



L'ÉPIDÉMIE DE VIH EN ÎLE-DE-FRANCE

ÉTAT DES LIEUX ET DONNÉES INÉDITES DE L'ÉTUDE COINCIDE

En décembre 2020, l'Organisation des Nations unies a fixé trois objectifs en cascade pour mettre fin à l'épidémie de VIH/sida d'ici 2030 : 95 % des personnes atteintes par le VIH connaissent leur statut, 95 % des personnes connaissant leur statut sont traitées, 95 % des personnes traitées avec des antirétroviraux ont une charge virale contrôlée. Ce but est dorénavant rendu possible grâce aux grandes avancées médicales dans le domaine du VIH. Les nouvelles thérapies antirétrovirales sont plus efficaces de même que les traitements préventifs. Prises adéquatement, les thérapies rendent le virus indétectable dans le sang. Cela réduit le risque de transmission à zéro. Autrement dit, indétectable = intransmissible.

Ce document regroupe des données régionales de dépistage, de prévalence, de nouvelles admissions en ALD à des niveaux géographiques fins ainsi que les données issues de l'étude COINCIDE (Cartographie INfra-départementale des nouveaux diagnostiCs VIH en Île-DE-France) concernant les nouveaux diagnostics pris en charge dans les comités de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et l'infection par le VIH (COREVIH) d'Île-de-France. Ces données COINCIDE sont issues du terrain et uniques en ce sens.

Auteurs : Laetitia Firdion, Valérie Féron, Adrien Saunal, Fabienne Caby (groupe de travail COINCIDE)

Directrice de publication : Nathalie Beltzer

SOMMAIRE

- 2 Introduction
- 3 Matériel et données
- 4 Pour une région sans SIDA en 2030
- 5 Situation en Île-de-France
- 10 Prévention et dépistage
- 15 Les nouveaux diagnostics d'infection par le VIH : résultats de l'étude COINCIDE
- 18 Cartoviz COINCIDE : nouveaux diagnostics à l'échelle infra départementale
- 29 Conclusion et perspectives
- 31 Références



Introduction

L'ORS Île-de-France a présenté, comme chaque année pour le 1^{er} décembre, journée mondiale de lutte contre le sida, les dernières données disponibles en Île-de-France sous la forme d'une infographie : <https://www.ors-idf.org/infographies/journee-sida-2023/>.

En 2021, l'Île-de-France reste la région la plus touchée de France métropolitaine. Les Franciliens représentent 39 % des personnes prises en charge pour VIH sur toute la France (selon les données de la cartographie des pathologies de la Cnam) et la région présente le taux standardisé (en nombre de cas de VIH pour 100 000 habitants) le plus élevé de France après celui de la Guyane.

Une augmentation régulière en France du nombre de personnes vivant avec le VIH est observée depuis le début de l'épidémie, en raison du nombre annuel de nouveaux diagnostics supérieur à celui du nombre de personnes séropositives qui décèdent chaque année.

Les dernières données internationales montrent qu'il est possible de franchir un nouveau palier dans la baisse des contaminations VIH et pourtant le nombre annuel de découvertes en France régresse encore trop lentement. Des efforts restent à faire en termes de communication, de dépistage et de prévention en ciblant les « populations clés », c'est-à-dire les plus exposées au risque : HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes), hommes et femmes migrants notamment d'Afrique Subsaharienne, personnes trans.

Ce document détaille et analyse les différentes données et sources permettant de suivre l'épidémie de VIH en Île-de-France en s'attachant à descendre à l'échelon géographique le plus fin.

Après un point sur les résultats de l'Île-de-France au regard des objectifs ONU-SIDA, nous détaillerons les dernières données disponibles en termes de dépistage, de prévalence du VIH dans les territoires et de caractéristiques des personnes diagnostiquées et des publics à prioriser au travers des premiers résultats de l'étude COINCIDE. Cette étude réalisée dans les COREVIH d'Île-de-France porte sur les nouveaux diagnostics VIH dans la région entre 2014 et 2021.

En collaboration avec le groupe de travail COINCIDE (Cartographie INfra-départementale des nouveaux diagnostiCs VIH en Île-DE-France), ce Focus Santé accompagne la création d'un nouvel outil de cartes interactives en ligne sur le site de l'ORS https://cartoviz2.institutparisregion.fr/?id_appli=coincide (Cartoviz COINCIDE) présentant les indicateurs inédits de l'étude. Elle vise à cartographier l'épidémie de VIH en Île-de-France à l'échelle de l'arrondissement, de la commune et des intercommunalités, selon le groupe de population et selon le stade de l'infection au diagnostic. Ces cartographies seront utiles à l'ensemble des acteurs de santé et communautaires pour mieux connaître l'épidémie territoriale du VIH en Île-de-France à une échelle géographique fine, pour identifier les territoires prioritaires dans les stratégies de dépistage et de prévention, et enfin pour identifier les populations concernées dans ces territoires. Ces indicateurs infra-départementaux permettront de mieux lutter contre l'épidémie de VIH en menant des actions au plus près des publics cibles, dans les territoires les plus touchés.

Matériel et données

Estimations des nouveaux cas de VIH par les déclarations obligatoires (DO)

Depuis 1999, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), quel qu'en soit le stade, est inscrite sur la liste des maladies à déclaration obligatoire (MDO). Les cliniciens et les biologistes, qu'ils soient du secteur public ou privé, ont l'obligation de transmettre aux autorités sanitaires des données individuelles concernant les cas d'infection à VIH ou de sida qu'ils diagnostiquent. L'exploitation de ces informations permet de décrire le nombre et les caractéristiques des personnes diagnostiquées afin d'orienter les actions de prévention, de dépistage et de prise en charge et d'apporter des éléments permettant leur évaluation. Cependant, l'exhaustivité globale de la DO en ville et à l'hôpital poursuit sa baisse à 46 % en Île-de-France (avec 17 % d'exhaustivité en ville et 67 % à l'hôpital, respectivement). Elle est largement inférieure à l'exhaustivité de la DO au niveau national (57 % globalement et 77 % à l'hôpital). Le nombre de Franciliens ayant découvert leur séropositivité VIH en 2022 a été estimé entre 1 600 et 2 400 selon les données de Santé publique France issues des déclarations obligatoires de l'infection par le VIH (estimation basse et haute à partir des DO bruts redressés).

Estimations des nouveaux cas par les nouvelles admissions en affection de longue durée (ALD)

L'incidence (nombre de nouveaux cas de VIH dans la population) est approchée par le nombre de nouvelles admissions en ALD 7 « Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) » au cours de l'année n. C'est un proxy de l'incidence car on peut suivre d'une année sur l'autre le nombre de personnes nouvellement déclarées en ALD 7, mais non exhaustif des nouveaux cas de VIH. En effet d'après l'algorithme de sélection des personnes prises en charge pour VIH développé par l'Assurance maladie (cartographie des pathologies Cnam), 90 % des Franciliens sélectionnés sont en ALD pour VIH.

La cartographie des pathologies Cnam pour la prévalence

L'exploitation des données médico-administratives du SNDS suivant les algorithmes de la cartographie, permet de repérer les personnes prises en charge pour des pathologies en tenant compte des traitements chroniques et des épisodes de soins (ALD, médicaments spécifiques, actes médicaux ou de biologie, diagnostic hospitalier).

