France					
Ventes de préservatifs masculins en officine	IMS HEALTH	9 227 056	8 984 362	8 748 961	7 813 654
Base 100 en 2015		100	97	95	85
Ventes de préservatifs féminins en officine	IMS HEALTH	4 643	4 158	4 196	3 531
Ventes de préservatifs masculins hors pharmacies		16 758 000	16 778 870	17 495 359	17 933 373
Base 100 en 2015	Nielsen	100	100	104	107
Distribution gratuite de préservatifs masculins		2 228 000	2 150 000	2 253 100	1 738 000
Base 100 en 2015	SPF	100	96	101	78
Distribution gratuite de préservatifs féminins	SPF	117 340	62 115	123 442	90 000
Distribution *via* les exploitants	ENIPSE	1 322 196	1 383 264	1 069 804*	1 030 152*
Auvergne-Rhône-Alpes					
Préservatifs masculins en officine	IMS HEALTH		3 294 163	3 095 992	2 975 805
Base 100 en 2016			100	94	90
Préservatifs féminins en officine			2 471	2 189	2 319
Préservatifs masculins hors pharmacie				10 944 681	11 194 869
Distribution gratuite de préservatifs masculins		490 000	520 710	341 010	408 163
Base 100 en 2016		94	100	65	78
Distribution gratuite de préservatifs féminins		34 270	55 040	40 280	35 918
Nouvelle-Aquitaine	ENIPSE			280 844*	268 040*

Source : Santé publique France.

Ces informations sont rapportées au département d'implantation de la structure et portent sur les prescriptions initiales sans que l'on sache ensuite si le traitement est ou non commencé. Au total, entre le 1er janvier 2016 et le 30 juin 2019, dans le SNDS, 20 478 personnes ont initié la PrEP et 15 501 personnes avaient eu une délivrance de PrEP au 1er semestre 2019 **(tableau 15, p.30)**. Après une montée modérée en 2016 et 2017, la diffusion de la PrEP s'est fortement accélérée en 2018. Après l'initiation obligatoire en service hospitalier ou en CeGIDD, la possibilité de la prescrire en ville s'est étendue. Les prescriptions de renouvellement par un médecin libéral ont doublé en deux ans et sont passées de 8,5 % au 1er semestre 2017 à 17,6 % au 1er semestre 2019 **(tableau 15, p.30)**.

La statistique de l'Inter-COREVIH Île-de-France met en évidence une montée en puissance des CeGIDD

Tableau 14 – Utilisation du préservatif au dernier rapport selon le type de partenaire Évolution 2017-2019

	2017	2019	
Usage du préservatif lors du rapport sexuel quel que soit le dernier partenaire (en %)			
HSH séropositifs VIH (en %)	28,9	26,7	NS
HSH non-séropositifs VIH sans PrEP	36,8	35,80	0,06
HSH non-séropositifs VIH avec PrEP	21,0	21,41	NS
Usage du préservatif lors du rapport sexuel avec un partenaire stable (en %)			
HSH séropositifs VIH	20,1	21,0	NS
HSH non-séropositifs VIH sans PrEP	20	17,9	0,001
HSH non-séropositifs VIH avec PrEP	14,9	13,1	NS
Usage du préservatif lors du rapport sexuel avec un partenaire occasionnel (en %)			
HSH séropositifs VIH	34,11	29,61	0,05
HSH non-séropositifs VIH sans PrEP	53,96	53,70	NS
HSH non-séropositifs VIH avec PrEP	22,35	22,63	NS

Source : Enquête rapport au sexe, ERAS, Santé publique France

qui ont reçu des financements dédiés fin 2017 des ARS pour déployer la PrEP : en Île-de-France, 54 structures prescrivent la PrEP (répartis en trois tiers dans Paris, la petite et la grande couronnes). En 2018, les initiations en CeGIDD font jeu égal avec celles en services hospitaliers : 2 283 initiations en CeGIDD et 2 247 en service hospitalier **(tableau 17, p.31)**.

