

SURVEILLANCE DU VIH ET DES IST BACTÉRIENNES

SOMMAIRE

- Introduction** p.1
- Points clés** p.2
- Surveillance du VIH** p.3
- Diagnostics de sida** p.9
- Infections à *Chlamydia trachomatis*** p.10
- Infections à gonocoque** p.14
- Syphilis** p.17
- Discussion - Conclusion** p.21
- Prévention** p.22
- Remerciements** p.25
- Annexes** p.26

INTRODUCTION

Santé publique France produit chaque année, à l'occasion de la « Journée mondiale de lutte contre le sida », des indicateurs actualisés permettant de décrire la situation épidémiologique de l'infection par le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes en France. Ces indicateurs sont issus de différents systèmes de surveillance auxquels participent biologistes et cliniciens, sur une base obligatoire ou volontaire, ainsi que du système national des données de santé (SNDS) géré par l'assurance maladie.

A l'occasion du 1^{er} décembre 2023, le choix a été fait de réaliser un Bulletin de santé publique (BSP) incluant des données nationales et régionales concernant l'année 2022, sachant que des tableaux de bord régionaux plus détaillés sont mis à disposition des partenaires locaux par les Cellules régionales. Est également présentée dans ce BSP la campagne de prévention diffusée autour du 1^{er} décembre.

Deux annexes à la fin de ce BSP décrivent d'une part les dispositifs de surveillance dont sont issus les indicateurs présentés, d'autre part la méthodologie utilisée pour corriger les données de la surveillance du VIH.

POINTS CLÉS

Infection par le VIH

- Le nombre de sérologies VIH réalisées en 2022 par les laboratoires de biologie médicale a été estimé à 6,5 millions. L'activité de dépistage du VIH, qui avait diminué entre 2019 et 2020 en lien avec l'épidémie de Covid-19, a réaugmenté pour atteindre un niveau en 2022 supérieur à celui de 2019.
- Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2022 a été estimé entre 4 200 et 5 700. Ce nombre a réaugmenté en 2021 et 2022, suite à la forte baisse observée en 2020, mais reste inférieur à celui de 2019. Cette augmentation touche plus particulièrement les personnes nées à l'étranger, qu'elles aient été contaminées par rapports hétérosexuels ou rapports sexuels entre hommes.
- Sur l'ensemble de la période 2012-2022, la diminution du nombre de découvertes de séropositivité est estimée entre -11% et -21%. Cette diminution est encore plus importante chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) nés en France et peut être expliquée par le recours à la prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour une part de cette population.
- Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2022, 54% sont des hétérosexuel.le.s (38% né.e.s à l'étranger et 16% né.e.s en France), 41% sont des HSH (27% nés en France et 14% nés à l'étranger), 2% des personnes trans contaminées par rapports sexuels et 1% des usagers de drogues injectables (UDI). Moins de 1% sont des enfants de moins de 15 ans, principalement contaminés par transmission materno-fœtale.
- En 2022, 43% des infections à VIH ont été découvertes à un stade tardif de l'infection (28% au stade avancé de l'infection), proportions qui ne diminuent pas depuis plusieurs années, mais qui reflètent à la fois le dépistage actuel et l'incidence des années précédentes.
- Au niveau régional, l'épidémie à VIH reste marquée par une situation particulière dans les régions d'Outre-mer, et notamment en Guyane, d'où l'importance d'y maintenir une activité de dépistage élevée. Les régions où l'activité de dépistage est la plus importante sont souvent celles qui présentent une part plus importante de diagnostics précoces.

IST bactériennes

- En 2022, 2,6 millions de personnes ont bénéficié au moins une fois d'un dépistage remboursé d'une infection à *Chlamydia trachomatis*, 3,0 millions d'un dépistage d'une infection à gonocoque et 3,1 millions d'un dépistage de la syphilis.
- Le taux de dépistage de ces trois IST continue à augmenter en 2022 comme depuis plusieurs années, en dehors d'une baisse ponctuelle en 2020.
- Les taux de dépistage rapportés à la population sont les plus élevés dans les départements et régions d'Outre-mer (à l'exception de Mayotte), en particulier en Guyane. Les taux de diagnostic y sont également les plus élevés. L'Île-de-France est également une région où le taux de dépistage et de diagnostic des IST est élevé, avec notamment un taux de diagnostic de syphilis le plus important.
- Les diagnostics d'infection à *Chlamydia trachomatis*, de gonococcies et de syphilis augmentent sur les années récentes.
 - Le taux d'incidence des cas diagnostiqués pour une infection à *Chlamydia trachomatis* augmente depuis 2014 et est désormais plus élevé chez les hommes que chez les femmes, parmi lesquelles il se stabilise (respectivement 103 et 88 pour 100 000 habitants).
 - Le nombre de diagnostics d'infection à gonocoque réalisés en CeGIDD augmente régulièrement depuis 2016, chez les hommes cis, comme chez les femmes cis ou les personnes trans. Les cas sont majoritairement diagnostiqués chez des hommes (83% des diagnostics en CeGIDD et 75% en médecine de ville), et en particulier des HSH.
 - Le taux d'incidence des cas diagnostiqués pour une syphilis est en augmentation depuis 2020, et de façon plus marquée en 2022, en particulier chez les hommes, les plus touchés par cette IST. Le nombre de diagnostics de syphilis réalisés en CeGIDD a également augmenté entre 2021 et 2022. Les HSH représentent la majorité des cas (77% en CeGIDD et 71% en médecine générale).

Dans un contexte d'augmentation continue de l'activité de dépistage du VIH et des IST bactériennes jusqu'en 2019, une baisse avait été observée en 2020, liée à l'épidémie de Covid-19. En 2022, l'activité de dépistage a dépassé les niveaux de 2019. S'agissant d'un enjeu crucial dans la lutte contre ces infections, il est important de poursuivre cette tendance à la hausse et de remobiliser professionnels de santé et populations clés à l'importance du dépistage combiné des IST, si besoin répété. Un dépistage précoce des personnes ayant pris un risque et de leurs partenaires, suivi d'une mise sous traitement rapide, est indispensable pour interrompre les chaînes de transmission.

Le dépistage doit s'intégrer dans une offre globale de prévention combinée de l'ensemble des IST, à savoir le préservatif, la PrEP, le traitement post-exposition (TPE) et le TaSP (treatment as prevention). Au vu de la diminution du nombre de découvertes de séropositivité VIH chez les HSH nés en France, qui est lente mais progressive, la PrEP doit absolument pouvoir bénéficier plus largement à l'ensemble des HSH, mais aussi à toutes les autres populations exposées au VIH et notamment aux personnes migrantes.

SURVEILLANCE DU VIH

DÉPISTAGE DE L'INFECTION PAR LE VIH

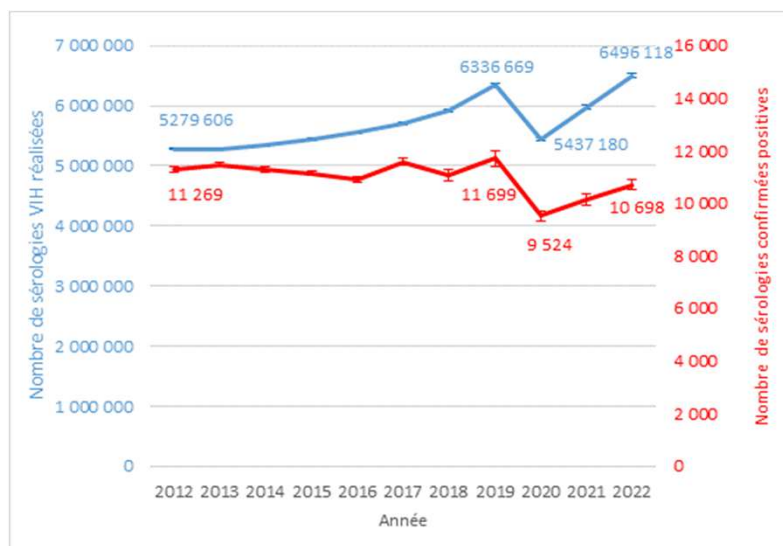
Sur la base d'un taux de participation des laboratoires de biologie médicale à LaboVIH de 78%, en hausse par rapport à 2021, le nombre de sérologies réalisées en 2022 a été estimé à 6,50 millions [IC95% : 6,46-6,53], soit un niveau supérieur à celui de 2019 (6,34 millions) (Figure 1) (cf. Annexes). En 2022, 3% des sérologies ont été réalisées dans un cadre anonyme, pourcentage stable sur les trois dernières années.

L'activité de dépistage France entière, qui est en 2022 de 96 sérologies pour 1 000 habitants, varie selon les régions (Figure 2). Des niveaux de dépistage plus élevés sont observés en Guyane, Guadeloupe, puis Martinique. Vient ensuite un 2ème groupe de régions que sont l'Île-de-France, La Réunion, Mayotte et Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA). Les autres régions ont des taux compris entre 68 et 92 sérologies VIH pour 1 000.

Le nombre de sérologies confirmées positives en 2022 a été estimé à 10 698 [IC95% : 10 511-10 886]. Ce nombre comprend à la fois des découvertes de séropositivité et des sérologies réalisées chez des personnes déjà connues comme positives. Après des fluctuations annuelles autour de 11 000 sérologies positives jusqu'en 2019, il a diminué en 2020, pour réaugmenter depuis (Figure 1). En 2022, 4% des sérologies positives ont été réalisées dans un cadre anonyme, pourcentage stable depuis 2020.

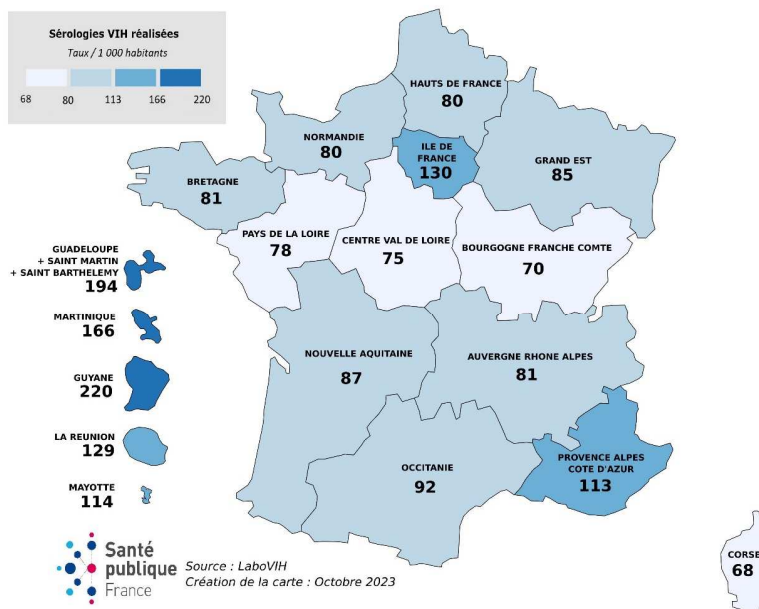
En 2022, le taux de positivité était de 1,6 pour 1 000 sérologies réalisées, ce taux ayant régulièrement diminué au cours du temps (2,2 en 2013 puis 2,0 en 2016 et 1,8 en 2019). Comme les années précédentes, le taux de positivité était plus élevé pour les sérologies anonymes (2,2 pour 1 000).

Figure 1. Nombre de sérologies VIH réalisées et nombre de sérologies confirmées positives, France, 2012-2022



Source : Santé publique France, LaboVIH, données corrigées

Figure 2. Taux de sérologies VIH réalisées par région du laboratoire (pour 1 000 habitants), France, 2022



Source : Santé publique France, LaboVIH 2022, données corrigées

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

Depuis janvier 2022, le dépistage du VIH en laboratoire de biologie médicale, sans ordonnance, sans rendez-vous et sans avance de frais (VIHTest) concerne tous les assurés sociaux et leurs ayants droit, dont les bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME). En 2022, 250 948 tests ont été remboursés dans le cadre de ce dispositif (source SNDS, extraction CNAM 11/2022). Une part équivalente d'hommes et de femmes ont bénéficié de ces tests. Près de la moitié (44%) ont bénéficié à des personnes de 20 à 29 ans et un peu plus d'un tiers (36%) à des personnes de 40 à 59 ans.

Environ 65 600 autotests VIH ont été vendus en 2022 par les pharmacies, incluant les ventes en ligne, soit un nombre équivalent à celui de 2021 (64 100) et inférieur à ceux des 2 premières années de leur mise à disposition : environ 75 000 en 2018 et 79 500 en 2019.

DÉCOUVERTES DE SÉROPOSITIVITÉ VIH

L'exhaustivité de la DO du VIH en 2022 a été estimée à 77% pour les sérologies confirmées positives à l'hôpital et de 27% pour celles confirmées en ville, soit une exhaustivité globale de 57%. Ces exhaustivités représentent la probabilité qu'une sérologie confirmée fasse l'objet d'une DO par un biologiste ou un clinicien.

Or une même personne bénéficie souvent de deux sérologies confirmées positives consécutives dans l'année, en ville tout d'abord, puis à l'hôpital pour l'initiation d'un traitement antirétroviral. La probabilité que cette personne fasse l'objet d'une DO est sûrement supérieure à 57%, mais probablement inférieure à 77% (exhaustivité hospitalière) (cf. Annexes), dans la mesure où lors de la 1^{ère} prise en charge à l'hôpital, une sérologie de confirmation n'est pas systématiquement prescrite à nouveau (et sans savoir dans quelle proportion) et que certaines personnes diagnostiquées en ville ne recourent pas à une consultation hospitalière dans l'année qui suit.

Cette année, l'approche basée sur l'exhaustivité globale est donc présentée comme une « estimation haute » du nombre réel de découvertes de séropositivité, tandis que l'approche basée sur l'exhaustivité hospitalière est présentée comme une « estimation basse ».

A noter que, après une diminution de l'exhaustivité en 2020 et 2021 dans un contexte Covid-19 (respectivement 54% et 52%), l'exhaustivité globale a progressé en 2022 (57%).

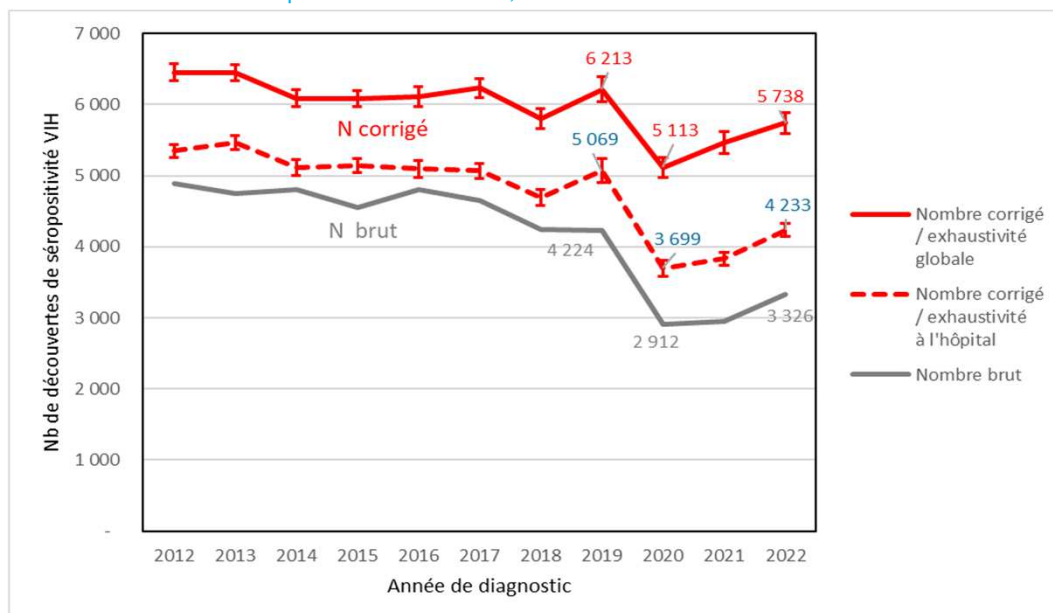
Evolution du nombre de découvertes de séropositivité

A partir de 3 326 découvertes de séropositivité en 2022 déclarées au 30 juin 2023 (nombre brut), le nombre total de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2022 a été estimé entre 4 233 [IC95% : 4 139-4 326] (estimation « basse ») et 5 738 [IC95% : 5 588-5 888] (estimation « haute ») (Figure 3) (cf. Annexes).

