

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

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

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

Santé publique France, Saint-Maurice

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

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

Soumis le 16.09.2020 // Date of submission: 09.16.2020

Résumé // Abstract

Introduction – Les CeGIDD (centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes), ont été créés en 2016. Cet article analyse leur activité de dépistage à partir de la surveillance SurCeGIDD.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Introduction

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

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

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

Méthode

Population étudiée

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

Variables d'intérêt

Les variables analysées étaient :

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

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

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

Recueil des données

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

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

Analyses statistiques

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

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

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

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

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

Considération éthique

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

Résultats

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

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

Caractéristiques des consultants

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

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

Tableau 1

Activité de consultation des CeGIDD selon les régions, SurCeGIDD 2018

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

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

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

Tableau 2

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

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



Tableau 2 (suite)

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



Tableau 2 (suite)

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

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

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

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

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

Dépistage et taux de positivité du VIH

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

Dépistage et taux de positivité du VHB

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

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

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

Dépistage et taux de positivité du VHC

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

Dépistage et taux de positivité de l'infection à CT

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

Dépistage et taux de positivité du gonocoque

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

Tableau 3

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

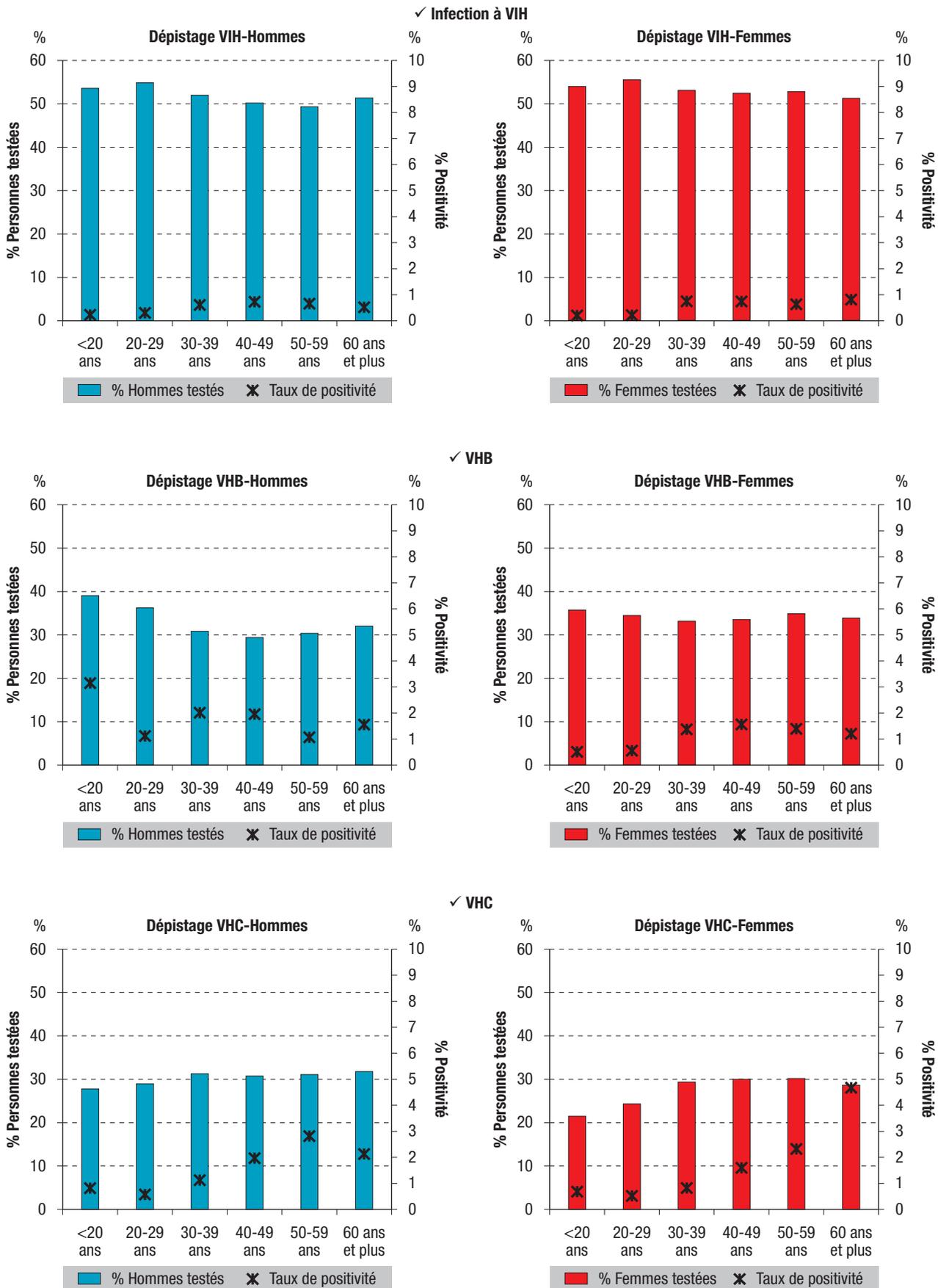
	HSH			Hommes hétérosexuels			Femmes hétérosexuelles			FSF		
	Tests		Taux de positivité	Tests		Taux de positivité	Tests		Taux de positivité	Tests		Taux de positivité
	n	%	%	n	%	%	n	%	%	n	%	%
Consultants nés en France												
Infection à VIH	10 541	79,12%	0,87%	43 037	76,52%	0,21%	37 963	78,57%	0,17%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

