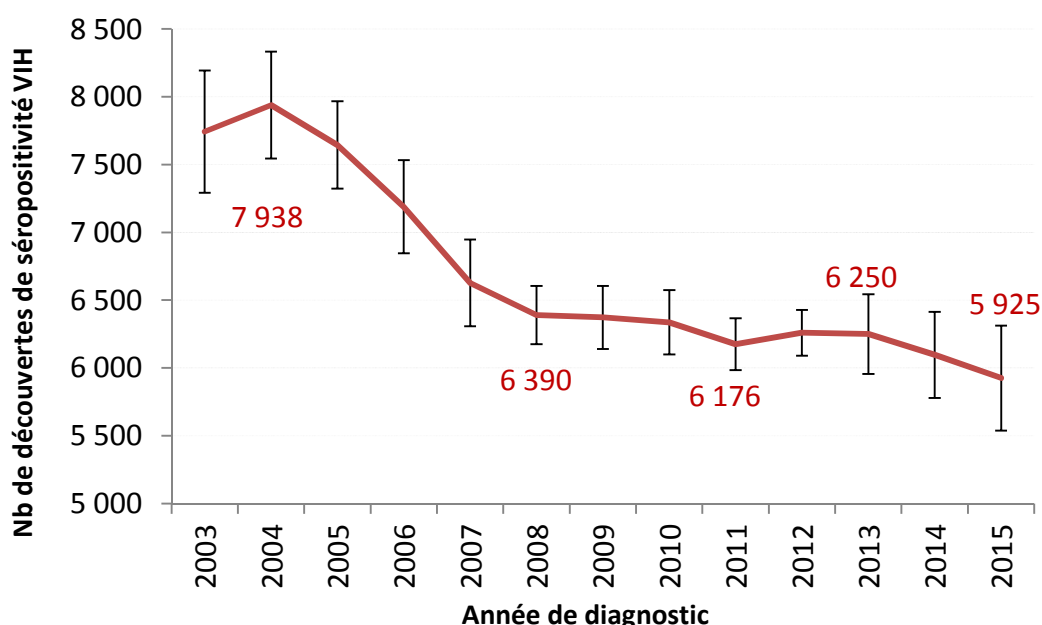


La surveillance des diagnostics d'infection par le VIH et de sida en France repose sur la déclaration obligatoire, coordonnée par Santé publique France (ex Institut de veille sanitaire), et sur la surveillance virologique, réalisée par le Centre national de référence du VIH. Le bilan ci-dessous est issu de l'ensemble des déclarations parvenues à Santé publique France au 31/12/2015.

Près de 6 000 personnes (IC95% : [5 538-6 312]) ont découvert leur séropositivité VIH en 2015, ce nombre est stable depuis 2011 (Fig.1).

**Figure 1 – Nombre de découvertes de séropositivité VIH par année de diagnostic**  
(Données au 31/12/2015 corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration)



Un tiers des découvertes de séropositivité en 2015 ont été diagnostiquées en ville et deux tiers à l'hôpital. La sérologie VIH était réalisée le plus souvent à l'initiative du médecin (pour trois-quarts des diagnostics en 2015) plutôt qu'à la demande du patient.

## I - Caractéristiques sociodémographiques

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2015, 30% étaient des femmes (proportion stable depuis 2012). La proportion de jeunes de moins de 25 ans était de 12% (proportion stable depuis 2003) et celle des seniors de 50 ans et plus, de 19% (proportion stable depuis 2012).

Le nombre de personnes déclarées comme transgenres était de 46 sur la période 2012-2015 (données non corrigées<sup>1</sup>), dont 40 dans le sens homme vers femme. Ils étaient âgés de 17 à 72 ans (médiane de 34,5 ans) et nés pour la majorité d'entre eux en Amérique du sud, notamment au Brésil (30%) et au Pérou (20%).

La majorité (52%) des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2015 étaient nées en France, 31% en Afrique subsaharienne, 8% sur le continent américain ou en Haïti, 4% en Europe en dehors de la France, et 5% dans une autre région du monde. Cette répartition n'a pas évolué sur les dernières années.