Il existe un gradient régional dans la diffusion de la PrEP. Soutenue par le déploiement de l'étude ANRS-Prévenir, l'Île-de-France, et les Parisiens en particulier, ont bénéficié plus tôt et plus fortement de la PrEP : ils représentent encore respectivement 45 % et 29 % des assurés sous PrEP. Dans les régions Nouvelle-Aquitaine et Auvergne-Rhône-Alpes, l'évolution lente puis accélérée des initiations s'est également produite, mais proportionnellement à leur population, la PrEP y reste moins diffusée qu'en Île-de-France. L'amélioration de l'accessibilité est aussi traduite par l'accroissement de 17 % à 20 % des bénéficiaires de PrEP résidant dans les agglomérations de moins de 50 000 habitants.

Selon les données du SNDS, les bénéficiaires de la PrEP sont quasi exclusivement des hommes (97 %) jeunes, avec une lente tendance à un rajeunissement au cours du temps : l'âge médian de 36 ans (IQR : 29-44) au premier semestre 2017 est passé à 34 ans en 2019 (IQR : 27-44) **(tableau 15, p.30)**. En Île-de-France, les données de l'Inter-COREVIH sur les facteurs d'exposition confirment la part majeure des HSH (96 % en 2017 et 93 % en 2018). On observe de très légères progressions pour les personnes trans et les travailleur.ses du sexe (qui représentent des groupes peu nombreux en population), tandis que les hommes et femmes nés en Afrique subsaharienne (qui représentent une part majeure de l'épidémie VIH) ne comptent que pour 2 % des usagers de PrEP en 2018 **(tableau 18, p.31)**. Les résultats de l'enquête EMIS (European MSM Internet Survey, étude européenne menée dans 50 pays, dont la France, réalisée entre fin 2017 et début 2018 via des bannières sur les messageries de rencontres les plus utilisées) permettent d'évaluer le besoin de PrEP au regard des indications de

Tableau 15 – PrEP : initiations et renouvellements de la PrEP : délivrance de médicaments remboursés par l'assurance maladie

Sexe, âge, CMU-C, résidence, initiation et de renouvellement hors hôpital

France entière	au 30 juin 2019	2016 – S1	2016 – S2	2017 – S1	2017 – S2	2018 – S1	2018 – S2	2019 – S1
Initiations : N	20 478	1 166	1 826	2 193	2 564	3 138	4 488	5 103
Sexe masculin (en %)	97,3	95,6	97,3	98,2	97,7	97,5	97,2	97,2
Âge médian (IIQ)	35 (28-44)	35 (30-45)	36 (29-44)	36 (29-44)	36 (28-44)	35 (28-44)	35 (28-44)	34 (27-44)
CMU-C (en %)	7,3	7,4	6,6	6,5	7,5	6,1	7,6	8,1
Unité urbaine < 50 000 hbts (en %)	17,3	10	15,3	17,4	16,9	16,8	17,8	19,9
N total PrEP (I + R)	–	1 166	2 737	4 666	6 371	8 551	12 135	15 501
Initiation par médecin libéral (en %)	9,8	7,4	5,3 %	9,5	8,9	10,1	10,9	11,6
Renouvellement par un médecin libéral (n = 146 894) (en %)	15	4,8	5,9 %	8,5	13,0	15,6	16,4	17,6

Source : EPI-PHARE, ANSM –Cnam

Tableau 16 – PrEP : initiations et renouvellements de la PrEP par région et département

Par régions		2016 – S1	2016 – S2	2017 – S1	2017 – S2	2018 – S1	2018 – S2	2019 – S1
Île-de-France	Initiation (I)	650	872	930	1 128	1 435	1 992	2 138
	I + R	650	1 389	2 096	2 934	3 956	5 563	6 932
Paris	I + R	459	964	1 421	1 959	2 610	3 642	4 472
Seine-Saint-Denis	I + R	–	–	652	–	–	153	145
Nouvelle-Aquitaine	Initiation	32	108	124	134	148	231	280
	I + R	32	136	237	336	434	619	827
Auvergne-Rhône-Alpes	Initiation	109	207	223	250	283	449	530
	I + R	109	294	472	669	850	1 221	1 590

