

VIH et IST bactériennes

Date de publication : 28.11.2024

ÉDITION HAUTS-DE-FRANCE

Surveillance et prévention des infections à VIH et des IST bactériennes

Bilan des données 2023

SOMMAIRE

Édito	1
Liste des sigles et abbréviations	2
Points clés	3
Infections à VIH et sida	5
Infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes	19
Prévention	25
Pour en savoir plus	30

Édito

La journée mondiale de lutte contre le SIDA est l'occasion de mettre en lumière les avancées notables en matière de prévention et de prise en charge du VIH, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles. Pour autant, notre mobilisation doit se poursuivre en veillant à réduire les inégalités d'accès aux dépistages et à la prise en charge de ces pathologies infectieuses.

La feuille de route régionale santé sexuelle 2024-2028 publiée à l'occasion du 1^{er} décembre traduit la politique volontariste de l'ARS dans le champ de la santé sexuelle. Elle repose sur une approche globale, depuis la promotion d'une vie affective et sexuelle positive et respectueuse de chacun à l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. Elle se fixe pour ambition d'améliorer l'accès de tous les habitants de la région à la prévention (éducation à la vie affective et sexuelle, contraception, réduction des risques ...), aux dépistages (VIH, hépatites, infections sexuellement transmissibles) et aux prises en charge (prise en charge des personnes vivant avec le VIH, des personnes victimes de violences sexuelles et sexistes, des chemsexuels ...) et porte une attention plus particulière aux publics les plus exposés aux risques (infectieux, discriminations, violences, suicide ...) et les plus éloignés du système de soins.

La prévention combinée demeure au cœur de notre action. En témoigne notamment la diversification de l'offre de dépistage à l'appui des dispositifs VIH Test et Mon test IST d'une part, des Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) d'autre part.

La vaccination est également un outil de prévention contre les infections à papillomavirus (HPV), les hépatites A et B et le Mpox avec une offre de vaccination très étoffée sur le territoire régional, à l'appui notamment des CeGIDD.

Je sais pouvoir compter sur l'engagement de tous les acteurs de la santé sexuelle pour la mise en œuvre opérationnelle de notre feuille de route régionale santé sexuelle.

Hugo GILARDI, Directeur Général de l'ARS Hauts-de-France

Liste des sigles et abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

ARV : Antirétroviraux

Ct : *Chlamydia trachomatis*

CD4 : désigne une catégorie de globules blancs appelée lymphocytes T CD4+, qui jouent un rôle crucial dans le système immunitaire.

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CNR : Centre National de Référence

COREVIH : Coordination REgionale de la lutte contre l'infection due au VIH,

DGS : Direction Générale de la Santé

DO : Déclaration Obligatoire

FHDH : French Hospital Database on HIV

IdF : Ile de France

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IP : Inhibiteur de Protéase

HAS : Haute Autorité de la Santé

HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

LaboVIH : est une enquête annuelle réalisée auprès de l'ensemble des laboratoires de biologie médicale. Elle permet de recueillir le nombre de sérologies réalisées chaque année et le nombre de sérologies positives dans les laboratoires d'analyses médicales.

PVVIH : Personnes Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine

SIDA : Le stade avancé de l'infection par le VIH, lorsque le système immunitaire est sévèrement affaibli et que des infections opportunistes ou des cancers spécifiques apparaissent.

SNDS : Système National des Données de Santé

STR : Single Tablet Regimen

TROD : Tests Rapides d'Orientation Diagnostique

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VHB : Virus de l'Hépatite B

Points clés

Infections au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA)

- **Surveillance du VIH :**
 - Participation LaboVIH : la participation dans la région Hauts-de-France a progressé en 2023 et dépasse désormais le niveau observé en France hexagonale hors Ile de France (IdF).
 - Exhaustivité de la déclaration obligatoire (DO) : entre 2022 et 2023, l'exhaustivité de la DO a progressé bien qu'elle reste insuffisante et inférieure à celle observée au niveau de la France hexagonale hors IdF.
- **Dépistage du VIH**
 - Augmentation du dépistage : le dépistage du VIH a montré une progression continue depuis 2021, notamment grâce à des initiatives comme le dispositif "VIH Test", qui facilite l'accès au dépistage pour tous.
 - Différences liées à l'âge : taux de dépistage plus élevé chez les femmes âgées de 15 à 49 ans et faible chez les personnes de plus de 50 ans.
 - Disparités territoriales : taux de dépistage plus faible dans le département de l'Aisne, tandis qu'il était plus élevé et supérieur à celui de la France hexagonale (hors IdF) dans l'Oise.
 - Sérologies positives : légère progression du taux de sérologies positives en 2023, en cohérence avec l'augmentation de l'offre et de l'activité de dépistage.
- **Diagnostic du VIH**
 - Découvertes de séropositivité : le nombre de nouvelles découvertes s'est stabilisé autour de 250 cas annuels depuis 2019, avec une légère augmentation entre 2022 et 2023.
 - Taux de découvertes de séropositivité : stable et inférieur à celui observé en France hexagonale hors IdF en 2023.
 - Principaux modes de contamination : les contaminations surviennent principalement lors de rapports sexuels entre hommes nés en France, suivis des rapports hétérosexuels, en particulier chez les personnes nées à l'étranger.
- **Incidence du VIH et taille de la population non-diagnostiquée**
 - Incidence (nombre de nouvelles contaminations) du VIH : mise à jour pour la première fois depuis 2018, l'incidence dans la région Hauts-de-France a été estimée à 192 cas [IC₉₅ % : 112-273] en 2023 en excluant les personnes contaminées avant leur arrivée sur le territoire.
 - Ces nouvelles contaminations concernent majoritairement les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), suivis des hétérosexuels nés en France.
 - Nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) non diagnostiquées : en 2023, 528 personnes [IC₉₅ % : 429-626] vivaient avec le VIH sans connaître leur séropositivité en Hauts-de-France.
 - Délais médian entre contamination et diagnostic
 - Chez les personnes diagnostiquées en 2023 : 1,9 ans (quantiles : 0,6-5,1).

- Chez les personnes migrantes méconnaissant leur séropositivité à l'arrivée en France et diagnostiquées en 2023 : 0,4 ans (quantiles : 0,1-0,8).

- **Diagnostic de sida**

- Nombre de diagnostics de sida en 2023 : en Hauts-de-France, 40 cas [IC₉₅% : 21-60] ont été diagnostiqués, soit un taux de 7 par million d'habitants. Depuis 2020, aucune évolution significative du nombre de diagnostics de sida n'a été constatée.
- Répartition des populations concernées : en 2023, la part des HSH parmi les nouveaux diagnostics a diminué, tandis que celle des hétérosexuels a augmenté. Avant le diagnostic, 80 % des cas ignoraient leur séropositivité.

Infections Sexuellement Transmissibles (IST) bactériennes : *Chlamydia trachomatis* (Ct), gonocoque et syphilis

- **Participation à la surveillance**

- En 2023, parmi les 19 CeGIDD de la région, sièges et antennes confondus, deux ont transmis leurs données à Santé publique France.

- **Dépistage**

- Les taux de dépistage pour l'ensemble des IST bactériennes ont augmenté en 2023, mais demeurent inférieurs aux moyennes observées en France hexagonale hors IdF.
- Conformément aux recommandations, l'activité de dépistage est élevée chez les femmes jeunes (15-25 ans) mais également chez les femmes de 26-49 ans.

- **Diagnostic**

- La région présente des taux de diagnostic quasiment similaires à ceux de la France hexagonale hors IdF en 2023. Les taux de diagnostic ont progressé en 2023, hormis le diagnostic de la syphilis.
- Les chlamydioses sont principalement diagnostiquées chez les femmes âgées de 15 à 25 ans, tandis que la syphilis touche surtout les hommes de 26 à 49 ans. La gonococcie est quant à elle principalement détectée chez les femmes de 15 à 25 ans et les hommes de 26 à 49 ans.

Infections à VIH et sida

Dispositifs de surveillance

Méthode

Les fonctionnements de l'enquête LaboVIH et de la DO sont décrits dans l'annexe 1 du Bulletin national.

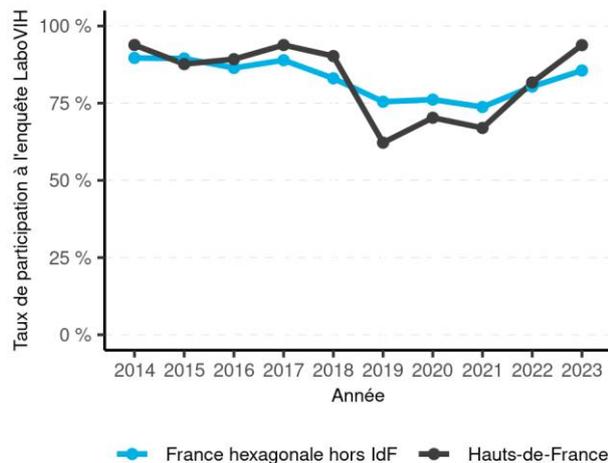
Participation à LaboVIH et exhaustivité de la DO

LaboVIH est une enquête annuelle réalisée auprès de l'ensemble des laboratoires de biologie médicale. Elle permet de recueillir le nombre de sérologies réalisées chaque année et le nombre de sérologies positives. Les données sont corrigées par imputation multiple pour tenir compte des laboratoires non répondants, mais les estimations produites sont moins fiables quand le taux de participation diminue.

Dans la région Hauts-de-France, la participation à l'enquête LaboVIH continue de progresser, atteignant les niveaux observés avant 2019. Le taux de participation de 94 % en 2023, dépasse désormais le niveau de participation observé en France hexagonale hors IdF, qui était de 86 % (Figure 1 et Tableau 1).

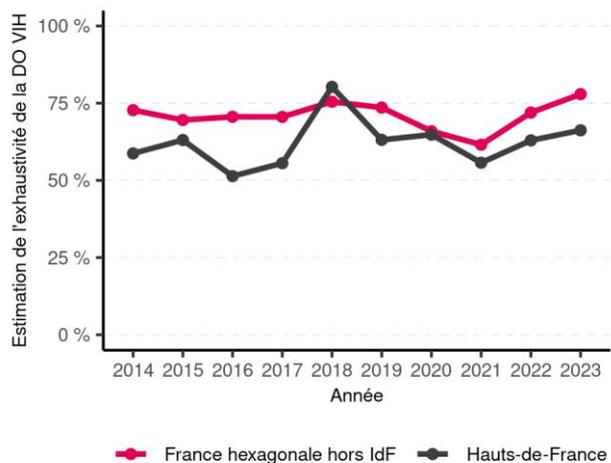
Quant à l'exhaustivité de la DO, le taux a progressé entre 2022 et 2023 en Hauts-de-France, bien qu'il reste insuffisant et inférieur à celui observé en France hexagonale hors IdF (Figure 2).

Figure 1 : Taux de participation à LaboVIH, Hauts-de-France, 2014-2023



Source : LaboVIH, données arrêtées au 19/09/2024, Santé publique France.