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

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

Figure 1A

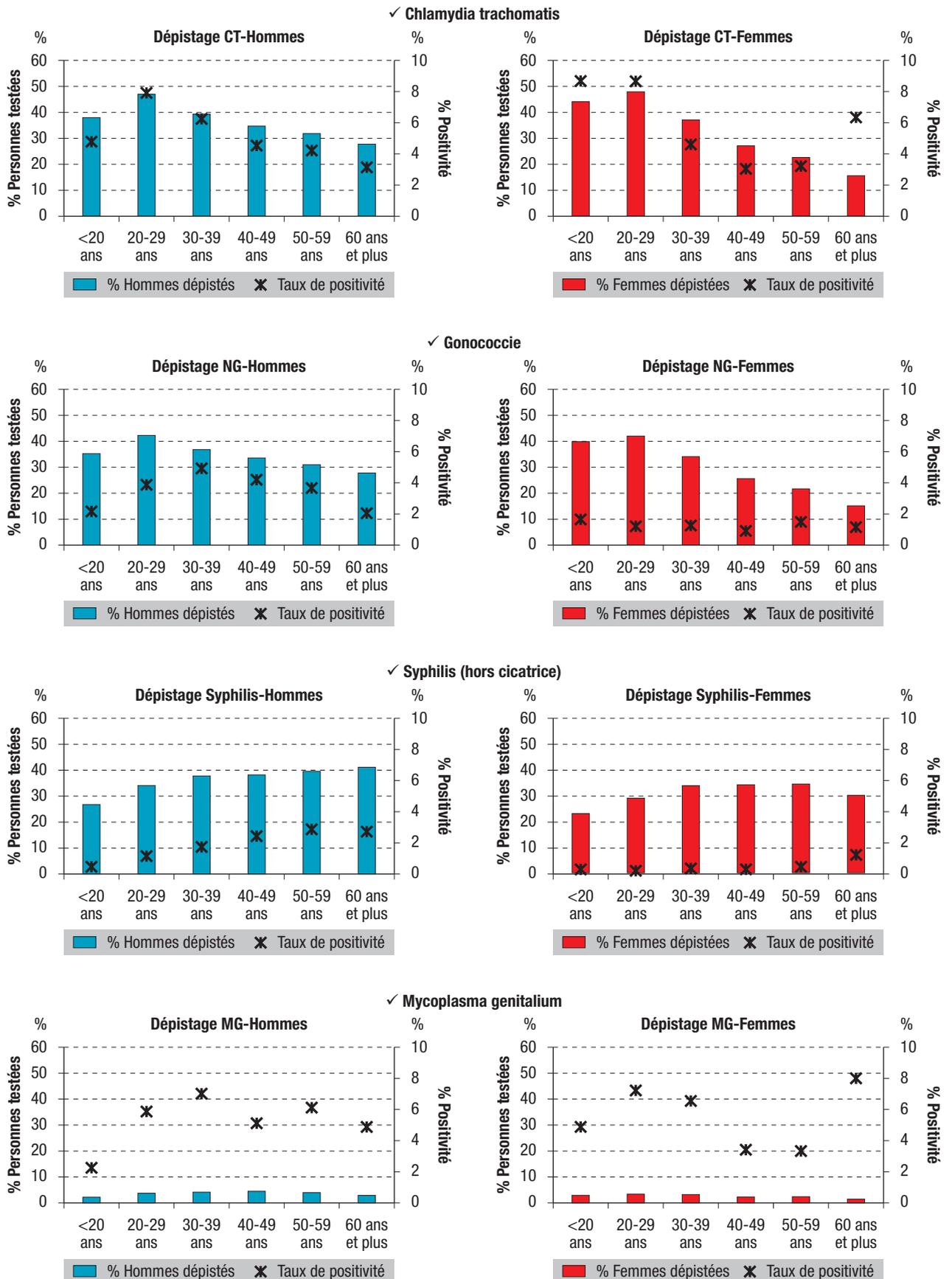
Proportion de consultants testés* et taux de positivité du VIH, des hépatites B et C selon le sexe et l'âge, SurCeGIDD 2018



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

Figure 1B

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



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

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

Dépistage et taux de positivité de la syphilis

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

Dépistage et taux de positivité du MG

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

Discussion

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

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

Caractérisation des consultations/consultants

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

Taux de positivité et populations vulnérables

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

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

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

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

Conclusion

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

Liens d'intérêt

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

Références

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

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

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

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

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

[5] Haute Autorité de santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis*. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2879401/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-des-infections-a-chlamydia-trachomatis

[6] Haute Autorité de santé. Dépistage et prise en charge de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae*: état des lieux et propositions. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1031777/fr/depistage-et-prise-en-charge-de-l-infection-a-neisseria-gonorrhoeae-etat-des-lieux-et-propositions

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

[8] Haute Autorité de santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Synthèse, conclusions et recommandations. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france

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

[10] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. *Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030*. Paris: Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2015. 75 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf?wb48617274=F8664D4D

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

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

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

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

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

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

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

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

Citer cet article

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

> FOCUS // Focus

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

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

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

Santé publique France, Saint-Maurice

Soumis le 16.10.2020 // Date of submission: 10.16.2020

Mots-clés : VIH, Dépistage, Diagnostic, Laboratoires, Covid-19
// **Keywords:** HIV, Testing, Diagnosis, Laboratories, Covid-19

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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