Source : EPI-PHARE, ANSM –Cnam

PrEP et les caractéristiques de ces hommes comparées à celles des HSH usagers de la PrEP. Dans l'échantillon France d'EMIS (7 965 participants), parmi les hommes éligibles à la PrEP qui représentent 35 % de l'échantillon des hommes non diagnostiqués pour le VIH, 86 % la connaissent et 50 % souhaiteraient l'utiliser. Par comparaison avec les usagers de PrEP, ceux qui la souhaitent sont plus jeunes, plus souvent bisexuels, moins ouvertement gays, vivent plus souvent en zone rurale, sont moins à l'aise avec la prévention, moins informés de l'effet préventif du traitement et vivent plus souvent dans des départements où les services d'accès à la PrEP sont moins nombreux (Annequin, 2020). Ces résultats suggèrent la multiplicité et l'intrication des obstacles à la PrEP tant du côté du vécu de l'homosexualité, du rapport à la prévention que de l'accessibilité physique de la PrEP.

Traitement post-exposition (TPE)

Le recours au TPE dans les services d'urgence hospitaliers ou dans les services d'infectiologie ne fait pas l'objet d'un recueil d'information systématique.

Conclusion sur l'évolution de la couverture préventive.

Les informations sont insuffisantes pour caractériser l'évolution de la prévention en population générale ou dans la population de migrants subsahariens au cours de la période considérée. Les

Tableau 17 – Île-de-France – Prescriptions de PrEP en Île-de-France en 2017 et 2018 : PrEP prescrites en service hospitalier et en CeGIDD*

Initiations de PrEP (prescription) selon la structure et son implantation

	Île-de-France	Paris	Petite couronne	Grande couronne
Nombre de structures en 2018	54	18	18	18
– services hospitaliers	29	7	13	9
– CegIDD et mixte	25	11	5	9
Initiations de PrEP Total 2017	2936	2371	403	162
Total 2018	4530	3794	470	266
Par type de service				
Services hospitaliers – 2017	1863	1501	252	110
Services hospitaliers – 2018	2247	1865	264	118
CeGIDD – 2017	1073	870	151	52
CeGIDD – 2018	2283	1929	206	148

Tableau 18 – Prescription de la PrEP en Île-de-France en 2017 et 2018*

Caractéristiques des personnes ayant reçu une prescription initiale de PrEP

	Hommes				Femmes			Personnes Trans	
	Total**	dont HSH	dont TS	dont « ASS »***	Total**	dont « ASS »***	dont TS****	Total**	dont TS****
2017	2842	2776	24	20	18	8	6	18	12
2018	4318	4113	29	57	58	11	33	68	36

* Source : InterCOREVIH Île-de-France
** le détail des sous-catégories n'est pas exhaustif
*** personnes originaires d'Afrique subsaharienne
**** travailleurs.ses. du sexe

ventes de préservatifs laissent penser que la situation est stable.

Parmi les HSH de l'enquête ERAS, qui reflète les tendances les plus récentes en prenant en considération dans un indicateur unique l'ensemble des facteurs de prévention (traitement ARV, PrEP, préservatif, TPE), on observe un niveau de protection plus élevé en Île-de-France que dans les autres régions (65 % de dernier rapport protégé parmi les HSH non positifs vs. 60 % au niveau national) et globalement un progrès de la protection de deux points au niveau national et de cinq points en Île-de-France en deux ans.

Après prise en compte de l'évolution des caractéristiques des participants entre les deux enquêtes, l'amélioration de la protection tient à la multiplication par 2,9 de la PrEP, avec une baisse de la protection par le préservatif de 20 %, une stabilité de la protection par le traitement ou le TPE et une baisse de 10 % de l'absence totale de protection *(Duchesne, 2020)*.

Ainsi, chez les HSH, la protection vis-à-vis du VIH, s'est améliorée grâce à la PrEP qui bénéficie principalement aux Franciliens (notamment aux Parisiens), mais le niveau d'exposition au VIH reste élevé puisqu'une forte proportion des rapports sexuels n'étaient couverts par aucune prévention au début de l'année 2019.