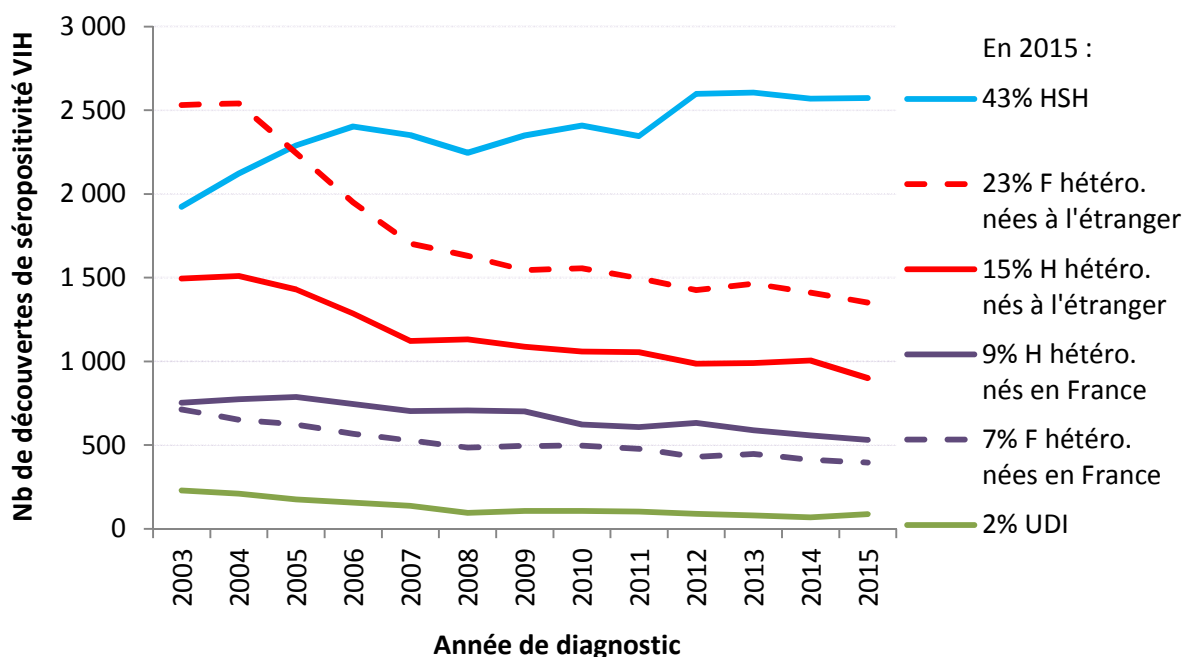
<sup>1</sup> Les calculs de correction sont impossibles à mettre en œuvre sur des effectifs très faibles.

## II - Mode de contamination probable

Les rapports hétérosexuels restent le mode de contamination prépondérant des personnes diagnostiquées en 2015 (54%). Les contaminations par rapports sexuels entre hommes concernent 43% des découvertes en 2015 et l'usage de drogues injectables, 2% (Fig.2).

La diminution des découvertes de séropositivité VIH se poursuit chez les hétérosexuels sur les années récentes, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, qu'ils soient nés en France ou à l'étranger. En revanche, le nombre de découvertes de séropositivité ne diminue toujours pas chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), et se stabilise chez les usagers de drogues injectables (UDI).

**Figure 2 – Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination, sexe, lieu de naissance et année de diagnostic** (Données au 31/12/2015 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes)



**Les personnes contaminées par rapports hétérosexuels** (environ 3 200 diagnostics en 2015, IC95% [2 939-3 421]) étaient nées majoritairement en Afrique subsaharienne (53%), en France pour 29% d'entre elles, plus rarement sur le continent américain ou en Haïti (10%), dans un pays européen hors France (3%) ou dans une autre région du monde (5%).

- Les personnes contaminées par rapports hétérosexuels nées à l'étranger (près de 2300 diagnostics en 2015, IC95% [2 065-2 439]) étaient en majorité des femmes (60%). Les femmes étaient plus jeunes que les hommes (respectivement 35 et 42 ans d'âge médian).

- Le profil des personnes contaminées par rapports hétérosexuels nées en France (environ 900 diagnostics, IC95% [823-1 032]) était différent, avec une majorité d'hommes (57%), et un âge médian au diagnostic plus élevé (37 ans chez les femmes et 46 ans chez les hommes).

**Les hommes contaminés par rapports entre hommes** (près de 2 600 diagnostics en 2015, IC95% [2 368-2 779]) étaient pour la plupart nés en France (82%), 5% étant nés sur le continent américain, 5% en Europe hors France, 4% en Afrique subsaharienne, et 4% dans une autre région du monde. Leur âge médian était de 34 ans (35 pour ceux nés en France, 31 pour ceux nés dans un autre pays). Après avoir augmenté, la part des jeunes de moins de 25 ans s'est stabilisée autour de 15% depuis 2012. La part des 50 ans et plus a augmenté sur les années récentes pour atteindre 15% en 2015.