Les tendances observées sont globalement similaires entre ces deux estimations. L'augmentation observée entre 2020 et 2022 fait suite à la diminution importante en 2020 liée à l'épidémie de Covid-19 et expliquée par la baisse de l'activité de dépistage, des flux migratoires et sans doute également des expositions au VIH liée aux mesures de distanciation sociale [1].

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

Figure 3. Nombre de découvertes de séropositivité VIH France, 2012-2022



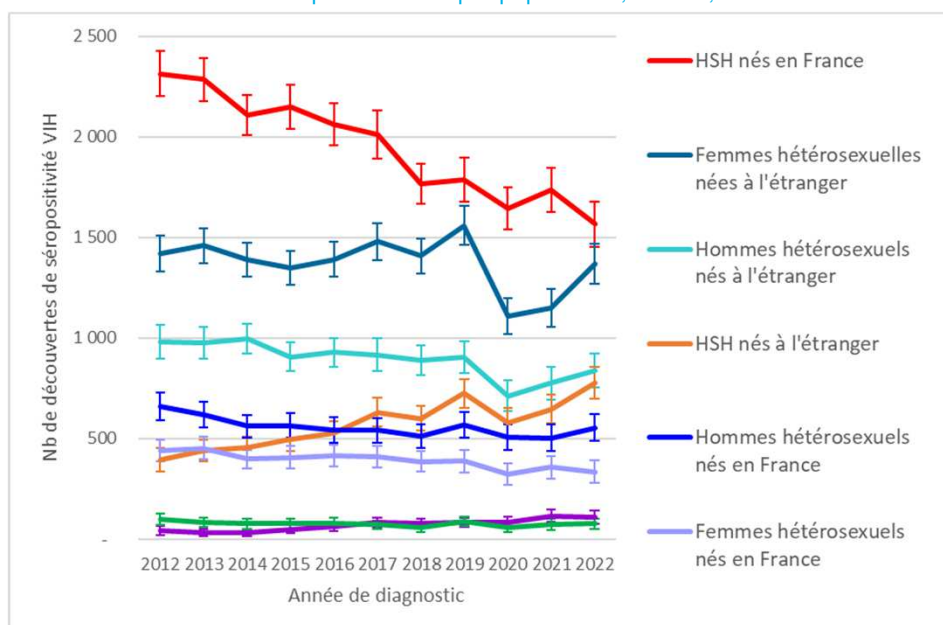
Source : Santé publique France, DO VIH, données au 30/06/2023 (nombres bruts et nombres corrigés selon les estimations « hautes » et « basses »)

Après une diminution du nombre de découvertes de séropositivité VIH en 2020, beaucoup plus marquée chez les personnes nées à l'étranger que chez celles nées en France, le nombre de découvertes réaugmente en 2022 aussi bien chez les hétérosexuels nés à l'étranger que chez les HSH nés à l'étranger (Figure 4). Parmi les personnes nées à l'étranger, est observée en 2020 et 2021 une diminution de la part de celles diagnostiquées dans l'année de leur arrivée (de 20% en 2019 à 13% en 2020), suivie d'une réaugmentation en 2022 (23%).

Sur la totalité de la période 2012-2022, le nombre de découvertes est quasi stable chez les femmes hétérosexuelles nées à l'étranger, diminue chez les femmes hétérosexuelles nées en France, les UDI, les hommes hétérosexuels nés en France et ceux nés à l'étranger (respectivement de -24%, -21%, -16% et -14% sur la base des estimations « hautes »). La diminution la plus importante est observée chez les HSH nés en France (-32% sur 2012-2022).

Par contre, une augmentation est observée entre 2012 et 2022 dans deux populations, les HSH nés à l'étranger et les personnes trans contaminées par rapports sexuels (respectivement de +96% et +153%). En 2022, le nombre estimé de découvertes de séropositivité dépasse celui observé en 2019.

Figure 4. Nombre de découvertes de séropositivité VIH par population*, France, 2012-2022



* population définie par le genre, le mode de contamination probable et le lieu de naissance.

Source : Santé publique France, DO VIH, données corrigées au 30/06/2023 (estimations « hautes »). Les tendances par population selon les estimations « hautes » sont similaires à celles des estimations « basses », mais les pourcentages de diminution ou d'augmentation peuvent varier.

Caractéristiques des découvertes de séropositivité*

Les hommes cis représentaient 67% des découvertes de séropositivité VIH en 2022, les femmes cis 31% et les personnes trans 2%. La proportion de femmes cis est stable par rapport à 2019. La proportion de personnes trans a augmenté progressivement depuis quelques années (de 0,7% en 2012 à 1,9% en 2022).

Les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2022 avaient un âge médian de 37 ans : 14% étaient âgées de moins de 25 ans, 64% de 25 à 49 ans et 22% de 50 ans et plus. La proportion des plus de 50 ans, qui s'était stabilisée autour de 20% entre 2014 et 2017, a eu tendance à augmenter depuis. La part des moins de 25 ans est stable depuis 2017.

Les principaux modes de contamination des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2022 étaient les rapports hétérosexuels (54%) et les rapports sexuels entre hommes (41%) chez des personnes cis (Figure 4). Les découvertes étaient plus rarement liées à des rapports sexuels chez des personnes trans (2%) et à l'usage de drogues injectables (1%). Les autres modes de contamination représentaient 2% des découvertes. Les hommes cis étaient contaminés majoritairement par rapports sexuels entre hommes (60%) et les femmes cis par rapports hétérosexuels (97%).

Les enfants de moins de 15 ans diagnostiqués pour une infection à VIH entre 2012 et 2022 représentent un peu moins de 1% de l'ensemble des diagnostics sur cette période. La plupart d'entre eux (91%) ont été contaminés par transmission mère-enfant (TME), 5% par transfusion sanguine dans un pays autre que la France et 4% lors de rapports hétérosexuels [2]. Parmi les enfants contaminés par TME, 45% étaient nés dans un pays d'Afrique subsaharienne (âge médian au diagnostic de 6 ans), 36% étaient nés en France (âge médian de 0 an), et 19% dans un autre pays (âge médian de 2 ans). Plus de la moitié (55%) des enfants contaminés par TME étaient asymptomatiques lors de la découverte de l'infection à VIH, 32% étaient symptomatiques non sida et 12% étaient au stade sida. Concernant les enfants contaminés par TME nés en France, la séropositivité de la mère n'a été découverte qu'après l'accouchement dans 45% des cas, en raison d'un suivi non optimal de la grossesse ou d'une séroconversion en cours de grossesse. Le nombre de cas déclarés sur les années récentes est très faible : un concerne un enfant né en 2020, un en 2021 et aucun en 2022.

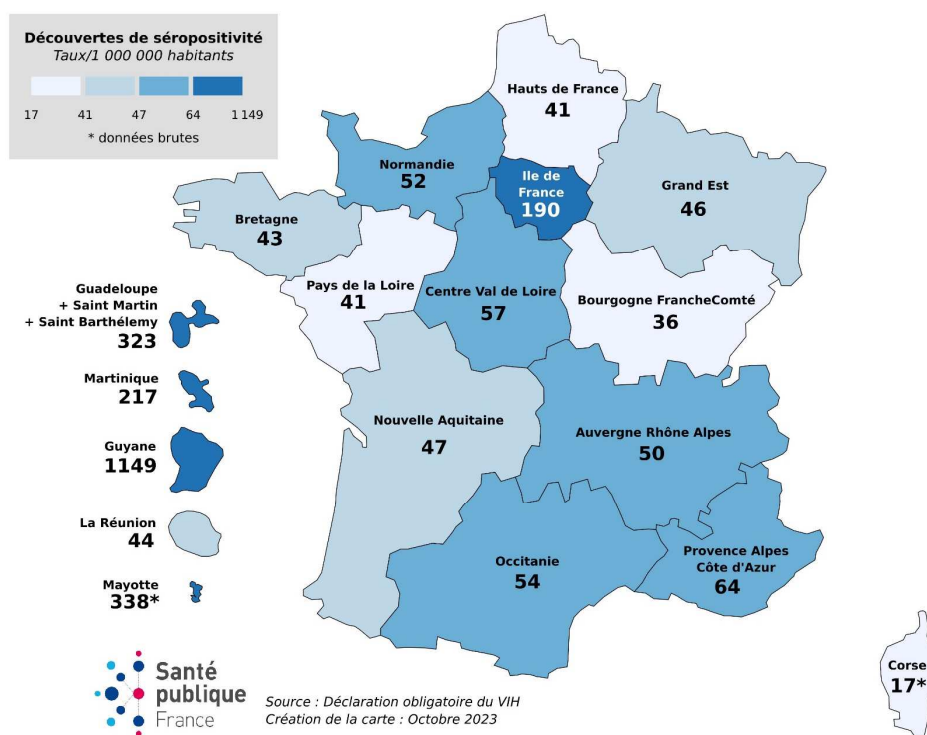
* Les caractéristiques présentées en proportion sont indépendantes des deux hypothèses d'estimation (« hautes et basses »)

Plus de la moitié des découvertes en 2022 (56%) concernaient des personnes nées à l'étranger : 34% étaient nées en Afrique subsaharienne, 8% sur le continent américain, 7% en Europe et 7% dans une autre zone géographique. Les femmes cis et les personnes trans étaient plus souvent nées à l'étranger que les hommes cis (respectivement 80% et 82% vs 44%). La majorité des personnes contaminées par rapports hétérosexuels étaient nées à l'étranger (71%), dont 74% en Afrique subsaharienne. Parmi les HSH, 33% étaient nés à l'étranger, dont 34% en Afrique subsaharienne, 19% sur le continent américain, 17% en Europe et 30% dans une autre zone géographique. Parmi les UDI, 62% étaient nés à l'étranger, principalement en Europe (81%). Parmi les personnes trans nées à l'étranger, 71% étaient nées sur le continent américain.

Taux de découvertes de séropositivité

Les taux de découvertes diffèrent d'une région à l'autre, comme les années précédentes (Figure 5). La Guyane présente un taux beaucoup plus élevé que toutes les autres régions françaises. Par ordre décroissant, on observe ensuite les taux les plus hauts en Guadeloupe, à Mayotte et en Martinique. En métropole, le taux le plus élevé est observé en Ile-de-France.

Figure 5. Taux de découvertes de séropositivité VIH par région de domicile (par million d'habitants), France, 2022



Source : Santé publique France, DO VIH, données corrigées au 30/06/2023 (estimations « hautes »)

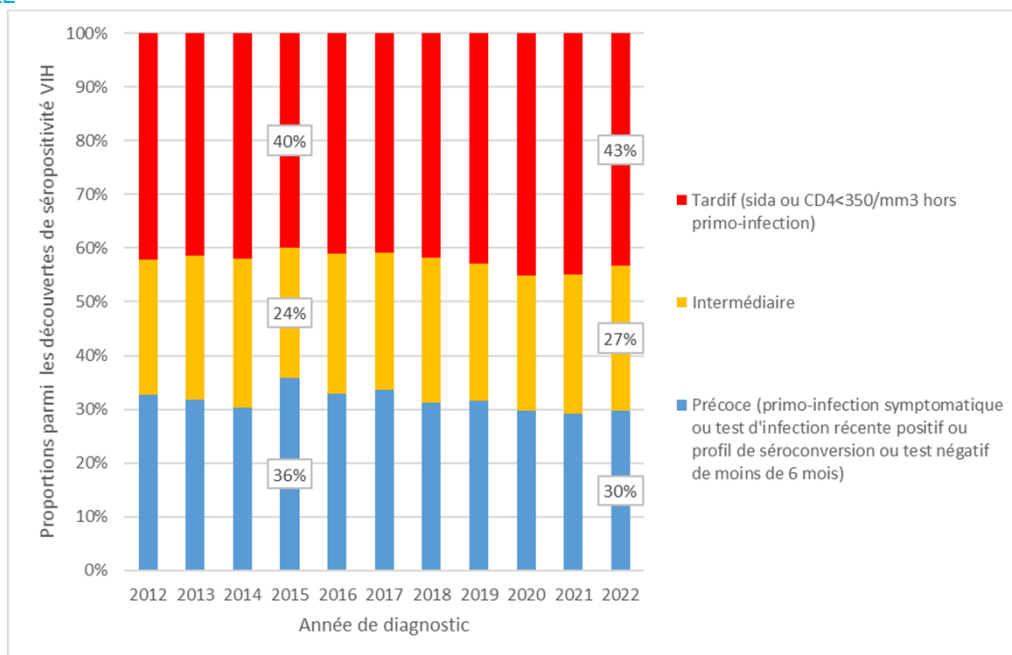
Indicateurs de délai entre contamination et diagnostic

Les diagnostics précoces reflètent à la fois le dépistage et l'incidence du VIH dans l'année du diagnostic, alors que les diagnostics tardifs reflètent le dépistage actuel et l'incidence des années précédentes.

En 2022, 30% des découvertes de séropositivité chez les adultes étaient des diagnostics précoces (profil virologique de séroconversion, stade clinique de primo-infection, test VIH négatif de moins de 7 mois ou test d'infection récente positif). La même année, 43% étaient des diagnostics tardifs (stade sida ou taux de CD4 < 350/mm³ hors primo-infection) : 28% au stade avancé de l'infection (stade sida ou < 200/mm³ hors primo-infection) et 15% tardif mais pas au stade avancé.

La part des diagnostics précoces est stable sur les dernières années. La part des diagnostics tardifs a retrouvé en 2022 le niveau de 2019 (43%) (Figure 6).

Figure 6. Répartition des découvertes de séropositivité VIH selon le caractère précoce, intermédiaire ou tardif du diagnostic, France, 2012-2022



Source : Santé publique France, DO VIH, données corrigées au 30/06/2023

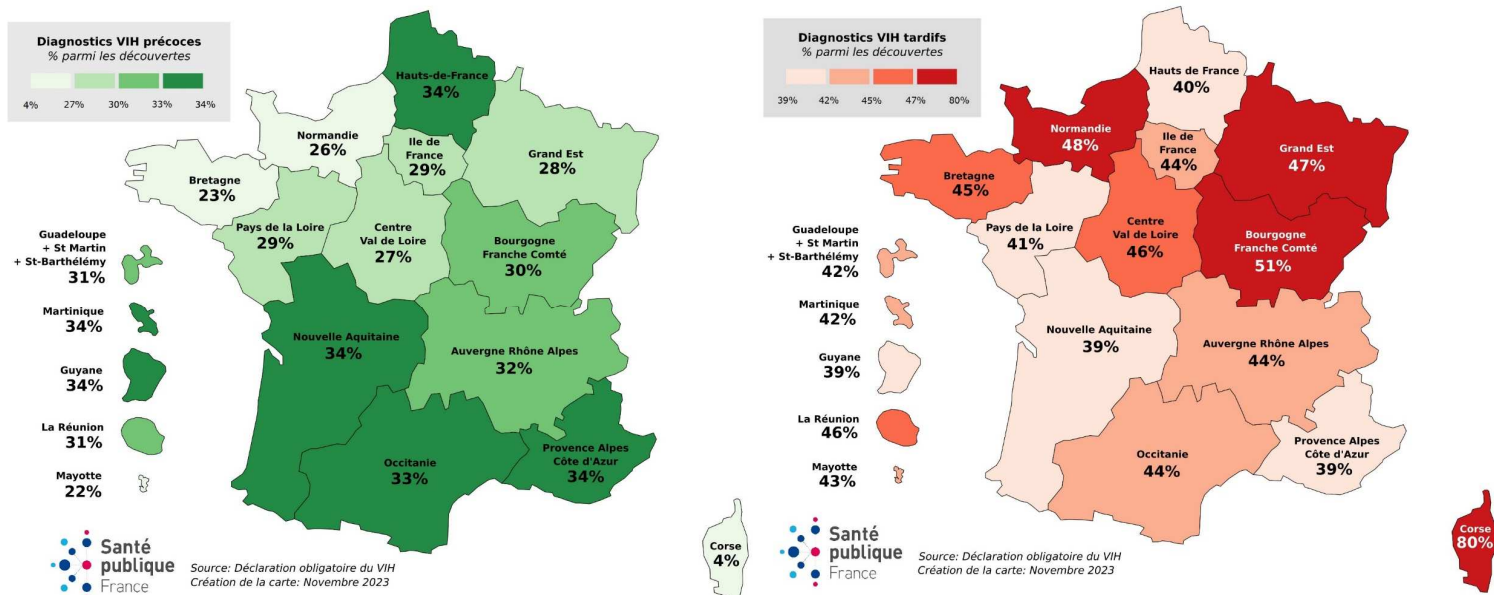
La part des diagnostics précoces en 2022 était la plus élevée chez les HSH : 48% chez ceux nés en France et 35% chez ceux nés à l'étranger. Chez les hétérosexuel.le.s, elle était beaucoup plus élevée parmi ceux nés en France (32%) que parmi ceux nés à l'étranger (14%). Chez les personnes trans, elle était de 35% en 2022.