4 – MIGRATIONS ET MOBILITÉS : IMPACT SUR L'ÉPIDÉMIE

Plusieurs phénomènes démographiques affectent l'épidémiologie du VIH.

LES FLUX MIGRATOIRES, LEUR ÉVOLUTION, LEUR TAILLE, LEUR ORIGINE ET LEURS CONTEXTES POLITIQUE ET SOCIAL

Les immigrés d'Afrique subsaharienne représentent en 2018 près de 40 % des nouveaux diagnostics. L'ensemble de ceux nés à l'étranger (HSH et hétérosexuels des deux sexes) représentent la part la plus importante de l'épidémie.

Dans la statistique démographique, si les immigrés installés sont bien recensés, les immigrés récents, sans papier, dans des logements ou des hébergements instables et précaires, voire à la rue, sont mal connus (estimation de 300 000 personnes sans papier, 32 000 demandeurs d'asile reconnus en 2018 avec un taux d'acceptation des demandes d'environ 25 %) *(Centre d'observation de la société, 2018)*. Depuis 2015, la France connaît des flux migratoires en provenance de régions de conflit. Ces migrants viennent de pays qui ne contribuaient pas de façon importante au flux dans le passé (Syrie, Irak, Afghanistan) ou encore d'Europe (Albanie). La brutalité et les violences sont très présentes sur les chemins de migration et, en France, les nouveaux arrivants voient leurs conditions se durcir sur le plan réglementaire, dans l'application de la loi et dans une extrême précarité. S'ajoute la migration des populations LGBT qui continuent à être menacées dans de nombreux pays d'Afrique et du Moyen-Orient et non protégées dans d'autres pays de l'ex-bloc soviétique *(ILGA, 2019)*. Dans ce contexte, une augmentation modérée des flux et donc des populations présentes sur le territoire, des expositions probables plus élevées sur le parcours et à l'arrivée (résultats de l'enquête ANRS Parcours) peuvent contribuer au maintien d'une épidémie VIH dynamique et qui ne bénéficie pas de la prévention combinée. Cependant, nous ne disposons pas de données sur la taille de la population exposée, ni sur l'augmentation de l'exposition, ni sur la pénétration des outils de la prévention combinée.

La mobilité interne à l'Union européenne et les mobilités pour le travail et les études

Les pays de naissance des HSH nés à l'étranger sont divers (cf. supra). Ils connaissent donc des contextes d'exposition qui ne renvoient pas forcément à des conditions de vie dégradées. Néanmoins, nous n'avons pas trouvé à ce stade de travaux démographiques ou sociologiques décrivant la taille des flux, les migrations pour travail ou étude et surtout en leur sein des populations LGBT. Les conditions d'exposition et d'accès aux outils de la prévention combinée mériteraient d'être approfondies par des méthodes quantitatives ou qualitatives.

La concentration des HSH dans les grandes villes

Michael Pollak, Didier Eribon, Édouard Louis et bien d'autres ont bien décrit et analysé, en particulier Michael Pollak (1982), ce qui conduit les

hommes homosexuels à se rapprocher des grandes villes et parfois du « ghetto » pour « apprendre à être homosexuel » et vivre mieux leur sexualité, leurs relations et leur vie sociale en général. Ce phénomène accentue la concentration des HSH dans les grandes métropoles. Les enquêtes notamment EPGL et ERAS mettent bien en évidence également que les caractéristiques sociales, les cultures sexuelles et l'accès aux services de santé sont différents selon les territoires. Des différences ont notamment été observées entre l'Île-de-France et le reste du pays, ainsi qu'entre Paris, la petite et la grande couronne. La taille des populations locales a besoin d'être estimée pour rapporter les évolutions des cas diagnostiqués ou la pénétration des services offerts. Ces travaux ont été menés en Suisse *(Schmidt and Altpeter, 2019)* ou en Allemagne *(Scholz, 2019)*.