**Les personnes contaminées par usage de drogues injectables** (environ 90 diagnostics en 2015, IC95% [58-117]) étaient majoritairement des hommes (86%). En 2015, 55% des UDI étaient nés à l'étranger, quasi-exclusivement en Europe. Leur âge médian était de 38 ans en 2015.

### III - Caractère précoce ou tardif du diagnostic

La précocité du diagnostic peut être appréhendée par différents indicateurs : le stade clinique ou le statut immunologique au moment de la découverte de la séropositivité, la combinaison des deux, et enfin le test d'infection récente.

#### Stade clinique

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2015, 12% étaient au stade de primo-infection symptomatique, 65% à un stade asymptomatique, 11% à un stade symptomatique non sida, et 12% au stade sida.

#### Statut immunologique et charge virale

La médiane du nombre de lymphocytes CD4/mm<sup>3</sup> au moment du diagnostic d'infection à VIH était de 384 en 2015. Un quart des personnes avaient moins de 200 CD4/mm<sup>3</sup>, 20% entre 200 et 349, 22% entre 350 et 499, et 33% avaient au moins 500 CD4/mm<sup>3</sup>.

Lorsque la charge virale était renseignée (56% des cas sur la période 2012-2015), elle était supérieure ou égale à 100 000 copies/ml dans 39% des cas (données non corrigées<sup>2</sup>). La charge virale médiane au diagnostic était de 58 000 en 2015.

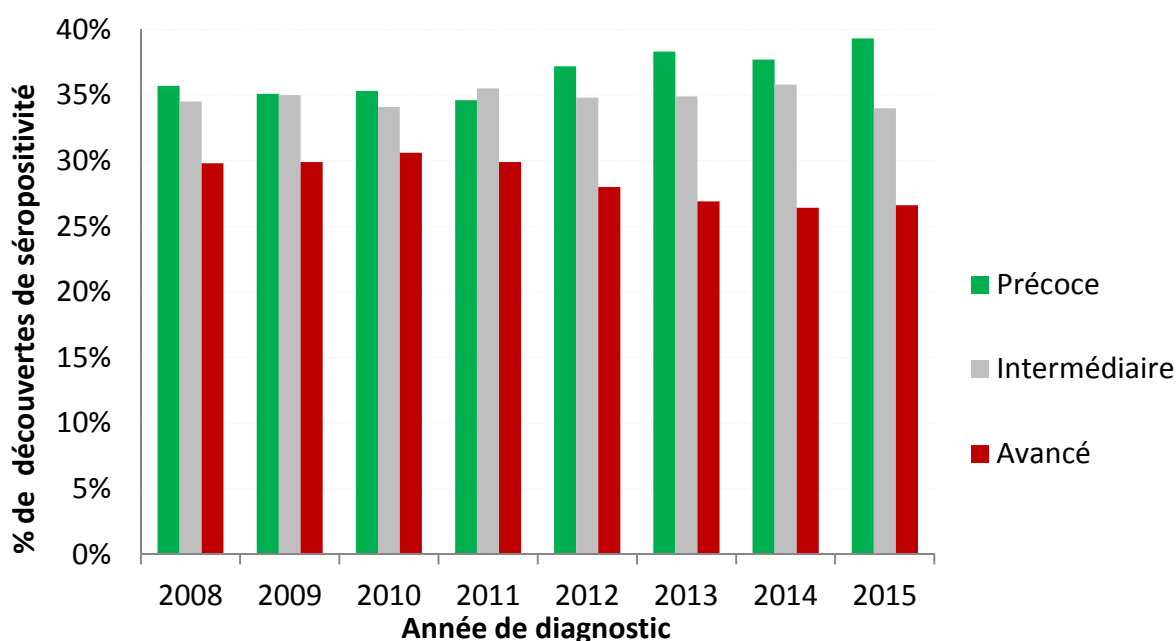
#### Combinaison des données cliniques et immunologiques

En combinant le stade clinique et le statut immunologique, un diagnostic a été défini comme précoce s'il a été posé au stade de primo-infection ou avec des CD4 supérieurs ou égaux à 500/mm<sup>3</sup> en l'absence de pathologie sida. Un diagnostic au stade sida ou avec des CD4 inférieurs à 350/mm<sup>3</sup>, en dehors d'une primo-infection, a été considéré comme tardif. Parmi ces découvertes tardives, le diagnostic a été défini comme réalisé à un stade avancé de l'infection à VIH, si les CD4 étaient inférieurs à 200/mm<sup>3</sup>.