La proportion de diagnostics tardifs est toujours plus élevée chez les hétérosexuel.le.s (51% en 2022) que chez les HSH (33%). Chez les hétérosexuel.le.s, elle était plus élevée chez les hommes (48% chez ceux nés en France et 60% chez ceux nés à l'étranger) que chez les femmes (respectivement 38% et 51%).

En 2022, environ 2 450 personnes ont découvert leur séropositivité alors qu'elles étaient déjà à un stade tardif de l'infection à VIH. Elles se répartissent ainsi : environ 1 200 hétérosexuel.le.s. né.e.s à l'étranger, 500 HSH nés en France, 400 hétérosexuel.le.s. né.e.s en France, 280 HSH nés à l'étranger, 35 personnes trans contaminées par rapports sexuels et 30 UDI.

Les régions qui présentent une proportion plus importante de diagnostics précoces et une part plus faible de diagnostics tardifs sont souvent des régions dans lesquelles l'activité de dépistage du VIH est plus importante (Figure 7a et b). Il s'agit notamment de la Guyane, de la Martinique et de PACA. La nouvelle Aquitaine et les Hauts-de-France présentent également ces caractéristiques.

Figure 7a et 7b. Répartition des découvertes de séropositivité VIH selon le caractère précoce ou tardif du diagnostic par région de domicile, France, 2022



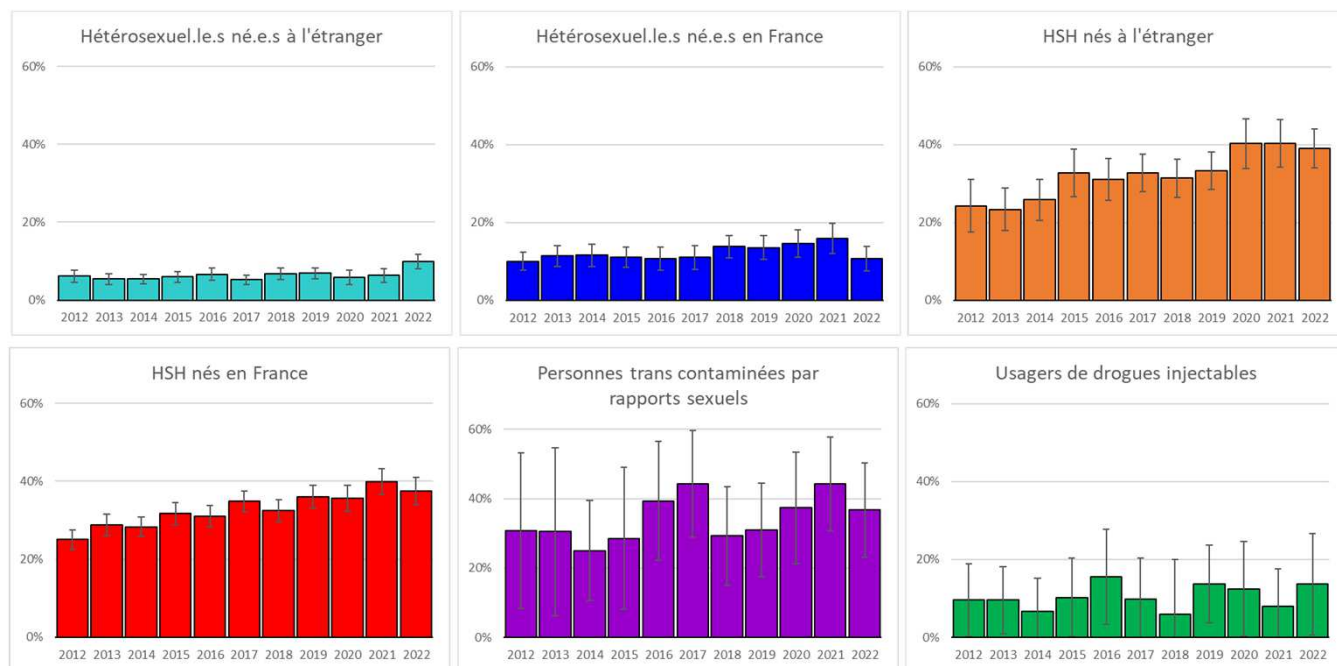
Source : Santé publique France, DO VIH, données corrigées au 30/06/2023

Co-infections par une IST bactérienne ou par une hépatite B ou C*

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2022, 22% étaient co-infectées par une IST bactérienne (principalement syphilis, gonococcie ou infection à *Chlamydia trachomatis*). Cette proportion reste plus élevée chez les HSH (38%) et les personnes trans (37%) que chez les hétérosexuel.le.s (10%) (Figure 8).

La proportion de « co-infections IST » a régulièrement augmenté au cours du temps (de 15% en 2012 à 24% en 2021), mais semble se stabiliser en 2022. Cette augmentation sur la période 2012-2021 a été particulièrement importante chez les HSH (de 25% en 2012 à 40% en 2021), qu'ils soient nés en France ou à l'étranger. Une augmentation est également notée chez les hétérosexuel.le.s né.e.s en France, mais est plus récente et moins marquée (de 11% en 2017 à 16% en 2021).

Figure 8. Proportion de co-infections par une IST bactérienne parmi les découvertes de séropositivité VIH, France, 2012-2022



Source : Santé publique France, DO VIH, données corrigées au 30/06/2023

La proportion de personnes co-infectées par le VHB (Ag HBs) au moment de la découverte de la séropositivité VIH était de 4% en 2022, stable au cours du temps. Cette proportion était de 7% chez les hétérosexuel.le.s né.e.s à l'étranger, 6% chez les HSH nés à l'étranger et 5% chez les UDI. Par ailleurs, 3% des personnes découvrant leur séropositivité VIH en 2021 étaient positives pour les anticorps anti-VHC, proportion là-aussi stable au cours du temps, mais beaucoup plus élevée chez les UDI (61% vs 3% chez les hétérosexuel.le.s et 2% chez les HSH).

Personnes diagnostiquées en France l'année de leur arrivée, mais connaissant déjà leur séropositivité

En plus des personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2022, ont été diagnostiquées cette même année 895 [IC95% : 810-980] personnes qui connaissaient leur infection avant d'arriver en France et qui ont été testées positives dans les 12 mois après leur arrivée sur le territoire. Leur nombre, qui avait chuté en 2020 (-38%), augmente en 2022 (+69% par rapport à 2021) et dépasse même le nombre observé en 2019 (+21%). Près de la moitié de ces personnes (47%) étaient nées en Afrique subsaharienne, 25% en Europe et 23% sur le continent américain. L'augmentation de la part des personnes nées en Europe en 2022 est liée à celle du nombre de personnes nées en Ukraine.

Parmi l'ensemble de ces personnes, 58% étaient des hétérosexuel.le.s, 24% des HSH, 7% des personnes trans contaminées par rapports sexuels, et 6% des UDI.

Leur prise en compte porte à 6 633 [IC95% : 6 484-6 782] le nombre total de nouveaux diagnostics d'infection à VIH en France en 2022.

* La co-infection par une IST bactérienne est définie par une IST diagnostiquée de façon concomitante à la découverte de la séropositivité VIH ou dans les 12 mois qui précèdent.

DIAGNOSTICS DE SIDA

Le nombre de diagnostics de sida en 2022 a été estimé à 796 [IC95% : 714-877] (cf. Annexes). Ce nombre, qui avait progressivement diminué, se stabilise sur les 3 dernières années (Figure 9).

Certaines régions présentent un taux de diagnostics de sida en 2022 plus élevé que d'autres (Figure 10). Il s'agit notamment de la Guadeloupe, et dans une moindre mesure de Mayotte, de la Martinique et de l'Île-de-France (données non disponibles en Guyane).

Figure 9. Nombre de diagnostics de sida (nombres bruts et nombres corrigés), France, 2012-2022

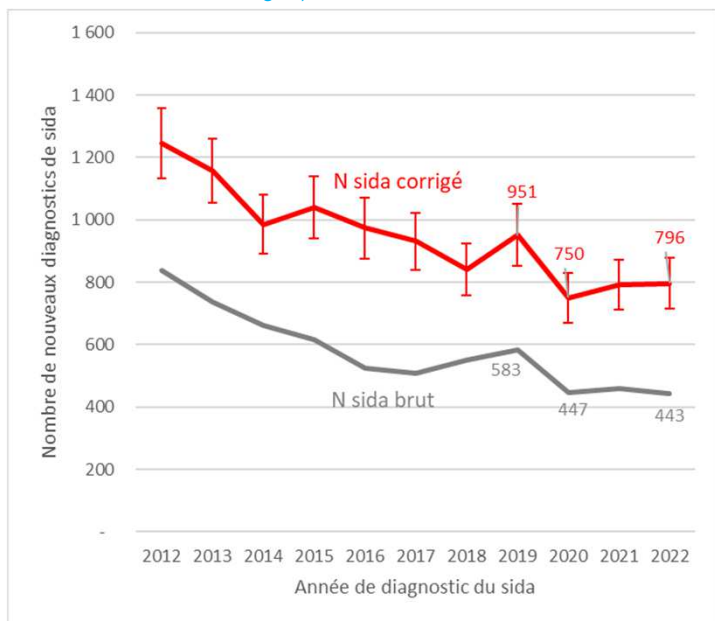
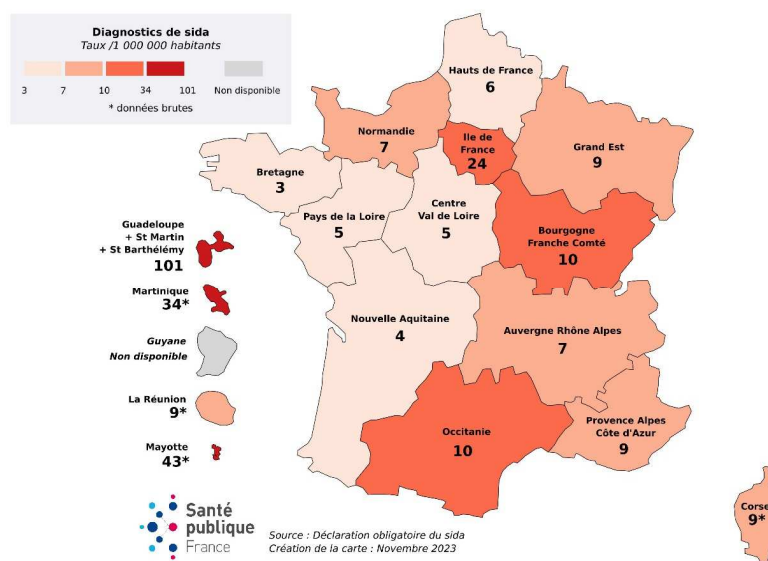


Figure 10. Taux de diagnostics de sida par région de domicile par million d'habitants (nombres corrigés), France, 2022



Source : Santé publique France, DO sida, données au 30/06/2023

Les personnes diagnostiquées avec un sida en 2022 avaient un âge médian de 44 ans. Parmi elles, 67% ignoraient leur séropositivité (proportion fluctuant entre 65% et 69% depuis 2018), et donc n'avaient pu bénéficier d'antirétroviraux (ARV) avant le sida, et 18% connaissaient leur séropositivité mais n'avaient pas été traitées par ARV. Seuls 16% avaient reçu des ARV pendant au moins 3 mois. Les données recueillies via la DO ne permettent pas de connaître l'observance ni la durée totale de ce traitement.

Sur la période 2020-2022, la proportion de personnes connaissant leur séropositivité mais n'ayant pas reçu d'ARV était similaire chez les HSH nés en France (11%) et à l'étranger (12%). Elle était de 15% chez les hétérosexuel.le.s né.e.s en France, et nettement plus élevée (21%) chez les hétérosexuel.le.s né.e.s à l'étranger.

L'ignorance de la séropositivité avant le diagnostic de sida concernait 75% des HSH nés en France comme de ceux nés à l'étranger, 63% des hétérosexuel.le.s né.e.s en France et 60% des hétérosexuel.le.s né.e.s à l'étranger diagnostiqués en 2020-2022.

En 2022, les pathologies inaugurales de sida les plus fréquentes (>5%), identifiées de façon isolée, étaient la pneumocystose (26%), la toxoplasmose cérébrale (13%), la tuberculose pulmonaire (10%) et extra-pulmonaire (8%), la candidose œsophagienne (8%), le Kaposi (7%), les lymphomes (6%). La part des pathologies inaugurales multiples était de 21% en 2022, après avoir augmenté régulièrement, de 15% des diagnostics de sida en 2015 à 22% en 2021.

SURVEILLANCE DES IST BACTÉRIENNES

INFECTIONS À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

Activité de dépistage

Dépistages remboursés en secteur privé et en secteur public (hors hospitalisations) (SNDS)

En 2022, 2,6 millions de personnes de 15 ans et plus ont été dépistées au moins une fois pour une infection à *Chlamydia trachomatis* (Ct), soit un taux national de dépistage de 47 pour 1 000 habitants de 15 ans et plus (Figure 11).

Plus des deux tiers (70%) des personnes dépistées en 2022 sont des femmes, avec un taux de dépistage plus de deux fois plus élevé chez celles-ci (63 pour 1 000) que chez les hommes (29 pour 1 000). Le taux est encore plus important chez les femmes de 15 à 25 ans (132 pour 1 000), chez lesquelles la HAS recommande un dépistage systématique : « dépistage opportuniste systématique des femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans (inclus), y compris les femmes enceintes » [3].

Entre 2014 et 2022, le taux de personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour une infection à Ct a doublé (22 vs 47 pour 1 000). L'augmentation a été plus importante chez les hommes que chez les femmes (respectivement +134% vs +102%), en particulier chez ceux de 15 à 25 ans (+201%).

Le taux de dépistage de l'infection à Ct est nettement plus élevé dans les départements et régions d'outre-mer -DROM- (à l'exception de Mayotte) qu'en métropole, en particulier en Guyane (138 pour 1 000 habitants). En métropole, il est le plus élevé en Ile-de-France, en Occitanie et en PACA, alors qu'il est le plus faible dans les Hauts-de-France, en Centre-Val de Loire et en Bourgogne-Franche-Comté (Figure 12).