La mobilité des villes en tension sur le logement vers leurs banlieues

La baisse des nouveaux diagnostics à Paris est interrogée par certains au regard de la baisse de la population. En six ans, Paris compte une diminution de 2,78 % de ses habitants, soit 62 449 personnes en moins. Le solde migratoire négatif est réparti dans tous les arrondissements, mais de façon inégale. Seul, le 19e arrondissement a gagné 0,5 % d'habitants. Il n'existe pas de données sur la composition de cette mobilité vers la banlieue et la transformation des communes de la petite et de la grande couronne et notamment sur le phénomène de « gentrification ». Néanmoins, compte tenu de la taille des flux de sortie de Paris et du recul des nouveaux diagnostics parisiens, il est peu probable que ce mouvement explique à lui seul la baisse observée.

5 – CONCLUSION GÉNÉRALE

Comme évoqué en introduction, la situation épidémiologique décrite par les nouveaux diagnostics déclarés annuellement ne peut être interprétée sans associer l'ensemble des données disponibles dans les systèmes et enquêtes de surveillance et les travaux de modélisation. C'est l'objet de ce rapport.

MOINS DE PERSONNES NÉES EN FRANCE NON DIAGNOSTIQUÉES

Entre 2013 et 2018, pour les populations nées en France les estimations de l'incidence qui rendent compte de l'épidémie « réelle », c'est-à-dire au moment où les nouvelles infections se produisent, montrent une baisse chez les HSH, chez les hommes hétérosexuels et une stabilité chez les femmes. Ces tendances sont nettes en Île-de-France et encore plus accentuées à Paris. L'augmentation du dépistage a produit « un rattrapage » et une baisse du nombre des séropositifs non diagnostiqués dans la population HSH et dans la population hétérosexuelle née en France. Les nouveaux diagnostics sont aussi en baisse et supérieurs aux estimations d'incidence. Cet écart signifie que le nombre de personnes non diagnostiquées diminue au cours du temps et, ainsi, l'exposition au risque d'infection diminue.

NOUVEAUX DIAGNOSTICS ET ESTIMATIONS D'INCIDENCE DU VIH EN HAUSSE CHEZ LES HSH NÉS À L'ÉTRANGER

L'interprétation est plus complexe pour les populations nées à l'étranger, car cela exigerait de démêler ce qui tient à la taille des flux migratoires récents, arrivant sur le territoire au terme de périples risqués, ce qui tient aux contextes d'expositions antérieurs à la migration, au parcours vers l'Europe et à ce qui se passe après l'arrivée en France dans des conditions d'existence toujours plus difficiles. Parmi les HSH nés à l'étranger qui viennent de régions du monde très diverses, les nouveaux diagnostics et les estimations d'incidence du VIH sont en hausse. Pour les hommes hétérosexuels, les indicateurs d'incidence et de nouveaux diagnostics sont à la baisse, y compris chez les hommes nés en Afrique subsaharienne, qui profitent sans doute du traitement plus précoce des femmes grâce à un délai au diagnostic plus court. Il peut y avoir aussi un meilleur classement des infections entre hommes, désormais mieux reconnues pour cette population, qui peut avoir déplacé une partie des nouveaux diagnostics chez les hommes nés à l'étranger vers les HSH et accentuer la baisse observée. Pour les femmes nées à l'étranger, principalement des femmes nées en Afrique subsaharienne, la tendance des nouveaux diagnostics est stable dans les deux dernières années observées. Elle reste inquiétante en raison des niveaux d'incidence estimés en augmentation.
Ces tendances se retrouvent en Île-de-France, qui concentre 40 % de l'épidémie. À Paris, où un programme volontariste est déployé depuis 2016, les phénomènes de baisse sont plus marqués dans la population HSH, y compris parmi ceux nés à l'étranger et chez les hommes nés en Afrique subsaharienne. Partout en Île-de-France, y compris à Paris, la situation épidémiologique des femmes africaines ne bénéficie d'aucun progrès significatif.