Parmi les découvertes de séropositivité en 2015, 39% étaient précoces et 43% tardives (Fig. 3). Un quart des diagnostics (27%) étaient réalisés à un stade avancé de l'infection. Le diagnostic précoce était plus fréquent chez les personnes diagnostiquées en ville (46% versus 36% à l'hôpital), chez les moins de 25 ans (49%), et chez les HSH (49%). Le diagnostic à un stade avancé de l'infection concernait plus particulièrement les personnes de 50 ans et plus (39%) et les hommes hétérosexuels, qu'ils soient nés en France (38%) ou à l'étranger (41%).

La tendance à une plus grande précocité des diagnostics se poursuit en 2015. Par contre, la proportion de découvertes à un stade avancé ne diminue plus depuis 2013 (Fig. 3).

**Figure 3 – Evolution de la répartition des découvertes de séropositivité VIH selon le caractère précoce ou avancé du diagnostic** (Données au 31/12/2015 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes)



<sup>2</sup> Les calculs de correction n'ont pas encore été mis en œuvre pour les variables recueillies depuis 2012, car le recul n'est pas suffisant pour les effectuer.

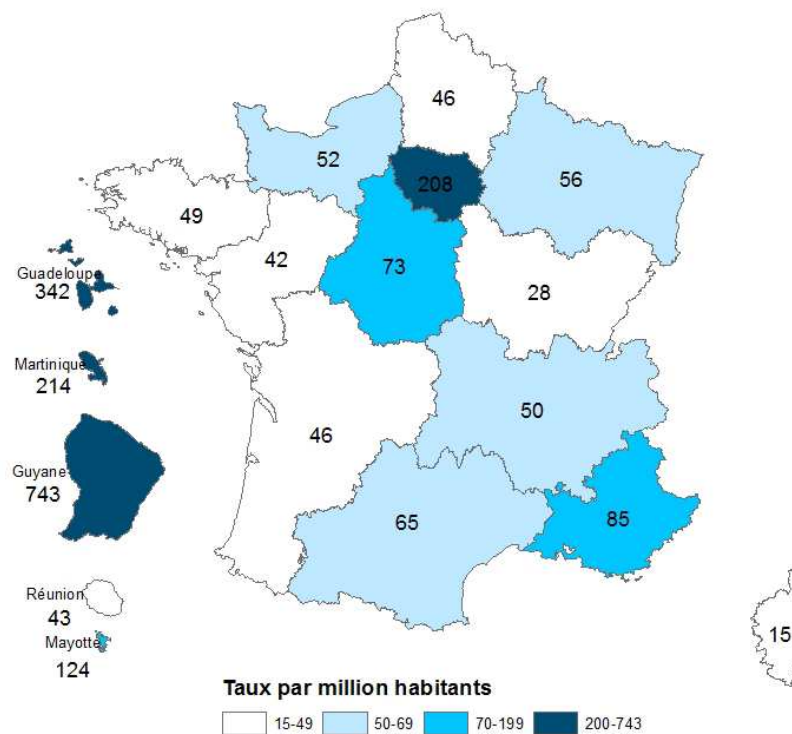
### Test d'infection récente

Le test d'infection récente permet de calculer chez les adultes la part de ceux diagnostiqués moins de 6 mois en moyenne après leur contamination. Un tiers des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2015 avaient été contaminés récemment. Cette proportion était beaucoup plus élevée chez les HSH (47%) que chez les hétérosexuels nés en France (34%) ou chez ceux nés à l'étranger (19%).

## IV – Répartition géographique

Rapporté à la population, le nombre de découvertes de séropositivité est de 89 par million d'habitants en 2015. Ce taux est beaucoup plus élevé en Guyane, puis en Guadeloupe, Martinique et Ile-de-France. En dehors de l'Ile-de-France, les 2 régions de métropole ayant les taux les plus élevés sont la Provence-Alpes-Côte d'Azur et le Centre-Val de Loire. (Fig. 4)

**Figure 4 - Taux de découvertes de séropositivité VIH par région de domicile en 2015** (Données au 31/12/2015 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes)



## V - Évolution des virus circulant en France

Parmi les découvertes de séropositivité en 2015, 1,3% (IC95 % : [0,9-1,8]) étaient liées à un VIH-2. Il s'agit exclusivement de personnes nées en Afrique subsaharienne (notamment Côte d'Ivoire et Guinée). Deux découvertes (données non corrigées) étaient liées à un VIH-1 de groupe O.

Parmi les infections à VIH-1, la proportion de sous-types non-B était de 40% en 2015, sans tendance particulière sur les années récentes. La proportion de sous-types non-B était plus élevée chez les hétérosexuels nés en Afrique subsaharienne (69%, en diminution depuis 2011) que chez ceux nés en France (36%) et que chez les HSH (26%, en augmentation régulière depuis 2003).