Figure 2 : Exhaustivité (%) de la déclaration obligatoire VIH, Hauts-de-France, 2014-2023



Source : DO VIH, extraction e-DO le 30/06/2024, données corrigées pour la sous-déclaration, les données manquantes et les délais de déclaration, Santé publique France.

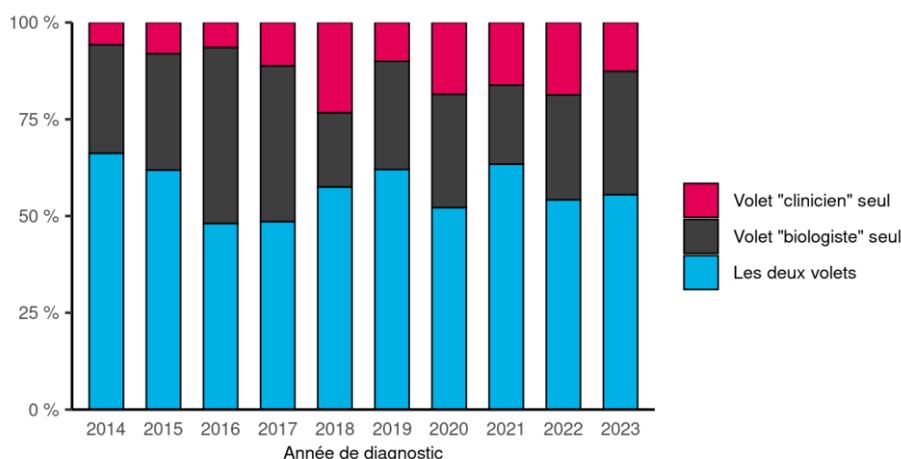
Tableau 1 : Taux de participation et exhaustivité de la DO, en Hauts-de-France et en France hexagonale hors IdF, 2023.

	Taux de participation à LaboVIH, 2023	Exhaustivité de la DO (au moins un volet, soit le clinicien soit le biologiste, soit les deux), 2023
France hexagonale hors IdF	86 %	78 %
Hauts-de-France	94 %	66 %

Évolution de l'envoi des volets cliniciens et biologistes des DO VIH

En 2023, 51 % des déclarations transmises en Hauts-de-France étaient complètes incluant les volets biologistes et cliniciens. Cette proportion est restée stable par rapport à 2022, mais a diminué par rapport à 2021 (Figure 3). Par ailleurs, 28 % des déclarations envoyées en 2023 contenaient uniquement le volet biologiste.

Figure 3 : Répartition des découvertes de séropositivité VIH (pourcentages) selon l'envoi des volets « biologistes » et « cliniciens », Hauts-de-France, 2014-2023



Les données des années 2022 et 2023 sont en cours de consolidation.

Source : DO VIH, extraction e-DO le 30/06/2024, données brutes, Santé publique France.

E-DO VIH/SIDA, Qui doit déclarer ?

Biologistes et cliniciens doivent déclarer l'ensemble des cas diagnostiqués *via* l'application www.e-DO.fr. L'application permet de saisir et d'envoyer directement les déclarations aux autorités sanitaires.

- Tout biologiste qui diagnostique une infection au VIH doit déclarer ce cas *via* le formulaire dédié (même si la personne a pu être diagnostiquée auparavant dans un autre laboratoire).

ET

- Tout clinicien qui a prescrit une sérologie VIH s'étant avérée positive, qui a pris en charge une personne ayant récemment découvert sa séropositivité, qui constate le décès d'une personne séropositive pour le VIH, ou qui diagnostique un sida chez un patient, que celui-ci soit déjà connu séropositif ou non, doit déclarer ce cas *via* le formulaire dédié.

Chaque co-déclarant (clinicien et biologiste) fait une déclaration de manière indépendante dans l'application.

En cas de difficultés, vous pouvez contacter e-DO Info Service au 0 809 100 003 ou Santé publique France : dmi-vih@santepubliquefrance.fr

Dépistage des infections à VIH

Données de l'Assurance Maladie (Système National des Données de Santé - SNDS)

Méthode

Les données de remboursement de l'Assurance Maladie sont présentées dans l'annexe 1 du Bulletin national.

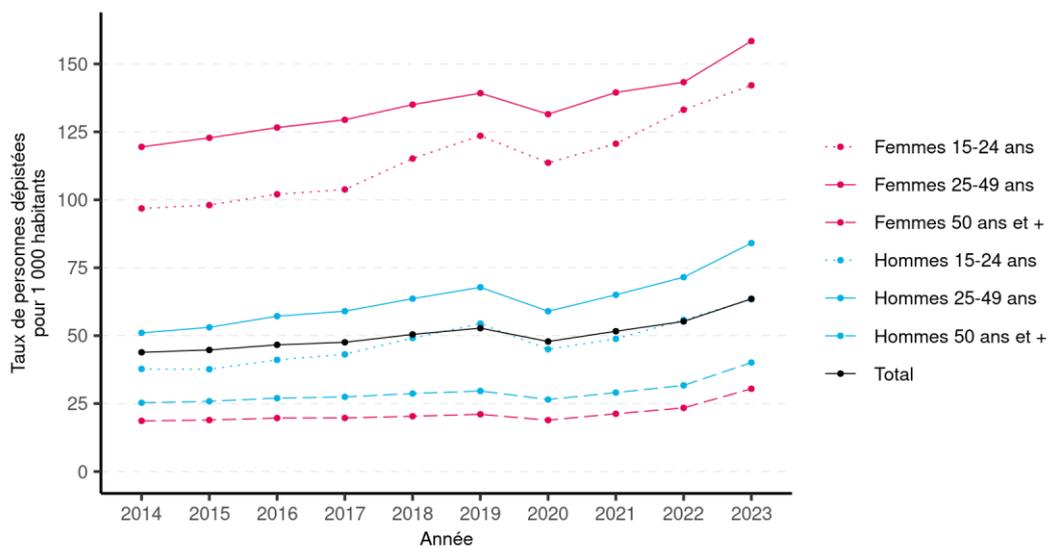
En 2023, le taux de dépistage (nombre de personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants) a atteint 68,9 pour 1 000 hab. dans la région Hauts-de-France, poursuivant son augmentation après une baisse observée en 2020 (Figure 4a). Cette progression récente

pourrait en partie être attribuée au dispositif "VIH Test" mis en place en 2022, permettant un dépistage du VIH à la demande, sans ordonnance, pris en charge à 100 % et accessible sans limite d'âge. Ce taux est désormais presque équivalent à celui estimé pour la France hexagonale hors IdF, à 70,5 pour 1 000 hab.

Depuis 2021, on observe une progression du taux de dépistage dans toutes les classes d'âge, quel que soit le sexe, cette tendance étant particulièrement marquée chez les femmes âgées de 15 à 49 ans. En revanche, l'activité de dépistage reste la plus faible chez les hommes et les femmes de plus de 50 ans, illustrant une disparité d'accès ou de recours au dépistage selon l'âge (Figure 4a).

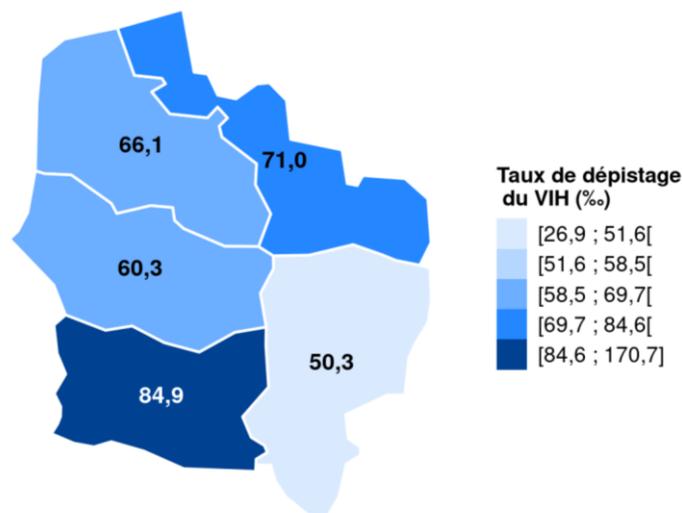
À l'échelle départementale, le taux de dépistage varie également en 2023 : il est le plus bas dans l'Aisne, mais atteint dans l'Oise un niveau supérieur à celui observé en France hexagonale hors IdF (Figure 4b). Cette différence interdépartementale souligne l'importance de cibler les actions de sensibilisation et d'accès au dépistage en fonction des besoins spécifiques de chaque territoire.

Figure 4a : Taux de dépistage des infections à VIH, par sexe et classe d'âge, Hauts-de-France, 2014-2023



Source : Assurance maladie, extraction du SNDS le 02/09/2024. Traitement : Santé publique France.

Figure 4b : Taux de dépistage des infections à VIH, par département, Hauts-de-France, 2023 (source : SNDS)

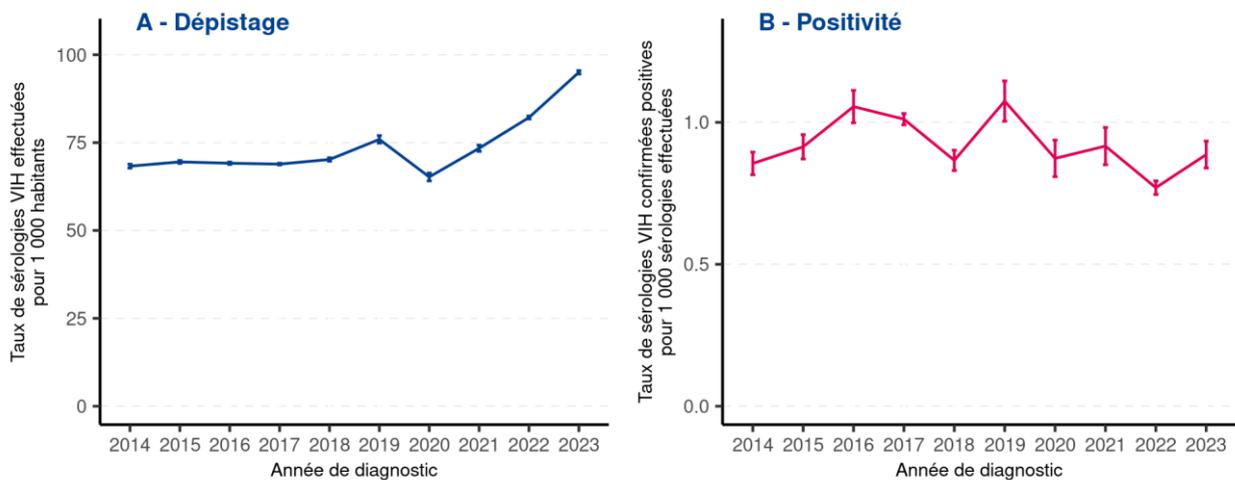


Données de l'enquête déclarative des sérologies VIH (LaboVIH)

En 2023, le taux de sérologies VIH réalisées pour 1 000 hab., calculé à partir des données déclaratives de l'enquête LaboVIH, montre une nette progression, atteignant 95/1 000 hab., en cohérence avec l'augmentation de l'activité de dépistage du VIH observée dans les données du SNDS (Figure 5A).