DÉPISTAGE : UN LEVIER DE PRÉVENTION EFFICACE POUR FAIRE JOUER À PLEIN L'EFFET PRÉVENTIF DU TRAITEMENT…

L'effet préventif du traitement joue à plein pour les personnes diagnostiquées et suivies. Son impact est d'autant plus important que le dépistage par tests sérologiques a augmenté dans toutes les régions au cours de la période considérée. L'activité dans les CeGIDD avec leur champ étendu à toutes les IST en 2016 apparaît stable dans les trois dernières années. Mis en place à partir de 2011, le dépistage communautaire hors les murs par TROD déployé auprès de groupes fortement exposés, avec moins de 65 000 tests en 2018, chiffres stables sur les dernières années, a une très forte efficacité en termes de cas dépistés positifs. Ce dispositif est inégalement implanté sur le territoire national et montre partout où est déployé son efficacité. La vente des autotests a rapidement atteint un plateau, puis repris une hausse en 2019 avec la mise sur le marché d'un produit moins cher. L'autorisation et le financement depuis 2018 de la distribution des autotests par les CeGIDD et les associations habilitées augmentent et pourraient favoriser davantage leur utilisation, si l'encadrement réglementaire de cette distribution était assoupli.

…MAIS DE NOUVEAUX DISPOSITIFS À DÉPLOYER POUR RÉDUIRE LE DÉLAI ENTRE INFECTION ET DIAGNOSTIC

Les estimations montrent qu'encore trop de temps s'écoule entre l'infection et le diagnostic. Plusieurs milliers de personnes vivent avec une infection méconnue et potentiellement transmissible et leur nombre ne baisse pas assez vite malgré l'augmentation du dépistage.

L'accent doit être mis sur la répétition rapprochée des tests dans les populations exposées. Les progrès existent et devraient s'accentuer. Depuis 2018, avec l'appui de l'ANRS, divers projets sont en cours pour réduire les barrières à l'accès au dépistage et favoriser sa répétition :

– l'auto-prélèvement à domicile qui existe dans d'autres pays, avait montré son efficacité en France en population générale et chez les jeunes pour les IST *(Kersaudy-Rahib, 2017, Lydié, 2018)*. Il est en cours d'expérimentation dans la population HSH, associant VIH et IST, dans le cadre de Mémodépistage *(Rahib 2019a et 2019b)* ;

– à Paris et dans les Alpes-Maritimes, dans le cadre de l'Assurance Maladie depuis 2019, l'expérimentation « Au labo sans ordo » pour étendre et faciliter l'accès au dépistage en laboratoires de ville.

– NotiVIH qui favorise le dépistage par la notification anonyme entre partenaires.

D'autres solutions dématérialisées sont en gestation. Dans la population des personnes originaires d'Afrique subsaharienne, le projet « Makasi » expérimente des outils « d'empowerment » en santé sexuelle pour faciliter l'accès au dépistage et aux soins.

Avec une montée du dépistage qui ne peut croître que modérément, la protection contre l'acquisition du VIH doit donc garder un niveau élevé et s'améliorer notamment avec l'extension de la PrEP.

PROMOUVOIR LA PREP ET CONTINUER À L'ÉTENDRE

Aucun indice ne laisse penser qu'en population générale, il y a eu une augmentation du niveau de protection par le préservatif, mais le niveau de l'épidémie y est bas et la taille de la population non diagnostiquée diminue. Dans la population HSH, le niveau d'exposition reste élevé, mais la PrEP a augmenté le niveau de la prévention et son efficacité. Elle a un effet très net, en

particulier à Paris où elle a été déployée plus tôt, notamment sous l'effet de l'essai ANRS Ipergay et de la mise en place de la cohorte Prévenir de l'ANRS. Elle concerne principalement des hommes qui étaient les plus exposés et qui contribuaient le plus à la dynamique de l'épidémie. En régions, à partir de mi-2018, la nette accélération du déploiement de la PrEP attestée par les données de l'Assurance Maladie devrait se traduire par un infléchissement des infections dans les années qui viennent. La diversification des modes d'accès à la PrEP avec une part croissante des CeGIDD telle qu'illustrée en Île-de-France devrait aussi y contribuer tout comme l'initiation en médecine de ville envisagée dans un proche avenir. Sa promotion auprès des hétérosexuels, inexistante pendant les premières années, explique la faible proportion de ceux-ci parmi les usagers de PrEP, mais devrait être engagée pour en étendre le bénéfice à tous ceux et celles qui en ont besoin.