## VI - Diagnostics de sida

En 2015, on estime à environ 1 200 [IC95 % : 1 097-1 345] le nombre de nouveaux diagnostics de sida. Après avoir diminué, ce nombre a tendance à se stabiliser sur les 3 dernières années. La plupart des cas de sida (83% en 2015) sont diagnostiqués chez des personnes qui n'avaient pas reçu d'ARV

Environ 700 personnes, soient 57% de celles ayant eu un diagnostic de sida en 2015, ont découvert leur séropositivité de façon concomitante, les 500 autres connaissant leur séropositivité depuis une médiane de 8,6 années.

La pneumocystose reste, à l'échelle nationale, la principale pathologie opportuniste inaugurale de sida (30% en 2015), les autres pathologies les plus fréquentes étant la toxoplasmose cérébrale (13%), la tuberculose (13%), la candidose œsophagienne (10%) et le Kaposi (9%).

## VII - Discussion - conclusion

Les données de la déclaration obligatoire du VIH et du sida permettent de suivre l'évolution du nombre de nouveaux diagnostics, à condition d'effectuer des calculs de correction pour prendre en compte la sous-déclaration (en 2015, 32% pour les biologistes et 58% pour les cliniciens), les délais de déclaration et les données manquantes. Les estimations réalisées seraient plus précises (intervalles de confiance plus étroits) et permettraient de mieux analyser les tendances récentes, si l'exhaustivité de la déclaration était meilleure et les délais de transmission plus courts. La déclaration électronique via l'application eDO déployée sur tout le territoire depuis avril 2016, vise à améliorer ces paramètres. Il est essentiel que les biologistes et cliniciens s'emparent de ce nouvel outil, qui permettrait également une rétro-information plus rapide.

En 2015, environ 6 000 personnes ont découvert leur séropositivité VIH. Les HSH et les hétérosexuels nés à l'étranger (dont les  $\frac{3}{4}$  sont nés dans un pays d'Afrique subsaharienne) restent les deux groupes les plus touchés et représentent respectivement 43% et 38% des découvertes en 2015. Les hétérosexuels nés en France et les UDI représentent respectivement 16% et 2%.

Après avoir augmenté, le nombre de découvertes de séropositivité chez les HSH s'est stabilisé sur la période 2012-2015. Ils sont près de 2 600 à avoir découvert leur séropositivité en 2015. Ce nombre est inférieur au nombre de nouvelles contaminations dans cette population, ce qui tend à montrer que le recours au dépistage reste insuffisant. Il est donc indispensable d'inciter les HSH à un dépistage répété, tout en mobilisant l'ensemble des outils de prévention disponibles afin de réduire l'incidence du VIH et des autres IST : utilisation du préservatif, dépistage répété et régulier du VIH et des autres IST, recours aux traitements préventifs du VIH (prophylaxie pré-exposition -PrEP-, prophylaxie post-exposition) et au TASP (treatment as prevention), et traitement adapté des IST bactériennes.

En 2015, les diagnostics à un stade avancé de l'infection représentent encore plus d'un quart des découvertes de séropositivité, sans diminution sur les années récentes. L'accès au dépistage est un des axes majeurs dans la lutte contre le VIH, il constitue le premier objectif de la cible des 3 x 90 proposée par l'Onusida, qui est de faire en sorte que 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique. La finalité est de réduire le délai entre l'infection et le diagnostic, afin de permettre une mise sous traitement précoce. Il est donc important d'améliorer la connaissance et l'accès à l'offre de dépistage du VIH et des autres IST. Cette offre s'est énormément élargie ces dernières années, en termes de lieux de dépistage et d'outils (dépistage classique en laboratoire suite à une consultation médicale, dépistage anonyme et gratuit en CeGIDD, dépistage communautaire par tests rapides d'orientation diagnostique, autotests VIH).

## Remerciements

Nous remercions vivement tous les professionnels de santé déclarant des diagnostics d'infection VIH ou de sida, qu'ils soient biologistes, cliniciens ou techniciens d'étude clinique, ainsi que les médecins de santé publique des ARS et leurs collaborateurs qui participent à la surveillance du VIH/sida.

## Découvertes de séropositivité VIH et de sida en 2015

### Point épidémiologique

**Directeur de la  
publication**  
François Bourdillon

**Rédactrice en chef**  
Florence Lot

Santé publique France  
12 rue du Val d'Osne  
94415 Saint-Maurice cedex  
Tél : 33 (0)1 41 79 67 00  
[www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)