Entre 2014 et 2023, le taux de sérologies VIH positives a oscillé entre 0,8 et 1,1 pour 1 000 hab. En 2023, ce taux a augmenté par rapport à 2022, passant de 0,8 à 0,9 pour 1 000 habitants (Figure 5B). Cette tendance pourrait s'expliquer en partie par l'augmentation de l'offre de dépistage en 2023 (Figures 5A et 6).

Figure 5 : Taux de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants (A) et taux de sérologies VIH confirmées positives pour 1 000 sérologies effectuées (B), Hauts-de-France, 2014-2023

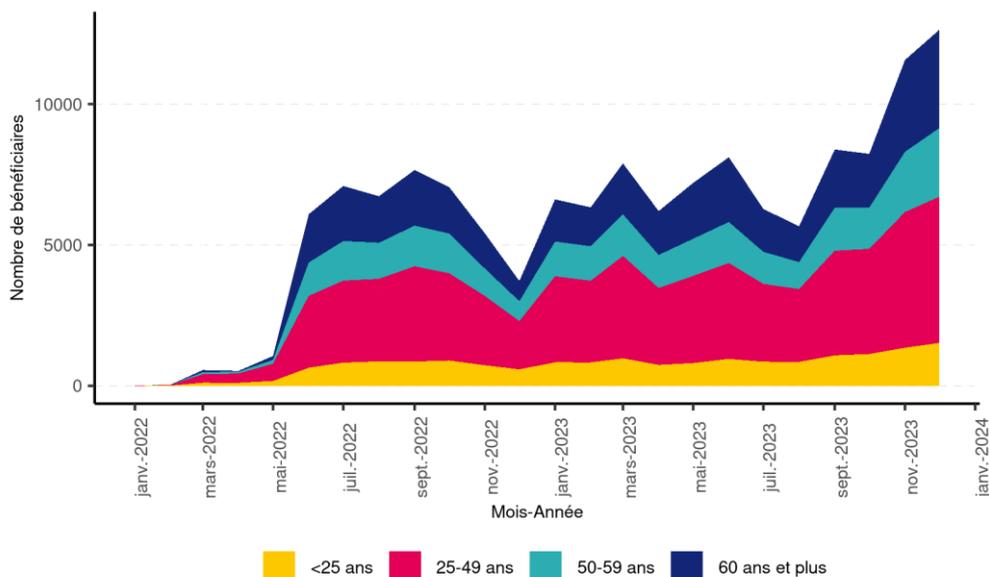


Note : L'intervalle de confiance à 95 % est représenté sur les courbes.

Source : LaboVIH, données arrêtées au 19/09/2024, Santé publique France.

Données du dispositif VIHTest depuis 2022

Figure 6 : Nombre de VIHTests réalisés selon l'âge des bénéficiaires et le mois du test, Hauts-de-France, 2022-2023



Source : VIH test, extraction CNAM le 22/06/2024. Traitement : Santé publique France.

Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) et autotests

D'autres données de dépistage sont disponibles grâce à une offre diversifiée. Il s'agit notamment des TROD réalisés par les associations en milieu communautaire. Ainsi, en 2023, environ 659 TROD VIH ont été effectués en Hauts-de-France, avec un taux de positivité de 0,3 %. Par ailleurs, 90 autotests ont été distribués dans la région par des associations communautaires (sources : Direction Générale de la Santé- DGS ; Agence Régionale de Santé - ARS).

En complément, environ 2 300 autotests VIH ont été vendus en 2023 dans les Hauts-de-France par les pharmacies, incluant les ventes en ligne (source : DGS).

Découvertes de séropositivité VIH

Méthode

Les méthodes de redressement sont décrites dans l'annexe 2 du Bulletin national.

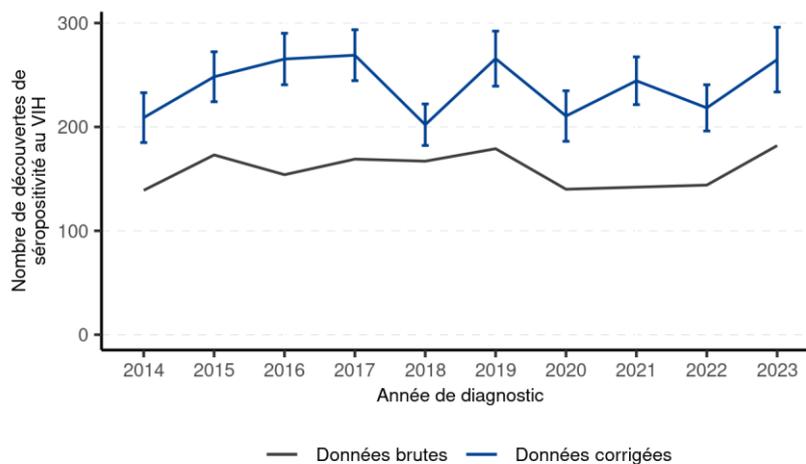
Évolution du nombre de découvertes de séropositivité

En Hauts-de-France, après une augmentation du nombre de découvertes de séropositivité au VIH (corrigé pour la sous-déclaration, les données manquantes et les délais de déclaration) entre 2014 et 2017 suivie d'une baisse en 2018, leur nombre s'est stabilisé autour de 250 cas annuels. Entre 2022 et 2023, une légère augmentation a été observée, avec un passage de 218 [IC₉₅ % : 196-241] à 265 [IC₉₅ % : 234-296] découvertes (Figure 7).

En 2023, le taux de découvertes de séropositivité en Hauts-de-France était de 44 pour un million d'habitants [IC₉₅ % : 39-49], restant globalement stable par rapport à 2022 (36 pour un million d'habitants [IC₉₅ % : 33-40]). Ce taux demeure inférieur à celui observé en France hexagonale hors IdF, estimé à 50 [IC₉₅ % : 48-52] pour la même année (Tableau 2).

Les principaux modes de contamination restent les rapports sexuels entre hommes nés en France suivis des rapports hétérosexuels notamment chez les personnes nées à l'étranger (Figure 8).

Figure 7 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH (nombres bruts et corrigés), Hauts-de-France, 2014-2023

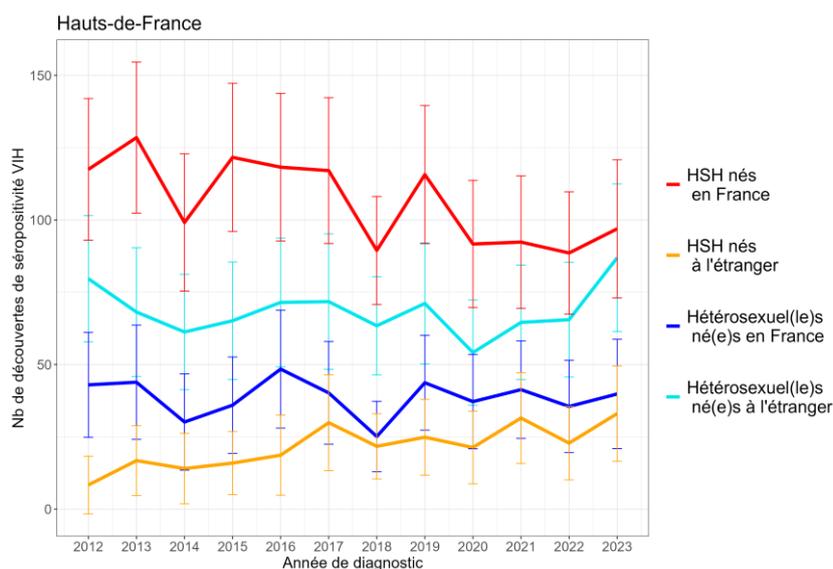


Note : L'intervalle de confiance à 95 % est représenté sur les courbes.

Source : DO VIH, extraction e-DO le 30/06/2024, données corrigées pour la sous-déclaration, les données manquantes et les délais de déclaration, Santé publique France.

Tableau 2 : Nombre et taux de découvertes de séropositivité au VIH par million d'habitants en Hauts-de-France et en France hexagonale hors IdF, 2023.

	Nombre de découvertes des séropositivité au VIH, Hauts-de-France, 2023	Taux de découvertes de séropositivité au VIH par million d'habitants, Hauts-de-France, 2023	Taux de découvertes de séropositivité au VIH par million d'habitants, France hexagonale hors IdF, 2023
Données brutes	182		
Données corrigées	265 [234-296]	44,2 [39,0-49,4]	50,2 [48,4-51,9]

Figure 8 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH selon le mode de contamination et la région de naissance, Hauts-de-France, 2012-2023

Note : L'intervalle de confiance à 95 % est représenté sur les courbes.

Source : DO VIH, extraction e-DO le 30/06/2024, données corrigées pour la sous-déclaration, les données manquantes et les délais de déclaration, Santé publique France.

Caractéristiques des découvertes de séropositivité

En 2023, les découvertes de séropositivité dans la région Hauts-de-France concernaient principalement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (53 %), majoritairement âgés de 25 à 49 ans (66 %) et nés en France (54 %, Tableau 3).

Dans la région, comme en France hexagonale hors IdF, en 2023, une découverte sur quatre est réalisée à un stade avancé de l'infection, et 36 % à un stade intermédiaire contre 47 % en France hexagonale hors IdF. Le profil des nouvelles découvertes en 2023 reste similaire à celui observé dans la région de 2018 à 2022 (Tableau 3 et Figure 9). Ces données mettent en évidence l'importance de continuer à promouvoir le dépistage.

Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité au VIH, Hauts-de-France et France hexagonale hors IdF, 2023 (source : DO VIH)

	Hauts-de-France		France hexagonale hors IdF
	2018-2022	2023	2023
	N=772	n = 182	n = 2 085
Genre (%)			
Femmes cis ¹	26	32	33
Hommes cis ²	73	67	66
Personnes trans	1	1	1
Classe d'âge (%)			
Moins de 25 ans	16	13	17
25-49 ans	65	66	59
50 ans et plus	19	20	24
Pays de naissance (%)			
France	62*	54*	47
Afrique sub-saharienne	26*	28*	38
Autre	12*	17*	16
Mode de contamination (%)			
Rapports sexuels entre hommes	59*	53*	43*
Rapports hétérosexuels	39*	44*	53*
Autre	2*	3*	4*
Indicateur de délai de diagnostic (%)			
Précoce ³	35	40	28
Intermédiaire	39	36	47
Avancé ⁴	26	24	25
Infection récente⁵ (< 6 mois) (%)⁵	32*	37*	25*
Co-infection IST bactérienne (%)⁶	25*	26*	25*
Co-infection hépatite C (%)	4	0	3
Co-infection hépatite B (%)	3	2	4

¹**Femmes cis**: personne de sexe féminin se considérant comme tel.

²**Hommes cis**: personne de sexe masculin se considérant comme tel.

Les modalités « Autre » (pays de naissance et mode de contamination) correspondent au regroupement des modalités dont les effectifs sont faibles.

* Part de données manquantes comprise entre 30 % et 50 %.