Les personnes prises en charge par l'Assurance maladie pour le VIH selon l'algorithme de la cartographie des pathologies version G10 2015-2021, sont les suivantes: personnes ayant une affection de longue durée au cours de l'année n (ALD 7), avec codes CIM-10 de maladie due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), et/ou personnes hospitalisées en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) (diagnostic principal ou relié) ou en psychiatrie (diagnostic principal ou associé) pour ces mêmes motifs au cours des années n à n-4, et/ou personnes hospitalisées en MCO l'année n pour tout autre motif avec une infection par le VIH comme complication ou morbidité associée (diagnostic associé, ou diagnostic principal ou relié d'un des résumés d'unité médicale), et/ou personnes ayant eu une délivrance à trois dates différentes d'au moins un médicament spécifique au traitement du VIH/SIDA dans l'année n, et/ou personnes ayant eu un acte de biologie médicale spécifique au traitement du VIH/SIDA dans l'année n.

Néanmoins les tops pathologies ne se prêtent pas au calcul de l'incidence du fait des entrées et sorties et des différentes profondeurs de champs.

Données de mortalité

Les données sur les causes médicales de décès sont produites par le CépiDc¹ (Inserm) à partir des certificats de décès et la classification internationale des maladies (CIM) de l'OMS. Ces données permettent d'identifier les décès pour la CIM sida.

¹ CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès

En finir avec l'épidémie de VIH/sida en 2030

Objectifs ONUSIDA 95-95-95 [1]

Conformément aux objectifs de la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 [2] rappelés dans le Projet régional de santé 2023-2028 [3], la Région Île-de-France veut mettre un terme à l'épidémie de VIH [4] en atteignant les cibles suivantes définies par l'ONU :

- 95 % des personnes atteintes de VIH connaissent leur statut,
- 95 % des personnes connaissant leur statut sont traitées,
- 95 % des personnes traitées avec des antirétroviraux ont une charge virale supprimée.

Résultats pour l'Île-de-France

La première cible à atteindre est la plus difficile à estimer puisqu'elle suppose de connaître le nombre de personnes qui sont porteuses du VIH sans le savoir (« épidémie cachée »). Des travaux datant de 2018 [5] permettent d'estimer ce paramètre à partir d'une méthode de rétro calcul du délai entre contamination et diagnostic à partir de données des déclarations obligatoires du VIH (Santé publique France). Le nombre de personnes atteintes du VIH était estimée à 63 860 en 2018 pour l'Île-de-France d'après la cartographie des pathologies de la Cnam. Parmi celles-ci, 85 % (54 600) connaissent leur statut et 15 % (9 260) étaient non diagnostiquées, c'est-à-dire ne connaissent pas leur statut. Des travaux sont en cours à Santé publique France pour actualiser cette estimation.

Les deux cibles suivantes sont estimées grâce au suivi hospitalier¹ : en 2021, plus de 96 % des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en Île-de-France sont traitées et 92 % ont une charge virale indétectable (< 50 cp/ml). Cette dernière cible est même dépassée si l'on prend le seuil de 200 copies du virus par millilitres de sang en dessous duquel il n'y a pas de transmission, soit 96,7 % des cas.

Se concentrer sur le dépistage et la prévention pour atteindre la première cible de la cascade.

Ces résultats ont été rendus possible, d'une part, grâce à l'articulation du dépistage et du système de soins, permettant de traiter les personnes diagnostiquées, et, d'autre part, grâce aux avancées médicales et à la mise au point de nouvelles thérapies antivirales plus efficaces, plus faciles à administrer et avec moins d'effets secondaires. L'atteinte du premier objectif repose désormais sur des enjeux de communication et de dépistage auprès des populations exposées au risque de contamination et éloignées du système de santé.

Une personne séropositive qui prend son traitement depuis plusieurs semaines, et qui a une charge virale indétectable, ne transmet plus le VIH à sa, son ou ses partenaire(s). Un virus indétectable est intransmissible.

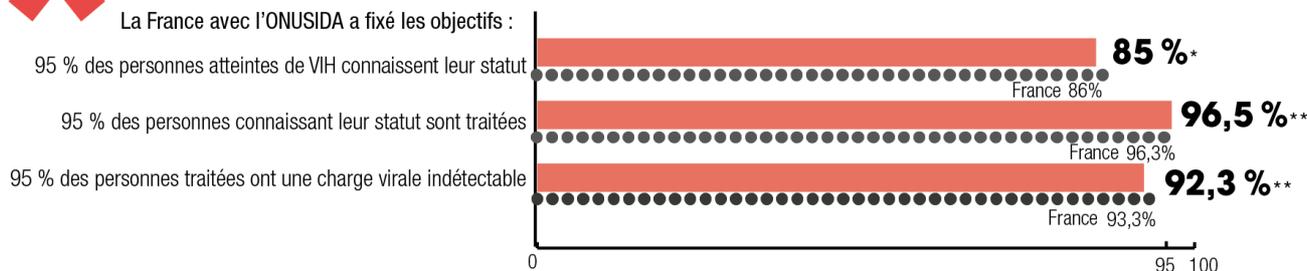
C'est ce qu'on appelle le traitement comme prévention ou TasP (Treatment as Prevention).

Figure 1 : Les objectifs ONUSIDA : résultats en Île-de-France et en France



METTRE UN TERME À L'ÉPIDÉMIE DE VIH EN 2030 EN ÎLE-DE-FRANCE LES OBJECTIFS 95-95-95

La France avec l'ONUSIDA a fixé les objectifs :



* proportion des personnes infectées diagnostiquées (rapporté à un nombre estimé de personnes vivant avec le VIH) : estimation réalisée sur la période 2014-2018, basée sur une méthode de rétrocalcul du délai entre infection et diagnostic à partir des données des déclarations obligatoires du VIH (système de surveillance et de collecte géré par Santé publique France) - Source : ANRS CO4-FHDH, INSERM - Marty L et al. Revealing geographical and population heterogeneity in HIV incidence, undiagnosed HIV prevalence and time to diagnosis to improve prevention and care: estimates for France. Journal of the International AIDS Society. 2018;21(3):e25100.

** données 2021, dernières données disponibles. Cohortes hospitalières ANRS CO4 FHDH et ANRS CO3 AQUIVH de suivi de personnes vivant avec le VIH (FHDH et AquIVIH) non exhaustives. Charge virale <50cp/ml, en 2021

¹ Cohorte hospitalière représentative des personnes suivies dans les hôpitaux en France - ANRS CO4 FHDH (French Hospital Database on HIV). Investigatrices principales : S. Grabar et D. Costagliola

Situation en Île-de-France

L'Île-de-France reste la région la plus touchée de France métropolitaine

Avec près de 61 500 personnes prises en charge pour le VIH selon l'Assurance maladie en 2021 (cartographie des pathologies de la Cnam), l'Île-de-France est la région de France la plus touchée par l'épidémie (39 % des personnes prises en charge en France). L'épidémie de VIH est principalement masculine (64 % des personnes diagnostiquées en Île-de-France). Dans la région on compte 759 cas pour 100 000 habitants chez les Franciliens et 413 chez les Franciliennes (Figure 2) contre respectivement 300 et 150 cas pour 100 000 habitants en France métropolitaine.

Avec d'importantes disparités entre départements

Au sein de la région, on observe de grandes différences de prévalence du VIH selon les départements : Paris et la Seine-Saint-Denis concentrent le plus grand nombre de cas de VIH chez les hommes comme chez les femmes (Figure 2), avec un taux de prévalence à Paris (1 792 cas pour 100 000 habitants) cinq fois plus important que dans les Yvelines pour les hommes (351) et chez les femmes un taux en Seine-Saint-Denis (619) 2,3 fois plus important que celui des Yvelines (267).