Le projet « OMaPrEP » de l'ANRS sur les opportunités manquées de PrEP en France permettra à cet égard d'identifier les points d'amélioration à apporter au dispositif existant.

ORGANISER LA PRÉVENTION COMBINÉE À L'ÉCHELLE LOCALE LA PLUS PERTINENTE POUR OPTIMISER SON EFFICACITÉ

L'accélération de la baisse de l'épidémie dans les différents groupes doit être favorisée par un agencement plus volontariste des ressources dans le cadre de programmes en choisissant le niveau local, adapté au contexte épidémiologique, démographique et institutionnel afin d'optimiser la performance globale de la prévention combinée. C'est ce qui a été fait dans les villes participant à la Fast-Track City initiative.

Les données de surveillance de l'année 2019 devraient confirmer et accentuer les tendances observées en 2018. Elles seront disponibles fin 2020. Toutefois, il convient d'évaluer dès à présent l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 sur le recours au dépistage (en forte baisse pendant le confinement : sur les 20 premières semaines de l'année 2020, le déficit de tests VIH est de 400 000 tests selon les données Epi-Phare) et sans doute sur la PrEP, ainsi que son effet sur l'épidémiologie du VIH. L'objectif d'arrêt de la transmission du VIH en 2030 reste d'actualité si les programmes VIH reprennent et innovent.

RÉFÉRENCES

Álvarez-Del Arco D, Fakoya I, Thomadakis C *et al.* **High levels of postmigration HIV acquisition within nine European countries.** *AIDS*, 2017 ; 31 (14) : 1979-1988. doi : 10.1097/QAD.0000000000001571

Abdool Karim S, Baxter C. **HIV incidence rates in adolescent girls and young women in subsaharan Africa,** *Lancet Global Health*, 2019, Vol. 7, n° 11, e1470 – e1471. doi : 10.1016/S2214-109X (19) 30404-8

Annequin M, Villes V, Delabre RM *et al.* **Are PrEP services in France reaching all those exposed to HIV who want to take PrEP ? MSM respondents who are eligible but not using PrEP (EMIS 2017).** *AIDS Care,* 2020 ; 32 (sup2) : 47-56. doi : 10.1080/09540121.2020.1739219

Agence régionale de santé Martinique. **Pour une Martinique sans sida** (novembre 2018). https://www.martinique.ars.sante.fr/jms-2018-pour-une-martinique-sans-sida

Cazein F, Sommen C, Pillonel J *et al.* **Activité de dépistage du VIH et circonstances de découverte de l'infection à VIH, France 2018.** *Bull Épidémiol Hebd.*, 2019 ; (31-32) : 615-624. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/31-32/2019_31-32_1.html

Centre d'observation de la société. **Combien de sans-papiers en France ?** (mars 2018). http://www.observationsociete.fr/population/combien-de-sans-papiers-en-france.html

Conseil national du sida et des hépatites virales. **Prévention et prise en charge des IST en Guyane et dans les Antilles françaises. Nouvel avis** (mars 2018). https://cns.sante.fr/communiques-de-presse/prevention-prise-charge-ist-guyane-antilles-francaises-nouvel-avis-cns/

Desgrées du Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A *et al.* **Is hardship during migration a determinant of HIV infection ? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France.** *AIDS*, 2016 ; 30 (4) : 645-656. doi : 10.1097/QAD.0000000000000957

The DHS Program STATcompiler. Funded by USAID. http://www.statcompiler.com

Duchesne L, Lydié N, Velter A. **Increase in the overall level of protected anal sex in men who have sex with men in France : results from the repeated cross-sectional survey *Rapport au Sexe*, France, 2017-2019.** *AIDS Care,* 2020 ; 32 (sup2) : 162-169. doi : 10.1080/09540121.2020.1739208

EPI-PHARE. **Suivi de l'utilisation de Truvada® ou génériques pour une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS). Actualisation des données jusqu'au 30 Juin 2019** (novembre 2019). https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/suivi-de-lutilisation-de-truvada-ou-generiques-pour-une-prophylaxie-pre%e2%80%90exposition-prep-au-vih/