³Un **diagnostic précoce** est défini par une primo-infection ou un profil de séroconversion ou un test positif d'infection récente.

Les personnes diagnostiquées uniquement avec un taux de CD4 supérieur à 500/mm³, n'entrant pas dans un des 3 critères cités, ne sont plus comptées parmi les « précoces ».

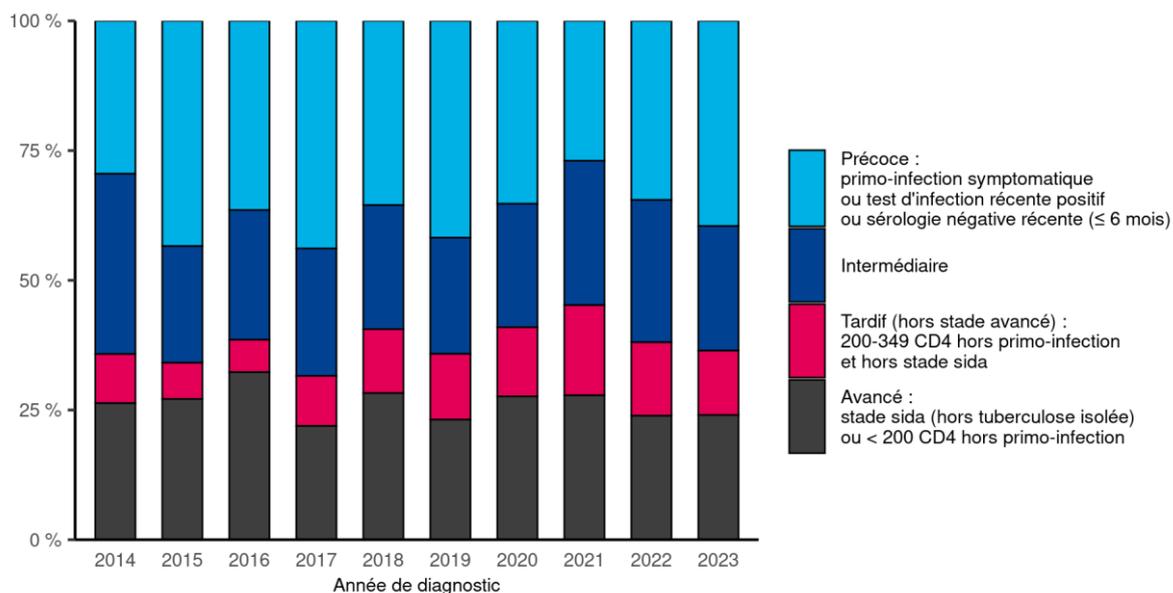
⁴Un **diagnostic avancé** est défini par un stade clinique sida ou un taux de lymphocytes CD4 < 200/mm³ de sang lors de la découverte du VIH.

⁵Résultat du **test d'infection récente** réalisé par le centre national de référence (CNR) du VIH à partir des buvards transmis par les biologistes.

⁶Au moment du diagnostic de l'infection à VIH ou dans les 12 mois précédents.

Note : les caractéristiques sont à interpréter avec prudence car elles dépendent de la complétude des déclarations ; il est possible que les cas pour lesquels les informations soient manquantes aient un profil épidémiologique différent.

Figure 9 : Répartition (pourcentages) des découvertes de séropositivité VIH selon le délai du diagnostic, Hauts-de-France, 2014-2023



* deux dernières années en cours de consolidation.

Source : DO VIH, extraction e-DO le 30/06/2024, données brutes, Santé publique France.

Estimations de l'incidence du VIH et d'autres indicateurs clés

Méthode

Les méthodes d'estimation sont décrites dans [l'annexe 2 du Bulletin national](#).

Cette année, l'estimation de l'incidence du VIH (le nombre de nouvelles contaminations à VIH), dont la dernière remontait à 2018, a pu être actualisée, en isolant les contaminations survenues en France, et en déclinant cette estimation par année, par région et par population.

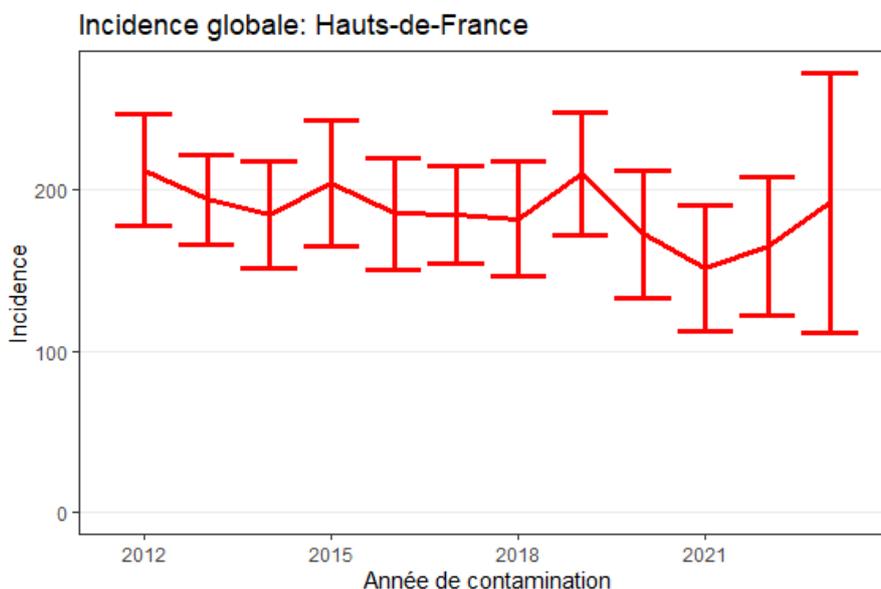
Afin d'estimer l'incidence en France, il a d'abord été nécessaire d'estimer la part des personnes nées à l'étranger qui ont été contaminées en France. Ainsi, parmi les personnes nées à l'étranger ayant découvert leur séropositivité en Hauts-de-France en 2023, on estime que 41 % [IC₉₅ % : 29-54] d'entre elles ont été contaminées en France. Les mouvements des personnes entre les différentes régions en France n'ont pas été pris en compte.

En excluant les personnes contaminées avant leur arrivée sur le territoire, l'incidence du VIH en Haut-de-France a été estimée en 2023 à 192 cas, mais l'intervalle de confiance est particulièrement large, de 112 à 273, suggérant une incertitude plus grande cette année par rapport aux autres. Ces nouvelles contaminations en 2023 semblent concernées majoritairement les HSH suivis des hétérosexuels nés en France (Figure 11).

Le nombre de PVVIH en Hauts-de-France sans connaître leur séropositivité a été estimé à 528 [IC₉₅ % : 429-626] fin 2023 (Tableau 4). En Hauts-de-France, le délai médian entre la contamination et le diagnostic était de 1,9 an (quantiles 25 % et 75 % : 0,6-5,1) pour toutes les personnes diagnostiquées en 2023, sans considération du lieu de contamination. Parmi les personnes migrantes méconnaissant leur séropositivité à l'arrivée en France et diagnostiquées en 2023 dans les Hauts-de-France, le délai médian entre l'arrivée et le diagnostic était de 0,4 an (quantiles 25 %

et 75 % : 0,1-0,8). Ces données mettent en évidence l'ampleur de ce qu'on appelle « l'épidémie cachée » ainsi que les délais entre infection et diagnostic dans la région.

Figure 10. Estimation du nombre total de contaminations par le VIH, Hauts-de-France, 2012-2023

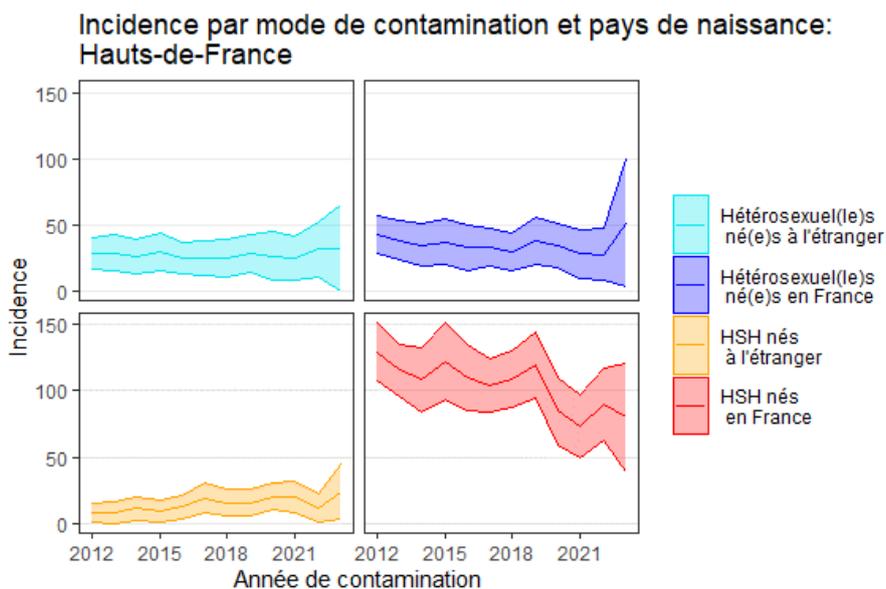


Point de vigilance : l'estimation de l'incidence en 2023 est à considérer avec précaution dans la mesure où une grande partie des cas contaminés en 2023 seront diagnostiqués les années suivantes.

Note : L'intervalle de confiance à 95 % est représenté sur les courbes.

Source : DO VIH, extraction e-DO le 30/06/2024, données brutes, Santé publique France.

Figure 11. Estimation du nombre de contaminations par le VIH selon le mode de contamination et la région de naissance, Hauts-de-France, 2012-2023



Note : L'intervalle de confiance à 95 % est représenté sur les courbes.

Source : DO VIH, extraction e-DO le 30/06/2024, données brutes, Santé publique France.