La Seine-Saint-Denis et Paris présentent les taux de VIH les plus élevés de la région

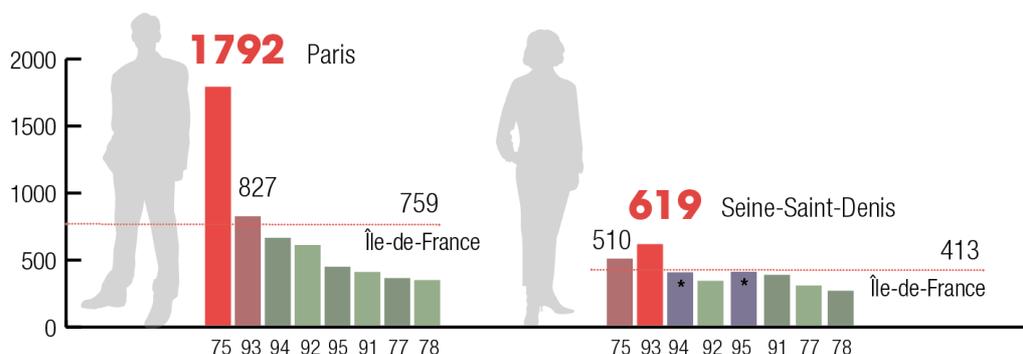
Une baisse du nombre de nouvelles admissions en ALD pour VIH

L'incidence ou le nombre de nouveaux cas de VIH dans la population est approché par le nombre de nouvelles admissions en affection longue durée (ALD) pour VIH. En 2022, on compte 1 708 nouvelles admissions en ALD pour VIH en Île-de-France (Figure 3) après avoir stagné à 2 000 entre 2020 et 2021. Les départements suivent la même évolution, Paris présente le plus grand nombre d'admissions en 2022 (30 %), suivi par la Seine-Saint-Denis (16 %).

Les différentes sources de données disponibles soulignent toutes une baisse significative des nouveaux diagnostics VIH dans la région entre 2017 et 2021 : de 35 à 45 %.

Cette baisse est difficile à interpréter car multifactorielle : impact de la COVID-19 sur l'exposition au risque de contamination durant le confinement, le recours au dépistage, l'accès aux soins, montée en charge de l'utilisation de la PrEP (prophylaxie pré-exposition) ou encore mise sous traitement des personnes séropositives...

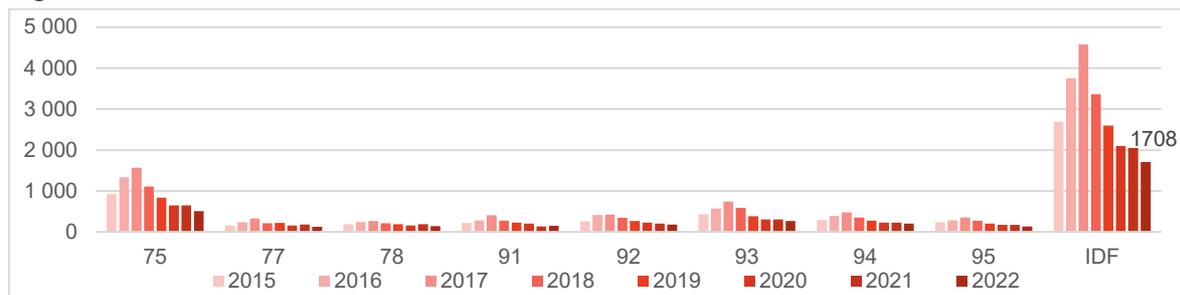
Figure 2 : Taux standardisés de prévalence des personnes prises en charge pour VIH en 2021



Source : Cartographie des pathologies, SNDS CNAM 2021 – Exploitation ORS-IDF.

* non significatif par rapport à la moyenne régionale (départements classés en fonction du taux de prévalence chez les hommes, en rouge le plus élevé)

Figure 3 : Évolution du nombre de nouvelles admissions en ALD VIH entre 2015 et 2022



Source : SNDS – Exploitation ORS-IDF

Une augmentation de la prévalence chez les femmes

La répartition entre hommes et femmes (Tableau 1) varie en fonction des départements franciliens. On observe à Paris que l'épidémie du VIH est largement masculine avec une épidémie parisienne qui touche particulièrement les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH). De façon moins marquée, on retrouve cette dominante masculine dans les Hauts-de-Seine et dans le Val-de-Marne. En grande couronne, les proportions d'hommes sont comparables à celles des femmes et mettent ainsi en relief une épidémie plutôt dominée par la transmission par voie hétérosexuelle.

Entre 2015 et 2021, le taux de croissance annuel moyen des Franciliens pris en charge pour VIH est de -0,4 % chez les hommes et +1,9 % chez les femmes (Tableau 2).

Cette baisse chez les hommes est aussi visible au niveau national et est dû à une baisse du nombre des contaminations chez les HSH nés en France docu-

menté par Santé Publique France ces dernières années [6]. On retrouve donc cette baisse à Paris, dans les Hauts-de-Seine et dans le Val-de-Marne où l'épidémie touche particulièrement les HSH. Mais au contraire un accroissement annuel moyen positif du nombre de personnes prises en charge pour VIH en grande couronne jusqu'à +1,6 % en Seine-et-Marne et +1,8 % en moyenne par an dans les Yvelines chez les hommes.

Chez les femmes, on observe une augmentation dans tous les départements, plus importante en Seine-et-Marne et dans les Yvelines (respectivement +3 % et +4,2 %) et moindre à Paris (+1,5 %) et dans les départements de la petite couronne (+1 % dans le 93, +1,4 % dans le 92 et +1,6 % dans le 94).

Des situations sociales défavorisées

En Île-de-France, 17 % des personnes prises en charge pour VIH sont bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) contre 10 % en population générale (Figure 4). L'écart est moindre en Seine-Saint-Denis, avec des parts particulièrement élevées, respectivement 24 % et 21 %.

Tableau 1 : Répartition par sexe (en %) des personnes prises en charge pour VIH en 2021

%	Paris	Seine-et-Marne	Yvelines	Essonne	Hauts-de-Seine	Seine-Saint-Denis	Val-de-Marne	Val-d'Oise	IDF	France entière
Hommes	77	53	56	51	61	57	61	51	64	66
Femmes	23	47	45	49	39	43	39	49	36	34

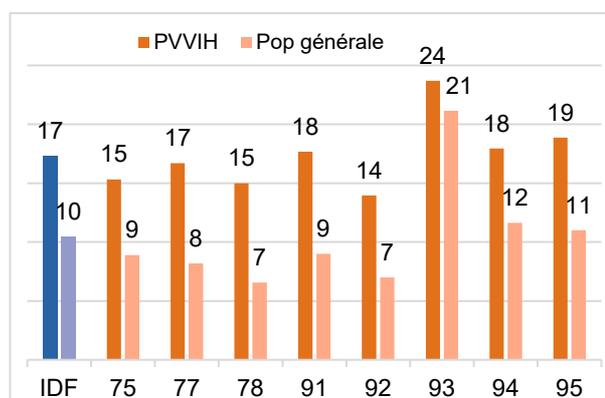
Source : Cartographie des pathologies, SNDS CNAM 2021 – Exploitation ORS-IDF

Tableau 2 : Taux d'accroissement annuel moyen (%) des personnes prises en charge pour VIH entre 2015 et 2021

	Hommes	Femmes
75	-1,1	1,5
77	1,6	3,0
78	1,8	4,2
91	1,1	2,8
92	-0,6	1,4
93	0,0	1,0
94	-0,2	1,6
95	0,4	2,2
IDF	-0,4	1,9

Source : Cartographie des pathologies, SNDS CNAM 2021 – Exploitation ORS-IDF

Figure 4 : Part de bénéficiaires de la C2S* parmi les PVVIH et la population générale Francilienne en 2021 (%)



Source : Cartographie des pathologies, SNDS CNAM 2021 – Exploitation ORS-IDF.