Figure 11. Taux de dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* par sexe et âge pour les 15 ans et plus (personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants), France, 2014-2022

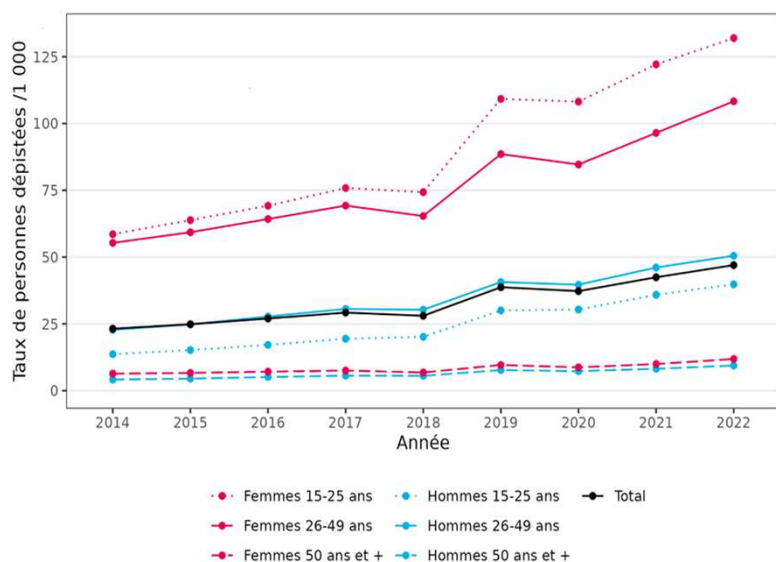
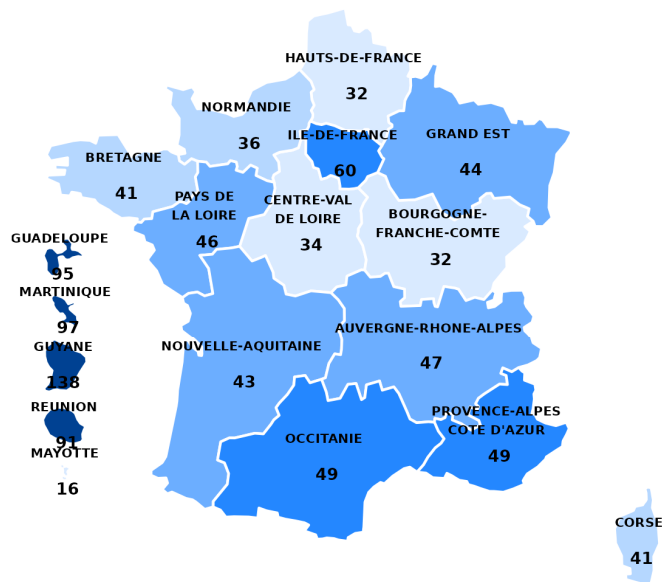


Figure 12. Taux de dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* par région de domicile pour les 15 ans et plus (personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants), France, 2022



L'année 2018 a été une année de modification de la nomenclature des tests de dépistage/diagnostic des infections à Ct

Taux de dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* (%)

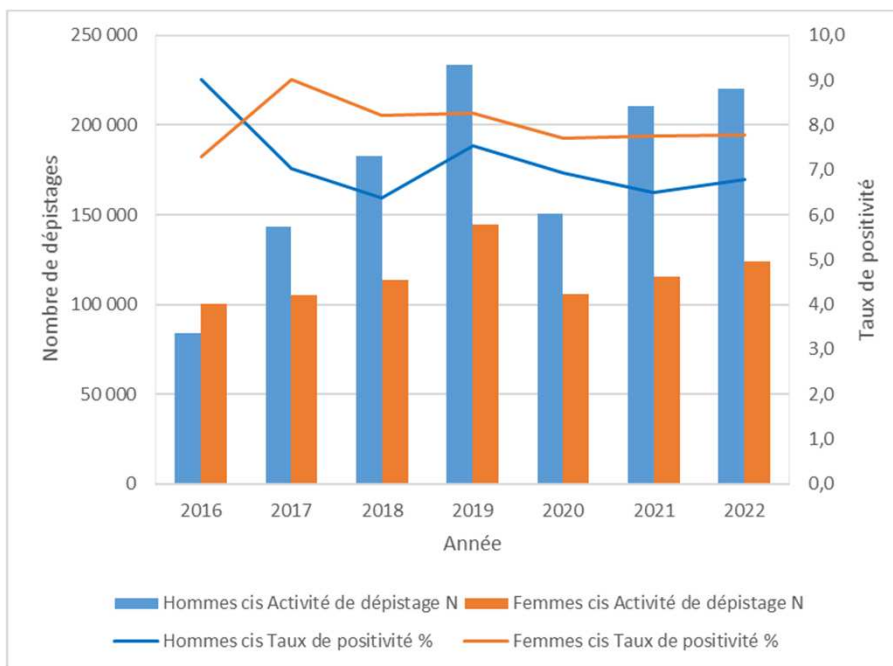
[15,8 ; 34,6[[42,8 ; 47,1[[78,5 ; 137,7]
[34,6 ; 42,8[[47,1 ; 78,5]	

Source : Assurance maladie, Système national des données de santé (SNDS). Exploitation Santé publique France, juillet 2023

Dépistages en CeGIDD (données des Rapports d'activité et de performance-RAP)

En complément de ces dépistages remboursés par l'Assurance maladie, au moins 357 000 dépistages gratuits d'infection à Ct ont été réalisés en CeGIDD en 2022. Ce nombre, qui était en augmentation entre 2016 et 2019, n'a pas retrouvé en 2022 le niveau de 2019 (-10%), suite à la forte diminution observée en 2020 (Figure 13). Mais le nombre de CeGIDD ayant transmis des données d'activité et de dépistage des IST dans les RAP a diminué entre 2019 et 2022 (respectivement 292 vs 264), il est donc difficile d'en conclure à une vraie baisse du nombre de dépistages de Ct en CeGIDD.

Figure 13. Evolution du nombre et du taux de positivité des dépistages des infections à *Chlamydia trachomatis* en CeGIDD, chez les hommes et femmes cis, France, 2016-2022



Source : Données des rapports d'activité et performance (RAP) des CeGIDD. Exploitation Santé publique France

Evolution du nombre de cas, taux d'incidence et taux de positivité

Infections diagnostiquées en secteur privé et traitées (SNDS)

En 2022, le nombre de personnes de 15 ans et plus diagnostiquées pour une infection à Ct au moins une fois dans l'année en secteur privé a été estimé à environ 53 000, soit une augmentation de 5% par rapport à 2021 et de 16% par rapport à 2019. Ce nombre a plus que doublé entre 2014 (environ 23 500) et 2022.

Le taux d'incidence des cas diagnostiqués avec une infection à Ct en 2022 (personnes diagnostiquées au moins une fois dans l'année) est de 95 pour 100 000 personnes âgées de 15 ans et plus, plus élevé chez les hommes que chez les femmes (103 vs 88). En effet, le taux a augmenté de façon plus marquée chez les hommes et a rejoint en 2020, puis dépassé, celui des femmes. Comme les années précédentes, le taux d'incidence en 2022 reste le plus élevé chez les jeunes femmes de 25 ans et moins (275 pour 100 000) (Figure 14). Parmi les hommes, ceux de 26-49 ans présentent le taux d'incidence le plus élevé.

Le taux d'incidence en 2022 est le plus élevé en Guyane (257 pour 100 000 habitants). Le taux est élevé également dans les autres DROM à l'exception de Mayotte (entre 133 et 168), en Ile-de-France (140), en PACA (106) et en Occitanie (102) (Figure 15).

Infections diagnostiquées en CeGIDD (données des RAP et SurCeGIDD)

Le nombre d'infections à Ct diagnostiquées en CeGIDD est d'environ 25 000 en 2022, en diminution de 9% par rapport à 2019. Mais compte-tenu de la diminution du nombre de CeGIDD ayant transmis des données IST dans les RAP entre ces deux années, il est difficile d'en conclure à une vraie baisse du nombre de diagnostics en CeGIDD.

Le taux de positivité des dépistages des infections à Ct en CeGIDD est de 7,1% en 2022 (7,8% chez les femmes cis et 6,8% chez les hommes cis). Ce taux est assez stable sur les années récentes (Figure 13). Le taux de positivité est de 5,0% chez les personnes trans. Parmi les personnes dont les pratiques sexuelles sont connues (données SurCeGIDD), le taux de positivité le plus élevé en 2022 est observé chez les HSH (8,0%).

Les taux de positivité régionaux sont les plus élevés aux Antilles (15,9% en Guadeloupe, 12,0% en Martinique) et en Guyane (10,1%), alors qu'il est le plus faible en Corse (4,0%) (donnée non disponible pour Mayotte) (Figure 16).

Figure 14. Evolution du taux d'incidence des diagnostics d'infection à *Chlamydia trachomatis* en secteur privé par sexe et âge, chez les 15 ans et plus (personnes diagnostiquées au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants), France, 2014-2022

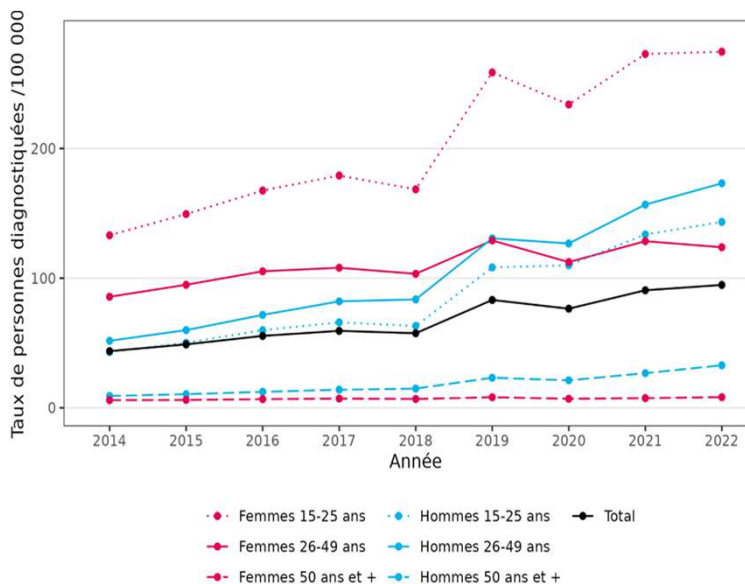
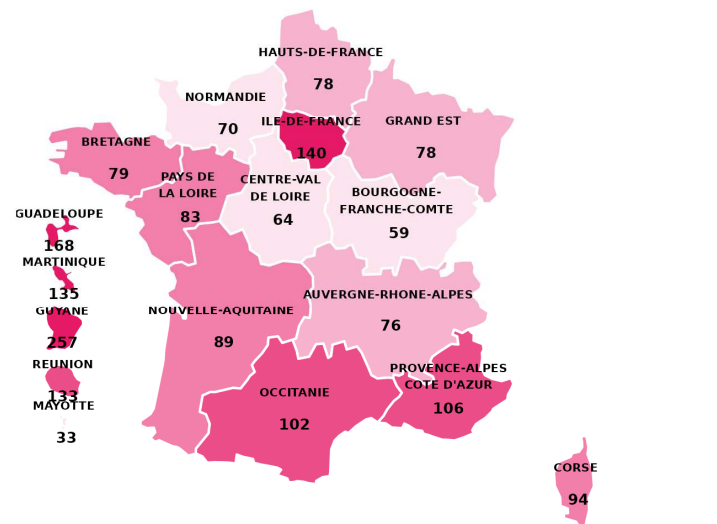


Figure 15. Taux d'incidence des diagnostics d'infection à *Chlamydia trachomatis* en secteur privé, par région de domicile chez les 15 ans et plus (personnes diagnostiquées au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants), France, 2022

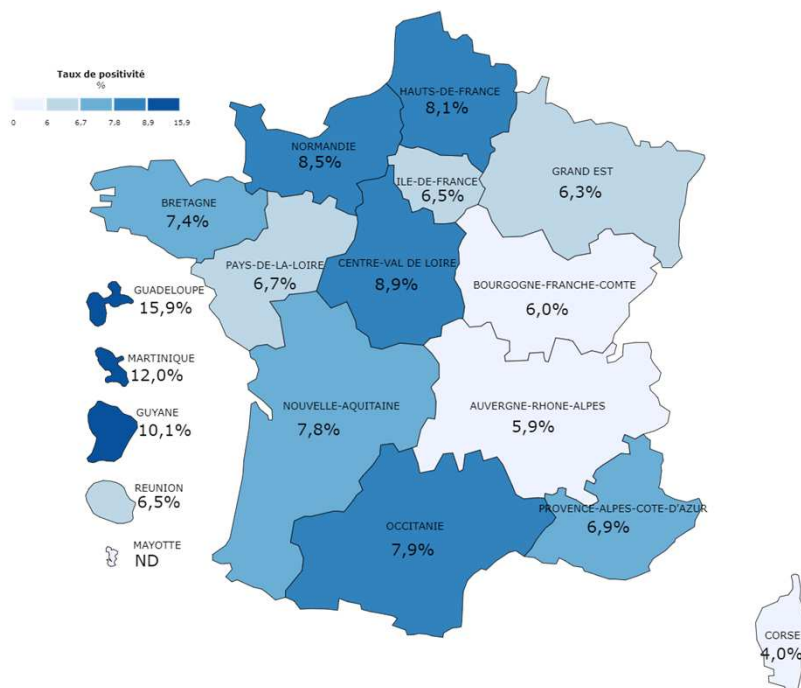


L'année 2018 est une année de modification de la nomenclature des tests de dépistage/diagnostic des infections à Ct

Taux de diagnostic des infections à *Chlamydia trachomatis* pour 100 000 hab.
 [32,7 ; 72,28[[78,64 ; 95,74[[134,16 ; 257,3]
 [72,28 ; 78,64[[95,74 ; 134,16[

Source : Assurance maladie, Système national des données de santé (SNDS). Exploitation Santé publique France, juillet 2023

Figure 16. Taux de positivité (%) des dépistages des infections à *Chlamydia trachomatis* en CeGIDD, par région des CeGIDD, France, 2022



Source : Données des rapports d'activité et performance (RAP) des CeGIDD. Exploitation Santé publique France

Tableau 1. Caractéristiques des cas d'infection à *Chlamydia trachomatis*, de gonococcie et de syphilis récente diagnostiqués dans les CeGIDD, France, 2022

Caractéristiques des cas	Chlamydirose* (N=14 248) %	Gonococcie** (N=10 143) %	Syphilis récente** (N=2 156) %
Source			
RésIST		14,4%	18,3%
SurCeGIDD	100,0%	85,6%	81,7%
Type de CeGIDD*			
Hospitalier	66,0%	68,2%	70,0%
Non hospitalier	34,0%	31,8%	30,0%
Genre			
Hommes cis	70,8%	83,4%	90,9%
Femmes cis	28,9%	15,9%	8,1%
Personnes trans	0,3%	0,7%	1,0%
<i>Données manquantes</i>	0,7%	0,8%	1,0%
Age médian			
Tous	24	27	34
Hommes cis	25	28	34
Femmes cis	21	21	24
Personnes trans	27	30	35
<i>Données manquantes</i>	0,2%	0,4%	0,1%
Classe d'âge			
< 26 ans	60,9%	44,4%	23,8%
26-49 ans	34,9%	48,9%	59,0%
≥50 ans	4,2%	6,7%	17,2%
<i>Données manquantes</i>	0,1%	0,1%	0,1%
Lieu de naissance			
France	80,2%	77,9%	74,9%
Etranger	19,8%	22,1%	25,1%
Afrique subsaharienne	5,4%	5,1%	5,0%
Amérique	8,0%	8,6%	11,6%
Europe (hors France)	2,6%	4,1%	3,8%
Autres	3,9%	5,9%	7,0%
<i>Données manquantes</i>	18,4%	14,1%	15,8%
Pratiques sexuelles au cours des 12 derniers mois			
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	29,2%	63,9%	80,0%
Hommes hétérosexuels	40,2%	18,5%	11,3%
Femmes hétérosexuelles	29,0%	13,2%	7,1%
Femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes	1,7%	4,5%	1,5%
<i>Données manquantes</i>	37,4%	34,8%	35,4%
Au moins 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois*			
Oui	84,7%	90,7%	86,8%
Non	15,3%	9,3%	13,2%
<i>Données manquantes</i>	42,2%	47,3%	53,0%
Signes cliniques d'IST lors de la consultation			
Oui	21,1%	34,3%	40,7%
Non	78,9%	65,7%	59,3%
<i>Données manquantes</i>	23,0%	26,1%	31,5%
Antécédent d'IST bactérienne au cours des 12 derniers mois			
Oui	19,0%	41,8%	53,4%
Non	81,0%	58,2%	46,7%
<i>Données manquantes</i>	37,6%	36,0%	43,5%
Découverte concomitante de séropositivité VIH			
Oui	0,4%	0,7%	1,6%
Non	99,6%	99,3%	98,4%
<i>Données manquantes</i>	12,3%	14,8%	17,3%

* Données issues de SurCeGIDD ; ** Données issues de SurCeGIDD et de RésIST.
Les pourcentages sont calculés sans prise en compte des données manquantes.