Fakoya I, Álvarez-Del Arco D, Monge S *et al.* **HIV testing history and access to treatment among migrants living with HIV in Europe.** *J Int AIDS Soc.* 2018 ; 21 Suppl 4 (Suppl Suppl 4) : e25123. doi : 10.1002/jia2.25123

Gosselin A, Ravalihasy A, Pannetier J *et al.* **When and why ? Timing of post-migration HIV acquisition among sub-Saharan migrants in France.** *Sex Transm Infect.* 2020 ; 96 (3) : 227-231. doi : 10.1136/sextrans-2019

ILGA World. **State-sponsored homophobia. Global legislation overview update.** (December 2019). https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2019.pdf

Kersaudy-Rahib D, Lydié N, Leroy C *et al.* **Chlamyweb Study II : a Randomised Controlled Trial (RCT) of an Online Offer of Home-Based Chlamydia trachomatis Sampling in France**. *Sex Transm Infect.* 2017 May ; 93 (3) : 188-195. doi : 10.1136/sextrans-2015-052510.

Le Guen M, Desgrées du Loû A, Bajos N *et al.* **Migration et évolutions des situations conjugales : entre diversification des partenaires et persistence des asymétries de genre** *in* Desgrées du Loû A, Lert F. Parcours. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France. *La Découverte*, Paris, 2017, pp 92-112.

Lydié N, Saboni L, Gautier A *et al.* **Innovative approach for enhancing testing of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in the general population : protocol for an acceptability and feasibility study (BaroTest 2016)**. *JMIR Res. Protoc.*, 2018 Oct 12 ; 7 (10) : e180. doi : 10.2196/resprot.9797.

Nacher M, Ouedraogo E, Succo T *et al.* **L'infection VIH en Guyane, revue historique et tendances actuelles**. *Bull. Épidémiol. Hebd.*, 2020 ; (2-3) : 43-51. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/2-3/2020_2-3_2.html

ONUSIDA. **Les nouvelles infections varient selon le sexe et la région** https://www.unaids.org/sites/default/files/media/images/20200608_gow.png

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

Pollak M. **L'homosexualité masculine : ou le bonheur dans le ghetto ?** *Communication*, 1982, 35, 37-55. https://www.persee.fr/doc/comm_0588-8018_1982_num_35_1_1521

Rahib D, Delagreverie H, Gabassi A *et al.* **Profil des utilisateurs du premier kit de dépistage par auto-prélèvement du programme MémoDépistages proposé aux HSH multipartenaires en France en 2018.** *Bull Épidémiol Hebd.* 2019 ; (31-32) : 642-7. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/31-32/2019_31-32_4.html

Rahib D, Delagreverie H, Bichard I *et al.* **Expanding testing strategies in Paris : a free postal comprehensive STI test kit (mars 2019).** CROI 2019, Seattle, États-Unis. http://www.croiwebcasts.org/console/player/41093?mediaType=audio &

Schmidt AJ, Altpeter E. **The Denominator problem : estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland.** *Sex. Transm. Infect.* 2019 ; 95 (4) : 285-291. doi : 10.1136/sextrans-2017-053363.

Scholz SM, Damm O, Elkenkamp S *et al.* **Population size and self-reported characteristics and sexual preferences of men-who-have-sex-with-men (MSM) in Germany based on social network data.** *PLoS One.* 2019 ; 14 (2) : e0212175. doi : 10.1371/journal. pone.0212175.

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

ANRS

Action coordonnée 47
« Dynamique et contrôle des épidémies VIH et hépatites »
Présidente : Dominique Costagliola.

Françoise Cazein, Florence Lot, Nathalie Lydié, Annie Velter (Santé publique France), Lise Marty, Virginie Supervie, Dominique Costagliola (IPLESP, Inserm), Rosemary Dray-Spira (Epi-Phare, Ansm-Cnam), Valérie Féron, Isabelle Grémy (ORS Île-de-France, Institut Paris Région), Frédéric Goyet (ARS Île-de-France), France Lert, Véronique Doré (ANRS).

© ANRS, juillet 2020

©ANRS juillet 2020 – Création graphique et réalisation : Isabelle Benoit.