*C2S : Complémentaire santé solidaire.

Et des contrastes également à l'échelle infra-départementale

L'analyse infra-départementale souligne un territoire contrasté (Carte 1). Chez les hommes, les arrondissements de Paris centre (1^{er}, 2^e, 3^e et 4^e) se démarquent avec un taux de prévalence du VIH supérieur à 3 000 cas pour 100 000 habitants contre environ 300 pour les femmes. Les taux de l'épidémie masculine sont élevés dans le centre de Paris, connu comme étant le territoire résidentiel privilégié des HSH appartenant aux classes aisées [7].

Mais les arrondissements du nord-est de Paris (10^e, 11^e, 18^e, 19^e, 20^e) sont également à plus de 2 000 cas pour 100 000 hommes. En dehors de Paris, la Seine-Saint-Denis avec Saint-Denis, Saint-Ouen, Aubervilliers, Pantin, Montreuil et Bagnolet, Clichy dans les Hauts-de-Seine et le Kremlin-Bicêtre dans le Val-de-Marne dépassent les 1 000 cas pour 100 000 hommes.

Paris concentre les plus forts taux de VIH avec certaines communes de Seine-Saint-Denis pour les hommes et les femmes.

C'est aussi dans certains de ces territoires que l'épidémie est la plus élevée chez les femmes avec des taux proches de 1 000 pour 100 000 femmes en Seine-Saint-Denis notamment : Stains (1 072), Saint-Denis (953), Bobigny (951) et Aubervilliers (925), à Sarcelles dans le Val-d'Oise (993) et Evry en Essonne (915), territoires aussi marqués par une situation sociale (chômage, revenu, éducation...) très défavorable et une proportion importante d'immigrés (entre 30 et 40 % de la population). Dans ces territoires, les taux des femmes se rapprochent de ceux des hommes, voire les dépassent comme à Stains, Sarcelles et Evry, et mettent ainsi en relief une transmission majoritaire par voie hétérosexuelle.

Des comorbidités fréquentes

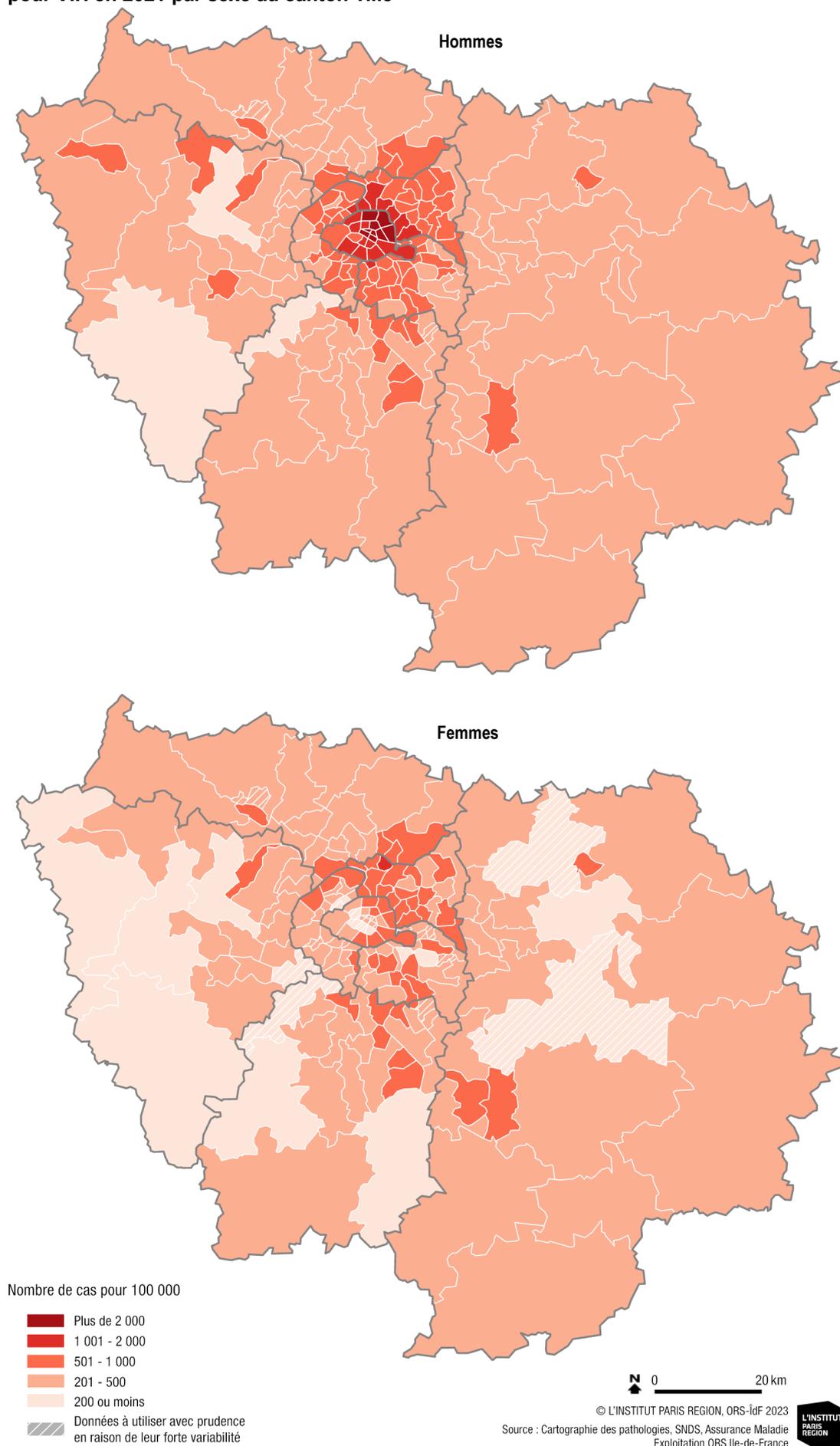
Les nouveaux traitements antirétroviraux ont un impact majeur sur l'espérance de vie et la qualité de vie des PVVIH. Les personnes vivant avec le VIH ont une espérance de vie équivalente à celle de la population générale, lorsque le VIH est contrôlé et que l'immunité est restaurée. L'utilisation systématique et correcte du traitement anti-VIH en vue de maintenir une charge virale indétectable repose sur les éléments suivants : observer rigoureusement le schéma médicamenteux permettant d'atteindre et de maintenir une charge virale indétectable ; effectuer des visites médicales régulières afin de faire surveiller la charge virale et de recevoir du soutien en vue de l'observance, si nécessaire.

Toutefois, vivre avec le VIH expose encore aujourd'hui, dans certains cas, à des complications métaboliques. Les seniors vivant avec le VIH font face à des défis spécifiques avec notamment jusqu'à cinq fois plus de risques de développer des maladies chroniques (CRIPS chiffres clés 2024).