Tableau 4 : Taille de la population non-diagnostiquée, par mode de contamination et pays de naissance, Hauts-de-France, 2023

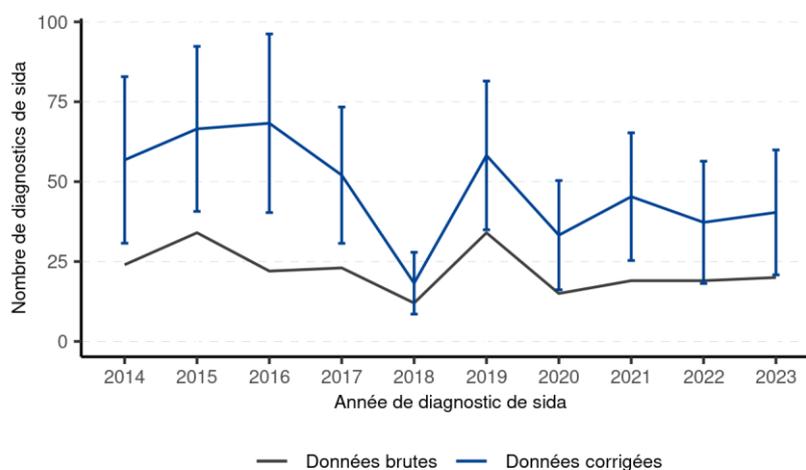
Population	Population Non-Diagnostiquée (IC ₉₅ %)
Population globale	528 [429-626]
Hétérosexuel(le)s né(e)s à l'étranger	129 [84-174]
Hétérosexuel(le)s né(e)s en France	121 [63-180]
HSH nés à l'étranger	50 [24-76]
HSH nés en France	213 [161-266]

Diagnostiques de sida

Méthode

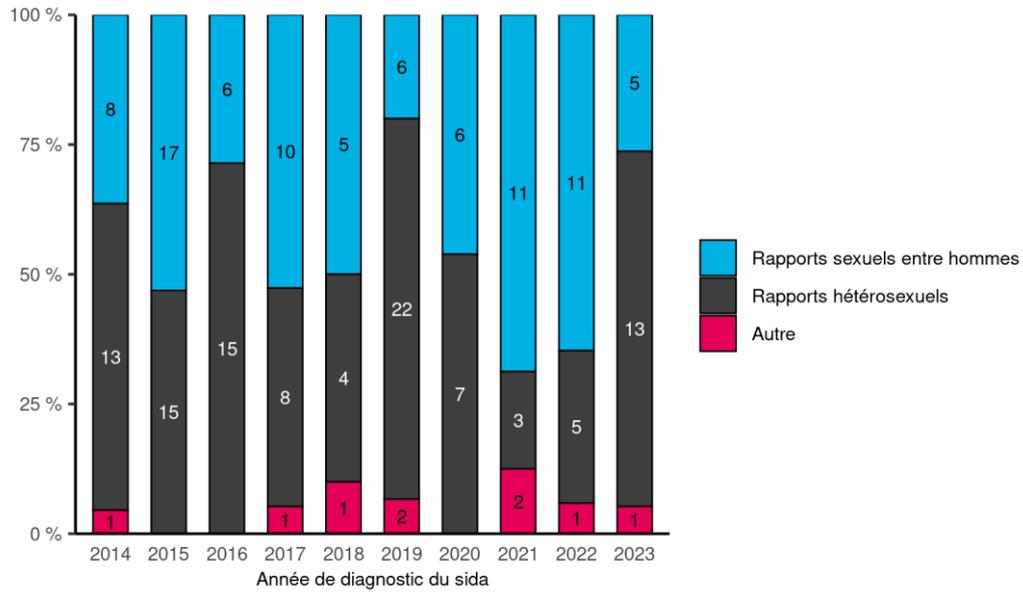
Le fonctionnement de la DO sida est décrit dans l'annexe 1 du Bulletin national.

Le nombre de diagnostics de sida en Hauts-de-France, corrigé pour la sous-déclaration et les délais de déclaration, était estimé à 40 (IC₉₅ % : [21-60]) soit 7 par million d'hab. en 2023, taux légèrement en dessous de la moyenne hexagonale hors IdF (10/million d'hab.). Depuis 2020, on n'observait pas d'évolution significative du nombre de diagnostics de sida (figure 12).

Figure 12 : Nombre de diagnostics de sida (nombres bruts et corrigés), Hauts-de-France, 2014-2023

Source : DO sida, extraction e-DO le 30/06/2024, données corrigées pour la sous-déclaration, les données manquantes et les délais de déclaration, Santé publique France.

En 2023, la part des hétérosexuel(le)s parmi les nouveaux diagnostics de sida était plus importante. Il convient de noter que cette observation repose sur un effectif réduit, à savoir 13 personnes sur 19 (Figure 13). Avant le diagnostic de sida, la majorité des cas (80 %) ignorait leur séropositivité.

Figure 13 : Répartition (effectifs et pourcentages) des diagnostics de sida selon le mode de contamination, Hauts-de-France, 2018-2023

* deux dernières années en cours de consolidation.

Source : DO sida, extraction e-DO le 30/06/2024, données brutes, Santé publique France.



Personnes vivant avec le VIH en France et dans les Hauts-de-France : Indicateurs de suivis issus des données hospitalières nationales.

Tous les ans, grâce aux Coordinations REgionales de la lutte contre l'infection due au VIH (COREVIH), des données médico-épidémiologiques portant sur les PVVIH et leur suivi sont collectées afin de nourrir la base de données hospitalière française sur l'infection à VIH (FHDH). Ces données sont utilisées afin de réaliser les indicateurs de prise en charge du VIH au niveau national et régional. Elles sont complémentaires de celles de la DO, en permettant de préciser les caractéristiques médico-épidémiologiques des nouvelles découvertes d'infection et d'étudier le suivi de cette maladie chronique. Ces indicateurs sont des outils précieux et permettent d'objectiver d'éventuelles disparités dans les territoires sur le plan épidémiologique et de prise en charge médicale.

Le rapport 2024 collige les informations de 112 401 PVVIH suivis en 2022 en France. Ces données de suivi montrent que la moitié des PVVIH ont entre 43,9 et 61,2 ans et que 28,7 % des PVVIH ont plus de 60 ans. Parmi eux, 64,1 % sont des hommes cis et 56,8 % sont nés en France. Le mode de transmission reste essentiellement hétérosexuel (49,4 %). La moitié des diagnostics ont été réalisés entre 1996 et 2013 et 26 % des PVVIH ont été diagnostiqués avant 1996. Ainsi, les PVVIH représentent une population vieillissante et ayant un historique thérapeutique long contre cette maladie. Ainsi, au VIH s'ajoute les comorbidités associées à l'âge. Sur le plan thérapeutique, 97,5 % des PVVIH sont sous traitement et 96,4 % d'entre-deux ont une charge virale inférieure à 200 copies /mm³ (93 % inférieure à 50 copies/mm³), signant l'indélectabilité et donc l'absence de risque de transmission. Cette réussite se fait malgré la proportion importante d'individus ayant un historique de traitement multiple et d'échec antérieur et grâce aux nouvelles thérapeutiques antirétrovirales. Malheureusement, la proportion de PVVIH n'ayant pas une immunité restaurée reste importante avec 27,9 % de personnes ayant des CD4<500/mm³.

Description de la file active dans les Hauts-de-France

Dans les Hauts-de-France, les indicateurs sont calculés à partir de 3 807 personnes suivies en 2022. Les résultats sont similaires à ceux de la France entière quoi que la population soit légèrement plus jeune, à 68,1 % hommes cis et plus souvent nés en France (65,6 %). Presque toutes les personnes suivies (97 %) ont une charge virale inférieure à 200 copies/mm³ (93 % >50/mm³) et un quart garde des CD4 inférieurs à 500/mm³.

Ces chiffres sont plutôt stables depuis 2019 et mettent en avant notre capacité à maintenir un suivi et un traitement efficace sur le plan virologique chez la quasi-totalité des personnes suivies. La proportion importante de patients ne parvenant pas à remonter leur taux de CD4 au-dessus de 500/mm³ malgré les traitements met en avant deux enjeux de recherche et de santé publique. Le premier est la recherche de moyen permettant de restaurer cette immunité.

La seconde est de travailler au dépistage précoce des infections par le VIH, la découverte tardive étant associée à la difficulté d'obtenir une restauration immunitaire. Enfin, les bons résultats dans le suivi ne doivent pas faire oublier d'éventuelles disparités sous-régionales sur le plan épidémiologique mais également dans l'accès au dépistage et dans l'accès à une prise en charge. L'objectif des années à venir sera de mieux préciser les éventuelles disparités et à agir tant dans le

dépistage que sur la prise en charge en prenant en compte les caractéristiques des différents territoires.

Traitement antirétroviral chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Y-a-t-il encore une place pour les anciennes molécules antirétrovirales ? Une étude rétrospective.

Agnès Meybeck, Ava Diarra, Vincent Derdour, Olivier Robineau
Service Universitaire des maladies Infectieuses, Centre Hospitalier Gustave Dron, Tourcoing.

Contexte : L'introduction des trithérapies en 1996 associant un inhibiteur de protéase (IP) et 2 dérivés nucléosidiques de la transcriptase inverse a modifié le pronostic de l'infection par le VIH [1]. Depuis les innovations thérapeutiques se sont poursuivies avec l'apparition de nouvelles classes thérapeutiques et des molécules plus efficaces et mieux tolérées. Les objectifs des traitements en 2024 vont au-delà de l'obtention d'une charge virale indétectable et d'une restauration de l'immunité, en améliorant la qualité de vie et en réduisant l'exposition aux antirétroviraux (ARV). Ainsi, les dernières recommandations de la Haute Autorité de la Santé (HAS) 2024 portant sur le traitement antirétroviral chez les PVVIH ne positionnent plus les traitements à base d'inhibiteur de protéase en première ligne de traitement [2]. Cependant certains patients ne sont pas éligibles aux trithérapies en un comprimé par jour ou STR (single tablet regimen) ou au bithérapies STR ou aux traitements injectables de par les profils de résistances et/ou de l'historique d'efficacité et de tolérance des traitements. L'objectif de notre étude était de décrire les thérapeutiques antirétrovirales prescrites chez les PVVIH suivies depuis plus de 6 mois au centre Hospitalier de Tourcoing, centre de référence de prise en charge du VIH, puis de faire un focus sur les patients ayant reçu des inhibiteurs de protéase afin de déterminer les facteurs associés à leur poursuite.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude monocentrique rétrospective menée au Centre Hospitalier de Tourcoing. Toutes les PVVIH suivies depuis au moins 6 mois et ayant bénéficié d'au moins une consultation au cours des derniers 18 mois ont été incluses dans une analyse descriptive des traitements antirétroviraux en cours. Concernant les PVVIH ayant reçu des IP, l'analyse a été réalisée chez ceux suivis pendant au moins un an entre janvier 2013 et décembre 2023. Les patients n'ayant plus de suivi à partir de 2022 (sauf décès) ont été exclus. Les caractéristiques des PVVIH ayant poursuivi les IP ont été comparées à celles des PVVIH les ayant interrompus.

Résultats : L'analyse des traitements ARV en cours chez 2 472 PVVIH suivies au Centre Hospitalier de Tourcoing depuis plus de 6 mois révèle que plus de la moitié des PVVIH (61 %) reçoit une trithérapie sous la forme d'un STR (Single Tablet Regimen). Les associations d'un inhibiteur d'intégrase et de 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse sous forme d'un STR sont les plus fréquemment prescrites, chez 44 % des PVVIH. Un STR associant un inhibiteur non nucléosidique et 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse, était utilisé chez 17 % des PVVIH. Une bithérapie sous forme de STR était prescrite chez 19 % de la file active. Cent quarante-trois patients recevaient une bithérapie injectable long acting (6 %). Si une majorité des PVVIH bénéficiaient d'un traitement ARV simplifié ou allégé, certains recevaient des combinaisons spécifiques utilisant d'anciennes molécules. On dénombrait 115 patients (5 %) traités avec un IP. Parmi les PVVIH suivies depuis plus de 6 mois, 94 % avaient une charge virale indétectable.