Caractéristiques des cas d'infection à *Ct* diagnostiqués en CeGIDD et en médecine générale

En CeGIDD (SurCeGIDD et RésIST)

Les infections à *Ct* diagnostiquées en CeGIDD concernaient 70,8% d'hommes cis, 28,9% de femmes cis et 0,3% de personnes trans (Tableau 1, page 13). L'âge médian des personnes diagnostiquées pour cette IST était de 24 ans, 25 ans chez les hommes cis, 21 ans chez les femmes cis et 27 ans chez les personnes trans. Ainsi, 61% des cas étaient âgés de moins de 26 ans (âge ciblé plus particulièrement chez les femmes par les recommandations de dépistage) et seulement 4% de plus de 50 ans.

Parmi les personnes pour lesquelles l'information était disponible, 20% étaient nées à l'étranger. Les hommes hétérosexuels représentaient 40% des cas, les HSH 29%, les femmes hétérosexuelles 29% et les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF) 2%. La majorité (85%) des personnes avaient eu au moins 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois. Des signes cliniques d'IST étaient identifiés lors de la consultation dans seulement 21% des cas. Un antécédent d'IST bactérienne au cours des 12 derniers mois était connu pour 19% des patients. Une séropositivité VIH a été découverte de façon concomitante au diagnostic de l'infection à *Ct* dans 0,4% des cas.

En médecine générale (réseau Sentinelles)

Les femmes représentaient 50% des cas déclarés en 2022, dont 98% étaient hétérosexuelles (50% de l'ensemble des cas) et 2% FSF [4]. Parmi les hommes, 63% étaient hétérosexuels (31% de l'ensemble des cas) et 37% des HSH (18% de l'ensemble des cas).

Les personnes nées à l'étranger représentaient 11% des cas. La moitié des cas (49%) avaient déclaré avoir eu au moins 2 partenaires au cours des 12 derniers mois. L'infection avait été diagnostiquée en raison de symptômes d'IST dans 43% des cas.

Diagnostics de lymphogranulomatose vénérienne

La lymphogranulomatose vénérienne (LGV) est une infection due aux souches de génovar L de *Ct*. Elle est responsable d'infections anorectales, principalement chez les HSH.

Dans le cadre de l'enquête Anachla 2022 réalisée par le Centre national de référence (CNR) des IST bactériennes, 1 446 échantillons anorectaux positifs à *Ct* ont pu être typés. Parmi ceux-ci, 194 étaient de génovar L, soit une prévalence de la LGV de 13,4%, en baisse significative par rapport à 2021 (17%) ($p=0,02$). Deux cas de LGV ont été retrouvés en Outre-mer (Guadeloupe et Guyane).

Les cas de LGV concernaient 98,5% d'hommes cis (tous des HSH pour les cas pour lesquels le sexe des partenaires était connu) et 1,5% de femmes trans.

La moitié des patients avec une LGV ne présentaient aucun signe clinique anorectal.

INFECTIONS À GONOCOQUE

Activité de dépistage

Dépistages remboursés en secteur privé et en secteur public (hors hospitalisations) (SNDS)

En 2022, 3,0 millions de personnes de 15 ans et plus ont été dépistées au moins une fois pour une recherche de gonococcie, soit un taux national de dépistage de 53 pour 1 000 habitants de 15 ans et plus (Figure 17).

Les trois-quarts des personnes dépistées en 2022 sont des femmes, avec un taux de dépistage près de trois fois plus élevé chez celles-ci (75 pour 1 000) que chez les hommes (29 pour 1 000). Du fait de l'utilisation d'une PCR multiplex permettant de dépister conjointement une infection à gonocoque et une infection à *Ct*, le taux de dépistage est encore plus important chez les femmes de 15 à 25 ans (142 pour 1 000), chez lesquelles il est recommandé un dépistage systématique des infections à *Ct* par la HAS [3].

Entre 2014 et 2022, le taux de personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour une gonococcie a augmenté, et de façon plus marquée depuis 2017. L'augmentation a été plus importante chez les hommes que chez les femmes (taux multiplié par 3,4 chez les hommes et par 1,7 chez les femmes). Après une baisse du taux de dépistage des gonococcies en 2020, en lien avec l'épidémie de Covid-19, ce taux a ré-augmenté et atteint en 2022 un niveau supérieur à celui de 2019 (+17%).

Comme pour le dépistage de l'infection à *Ct*, c'est en Guyane que le taux de dépistage des gonococcies est le plus élevé (138 pour 1 000 habitants), suivi par les autres DROM à l'exception de Mayotte, puis de l'Île-de-France et du sud de la France (régions PACA et Occitanie). Le taux de dépistage le plus faible est observé à Mayotte (20 pour 1 000), puis en Bourgogne-Franche-Comté, dans les Hauts-de-France et en Centre-Val de Loire (Figure 18).

Figure 17. Taux de dépistage des gonococcies par sexe et âge pour les 15 ans et plus (personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants), France, 2014-2022

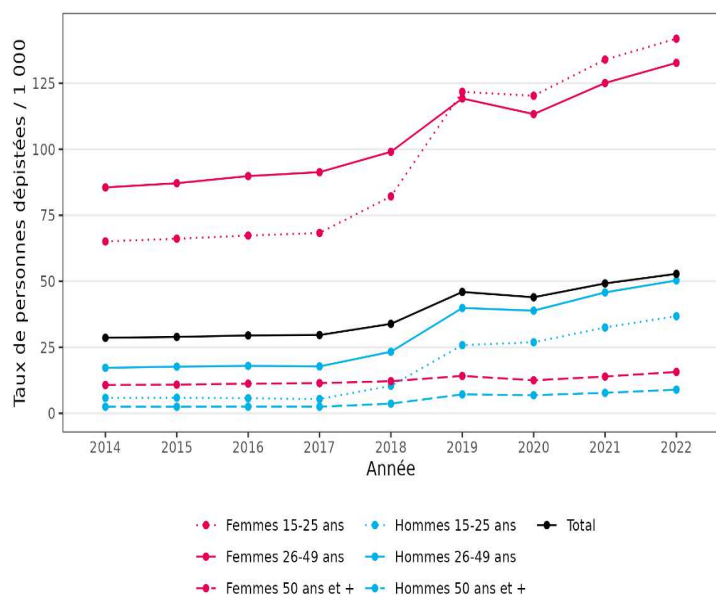
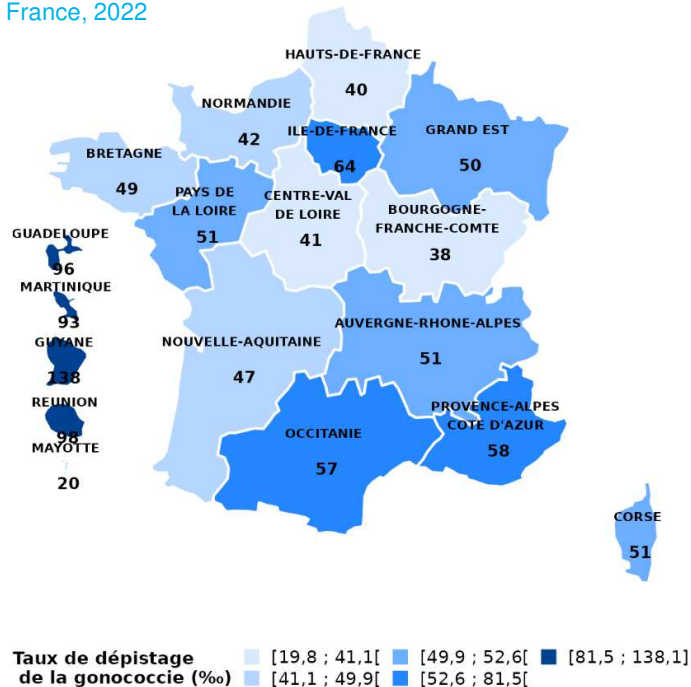


Figure 18. Taux de dépistage des gonococcies par région de domicile pour les 15 ans et plus (personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants), France, 2022



Source : Assurance maladie, Système national des données de santé (SNDS). Exploitation Santé publique France, octobre 2023

Dépistages en CeGIDD (données des RAP)

En complément de ces dépistages remboursés par l'Assurance maladie, environ 365 000 dépistages gratuits d'infection à gonocoque ont été réalisés en CeGIDD en 2022. Ce nombre, qui avait diminué en 2020, a ré-augmenté depuis pour atteindre en 2022 des effectifs voisins de 2019 (Figure 19). Mais compte-tenu de la diminution du nombre de CeGIDD ayant transmis des données IST via les RAP entre ces deux années, il est difficile d'être certain de cette stabilité.

Figure 19. Evolution du nombre et du taux de positivité des dépistages des infections à gonocoque en CeGIDD, chez les hommes et femmes cis, France, 2016-2022

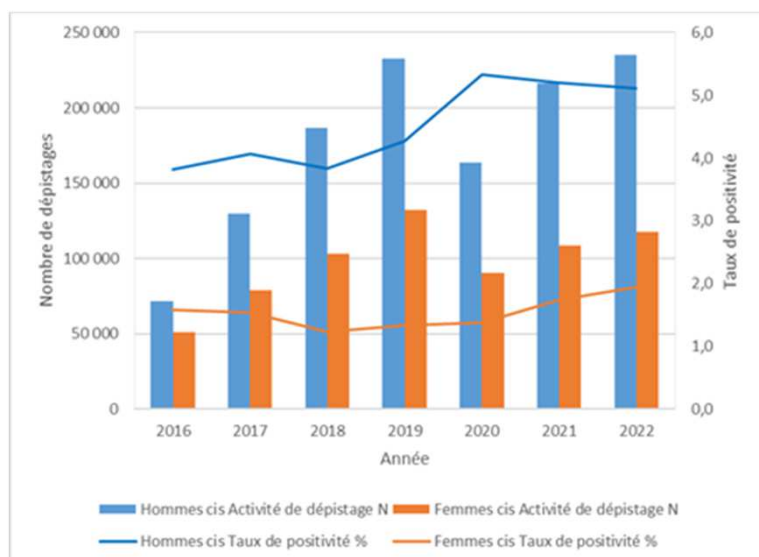
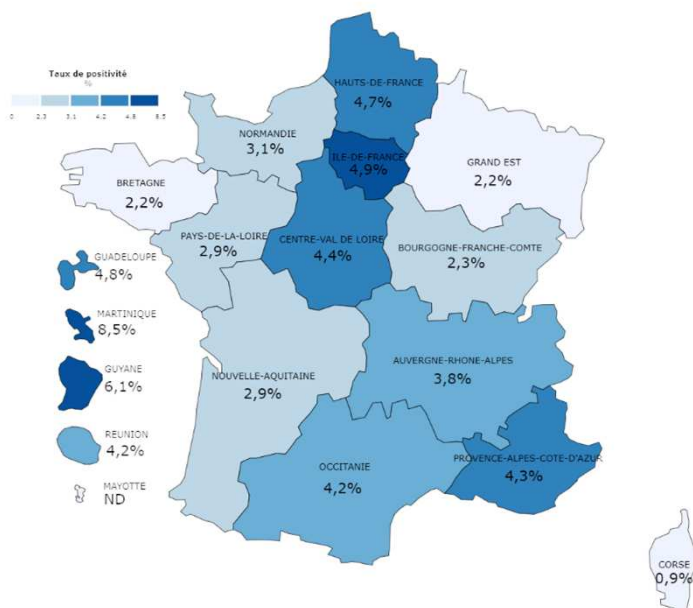


Figure 20. Taux de positivité (%) des dépistages des infections à gonocoque en CeGIDD, par région des CeGIDD, France, 2022



Source : Données des rapports d'activité et performance (RAP) des CeGIDD. Exploitation Santé publique France

Evolution du nombre de cas, taux d'incidence et taux de positivité

Infections diagnostiquées en CeGIDD (données des RAP et SurCeGIDD)

Le nombre de gonococcies diagnostiquées en CeGIDD est d'environ 14 800 en 2022. Ce nombre est en augmentation continue dans les deux sexes depuis 2016 (en dehors d'une baisse en 2020), augmentation plus marquée chez les hommes cis que chez les femmes cis (d'un facteur 4 vs 2).

Le taux de positivité des tests en CeGIDD, égal à 4,1% en 2021 (5,1% chez les hommes cis, 1,9% chez les femmes cis et 4,8% chez les personnes trans), est en augmentation sur les dernières années. Parmi les personnes dont les pratiques sexuelles sont connues, le taux de positivité est près de 5 fois plus élevé chez les HSH (9,3%) que chez les hommes hétérosexuels (1,9%) et les femmes hétérosexuelles (1,7%).

Les taux de positivité sont les plus élevés en Martinique et en Guyane (respectivement 8,5% et 6,1%), en Ile-de-France (4,9%), en Guadeloupe (4,8%) et dans les Hauts-de-France (4,7%) (Figure 20).

Infections diagnostiquées en médecine générale (réseau Sentinelles)

L'incidence annuelle des cas d'infection à gonocoque vus en consultation de médecine générale en métropole a été estimée à 29 300 cas en 2022 [IC95% : 23 809-34 791], alors que l'incidence estimée était en 2021 de 21 750 cas [17 327-26 173] [4].

Caractéristiques des cas de gonococcie diagnostiqués en CeGIDD et en médecine générale

En CeGIDD (SurCeGIDD et RésIST)

Les gonococcies diagnostiquées en CeGIDD concernaient 83,4% d'hommes cis, 15,9% de femmes cis et 0,7 % de personnes trans (Tableau 1, page 13). L'âge médian des personnes diagnostiquées pour cette IST était de 27 ans, 28 ans chez les hommes cis, 21 ans chez les femmes cis et 30 ans chez les personnes trans. Les jeunes de moins de 26 ans représentaient 44% des cas. Parmi les personnes pour lesquelles l'information était disponible, 22% étaient nées à l'étranger. Les HSH représentaient 64% des cas, les hommes hétérosexuels 18%, les femmes hétérosexuelles 13% et les FSF 4,5%. La grande majorité des patients (91%) avaient eu au moins 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois. Des signes cliniques d'IST étaient identifiés lors de la consultation dans un tiers des cas. Un antécédent d'IST bactérienne au cours des 12 derniers mois était rapporté par 42% des patients. Une séropositivité VIH a été découverte de façon concomitante au diagnostic de gonococcie dans 0,7% des cas.

En médecine générale (réseau Sentinelles)

Les hommes représentaient 75% des cas déclarés en 2022 et parmi eux 27% étaient des hétérosexuels et 73% des HSH (54% de l'ensemble des cas) [2]. Les personnes nées à l'étranger représentaient 15% des cas. Dans l'année précédant le diagnostic, un antécédent d'IST avait été retrouvé pour 18% des cas et la notion d'au moins 2 partenaires pour 71% d'entre eux. Des symptômes étaient présents chez 65% des patients.

Evolution de la résistance du gonocoque

En France métropolitaine, les données recueillies par le CNR des IST bactériennes rapportent un taux de résistance du gonocoque aux céphalosporines de 3^{ème} génération faible et relativement stable sur les dernières années. Ainsi, seuls 0,4% des isolats étaient résistants au céfixime et 0,2% à la ceftriaxone en 2022 (enquête ENGON 2022) vs 0,1% et 0,0% respectivement en 2021. En 2022, les souches étaient résistantes à l'azithromycine, traitement associé à la ceftriaxone pour les infections pharyngées (en cas de souche sensible à l'antibiogramme), dans 12,0% des cas vs 9,7% en 2021.

De rares souches de gonocoque résistantes à la ceftriaxone (traitement de 1^{ère} intention des gonococcies) ont été décrites avant 2022 (une en 2017 et deux en 2019), mais depuis juin 2022, cinq souches résistantes à la ceftriaxone, ont été identifiées (deux en 2022 et trois en 2023). De plus, quatre d'entre elles étaient également résistantes à haut niveau à l'azithromycine (souches de gonocoque ultrarésistantes aux antibiotiques, dites XDR). Jusqu'en 2022, ces souches résistantes étaient principalement importées d'Asie (Cambodge, Vietnam), mais il a été établi que l'un des cas identifié en 2023 était un cas autochtone n'ayant pas voyagé.