Les PVVIH sont aussi plus souvent traitées pour des comorbidités. Ainsi en Île-de-France, 22 % des PVVIH ont un traitement prévenant le risque cardiovasculaire (antihypertenseurs ou hypolipémiants) contre 10 % en population générale francilienne, 12 % ont un traitement psychotrope contre 6 % en population générale et 7 % ont une maladie du foie ou du pancréas contre moins de 1 % en population francilienne.

Les personnes vivant avec le VIH sont également exposées à des discriminations qui peuvent avoir des effets sur leur santé mentale. Les problèmes d'addictions sont fréquents et ont des conséquences sur l'efficacité et la tolérance des médicaments, ainsi que sur l'observance du traitement. Le tabac est le facteur de risque cardiovasculaire le plus important.

Carte 1 : Taux standardisés de prévalence des personnes prises en charge par l'Assurance maladie pour VIH en 2021 par sexe au canton-ville



Une faible mortalité

À l'échelle de l'Île de France, le nombre de décès liés au sida a baissé de 80 % depuis 2000 comme pour le reste de la France. Les taux de mortalité liés au VIH sont inférieurs à 1 décès pour 100 000 depuis 2017 (Figure 5) en France comme en Île-de-France, mais le niveau de mortalité est supérieur en Île-de-France chez les hommes et les femmes, et en légère hausse en 2020.

Des avancées médicales

Depuis les premiers cas de sida en 1981, et le rétrovirus VIH en 1983, de nombreuses molécules antirétrovirales ont été mises au point pour traiter l'infection par le VIH. Le traitement antirétroviral combiné empêche la réplication du VIH, l'objectif étant que sa concentration devienne indétectable dans le sang (< 50 copies de virus par millilitres de sang). Lorsque ces conditions sont maintenues au long cours grâce à un traitement antirétroviral pris à vie, le système immunitaire du patient peut se restaurer, prévenant ainsi l'évolution vers les complications cliniques liées au VIH/sida. Sous traitement efficace, l'infection VIH devient ainsi chronique, souvent silencieuse cliniquement et intransmissible.

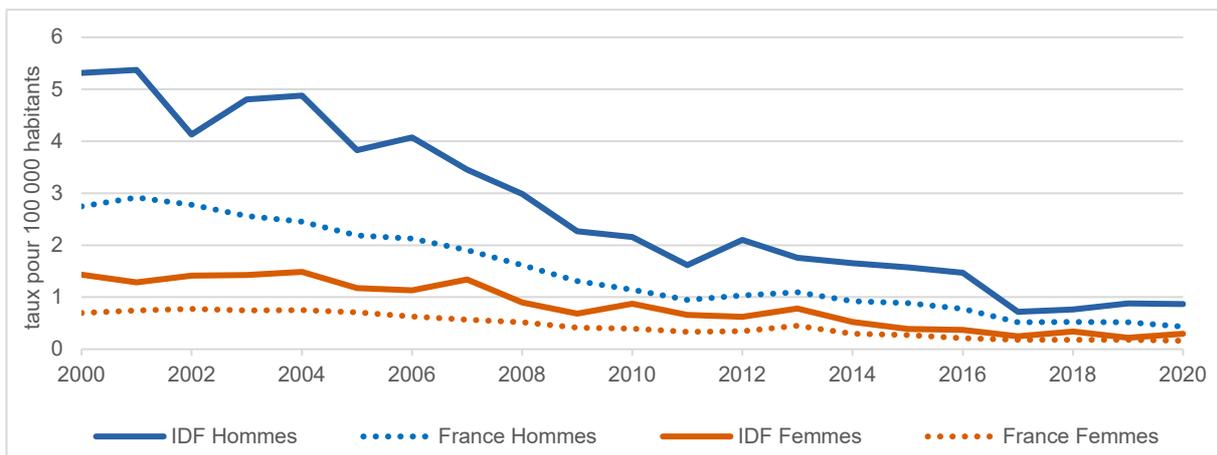
Actuellement, de nombreuses combinaisons antirétrovirales sont disponibles, le plus souvent sous forme de comprimé unique à prendre quotidiennement (trithérapie ou quadrithérapie). De nouvelles

formes galéniques sont apparues ces dernières années telles que les injections de molécules antirétrovirales tous les deux mois (antirétroviraux « long acting »), et des stratégies d'allègements thérapeutiques ont été développées permettant de prendre certaines combinaisons quatre ou cinq jours sur sept, dans des conditions bien précises. Cet élargissement du panel et des stratégies thérapeutiques permet aujourd'hui de mieux adapter le traitement au profil de chaque patient et de son mode de vie. La recherche thérapeutique demeure active¹, en particulier pour le développement d'autres molécules en « long acting », comprimés, injections, ou même sous forme d'implant.

Néanmoins, les traitements antirétroviraux, aussi efficaces soient-ils, ne permettent pas l'éradication du VIH qui reste intégré dans l'ADN des cellules cibles du virus, à l'état latent. Lors d'une interruption de traitement, la réplication du VIH reprend et avec elle, la transmission (sexuelle, de la mère à l'enfant, et par contact sanguin), et la destruction du système immunitaire.

Les traitements préviennent les complications cliniques et la transmission mais ne peuvent être prescrits que si les personnes concernées connaissent leur statut sérologique et donc sont dépistées : le dépistage précoce du VIH est donc crucial, tant à l'échelle individuelle pour prévenir les complications cliniques, qu'à l'échelle collective pour le contrôle de l'épidémie [8].

Figure 5 : Taux standardisés de mortalité dont la cause principale est le sida (maladie VIH) par sexe en Île-de-France et en France entre 2000 et 2020



Source : Inserm CépiDc (standardisation directe sur la population de référence France au RP 2006)

¹ <https://www.iasociety.org/ias-programme/towards-hiv-cure>

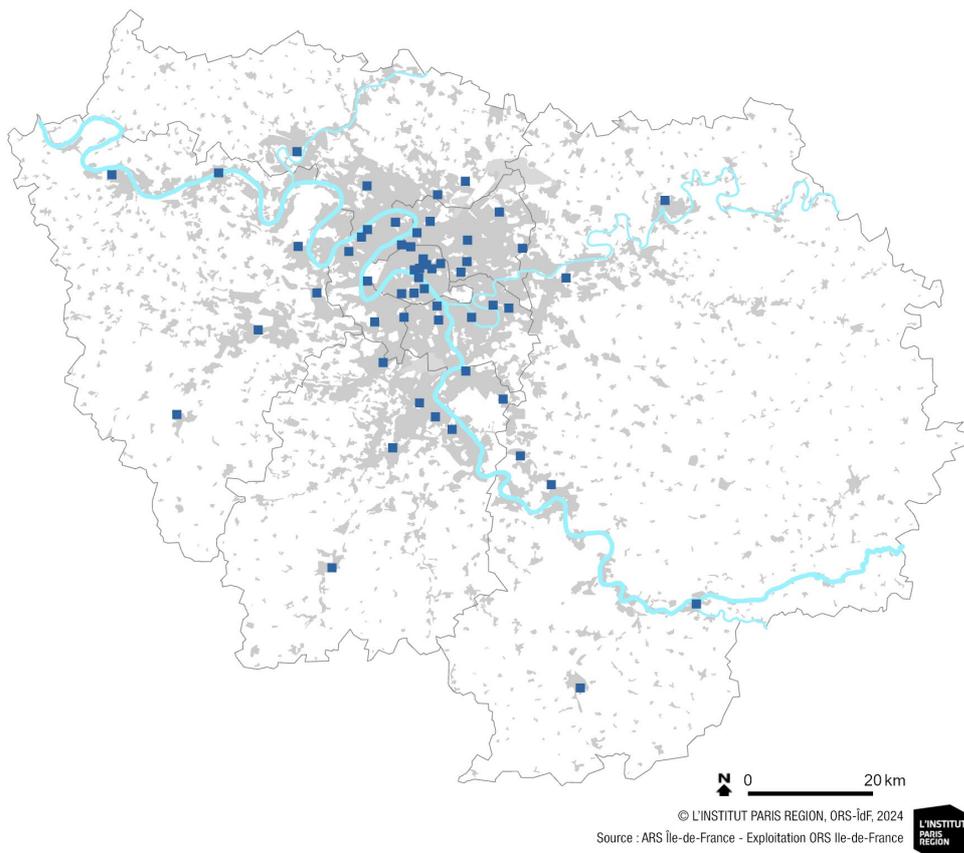
Prévention et dépistage

La prévention de l'infection par le VIH repose aujourd'hui sur la combinaison de stratégies diverses [9] :