Concernant spécifiquement la prescription des IP, au cours des 10 dernières années, parmi 3 607 PVVIH vues en consultation au Centre Hospitalier de Tourcoing, 1331 (37 %) ont reçu des IP, et

641 (18 %) les ont reçus pendant au moins 1 an et sont encore suivies dans notre centre. Il s'agissait majoritairement d'hommes (63 %) âgés en moyenne de 44 ± 13 ans. Près de la moitié des patients (48 %) étaient nés à l'étranger, notamment en Afrique subsaharienne (31 %). Trente-deux patients (5 %) étaient co-infectés par le virus de l'hépatite B (VHB). Les comorbidités les plus fréquentes étaient l'hypertension, le diabète et la dyslipidémie respectivement chez 11 %, 7 % et 6 % des patients traités par une IP. La durée médiane du traitement ARV avant l'introduction des IP était de 7 ans (quantiles 25 % et 75 % : 1-17), avec un nombre médian de 5 lignes différentes (quantiles 25 % et 75 % : 2-7). Les IP étaient principalement prescrits en association avec 2 inhibiteurs de la transcriptase inverse dans 77 % des cas, pour une durée médiane de 3,2 ans (quantiles 25 % et 75 % : 2-5). À la fin de la période de suivi (médiane 8 ans, quantiles 25 % et 75 % : 6-9), 172 PVVIH (27 %) recevaient encore des IP. Vingt-six patients étaient décédés. Le taux de mortalité était plus élevé chez les PVVIH ayant poursuivi les IP (8,7 % vs 2,3 %, $p < 0,001$). La raison d'interruption des IP était le plus souvent une simplification (70 %). La présence de mutations de résistances génotypiques avant l'initiation d'une IP était significativement plus élevée chez les PVVIH ayant poursuivi les IP (83 % vs 74 %, $p = 0,01$). La présence d'au moins une charge virale supérieure à 200 copies/ml pendant le suivi était plus fréquente chez les PVVIH qui ont poursuivi les IP (17 % vs 2,8 %, $p < 0,001$).

Discussion : A l'heure actuelle, plus de 80 % des PVVIH incluses dans cette étude bénéficient d'un traitement ARV simple par un STR voire allégé par une bithérapie per os ou injectable. Ces résultats sont proches de ceux mis en évidence dans le dernier rapport de la cohorte nationale française [3]. Ces thérapeutiques permettent d'atteindre une charge virale indétectable chez 94 % des PVVIH en cours de suivi au CH de Tourcoing. Malgré les nouvelles molécules disponibles, au cours des dix dernières années, près d'une PVVIH sur cinq a reçu un IP pendant au moins un an. Cependant, moins d'un tiers des traitements par IP sont encore poursuivis. La plupart des PVVIH ont en effet bénéficié d'une simplification de leur traitement vers un STR. Les facteurs associés à la poursuite des IP sont la présence de mutations de résistance à l'initiation des IP et une charge virale détectable lors du suivi. Ceci suggère que le maintien de l'usage des IP se justifie dans des situations médicales complexes de résistance et/ou de persistance de charge virale détectable pour lesquelles des molécules ayant une barrière génétique forte comme les IP sont préférées en vue d'éviter l'apparition de résistance.

Conclusion : Cette étude révèle que la rétention à long terme des IP concerne actuellement une petite proportion de PVVIH aux situations cliniques complexes justifiant le maintien de ces molécules dans l'arsenal thérapeutique.

Références :

- [1] Murphy EL et al. Highly active antiretroviral therapy decreases mortality and morbidity in patients with advanced HIV disease. *Annals of Internal Medicine* 2001 ; 135 (1)
- [2] VIH : Recommandations de bonne pratique 2024 : <https://anrs.fr/fr/actualites/actualites/vih-nouvelles-recommandations-de-bonne-pratique/>
- [3] Rapport des indicateurs de prise en charge des PVVIH dans les COREVIH en France 2022 : <https://anrs-co4.fhdh.fr/rapport-des-indicateurs-de-prise-en-charge-des-pvvh-dans-les-corevih-en-france-2022/>

Infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes

Méthode

Le système de surveillance des IST est décrit dans l'annexe 1 du Bulletin national.

Infections à *Chlamydia trachomatis* (Ct)

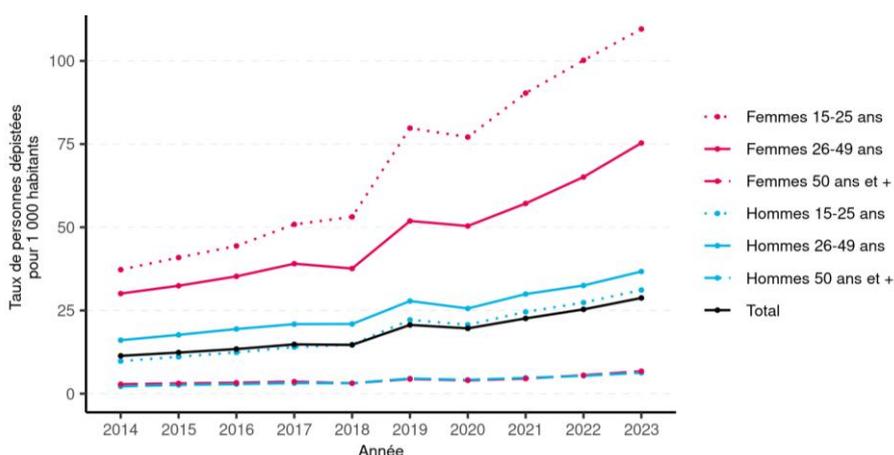
Dépistages remboursés en secteurs privé et public, hors hospitalisations publiques (SNDS)

En 2023, un total de 172 213 personnes a bénéficié d'au moins un dépistage remboursé d'une infection à *Chlamydia trachomatis*, correspondant à un taux de dépistage de 28,8 pour 1 000 hab. Ce taux reste inférieur à celui observé en France hexagonale hors IdF, qui est de 39,8 pour 1 000 hab. (Tableau 5). Depuis 2018, conformément aux recommandations de la HAS, l'activité de dépistage est particulièrement élevée chez les jeunes femmes âgées de 15 à 25 ans, ciblées par des recommandations de dépistage des infections à Ct, suivies par les femmes de 26 à 49 ans (Tableau 5 et Figure 14).

Tableau 5 : Taux (personnes dépistées pour 1 000 habitants tous âges / diagnostiquées pour 100 000 habitants tous âges au moins une fois dans l'année), Hauts-de-France, 2023

	Dépistage Ct	Diagnostic Ct
France hexagonale hors IdF	39,8	70,9
Hauts-de-France	28,8	69,6
Femmes, 15-25 ans	109,6	286,0
Femmes, 26-49 ans	75,3	116,3
Femmes, 50 et +	6,7	7,0
Hommes, 15-25 ans	31,2	127,3
Hommes, 26-49 ans	36,7	125,2
Hommes, 50 et +	6,3	23,2

Figure 14 : Taux de dépistage des infections à Ct par sexe et classe d'âge (personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants), Hauts-de-France, 2014-2023



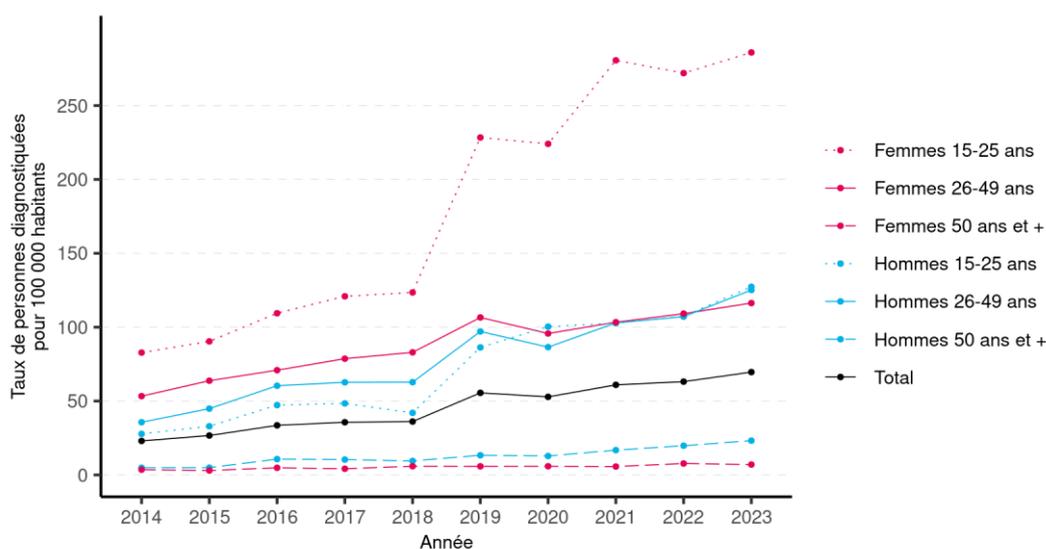
Source : Assurance maladie, extraction du SNDS le 27/06/2024. Traitement : Santé publique France.

Note : 2018 a été une année de modification de la nomenclature des tests de dépistage/diagnostic des infections à Ct et à gonocoque. Les TAAN (tests d'amplification des acides nucléiques) pour la recherche de Ct sont depuis lors systématiquement couplés à ceux pour la recherche du gonocoque, ce qui a entraîné une augmentation des dépistages de ces deux IST et des diagnostics d'infections à Ct depuis 2019. Les femmes âgées de moins de 26 ans sont ciblées par des recommandations de dépistage des infections à Ct émises en 2018 également. Une baisse de l'activité de dépistage a été observée en 2020 liée à l'épidémie de Covid-19, expliquant en partie la baisse des diagnostics.

Infections diagnostiquées en secteur privé et traitées (SNDS)

En 2023, le taux de diagnostic des infections à *Chlamydia trachomatis* dans la région Hauts-de-France en secteur privé et traitées était de 69,6 pour 100 000 habitants, un chiffre en légère progression par rapport à l'année 2021 (60,9/100 000 hab.). Ce taux de diagnostic était plus élevé chez les femmes, avec une augmentation particulièrement marquée dans la tranche d'âge des 15-25 ans, atteignant 285,9 pour 100 000 hab. Chez les hommes, la classe d'âge des 15-25 ans était également la plus représentée, avec un taux de dépistage de 127,3 pour 100 000 hab. (Tableau 5 et Figure 15).

Figure 15 : Taux de diagnostic des infections à Ct par sexe et classe d'âge (personnes diagnostiquées au moins une fois dans l'année pour 100 000 habitants), Hauts-de-France, 2014-2023



Source : Assurance maladie, extraction du SNDS le 30/08/2024. Traitement : Santé publique France.