SYPHILIS

Activité de dépistage

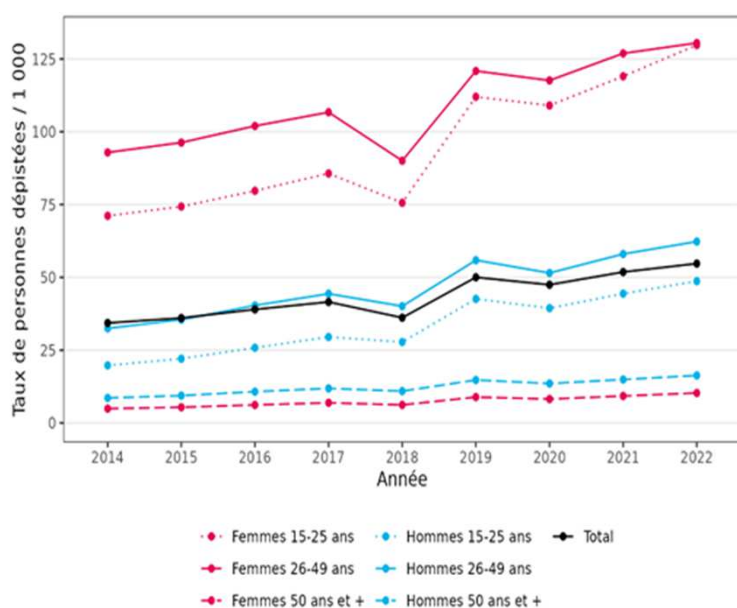
Dépistages remboursés en secteur privé et en secteur public hors hospitalisations (SNDS)

En 2022, 3,1 millions de personnes de 15 ans et plus ont été dépistées au moins une fois pour une recherche de syphilis, soit un taux national de dépistage de 55 pour 1 000 habitants de 15 ans et plus (Figure 21).

Les deux tiers des personnes dépistées en 2022 sont des femmes, proportion élevée expliquée en partie par le dépistage obligatoire de la syphilis pendant la grossesse. Le taux de dépistage est ainsi près de deux fois plus élevé chez celles-ci (70 pour 1 000) que chez les hommes (39 pour 1 000). Le taux de dépistage est plus important chez les 26-49 ans : 130 pour 1 000 chez les femmes et 62 pour 1 000 chez les hommes.

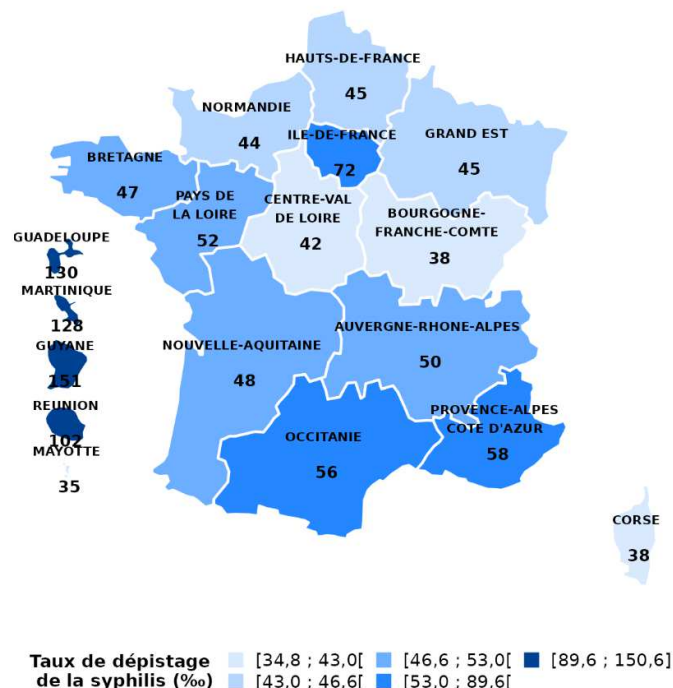
Entre 2014 et 2022, le taux de personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour une syphilis a augmenté de 66%. L'augmentation a été plus marquée chez les jeunes hommes de 15 à 25 ans (+155%). Après une diminution du taux de dépistage de la syphilis en 2020, en lien avec l'épidémie de Covid-19, ce taux a ré-augmenté pour atteindre un niveau supérieur en 2022 à celui de 2019 (+11%). Comme pour le dépistage des autres IST bactériennes, c'est en Guyane que le taux de dépistage de la syphilis est le plus élevé (151 pour 1 000), suivi par les autres DROM (entre 102 et 130, à l'exception de Mayotte), puis de l'Île-de-France (72) (Figure 22).

Figure 21. Taux de dépistage de la syphilis par sexe et âge chez les 15 ans et plus (personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants), France, 2014-2022



Données incomplètes pour l'année 2018

Figure 22. Taux de dépistage de la syphilis par région de domicile chez les 15 ans et plus (personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants), France, 2022



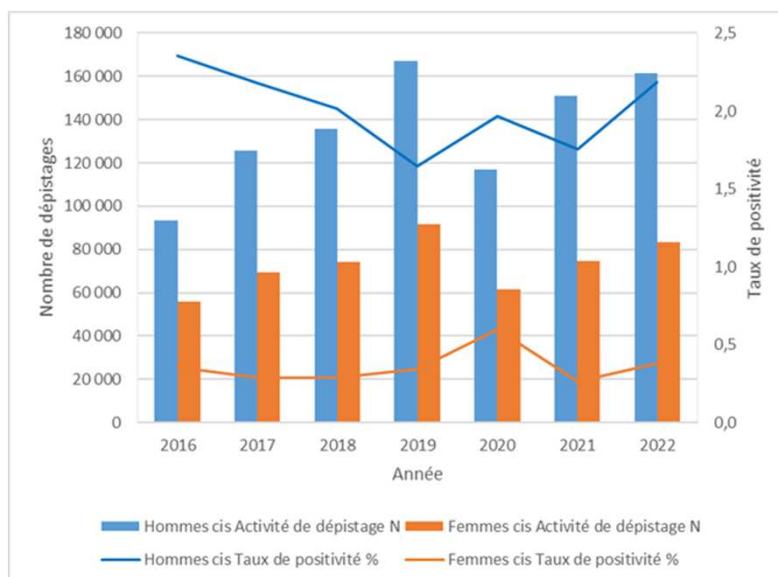
Taux de dépistage de la syphilis (‰) [34,8 ; 43,0[[46,6 ; 53,0[[89,6 ; 150,6[
[43,0 ; 46,6[[53,0 ; 89,6[

Source : Assurance maladie, Système national des données de santé (SNDS). Exploitation par Santé publique France

Dépistages en CeGIDD (données des RAP)

En complément de ces dépistages remboursés par l'Assurance maladie, environ 253 000 dépistages gratuits de syphilis ont été réalisés en CeGIDD en 2022. Ce nombre, qui était en augmentation entre 2016 et 2019, a fortement diminué en 2020 et n'a pas retrouvé encore le niveau de 2019 (-7% entre 2019 et 2022) (Figure 23). Mais compte-tenu de la diminution du nombre de CeGIDD ayant transmis des données IST via les RAP entre ces deux années, il est difficile d'être certain de cette tendance.

Figure 23. Evolution du nombre et du taux de positivité des dépistages de la syphilis en CeGIDD, chez les hommes et femmes cis, France, 2016-2022



Source : Données des rapports d'activité et performance (RAP) des CeGIDD. Exploitation Santé publique France

Évolution du nombre de cas, du taux d'incidence et du taux de positivité

Infections diagnostiquées en secteur privé et traitées (SNDS)

En 2022, le nombre de personnes de 15 ans et plus diagnostiquées pour une syphilis au moins une fois dans l'année en secteur privé a été estimé à environ 6 000, soit une augmentation de 27% par rapport à 2019.

Le taux d'incidence des cas diagnostiqués avec une syphilis en 2022 (personnes diagnostiquées au moins une fois dans l'année) est de 10 pour 100 000 personnes âgées de 15 ans et plus. Ce taux est en augmentation, de façon plus marquée en 2022, en particulier chez les hommes. Il reste plus élevé chez les 26 à 49 ans (18 pour 100 000), les hommes de 26 à 49 ans présentant les taux les plus élevés (34 pour 100 000) (Figure 24).

Le taux d'incidence en 2022 est élevé dans les DROM à l'exception de Mayotte, notamment en Guyane et en Guadeloupe (respectivement 23 et 20 pour 100 000). En métropole, les taux les plus élevés sont observés en Ile-de-France (23 pour 100 000), puis en Pays de la Loire, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie (Figure 25).

Infections diagnostiquées en CeGIDD (données des RAP et SurCeGIDD)

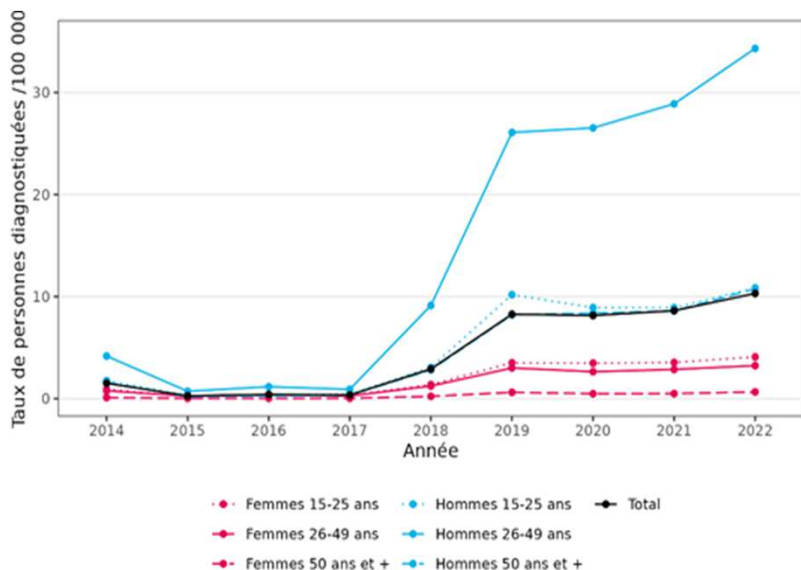
Le nombre de syphilis diagnostiquées en CeGIDD est d'environ 4 100 en 2022, nombre qui est assez stable sur la période 2016-2021 mais a augmenté de 26% entre 2021 et 2022.

Le taux de positivité des dépistages, égal à 1,6% en 2022, est stable depuis 2016. Chez les femmes cis, hormis une augmentation du taux de positivité en 2020 liée à la diminution des dépistages, ce taux est stable également (0,4% en 2022) (Figure 23). Chez les hommes cis, le taux de positivité est de 2,2% en 2022 et a augmenté par rapport à 2019 pour réatteindre le niveau de 2017. Chez les personnes trans, le taux est de 4,8% en 2022.

En 2022, les taux de positivité des dépistages de syphilis en CeGIDD sont les plus élevés à La Réunion (4,3%) et en Occitanie (3,1%) (Figure 26).

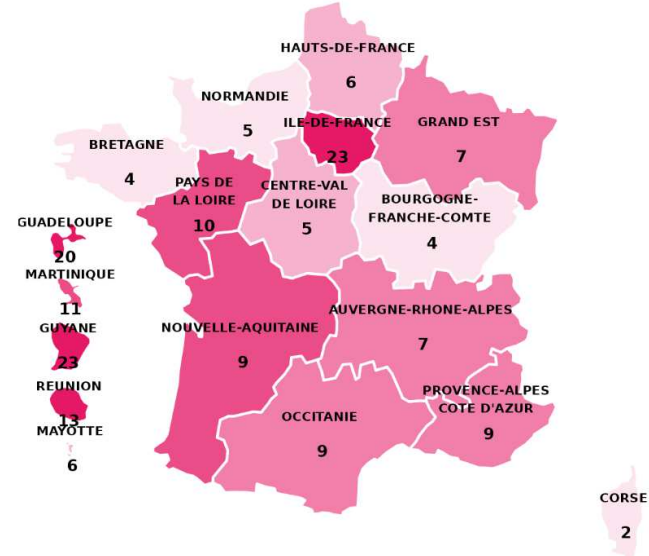
Lorsque l'information sur le sexe des partenaires est disponible, le taux de positivité est 8 fois plus élevé chez les HSH que chez les hommes hétérosexuels et que chez les femmes hétérosexuelles.

Figure 24. Evolution du taux d'incidence des diagnostics de syphilis en secteur privé par sexe et âge, chez les 15 ans et plus (personnes diagnostiquées au moins une fois dans l'année pour 100 000 habitants), France, 2014-2022



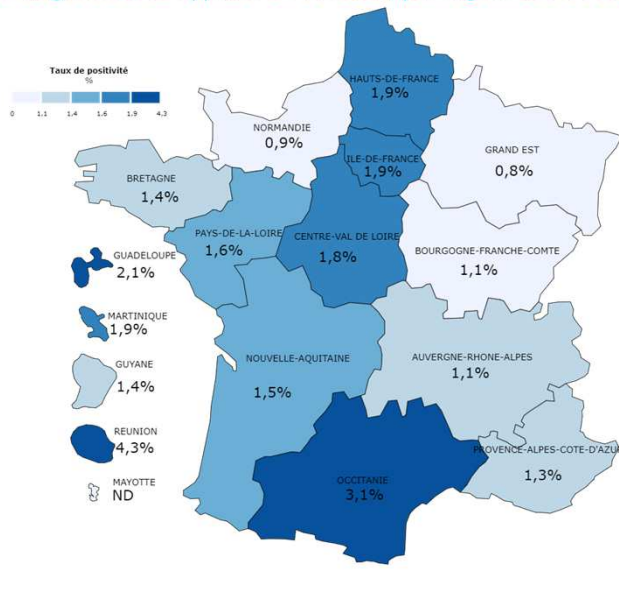
Données non interprétables jusqu'en 2018 en raison de la rupture d'extencilline

Figure 25. Taux d'incidence des diagnostics de syphilis en secteur privé, par région de domicile chez les 15 ans et plus (personnes diagnostiquées au moins une fois dans l'année pour 100 000 habitants), France, 2022



Taux de diagnostic de la syphilis pour 100 000 hab. [2,0 ; 4,86[[4,86 ; 6,58[[6,58 ; 9,02[[9,02 ; 12,54[[12,54 ; 23,3]

Figure 26. Taux de positivité des diagnostics de syphilis en CeGIDD, par région des CeGIDD, chez les 15 ans et plus, France, 2022



Source : Données des rapports d'activité et performance (RAP) des CeGIDD. Exploitation Santé publique France

Caractéristiques des cas de syphilis diagnostiqués en CeGIDD et en médecine générale

En CeGIDD (SurCeGIDD et ResIST)

Les cas de syphilis récente diagnostiqués en CeGIDD en 2022 ont concerné 91% d'hommes cis, 8% de femmes cis et 1% de personnes trans (Tableau 1). L'âge médian des personnes diagnostiquées pour cette IST est de 34 ans : 34 ans chez les hommes cis, 24 ans chez les femmes cis et 35 ans chez les personnes trans. La majorité des cas (59%) était âgée de 26 à 49 ans. Parmi les personnes pour lesquelles l'information était disponible, 25% étaient nées à l'étranger. Les HSH représentaient 80% des cas, les hommes hétérosexuels 11%, les femmes hétérosexuelles 7% et les FSF 1,5%. La majorité des patients (87%) avaient eu au moins 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois. Des signes cliniques d'IST étaient identifiés lors de la consultation dans moins de la moitié des cas (41%). Un antécédent d'IST bactérienne au cours des 12 derniers mois était déclaré par 53% des patients. Une séropositivité VIH a été découverte de façon concomitante au diagnostic de syphilis chez 1,6 % des patients. La syphilis était diagnostiquée à un stade primaire dans 64% des cas, tandis qu'elle était diagnostiquée à un stade secondaire dans 16% et latent précoce dans 19%.

En médecine générale (réseau Sentinelles)

Les caractéristiques des cas de syphilis diagnostiqués en médecine générale en 2022, quel que soit leur stade, étaient assez similaires à celles des cas diagnostiqués en CeGIDD. Les hommes représentaient 84% des cas déclarés, dont 82% étaient des HSH (71% de l'ensemble des cas) [4]. Les personnes nées à l'étranger représentaient 14% des cas. Dans l'année précédant le diagnostic, 10% des patients avaient déjà eu une IST bactérienne et 69% déclaraient au moins 2 partenaires sexuels. Parmi l'ensemble des cas, 28% étaient connus comme séropositifs pour le VIH. La syphilis était diagnostiquée à un stade récent dans 76% des cas, tardif dans 11% et indéterminé dans 13%.

Cas de syphilis congénitale

L'OMS a fixé un objectif d'élimination de la syphilis congénitale, avec une cible pour la région Europe de moins de 10 cas pour 100 000 naissances vivantes en 2025 et de moins de 1 cas pour 100 000 en 2030.