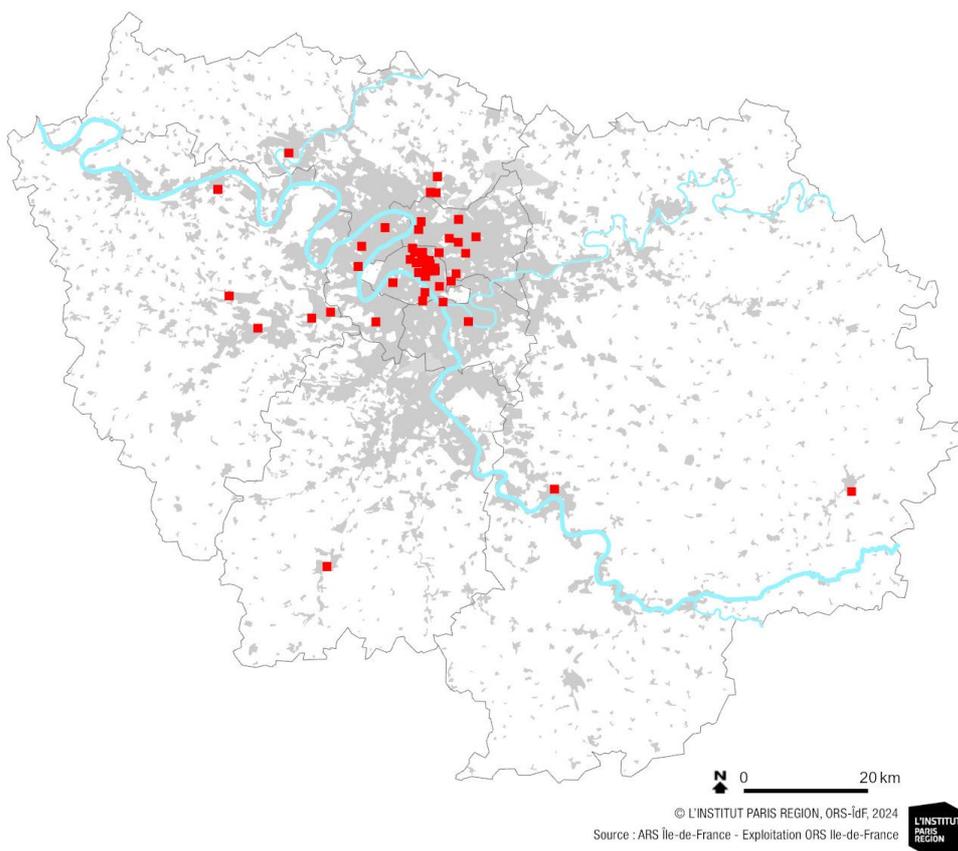
- Les **préservatifs** masculin et féminin sont les seuls moyens de prévention de l'ensemble des IST y compris le VIH, lors des rapports sexuels. Les préservatifs (masculin depuis le 1^{er} janvier 2023 et féminin depuis le 1^{er} janvier 2024) sont pris en charge en pharmacie à 100 % par l'Assurance maladie, sans avance de frais et sans ordonnance pour tous les jeunes de moins de 26 ans. Pour toutes personnes de plus de 25 ans, il est possible de s'en faire prescrire par tous médecins (il est pris en charge à 60 % par l'Assurance maladie). Il est également possible de s'en procurer gratuitement en CeGIDD (Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH et autres IST - Carte 2) ou auprès d'associations. Ils peuvent être achetés en supermarché, dans certains bars-tabac, dans des distributeurs automatiques. Au cours de l'année 2021, en Île-de-France, 24 387 024 préservatifs masculins ont été vendus en grande distribution. Ce chiffre est en augmentation par rapport à 2020 (Santé publique France - Géodes).
- La **PrEP** (prophylaxie pré-exposition) est un traitement antirétroviral préventif qui peut être pris par les personnes séronégatives exposées au VIH. La primo-prescription de la PrEP, initialement réservée aux médecins spécialistes hospitaliers a été élargie depuis le 1^{er} juin 2021 à tous les prescripteurs, notamment aux médecins généralistes, dans le but de faciliter l'accessibilité à la PrEP pour toutes les populations qui pourraient en bénéficier. Actuellement, les bénéficiaires de la PrEP sont quasiment exclusivement des HSH.
- Le **TPE** (traitement post-exposition) est un traitement antirétroviral d'urgence qui, pris le plus tôt possible dans les 48 heures après une exposition au VIH, réduit fortement le risque de contamination. Au sein des CeGIDD, il est possible de consulter un médecin pour une évaluation du risque et selon les structures se voir remettre ce traitement sur place. Le TPE est disponible dans tous les services d'urgences des hôpitaux. Son intérêt est évalué individuellement par le médecin en fonction de l'exposition au VIH. Lorsque le TPE est indiqué, sa durée est d'un mois.
- Le traitement antirétroviral, s'il est pris régulièrement par les personnes vivant avec le VIH fait disparaître le virus de leur sang (charge virale rendue indétectable) et donc empêche la transmission aux partenaires sexuels : c'est ce qu'on appelle la prévention par le traitement (TasP pour « Treatment as Prevention » en anglais).
- Le **dépistage** est l'unique moyen d'établir un diagnostic d'infection par le VIH. En cas de résultat positif, il permet de bénéficier d'une prise en charge et d'un traitement antirétroviral adapté. Le dépistage peut être effectué dans un laboratoire de biologie médicale. Le test est remboursé à 100 % par la sécurité sociale sur ordonnance d'un médecin. Depuis janvier 2022, il est également possible de se rendre dans n'importe quel laboratoire, sans ordonnance, pour bénéficier d'un dépistage gratuit du VIH (dispositif **VIH-test**) sous condition de droits ouverts (PUMA ou AME), de manière anonyme dans un CeGIDD, un centre de santé sexuelle, auprès d'une association (dépistage communautaire - Carte 3) qui propose des tests rapides d'orientation diagnostique (**TROD** depuis 2010), ou en réalisant un autotest disponible en pharmacie.