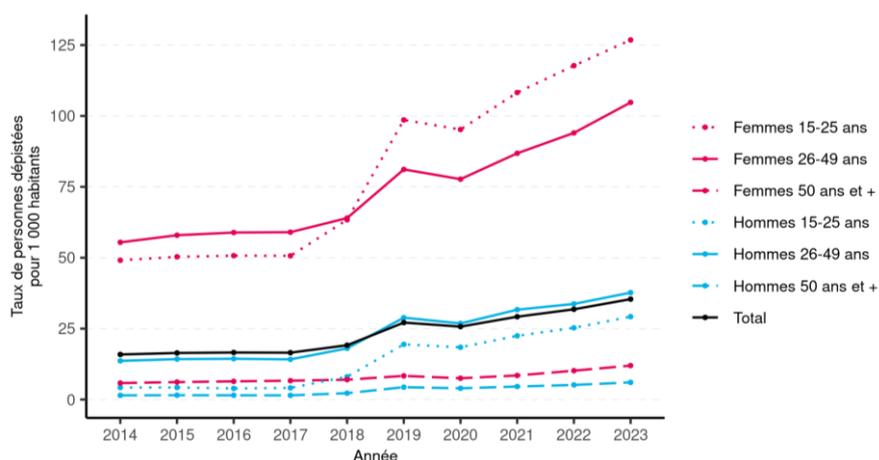
Infections à gonocoque

Dépistages remboursés en secteurs privé et public, hors hospitalisations publiques (SNDS)

L'utilisation d'une PCR multiplex, permettant de dépister simultanément une infection à gonocoque et à *Chlamydia trachomatis*, maintient une activité de dépistage globalement similaire pour les deux infections.

Dans la région Hauts-de-France, 211 954 personnes ont été dépistées pour une infection à gonocoque, dont 75 % de femmes. Le taux de dépistage était particulièrement élevé chez les femmes âgées de 15 à 25 ans, ciblées par des recommandations de dépistage des infections à Ct, atteignant 126,7/1 000 hab.

À l'échelle régionale, le taux de dépistage d'une infection à gonocoque était de 35,4/1 000 hab., inférieur au taux observé en France hexagonale de 44,7/1 000 hab. hors IdF.

Figure 16 : Taux de dépistage des infections à gonocoque par sexe et classe d'âge (personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants), Hauts-de-France, 2014-2023

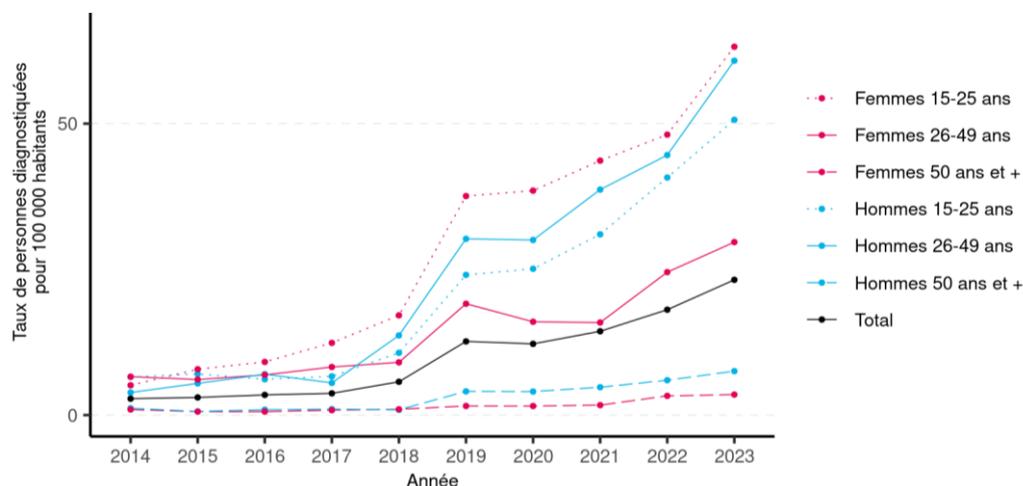
Source : Assurance maladie, extraction du SNDS le 27/06/2024. Traitement : Santé publique France.

Tableau 6 : Taux (personnes dépistées pour 1 000 habitants tous âges / diagnostiquées pour 100 000 habitants tous âges au moins une fois dans l'année), 2023

	Dépistage gonocoque	Diagnostic gonocoque
France hexagonale hors IdF	44,7	24,3
Hauts-de-France	35,4	23,2
Femmes, 15-25 ans	126,8	63,2
Femmes, 26-49 ans	104,8	29,7
Femmes, 50 et +	12,0	3,5
Hommes, 15-25 ans	29,2	50,7
Hommes, 26-49 ans	37,7	60,8
Hommes, 50 et +	6,0	7,5

Infections diagnostiquées en secteur privé et traitées (SNDS)

En Hauts-de-France, le taux de diagnostic d'infection à gonocoque était de 23,2 / 100 000 hab., similaire au taux France hexagonale hors IdF (24,3 / 1 000 habitants). Ce taux de dépistage est plus élevé chez les femmes de 15 à 25 ans suivi des hommes âgés de 26 à 49 ans (Tableau 6 et Figure 17).

Figure 17: Taux de diagnostic des infections à gonocoque par sexe et classe d'âge (personnes diagnostiquées au moins une fois dans l'année pour 100 000 habitants), Hauts-de-France, 2014-2023

Source : Assurance maladie, extraction du SNDS le 19/09/2024. Traitement : Santé publique France.

Syphilis

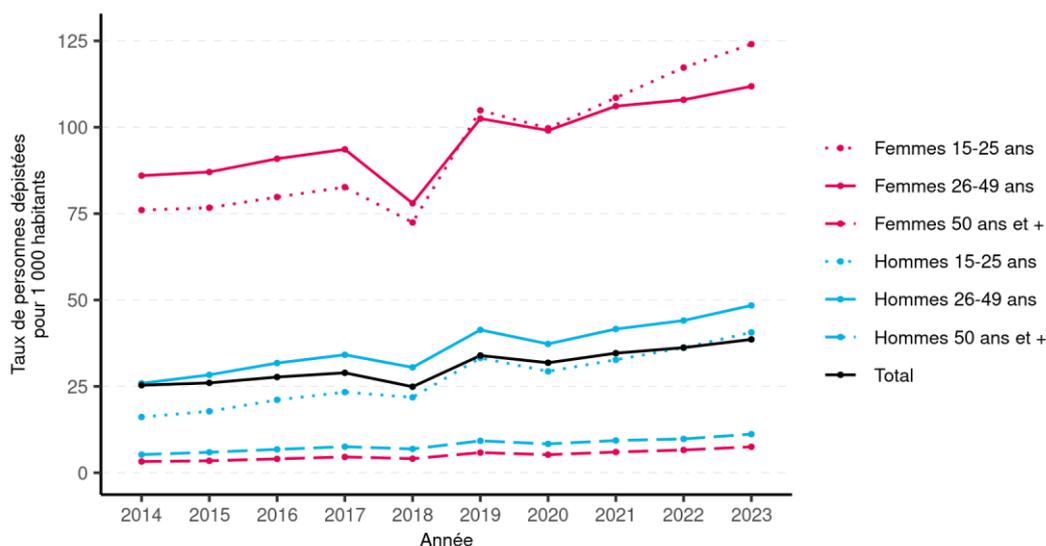
Dépistages remboursés en secteurs privé et public, hors hospitalisations publiques (SNDS)

Le taux de dépistage de la syphilis était de 38,6 / 1 000 hab. en 2023, proche du taux en France hexagonale hors IdF (43,1 / 1 000 hab.). Ce taux de dépistage était plus élevé chez les femmes de 15 à 49 ans (Tableau 7 et Figure 18).

Tableau 7 : Taux (personnes dépistées pour 1 000 habitants tous âges / diagnostiquées pour 100 000 habitants tous âges et plus au moins une fois dans l'année), 2023

	Dépistage syphilis	Diagnostic syphilis
France hexagonale hors IdF	43,1	6,0
Hauts-de-France	38,6	5,3
Femmes, 15-25 ans	124,1	2,9
Femmes, 26-49 ans	111,9	3,6
Femmes, 50 et +	7,5	0,3
Hommes, 15-25 ans	40,6	11,3
Hommes, 26-49 ans	48,4	17,3
Hommes, 50 et +	11,2	6,7

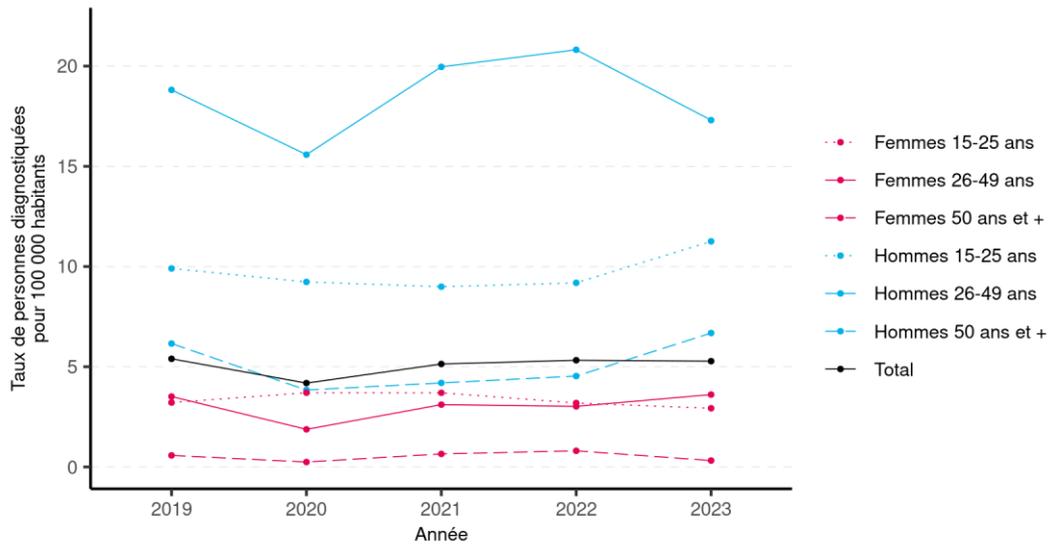
Figure 18 : Taux de dépistage de la syphilis par sexe et classe d'âge (personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants), Hauts-de-France, 2014-2023



Source : Assurance maladie, extraction du SNDS le 27/06/2024. Traitement : Santé publique France.

Infections diagnostiquées en secteur privé et traitées (SNDS)

Le taux de diagnostic de la syphilis était de 5,3 / 100 000 hab. en 2023, similaire au taux en France hexagonale hors IdF (6,0 / 100 000 hab.). Ce taux était plus élevé chez les hommes quelle que soit la tranche d'âge (Tableau 7 et Figure 19).

Figure 19 : Taux de diagnostic de la syphilis (par sexe et classe d'âge (personnes diagnostiquées au moins une fois dans l'année pour 100 000 habitants), Hauts-de-France, 2019-2023

Source : Assurance maladie, extraction du SNDS le 30/08/2024. Traitement : Santé publique France.

Données issues des consultations en CeGIDD

Méthode

Le système de surveillance dans les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (SurCeGIDD) est décrit dans [l'annexe 1 du Bulletin national](#).

Participation

En 2023, 2 des 19 CeGIDD de la région ont transmis leurs données à Santé publique France. Cependant, le format de ces données n'a pas permis de décrire les caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des cas de chlamydie, gonococcie et syphilis diagnostiqués dans les CeGIDD. L'équipement des CeGIDD des Hauts-de-France avec le logiciel Cupidon devrait permettre d'améliorer la transmission des données de la région dans les années à venir.