Les données disponibles actuellement en France ne permettent pas de préciser la fréquence exacte de la syphilis congénitale. A partir des données extraites de la base PMSI sur la période 2004-2007, entre 4 et 6 cas de syphilis congénitale par an avaient pu être confirmés par les établissements de soins. Le nombre de cas identifiés en 2007 correspondait à un taux de prévalence de 0,7 pour 100 000 naissances vivantes. Les données recueillies ont montré qu'un peu plus de deux tiers des femmes n'avaient pas bénéficié de suivi durant leur grossesse. Les données du PMSI ont été à nouveau exploitées sur la période 2012-2019 et les cas repérés ont fait également l'objet d'une validation auprès des établissements de soins. Le nombre de cas repérés varie entre 21 et 46 selon les années. Globalement, 57% de ces cas ont été confirmés comme des cas de syphilis congénitale par les établissements ayant répondu à la demande de validation. Cette nouvelle exploitation du PMSI semble donc indiquer un nombre annuel de cas plus important que durant les années 2000.

La Guyane connaît une situation particulière qui est suivie avec attention localement, avec une recrudescence de cas de syphilis congénitale constatée dans les données du PMSI sur les années récentes, suite à une alerte lancée en 2022 par les médecins du Centre hospitalier de l'Ouest guyanais.

Ces constats doivent absolument inciter les professionnels de santé à vérifier dans le dossier médical des femmes enceintes, en cours de grossesse, à l'accouchement et avant la sortie de la maternité, que des résultats d'une sérologie syphilis y figurent et à la prescrire à nouveau en cas d'exposition à risque.

DISCUSSION - CONCLUSION

Les données épidémiologiques disponibles sur le VIH ont été fragilisées ces dernières années et notamment depuis la crise sanitaire associée à la Covid-19, en raison de la baisse de participation des professionnels de santé à la surveillance. Cette année, il faut néanmoins souligner la nette amélioration de l'exhaustivité de plusieurs systèmes de surveillance, grâce à la participation accrue des professionnels de santé notamment hospitaliers à la DO du VIH, à celle des biologistes à l'enquête LaboVIH et à celle des CeGIDD à la surveillance de l'activité de dépistage/diagnostic dans ces structures.

Une nouvelle approche d'imputation multiple a été appliquée cette année aux données de LaboVIH pour mieux estimer les valeurs des laboratoires non-répondants (cf. Annexes), et appliquée à la période 2012-2022. Les estimations ont donc été revues, notamment le nombre estimé de tests positifs qui est plus élevé que celui estimé l'année dernière, ainsi que le nombre estimé de découvertes de séropositivité, et la précision des estimations a été améliorée.

La méthode d'estimation et d'application de l'exhaustivité de la DO du VIH a également été revue (cf. Annexes). Ce travail a révélé un taux d'exhaustivité beaucoup plus élevé à l'hôpital qu'en ville, cette différence s'étant accentuée depuis la crise sanitaire de 2020. L'exhaustivité globale a donc été utilisée pour produire une estimation haute du nombre de découvertes de séropositivité, et l'exhaustivité hospitalière pour produire une estimation basse.

Dans un contexte d'augmentation régulière depuis plusieurs années de l'activité de dépistage du VIH, la diminution observée entre 2019 et 2020 a désormais été totalement rattrapée en 2022 avec 6,5 millions de sérologies réalisées, ce qui permet de retrouver une évolution globalement à la hausse. Le dépistage représente vraiment l'un des enjeux majeurs de la lutte contre l'épidémie, l'objectif étant d'atteindre le premier 95 de la cascade de prise en charge (à savoir que 95% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur séropositivité). L'expérience de villes dans lesquelles une baisse des contaminations par le VIH a été observée ces dernières années (Sydney, Londres ou Amsterdam), montre que cet objectif y a été atteint, voire dépassé. Les régions françaises dans lesquelles l'activité de dépistage du VIH est la plus importante sont souvent celles qui présentent une part plus importante de diagnostic précoces, d'où l'importance d'un dépistage proposé en soins primaires et répété si besoin.

Le nombre de découvertes de séropositivité VIH estimé en 2022 est compris entre 4 200 et 5 700, nombre qui a diminué globalement depuis 2012 et de façon plus marquée chez les HSH nés en France. Cette diminution est à mettre en regard avec le recours à la PrEP pour une part d'entre eux (données ERAS 2023, p.22) qui nécessiterait néanmoins de bénéficier plus largement à cette population et aux autres populations exposées au VIH. Il s'agit là d'un autre enjeu majeur de la lutte contre le VIH.

Suite à la forte diminution entre 2019 et 2020, le nombre de découvertes de séropositivité a réaugmenté en 2021 et 2022, mais reste inférieur à celui de 2019. La réaugmentation entre 2020 et 2022 touche plus particulièrement les personnes nées à l'étranger, qu'elles aient été contaminées par rapports hétérosexuels ou rapports sexuels entre hommes, et pourrait être expliquée par un rattrapage des diagnostics non faits antérieurement. Une augmentation des contaminations ou une reprise des flux migratoires pourraient aussi être des facteurs explicatifs, sachant qu'il est difficile de statuer sur ce dernier point, car si le nombre d'entrées sur le territoire avait réaugmenté en 2021 (données Insee), les données de l'année 2022 ne sont pas encore disponibles. Chez les personnes nées à l'étranger, la réaugmentation récente des diagnostics et la part importante de diagnostics tardifs (chez les hommes et femmes hétérosexuels), alors qu'une part importante des contaminations survient après la migration [5], confirment la nécessité de garantir à ces populations un accès aux soins et d'intensifier les actions de prévention à leur égard. Elles doivent absolument pouvoir bénéficier de l'ensemble des dépistages et des vaccinations nécessaires, et de la prévention combinée dont la PrEP.

L'augmentation du dépistage des IST bactériennes se poursuit en 2022, ce qui est favorable au contrôle de leur diffusion grâce à la possibilité d'un traitement précoce. Cette augmentation s'accompagne d'une augmentation du nombre de diagnostics des infections à Ct, de la syphilis et des gonococcies (données des CeGIDD), qui peut aussi être expliquée par une possible augmentation de l'incidence. Cependant, il est à noter que si les deux tiers des dépistages remboursés ont concerné des femmes, les IST bactériennes sont au moins aussi fréquentes chez les hommes (infections à Ct), voire beaucoup plus fréquentes chez les hommes (syphilis et gonococcie), chez les HSH en particulier. Ceci interroge les stratégies de dépistage et encourage à promouvoir le dépistage des hommes pour améliorer le contrôle de ces épidémies. Le dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes, si besoin répété, est également primordial pour limiter le nombre de syphilis congénitale et tendre vers l'élimination de cette infection chez l'enfant.

Le nombre de souches de gonocoque ultrarésistantes aux antibiotiques (XDR), en particulier à la ceftriaxone et à l'azithromycine, s'est accru avec quatre souches identifiées en 2022-2023. La plupart de ces souches sont des cas importés suite à un voyage en Asie du Sud-Est. Cependant, un cas autochtone a pu être observé en 2023. Ces souches de gonocoque XDR échappent aux premières lignes thérapeutiques et contenir leur propagation est important. Dans ce contexte, une resensibilisation des professionnels de santé (en particulier les biologistes et les médecins) à cette problématique et aux recommandations (conseils de prévention aux voyageurs, réalisation de culture et antibiogramme devant une infection symptomatique ou une infection au retour d'un voyage en Asie, vérification de la guérison) est nécessaire.

PRÉVENTION

Données comportementales : La PrEP chez les HSH (ERAS 2023)

La prophylaxie pré-exposition (PrEP) est un outil de prévention de l'infection au VIH pour les populations à haut risque d'exposition, dont les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH). Depuis 2021, la primo prescription peut être délivrée en médecine de ville, en plus des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) ou de l'hôpital.

Enquête Rapport au Sexe (ERAS) est une enquête transversale anonyme, auto-administrée par un questionnaire en ligne, basée sur le volontariat pour les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, la 4ème édition a été réalisée du 24 février au 6 avril 2023. Les premiers résultats de cette édition décrivent les profils des HSH éligibles à la PrEP, qu'ils l'utilisent ou pas au cours des 6 derniers mois, et déterminent les facteurs associés à sa non-utilisation.

Sur les 19 307 répondants rapportant être des HSH, Cisgenre, résider en France et ne pas vivre avec le VIH, 6 439 répondants (33,4%) répondaient aux critères d'éligibilité à la PrEP. Ont été considérés comme éligibles à la PrEP, les répondants multipartenaires non-séropositifs pour le VIH ayant déclaré le non-usage systématique du préservatif avec des partenaires occasionnels dans les 6 derniers mois lors de pénétrations anales. Parmi ces éligibles à la PrEP 3 278 (50,9%) l'avaient utilisé au cours des 6 derniers mois et 3 161 (49,1%) ne l'avaient pas utilisé.

Par rapport aux usagers, les non-usagers étaient plus jeunes, moins souvent urbains, moins éduqués, avec une situation financière moins privilégiée. Ils étaient moins socialement connectés à la communauté gay et à ses modes de vie. Ils étaient également plus éloignés du système de soins et de l'offre médicale en santé sexuelle.

Nos résultats soulignent la persistance de freins individuels et structurels à l'utilisation de la PrEP au sein d'une population de HSH ayant des comportements sexuels à hauts risques d'expositions au VIH. Pour l'instant, l'ouverture de la primo-prescription de la PrEP en médecine de ville n'atteint pas les objectifs attendus, dont la diversification des caractéristiques socio-démographiques des usagers éligibles.

Ces résultats seront développés dans un article publié dans le BEH thématique « VIH et autres infections sexuellement transmissibles : enjeux de la surveillance et de la prévention » à paraître le 12 décembre 2023.

Sommaire du BEH thématique VIH et autres IST

- Diagnostics d'infection à VIH chez des hommes nés à l'étranger, contaminés par rapports sexuels entre hommes, France, 2012-2021.
- Surveillance des infections sexuellement transmissibles bactériennes en médecine générale, France métropolitaine, 2020-2022.
- Prévalence des infections à *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae* et à VIH à Mayotte : enquête de santé en population générale "Unono Wa Maore, 2019.
- Utilisation d'un dispositif de marketing social auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) en temps de crise : le cas de l'épidémie de Mpox en France.
- Prophylaxie pré-exposition (PrEP) VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) répondant à l'Enquête Rapport au Sexe 2023 : qui sont les éligibles ? Qui sont les usagers ?

Campagne 1^{er} décembre sur la prévention combinée « Tout le monde se pose des questions sur la sexualité »

Pour cette édition 2023 de la Journée nationale de lutte contre le VIH, Santé publique France diffuse du 24 novembre au 15 décembre une campagne centrée sur la prévention combinée du VIH et des IST.

Ce deuxième chapitre de la campagne « Tout le monde se pose des questions sur la sexualité », diffusée à l'occasion de la semaine de la santé sexuelle, a pour objectif d'informer sur la diversité et la complémentarité des outils de protection et de dépistage et d'inciter à se renseigner sur chacun d'entre eux.

Cette campagne s'adresse à la population générale mais également aux populations clés de la lutte contre le VIH, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ainsi que les professionnels de santé.

Elle est diffusée en télévision, affichage, digital et prévoit des outils pour les acteurs de terrain.

Télévision

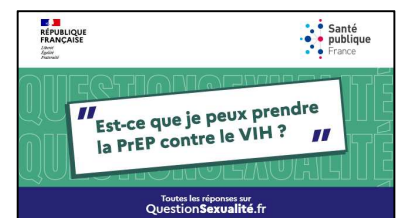


Affichage (grand public et communautaire)

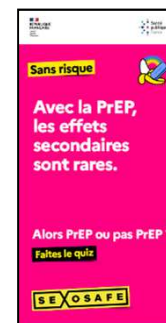
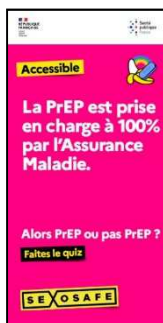


Digital

A destination du grand public



A destination des HSH



Volet à destination des personnes originaires d'Afrique sub-saharienne

A l'occasion de cette campagne, Santé publique France, en collaboration avec l'association Vers Paris sans sida, a souhaité accorder une attention particulière aux personnes originaires d'Afrique subsaharienne.

Outre la **promotion de la prévention combinée en affichage, en digital et via les outils de terrain**, la campagne 2023 fait un **focus sur la PrEP** pour les populations migrantes qui ont encore trop peu accès à cet outil de prévention.

Afin d'élargir l'accès à la PrEP :

- un publi-rédactionnel est diffusé dans la presse professionnelle. Il rappelle l'importance de l'accès de l'ensemble des populations clés à la PrEP et les modalités de prescription pour les femmes ;
- une émission radio y sera dédiée sur Africa Radio ;
- un roman photos de Vers Paris sans sida est proposé au [téléchargement](#) et à la commande sur le site de Santé publique France.



Presse professionnelle



Nos ressources sur la santé sexuelle

Retrouvez **les vidéos** « Tout le monde se pose des questions » sur le site [Question Sexualité](#)

Retrouvez **les outils de la campagne pour les acteurs de terrain**.

Retrouvez **les affiches et tous nos documents** sur notre site internet santepubliquefrance.fr

Retrouvez également tous **nos dispositifs de prévention** aux adresses suivantes :

OnSEXprime pour les jeunes : <https://www.onsexprime.fr/>

QuestionSexualité pour le grand public : <https://www.questionsexualite.fr>

Sexosafe pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes : <https://www.sexosafe.fr>

REMERCIEMENTS

Nous remercions pour leur contribution à la surveillance du VIH et des IST bactériennes :

- les biologistes qui participent à LaboVIH et à la déclaration obligatoire du VIH,
- les cliniciens, TEC et COREVIH qui participent à la déclaration obligatoire du VIH/sida,
- les médecins de santé publique en ARS et l'ensemble de leurs collègues,
- les CeGIDD qui ont adressé leur rapport d'activité et de performance ainsi qu'une extraction de leurs données individuelles dans le cadre de la surveillance SurCeGIDD,
- le CNR du VIH,
- le CNR des IST bactériennes, les biologistes et les cliniciens participant aux enquêtes du CNR,
- l'IPLESP, Sorbonne Université, Inserm qui coordonne le réseau Sentinelles et tous les médecins généralistes qui participent à ce réseau,
- la CNAM pour les données concernant VIHTest,
- les personnels de Santé publique France :
 - les techniciens d'informations épidémiologiques de l'unité VIH-Hépatites B/C-IST de la Direction des maladies infectieuses (DMI) pour la gestion des déclarations obligatoires du VIH et du sida
 - la Direction appui, traitement et analyses de données (DATA) pour les extractions du SNDS
 - les référents VIH/IST des cellules régionales de Santé publique France pour l'animation de la surveillance en région et la valorisation des données régionales

Références

[1] Velter A, Champenois K, Rojas Castro D, Lydié N. Impact perçu de l'épidémie de Covid-19 des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en France. Enquête ERAS Covid-19, 30 juin-15 juillet 2020. Bull Epidemiol Hebd 2020;33-34:666-72.

[2] Pichon P, Cazein F, Dollfus C, Lot F. Découvertes d'infection à VIH chez les enfants en France, 2010-2021. Bull Epidemiol Hebd 2022;24-25:463-8.

[3] HAS. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis, Septembre 2018. Synthèse de la recommandation en santé publique.

[4] IPLESP, Sorbonne Université, Inserm. Bilan d'activité 2022 du réseau Sentinelles. (<https://www.sentiweb.fr/document/6012>)

[5] Desgrées du Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, et al; groupe ANRS-Parcours. Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ? Estimation dans l'Étude Parcours (ANRS). Bull Epidemiol Hebd. 2015;40-41:752-8.