Carte 2 : Les 56 CEGIDD d'Île-de-France ayant renouvelé leur habilitation au 01/01/2024



Carte 3 : Les acteurs ayant bénéficié d'un soutien de l'ARS IDF en 2023 pour des actions d'information, de prévention ou de dépistage du VIH et des IST



Le taux de dépistage francilien, le plus important des régions métropolitaines

En 2022, près d'1 million de tests de dépistage du VIH effectués par des Franciliens ont été remboursés par l'Assurance maladie (hors hospitalisations et tests gratuits), soit un taux régional de dépistage de 81 pour 1 000 habitants contre 65,1 en France. Près d'un test sur quatre est effectué en Île-de-France. Les femmes se font davantage dépister que les hommes (Figure 6) : respectivement 96,6 pour 1 000 habitantes contre 64,1 pour 1 000 habitants en 2022. Cet écart s'explique par le dépistage systématique des femmes enceintes.

L'épidémie de COVID-19 a eu un fort impact sur le recours au dépistage du VIH, avec une baisse de 10 % du nombre de tests remboursés entre 2019 et 2020 en Île-de-France (-12 % chez les hommes et -8 % chez les femmes). Une hausse du recours au dépistage est notée dès 2021 et en 2022 permettant de dépasser le niveau observé avant l'épidémie.

Au niveau infrarégional (Tableau 3), Paris présente le plus fort taux de dépistage par habitant et la Seine-et-Marne le plus faible chez les hommes comme chez les femmes. Cet écart peut s'expliquer par l'offre de dépistage importante à Paris et moindre en grande couronne.

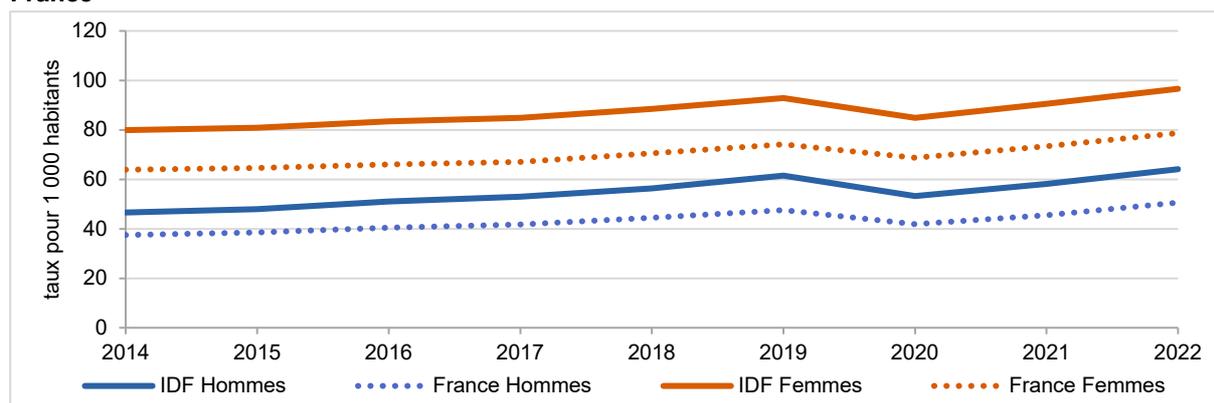
Le taux de positivité quant à lui, sérologies confirmées positives tirées de l'activité déclarée par les laboratoires de ville et hôpital, poursuit sa décroissance régulière (passant de 4,5 positifs pour

1 000 sérologies en Île-de-France en 2010 à 3 positifs / 1 000 en 2022 et 2,2 à 1,6 pour la France).

Si les droits d'accès aux soins sont ouverts, le dépistage du VIH est gratuit partout même sans ordonnance en faisant une prise de sang en laboratoire d'analyses médicales (de ville, hôpital ou clinique) ou bien dans un centre de dépistage, portant à 1,6 million le nombre de tests effectués en 2022, remboursés ou non, avec ou sans prescription médicale, quels que soient les lieux de prélèvement d'après l'enquête LaboVIH. Faire un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) dans le cadre d'actions associatives de dépistage dans les espaces publics ou dans des lieux privés de rencontres et de consommation sexuelle (bar, sauna...) est aussi possible. Il est à noter que pour les TROD comme pour les auto-tests, un résultat négatif est plus fiable 3 mois après l'exposition. Pour les sérologies faites à partir d'une prise de sang ce délai est réduit à 6 semaines.

En 2022 les dépistages réalisés dans les CeGIDD ont augmenté ; le dépistage dit communautaire (TROD) a baissé d'environ un tiers, en lien avec un recentrage des activités sur les populations les plus éloignées et l'intégration des hépatites. Le dispositif de dépistage sans ordonnance dans les laboratoires de biologie médicale récemment mis en place représente pour cette première année 5,7 % des sérologies en laboratoire de ville (VIH-test). Les ventes d'autotests VIH en pharmacie au cours de l'année 2021 sont d'environ 22 600 (+9 % par rapport à 2020) en Île-de-France, et sont disponibles aussi dans les CeGIDD et auprès des associations effectuant des TROD.

Figure 6 : Evolution des taux bruts de dépistages du VIH entre 2014 et 2022 en Île-de-France et en France



Source : SNDS – Exploitation Santé publique France (dépistage remboursé par l'Assurance maladie, hors hospitalisation et hors tests gratuits)

Tableau 3 : Taux bruts de dépistages du VIH en 2022 par départements, en Île-de-France et en France (pour 1 000 hab.)

%	Paris	Seine-et-Marne	Yvelines	Essonne	Hauts-de-Seine	Seine-Saint-Denis	Val-de-Marne	Val-d'Oise	IDF	France entière
Hommes	104,4	49,6	52,6	52,9	62,1	62	59,4	51,5	64,1	50,6
Femmes	120,9	84,8	86,1	89,6	92,6	101,2	93,8	89,5	96,6	78,7

Source : SNDS – Exploitation Santé publique France (dépistage remboursé par l'Assurance maladie, hors hospitalisation et hors tests gratuits)

Une hausse du niveau global de protection avec la PrEP

La PrEP ou prophylaxie pré-exposition consiste actuellement en la prise de comprimés contenant les molécules ténofovir et emtricitabine. Après la démonstration de son efficacité très élevée dans plusieurs essais thérapeutiques, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et les experts français ont recommandé l'utilisation de la PrEP pour des personnes très exposées au VIH. La PrEP est prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie en France. Deux modes d'emploi sont possibles : la PrEP dite « continue » qui consiste en un traitement au long cours et la PrEP dite « intermittente » ou « à la demande » consistant en un traitement limité dans le temps, encadrant le ou les rapports sexuels à risque. Le traitement peut être renouvelé en médecine de ville, en CeGIDD, en centre de santé, à l'hôpital, en établissement social ou médico-social...

Le taux de maintien (ou rétention) de la PrEP est défini par la proportion d'utilisateurs ayant poursuivi la PrEP au cours des 6 mois rapportée à l'ensemble des personnes qui avaient eu recours à la PrEP au semestre précédent.