Tableau 8 : Taux de participation à la surveillance SurCeGIDD, Hauts-de-France et France entière (hors Saint-Martin et Saint-Barthélemy), 2021-2023 (source : SurCeGIDD)

	2023
Hauts-de-France	2 CeGIDD sur 19 (11 %)
FRANCE ENTIERE (hors SxM)	226 CeGIDD sur 302 (75 %)

Prévention

Données de vente de préservatifs

En Hauts-de-France, 8 810 519 préservatifs masculins ont été vendus en grande distribution et en pharmacie (hors parapharmacie) en 2023 (source : Santé publique France). Ce chiffre est plus élevé qu'en 2021 et 2022.

PreP en Hauts-De-France en 2024

Olivier Robineau

Service Universitaire des maladies Infectieuses, Centre Hospitalier Gustave Dron, Tourcoing.

La prophylaxie de pré-exposition au VIH (PrEP) consiste à la prise d'un traitement antirétroviral de manière préventive afin de ne pas être infecté par le VIH. Elle est disponible en France depuis 2016.

Entre 2016 et juin 2023, 84 997 personnes ont initié la PrEP en France dont 4 618 dans les Hauts-de-France [1]. Plus de 90 % des usagers de PrEP sont des hommes. Après une baisse pendant les premières vagues de l'épidémie COVID-19, le nombre d'initiations semble s'être stabilisé autour de 10 000 par semestre en France. Devant la stabilité des cas d'infections récente par le VIH dépistés chaque année, ce nombre semble être largement en dessous des nécessités.

Challenge 1 : augmentation du nombre de primo-prescriptions de la Prep

Le premier challenge de la Prep est donc d'augmenter le nombre de primo-prescriptions. Pour cela, une autorisation de prescription aux médecins généralistes a été délivrée en 2021. Ceci a entraîné une hausse des prescriptions sans différence visible dans le profil de bénéficiaires en termes de sexe et d'âge. L'âge médian de mise sous PrEP est de 34 ans (27-44) soit très proche de l'âge médian de diagnostic de l'infection par le VIH (36 ans) [1]. Il est donc nécessaire d'inciter les plus jeunes à entrer dans un parcours de PrEP.

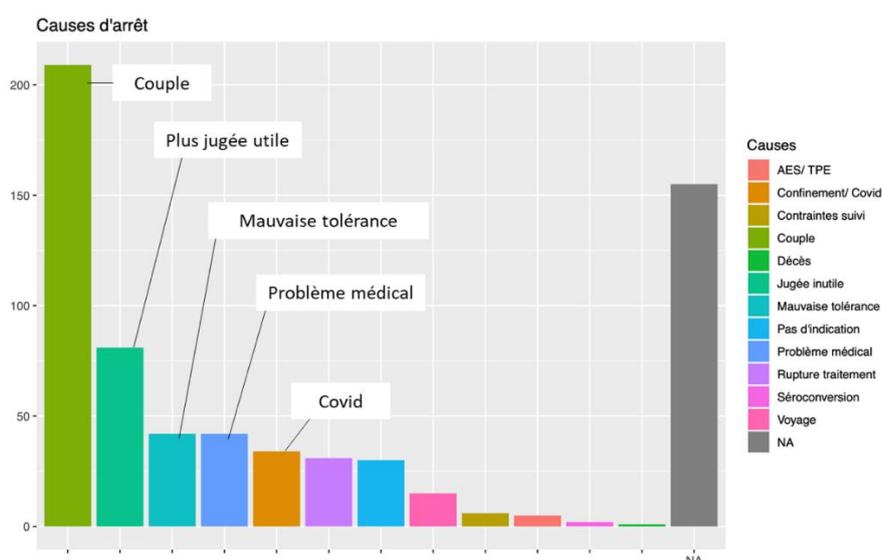
Plusieurs travaux en médecine générale ont été réalisés dans la région pour rechercher les freins à la prescription de la Prep en médecine de ville. Des enquêtes qualitatives auprès des médecins généralistes ressortent un besoin de formations, une difficulté à trouver une place dans la consultation de médecine générale pour aborder la sexualité, et une difficulté à identifier les personnes concernées dans une patientèle. Pourtant, un autre travail réalisé chez des personnes suivies pour leur PrEP en médecine générale montre que, passée la crainte du jugement par le médecin, ce suivi est jugé très favorablement par les usagés car simple, accessible et dans le cadre d'une relation de confiance [2]. La problématique reste dans la possibilité d'aborder la sexualité dans toutes ses dimensions en médecine de ville. Ceci sera probablement facilité par le développement et la valorisation de la « consultation longue en santé sexuelle » dont l'appropriation par la médecine de ville est à évaluer.

Challenge 2 : maintenir les personnes dans la Prep

Le deuxième challenge est de maintenir les individus dans la PrEP tant qu'ils sont à risque d'infection. Au premier semestre 2023, 52 802 personnes ont eu recours à la PrEP (en initiation ou en renouvellement) soit 62 % des personnes ayant initié un traitement depuis 2016. Une étude réalisée chez les personnes ayant eu au moins deux consultations pour PrEP au CeGIDD de Tourcoing et dans deux centres PrEP parisiens a montré que le taux d'incidence d'arrêt de la PrEP était de 10,8 pour 100 personnes-années (PA) [3]. Ce taux augmente à 17,2/100PA en considérant les perdus de vue comme des arrêts. Bien que la cause d'arrêt principale soit le fait d'être en relation

stable, elle ne représente qu'un tiers des raisons d'arrêt (Figure 20). De plus, les personnes ayant arrêté leur traitement avaient plus souvent deux IST ou plus dans l'année précédant l'arrêt de la PrEP que les personnes toujours sous PrEP au moment de l'étude. Ainsi, l'arrêt de la PrEP ne semble pas être essentiellement lié à l'arrêt des conduites à risque de transmission du VIH. Les séroconversions sous PrEP surviennent le plus souvent quelques semaines après l'arrêt de PrEP. Il est important d'accompagner les arrêts de PrEP et de faciliter la reprise rapide en cas de besoin. Des travaux sont en cours en région Haut-de-France pour mieux comprendre les mécanismes aboutissant à l'arrêt du traitement.

Figure 20 : Causes d'arrêt de la PrEP, étude réalisée chez les personnes ayant eu au moins deux consultations pour PrEP au CeGIDD de Tourcoing et dans deux centres PrEP parisiens (N=653)



Sources:

[1] Rapport EPI-PHARE 2023 : Suivi de l'utilisation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/prep-vih-2023/>

[2] Oberhauser et col. Patients du département du Nord ayant recours à la prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP), suivis par un médecin généraliste. Recueil d'opinions par étude qualitative. Thèse de diplôme d'état de docteur en médecine 2024

[3] Garofoli et al. Incidence and factors associated with PrEP discontinuation in France. J Antimicrob Chemother. 2024 (<https://doi.org/10.1093/jac/dkae133>)

Données de suivi de l'utilisation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH

Depuis 2017, Epi-Phare publie le rapport annuel sur l'utilisation de la PrEP avec le détail des données régionales et départementales par semestre.

Actions de prévention locales

Dispositif VIHtest - Mon test IST



Le dispositif VIHtest a débuté en 2022

Il est complété et remplacé depuis le 1^{er} septembre 2024 par Mon test IST.

L'accès direct aux dépistages d'autres IST que le VIH est possible à la demande du patient, sans ordonnance et sans rendez-vous, dans tous les laboratoires de biologie médicale, y compris les laboratoires des établissements de santé. Plus d'information sont disponibles [ici](#) sur Mon test IST.

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

Pour cette édition 2024 de la Journée mondiale de lutte contre le VIH, Santé publique France rediffuse du 25 novembre au 15 décembre une campagne centrée sur la prévention combinée du VIH et des IST, initialement diffusée en 2023.

Cette campagne « **Tout le monde se pose des questions sur la sexualité** » 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, à savoir les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ainsi qu'aux professionnels de santé.

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

Spots :



Affiches :





Nos ressources sur la santé sexuelle

Retrouvez les **vidéos** « Tout le monde se pose des questions » sur le site [Question Sexualité](https://www.questionsexualite.fr)
Retrouvez les **affiches et tous nos documents** sur notre site internet [santepubliquefrance.fr](https://www.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>

Pour en savoir plus

- Bulletin national Surveillance du VIH et des IST bactériennes en France en 2023 : [lien](#)
- Données épidémiologiques sur le VIH et le sida : [lien](#)
- Données épidémiologiques sur les IST : [lien](#)
- Données de vente d'autotests et de préservatifs masculins disponibles sur [Géodes](#) : sélectionner « Indicateurs » puis « par déterminant » puis « S » puis « Santé sexuelle ».
- Données de dépistage ou diagnostic disponibles sur [Géodes](#) : sélectionner « Indicateurs » puis « par pathologie » puis « C » puis « **Chlamydia trachomatis** » puis « G » puis « **Gonocoque** » ou puis « S » puis « **Syphilis** ».

Remerciements

Santé publique France Hauts-de-France tient à remercier :

- le CoreVIH Hauts-de-France ;
- l'ARS Hauts-de-France;
- les laboratoires participant à l'enquête LaboVIH et aux DO VIH et sida ;
- les cliniciens et TEC (technicien(ne) d'études cliniques) participant aux DO VIH et sida ;
- les CeGIDD participant à la surveillance SurCeGIDD ;
- la CNAM pour les données concernant VIHTest ;
- les équipes de Santé publique France participant à l'élaboration de ce bulletin : l'unité VIH-hépatites B/C-IST de la direction des maladies infectieuses (DMI), l'unité santé sexuelle de la direction de la prévention et de la promotion de la santé (DPPS), la direction appui, traitement et analyses des données (DATA), la direction des systèmes d'information (DSI) et les cellules régionales de la direction des régions (DiRe).

Comité de rédaction

Référents, rédaction et relecture en région :

Gwladys Nadia Gbaguidi et Héléne Prouvost (Santé publique France Haut-de-France), Olivier Robineau (COREVIH Hauts-de-France)

Equipe de rédaction :

Elise Brottet, Virginie De Lauzun, Stéphane Erouard, Quiterie Mano, Laurence Pascal, Sabrina Tessier, Alexandra Thabuis, Muriel Vincent (Direction des régions)

Françoise Cazein, Amber Kunkel, Gilles Delmas, Cheick Kounta, Florence Lot (Direction des Maladies Infectieuses)

Lucie Duchesne, Jeanne Herr, Anna Mercier (Direction Prévention et Promotion de la Santé)

Pour nous citer : Bulletin thématique VIH-IST. Surveillance et prévention des infections à VIH et des IST bactériennes, bilan des données 2023. Édition Hauts-de-France. Novembre 2024. Saint-Maurice : Santé publique France, 30 pages, 2024.

Directrice de publication : Caroline SEMAILLE

Dépôt légal : 28/11/2024

Contact : HautsdeFrance@santepubliquefrance.fr