Rédaction ou relecture

Florence Lot, Françoise Cazein, Emilie Chazelle, Gilles Delmas, Cheick Kounta, Amber Kunkel, Pierre Pichon, Harold Noël, Bruno Coignard (Direction des maladies infectieuses), Elise Brottet, Quiterie Mano, Virginie de Lauzun (Direction des régions), Anna Mercier, Léïla Roebben, Annie Velter, Pierre Arwidson, François Beck (Direction de la promotion et de la prévention de la santé), **Santé publique France**

Daouda Niaré, Thierry Blanchon, **réseau Sentinelles, Sorbonne Université, Inserm**

Cécile Bébéar, Olivia Peuchant, Cécile Laurier-Nadalie, Béatrice Berçot, **CNR des IST bactériennes**

Karl Stefic, **CNR du VIH**

ANNEXE 1. DISPOSITIF DE SURVEILLANCE DU VIH ET DES IST BACTÉRIENNES

La surveillance du VIH et des IST bactériennes en France repose sur plusieurs dispositifs permettant de couvrir l'activité des lieux de dépistage et de diagnostic (Tableau).

Les données sur l'activité de dépistage du VIH reposent 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 sont complétées par des informations issues du SNDS, par celles des dépistages communautaires par TROD VIH et par les chiffres de ventes d'autotests VIH.

Les données sur les découvertes de séropositivité VIH sont issues de la déclaration obligatoire (DO) du VIH, réalisée par les biologistes et les cliniciens, qui doivent déclarer les cas qu'ils diagnostiquent sur une application web (www.e-do.fr). L'évolution du nombre de découvertes de séropositivité VIH peut être comparée à celle du nombre d'initiations de traitement antirétroviral, issu du SNDS.

Les données de dépistage des IST bactériennes sont issues de l'exploitation des données du SNDS. A ces dépistages, s'ajoutent les dépistages gratuits réalisés en CeGIDD.

Les données concernant les diagnostics d'infection à *Chlamydia trachomatis* (Ct) et de syphilis en secteur privé proviennent du SNDS, grâce à l'élaboration d'un algorithme permettant d'identifier et de chaîner le remboursement d'un test et le remboursement d'un traitement antibiotique adapté. L'algorithme de dépistage et diagnostic des infections à Ct a été perfectionné cette année faisant diminuer les volumes estimés les années passées, mais modifiant peu les tendances temporelles observées. Ces données de diagnostic issues du SNDS sont complétées par celles du réseau Sentinelles qui permettent de décrire les caractéristiques des patients diagnostiqués en médecine générale pour trois IST bactériennes (infection à Ct, gonococcie et syphilis).

De façon complémentaire, le Centre national de référence (CNR) des IST bactériennes fournit des données sur les diagnostics de lymphogranulomatose vénérienne (LGV), ainsi que des données de résistance du gonocoque.

Tableau : Dispositifs de surveillance du VIH et des IST bactériennes en France

Dispositifs	Descriptifs	Indicateurs principaux
LaboVIH	Enquête annuelle réalisée auprès de l'ensemble des laboratoires de biologie médicale (LBM). Les données sont corrigées pour tenir compte des laboratoires non répondants (taux de participation de 78% en 2022 en augmentation par rapport à 2021). En 2023, la méthode de correction a été améliorée (cf. Annexe 2) , grâce à une imputation multiple qui prend en compte l'historique de l'activité des LBM.	Nombre de sérologies VIH réalisées par les LBM, remboursées ou non, avec ou sans prescription médicale, quel que soit le lieu de prélèvement (laboratoire de ville, hôpital ou clinique, CeGIDD...) mais hors dons de sang. Nombre de sérologies positives. Taux de positivité.
Dépistage communautaire du VIH par TROD	Données recueillies auprès des associations subventionnées, et analysées par la Direction générale de la santé (DGS).	Nombre de TROD VIH réalisés par les associations subventionnées.
Ventes d'autotests	Données mensuelles recueillies auprès de la société IQVIA. Les données proviennent de l'extrapolation des données de ventes recueillies de façon automatisée auprès d'un panel de 14 000 pharmacies représentatives des 20 318 officines françaises en termes de taille, localisation, typologie de pharmacie et logiciel de gestion officinale.	Nombre d'autotests vendus en pharmacie (incluant les ventes en ligne).
DO du VIH/sida	DO du VIH réalisée en parallèle par les biologistes et les cliniciens sur une application web (www.e-DO.fr). Les données sont corrigées pour tenir compte de la sous-déclaration, des délais de déclaration et des variables incomplètes. La méthode de correction a été révisée en 2023 (cf. Annexe 2) pour produire une « estimation haute » et une « estimation basse » selon les hypothèses sur l'exhaustivité. L'exhaustivité en 2022 était de 57% globalement, 27% en ville et 77% à l'hôpital, en augmentation par rapport à 2021. DO du sida réalisée par les cliniciens. Les données sont corrigées pour tenir compte de la sous-déclaration à l'hôpital et des délais de déclaration.	Nombre de diagnostics d'infection à VIH (ou découvertes de séropositivité VIH) et caractéristiques des cas. Nombre de diagnostics de sida et caractéristiques des cas.
Surveillance virologique	Surveillance couplée à la DO du VIH, volontaire pour le patient et le biologiste. Réalisation d'un test d'infection récente et d'un sérotypage par le CNR du VIH à partir de gouttes de sang déposées sur buvard à partir du fond de tube.	Nombre de diagnostics d'infection à VIH en infection récente (contamination datant en moyenne de moins de 6 mois)

Dispositifs	Descriptifs	Indicateurs principaux
Système national des données de santé (SNDS)	Données de remboursement de l'Assurance maladie des tests réalisés dans les laboratoires de biologie médicale privés et publics (laboratoires de ville et des établissements de soins, à l'exclusion des tests réalisés dans le cadre d'une hospitalisation dans un établissement public). Données VIHTest. Données de remboursement de l'Assurance maladie des médicaments délivrés. Elaboration d'algorithmes permettant d'identifier et de chaîner le remboursement d'un test et celui d'un traitement antibiotique adapté pour définir des proxy des diagnostics d'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> et de la syphilis. Pour l'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> , cet algorithme a été amélioré avec notamment le retrait de certains antibiotiques peu adaptés à cette infection et le choix de dosages plus précis pour les traitements. Ces modifications entraînent une baisse des estimations de diagnostics fournies les années précédentes. Pour la syphilis, les estimations de diagnostic ne sont pas interprétables avant l'année 2019 en raison de la rupture d'approvisionnement d'extencilline. Extractions réalisées par Santé publique France en juillet 2023.	Nombre de dépistages du VIH et des IST remboursés. Nombre de dépistages VIH réalisés dans le cadre de VIHTest. Proxy du nombre de diagnostics d'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> et de la syphilis.
Surveillance CeGIDD : - Rapports d'activité et de performance (RAP) - SurCeGIDD - RésIST	Données agrégées d'activité de dépistage et de diagnostic des IST des CeGIDD de France via les RAP transmis aux agences régionales de Santé (ARS) et centralisés par la DGS. Taux de retour de plus de 80% des CeGIDD. Recueil automatisé de données individuelles pseudonymisées sur les consultants en CeGIDD. Le taux de participation des CeGIDD a augmenté régulièrement depuis la mise en place de cette surveillance en 2017 pour atteindre 75% en 2022. Taux de couverture variable selon les régions. Surveillance sentinelle par un réseau de cliniciens volontaires exerçant principalement en CeGIDD. Données individuelles anonymisées sur les diagnostics d'infection à gonocoque et de syphilis. Dispositif supprimé fin 2023.	Evolution du nombre de dépistages, de diagnostics et des taux de positivité en CeGIDD pour les infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> , gonocoque et syphilis. Caractéristiques des patients diagnostiqués.
Réseau Sentinelles (IPLESP, Sorbonne Université, Inserm)	Surveillance des diagnostics de trois IST bactériennes (infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> , à gonocoque et syphilis) vus en médecine générale en métropole.	Caractéristiques des patients diagnostiqués en médecine générale.
Enquête Anachla	Recueil d'échantillons anorectaux positifs à <i>Chlamydia trachomatis</i> sur une période de 3 mois par le CNR des IST bactériennes auprès de laboratoires de métropole et des DROM pour la surveillance de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV). En 2022, 1 558 échantillons anorectaux positifs à Ct ont été recueillis en provenance de 134 laboratoires.	Proportion d'échantillons de génotypage L et caractéristiques des cas.
Enquête ENGON	Surveillance de la résistance aux antibiotiques du gonocoque par le CNR des IST bactériennes, basée sur le recueil de souches transmises lors des enquêtes annuelles Engon se déroulant chaque année du 1 ^{er} septembre au 31 décembre. En 2022, 55 laboratoires ont transmis 555 souches avec leurs données cliniques.	Nombre et proportion de souches résistantes aux antibiotiques.

TROD : Test rapide d'orientation diagnostique

CNR : Centre national de référence

CeGIDD : Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH, des hépatites virales et des IST

Les données de dépistage issues du SNDS sont disponibles sur [Géodes](#) : sélectionner « Indicateurs » puis « par déterminants » puis « D » puis « Dépistage des infections sexuellement transmissibles ».

ANNEXE 2. MÉTHODOLOGIE DE CORRECTION DES DONNÉES DE LA SURVEILLANCE DU VIH

Depuis 2006, plusieurs étapes de redressement de LaboVIH et de la DO sont entreprises pour produire des estimations « corrigées » des indicateurs clés. Un travail méthodologique approfondi a été conduit par Santé publique France durant l'année 2023, afin de réexaminer les hypothèses de ces méthodes. Ce travail a permis de découvrir certaines limites, dont une partie a été corrigée cette année. D'autres approches seront explorées en 2024.

Nombres de tests réalisés et de tests confirmés positifs (LaboVIH) :

L'enquête LaboVIH est réalisée chaque année auprès de tous les laboratoires de biologie médicale (LBM) en France. Sont demandés le nombre de tests VIH réalisés et le nombre de tests confirmés positifs pour l'année précédente. Quand un laboratoire ne répond pas, ses valeurs doivent être estimées.

Jusqu'en 2022, les LBM étaient stratifiés par année, région, et type de laboratoire (ville ou hôpital). Les valeurs manquantes étaient remplacées par la médiane des LBM répondants dans chaque strate. Cette année, une nouvelle méthode d'imputation multiple a été mise en œuvre, utilisant l'année et les détails du LBM (région, type, ...) comme variables prédictives. Des variables décrivant l'historique du LBM ont aussi été incluses pour profiter d'une corrélation forte intra-laboratoire et produire des intervalles de confiance plus étroits.

Les estimations ont été recalculées pour la période 2010-2021 ainsi que l'année 2022. Avec la nouvelle méthode, le nombre de sérologies confirmées positives en 2021 a été estimée à 10 162 [IC95% : 9 947-10 378], en comparaison avec 8 948 [IC95%: 8 116-9 779] avec l'ancienne méthode, une différence de +14%. En comparant les estimations avec le nombre de déclarations reçues, et en examinant les régions avec les plus grandes différences entre les deux méthodes, il paraît que l'ancienne méthode sous-estimait le nombre de sérologies confirmées positives.

Cette nouvelle approche est toujours limitée par l'existence des laboratoires avec des fluctuations importantes d'une année à une autre. D'ailleurs, les estimations continueront d'être mises à jour chaque année, pour tenir compte de l'ensemble des données reçues.

Délais de déclaration (DO du VIH) :

Le nombre de déclarations reçues est redressé chaque année pour éviter une fausse baisse à la fin de la période considérée liée aux diagnostics pas encore déclarés. L'approche utilisée pour ces estimations fait l'hypothèse que la distribution des délais de déclaration est stable dans le temps, après stratification par type de déclaration (papier ou en ligne). Cette méthode, révisée au moment de l'introduction de e-DO, n'a pas été modifiée en 2023.

Données manquantes (DO du VIH) :

Certaines données sont manquantes dans les déclarations, particulièrement quand un seul volet, biologiste ou clinicien, est reçu. Cependant, ces données sont souvent nécessaires pour distinguer les découvertes de séropositivité des cas déjà connus ou pour les caractériser. Une imputation multiple est donc implémentée pour compléter cette base.

Les méthodes d'imputation ont été revues cette année et certaines modifications ont été faites : utilisation de méthodes semi-paramétriques ou non-paramétriques, modification de la prise en compte de certaines variables. Ces modifications ont permis d'améliorer les résultats produits, comme par exemple de permettre de présenter les découvertes de séropositivité chez les personnes nées à l'étranger selon l'année de leur arrivée en France.

Certaines variables ne sont pas imputées, notamment celles qui concernent des populations d'effectif limité, comme la transmission mère-enfant. Ces variables sont décrites en utilisant les données brutes.

L'approche d'imputation multiple comprend toujours des limites, et il est important de réduire au maximum les données manquantes pour avoir des estimations fiables.

Sélection des découvertes de séropositivité (DO du VIH) :

A partir de la base imputée, les diagnostics déclarés « sans test antérieur positif » ou avec un test antérieur positif depuis moins de 12 mois sont définies comme des découvertes de séropositivité.

Exhaustivité de la déclaration (DO du VIH) :

L'exhaustivité est définie comme la probabilité qu'une sérologie confirmée fasse l'objet d'une DO par un biologiste ou un clinicien (ou les deux). Pour calculer l'exhaustivité pour une année, le nombre de sérologies confirmées positives et déclarées (après correction pour les délais) est divisé par le nombre de sérologies confirmées positives, non anonymes, estimé par LaboVIH. Les années précédentes, ce ratio était estimé sans référence au type de LBM (ville ou hôpital), et correspondait à une « exhaustivité globale ». Cette année, l'exhaustivité est aussi calculée séparément pour la ville et l'hôpital.

Estimation du nombre de découvertes de séropositivité :

Idéalement, pour estimer le nombre de découvertes de séropositivité, les étapes devraient être les suivantes :

1. Estimation du nombre de découvertes de séropositivité faisant l'objet d'une DO, en prenant en compte les délais de déclaration et les données manquantes selon les méthodes décrites ci-dessus
2. Division de ce chiffre par la probabilité qu'une découverte de séropositivité fasse l'objet d'une DO

Or cette probabilité n'est pas connue. Un proxy est donc utilisé : l'exhaustivité de la DO globale ou hospitalière :

Une personne diagnostiquée en ville bénéficie souvent (mais pas systématiquement) d'une deuxième sérologie de confirmation lors de son recours à l'hôpital pour l'initiation d'un traitement antirétroviral. Cette personne a donc deux opportunités de faire l'objet d'une DO en tant qu'une « découverte », mais l'exhaustivité globale est de 100% uniquement si les sérologies sont toutes les deux déclarées. L'exhaustivité globale sous-estime donc la probabilité qu'une découverte fasse l'objet d'une DO. L'approche basée sur l'exhaustivité globale, présentée les années précédentes comme l'estimation principale, est présentée cette année comme une « estimation haute. »

L'exhaustivité hospitalière étant plus élevée que l'exhaustivité globale, il est possible qu'elle s'approche mieux de la probabilité souhaitée (celle qu'une découverte fasse l'objet d'une DO). Pourtant, cette approche ne reflète pas non plus parfaitement les pratiques sur le terrain, soit parce qu'une sérologie de confirmation n'est pas prescrite à nouveau lors de la prise en charge à l'hôpital, soit parce que le patient ne recourt pas à une consultation hospitalière dans l'année qui suit. L'approche basée sur l'exhaustivité à l'hôpital est ici présentée comme une « estimation basse », à l'échelle nationale comme pour la plupart des régions.

Les deux estimations, haute et basse, ont des intervalles de confiance associés pour résumer l'incertitude introduite pendant le redressement. Une hypothèse faite est que l'exhaustivité ne varie pas avec les caractéristiques du patient. Par conséquent, les descriptions des caractéristiques des nouveaux diagnostics ne dépendent pas de l'exhaustivité. Cette hypothèse est pourtant une limite de cette approche.

Nombre de diagnostics de sida (DO de sida) :

Le nombre de diagnostics de sida est estimé à partir des DO de sida. Le nombre de déclarations de sida est redressé en tenant compte des délais de déclaration en utilisant la même méthode que pour les déclarations VIH. La correction pour la sous-déclaration repose sur l'hypothèse que l'exhaustivité de la DO de sida est la même que le sida soit diagnostiqué en même temps que l'infection à VIH ou ultérieurement. Les années précédentes, l'exhaustivité globale était utilisée pour cette estimation. En 2023, étant donné que la quasi-totalité des déclarations de sida sont faites à l'hôpital, cette estimation est faite en appliquant l'exhaustivité hospitalière. Aucune correction n'est appliquée pour les données manquantes qui sont limitées dans la DO de sida.