Des efforts à faire pour cibler de nouveaux utilisateurs de la PrEP

Parmi l'ensemble des personnes ayant initié une PrEP entre janvier 2016 et juin 2023, 41 % résident en Île-de-France, dont 23 % (19 704) à Paris, 12 % (10 201) dans un département de la petite couronne et 6 % (5 063) dans un département de la grande couronne. L'immense majorité des utilisateurs (97 %) sont des hommes, âgés de 36 ans en moyenne, 8 % sont bénéficiaires de la C2S et moins

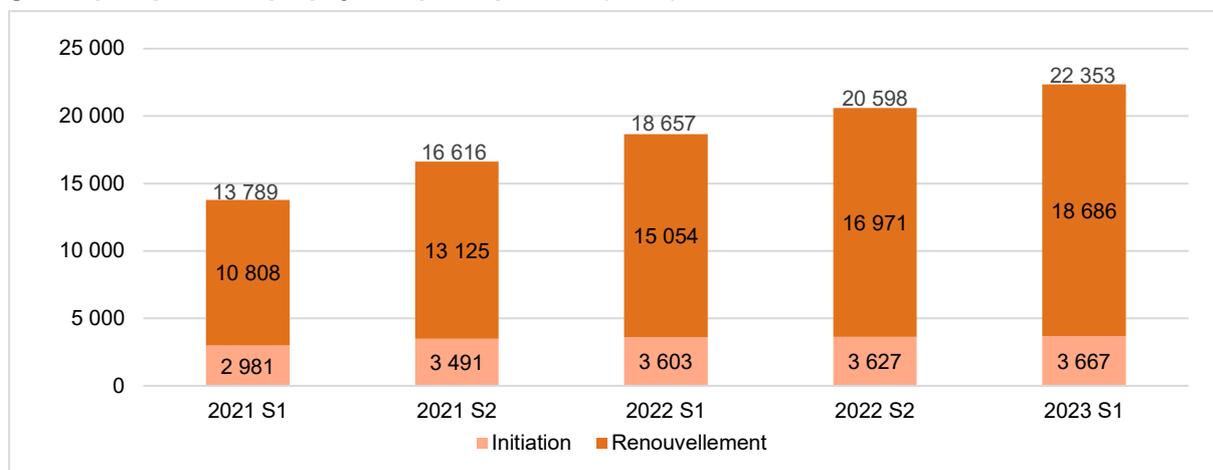
d'1 % sont bénéficiaires de l'AME (aide médicale de l'état). Ces données issues du dernier rapport du groupement d'intérêt scientifique « Epi-Phare » [10] montrent que l'utilisation de la PrEP est restée concentrée parmi les HSH vivant en unité urbaine, sans s'étendre aux autres catégories de population qui pourraient en bénéficier.

L'utilisation de la PrEP continue d'augmenter depuis son autorisation en France en 2016 malgré un infléchissement en 2020 durant la crise COVID-19. La diffusion de la PrEP progresse chaque année de Paris vers sa couronne passant en proportion de 63 % des utilisateurs en 2016 à 51 % au 1^{er} semestre 2023. La part de femmes et de bénéficiaires de la C2S augmente très faiblement.

En 2023, le nombre total de personnes ayant eu recours à la PrEP (en initiation ou en renouvellement) a augmenté de 20 % en Île-de-France, passant de 18 657 au 1^{er} semestre 2022 à 22 353 au 1^{er} semestre 2023 (Figure 7) contre +24 % en France. Cette augmentation est principalement due aux renouvellements de traitement (+24 % en Île-de-France au cours de la dernière année, +29 % en France) tandis que le nombre des nouveaux utilisateurs (initiation) n'a augmenté que de 2 % (7 % en France). Depuis 2020, le taux de maintien du traitement préventif d'un semestre à l'autre est élevé, de l'ordre de 90 %. Au sein de la région, la grande couronne présente la plus forte progression +29 % d'utilisateurs (initié ou renouvelé) au cours de l'année, suivi de loin par la petite couronne +19 % et Paris avec +18 %.

Si l'observance de ce traitement préventif est bonne, le GIS Epi-Phare estime le taux d'efficacité de la PrEP à 93 % en France chez les hommes à haut risque d'infection au VIH par voie sexuelle [11].

Figure 7 : Evolution du nombre de personnes ayant initié ou renouvelé un traitement Truvada® ou génériques pour une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH domiciliées en Île-de-France



Source : Epi-Phare rapport 2023

Au sein de l'Île-de-France au 30 juin 2023, la majorité des utilisateurs de la PrEP sont Parisiens (58 %), 28 % habitent en petite couronne et 14 % en grande couronne (Tableau 4).

L'enquête rapport au sexe (Eras) réalisée au premier semestre 2023 par Santé publique France, en partenariat avec l'ANRS-MIE¹, a eu pour objectif d'évaluer de façon répétée l'usage des différents moyens de prévention du VIH parmi les HSH en France. En particulier, l'étude [12] a voulu décrire, parmi les HSH pouvant bénéficier de la PrEP sur les six derniers mois, le profil des utilisateurs et celui des non-utilisateurs, afin de définir des facteurs de non-utilisation. La PrEP est connue des HSH de la région participant à Eras (> 90 %) mais surtout à Paris. Par rapport aux usagers de la PrEP, les non-usagers étaient plus jeunes, moins souvent urbains, moins éduqués, avec une situation financière moins privilégiée, socialement moins connectés à la communauté gay et

à ses modes de vie et également plus éloignés du système de soin et de l'offre médicale en santé sexuelle. Les résultats soulignent la persistance de freins individuels et structurels à l'utilisation de la PrEP au sein d'une population des HSH ayant des comportements sexuels à haut risque d'exposition au VIH. A ce jour, l'ouverture de la primo-prescription de la PrEP en médecine de ville depuis 2021 n'atteint pas les objectifs attendus parmi lesquels la diversification des caractéristiques sociodémographiques des usagers.

Parmi tous les outils dont nous disposons (dépistage, PrEP, TASP, préservatifs, prévention primaire, prise en charge précoce...), certains pourraient être mieux mobilisés à travers une meilleure connaissance des territoires franciliens les plus touchés et des groupes sociaux auprès desquels intervenir en priorité.

Tableau 4 : Nombre total d'utilisateurs d'une PrEP par Truvada® ou génériques (initiation ou renouvellement) au 30 juin 2023, domiciliés en Île-de-France

	Paris		Petite couronne		Grande couronne		Île-de-France	
Initiation	1 855	51 %	1 102	30 %	710	19 %	3 667	100 %
Renouvellement	11 136	60 %	5 215	28 %	2 335	12 %	18 686	100 %
Total	12 991	58 %	6 317	28 %	3 045	14 %	22 353	100 %

Source : Epi-Phare rapport 2023

¹ ANRS-MIE : Agence nationale de recherches sur le sida et les maladies infectieuses émergentes

Les nouveaux diagnostics d'infection par le VIH : résultats de l'étude COINCIDE

L'Île-de-France, région française la plus atteinte, concentre 40 % des nouveaux diagnostics VIH, ce qui en fait un territoire clé de l'épidémie en France [13, 14]. A ce stade de l'épidémie, pour que les efforts de dépistage et de prévention continuent de porter leurs fruits et permettent d'atteindre l'objectif 95-95-95 fixé par l'ONUSIDA, deux axes stratégiques complémentaires se dessinent : d'une part accélérer les efforts de dépistage et de prévention auprès des populations les plus difficiles à atteindre et souvent vulnérables (en particulier les femmes et les hommes nés à l'étranger) ; d'autre part, que cette accélération puisse avoir lieu depuis les arrondissements parisiens jusqu'aux territoires de la grande couronne, beaucoup plus vastes et moins denses, au sein desquels l'offre de dépistage et de prévention ne peut être développée sans y être ciblée. En d'autres termes, établir des stratégies « à la carte » adaptées non seulement aux « populations clés » mais aussi aux spécificités épidémiques territoriales, peu prises en compte jusqu'alors, par faute de données.

L'étude COINCIDE pour Cartographie INfra-départementale des nouveaux diagnostiCs VIH en Île-DE-France, a eu pour objectif de produire des cartographies de l'épidémie VIH en Île-de-France, à l'échelle infra-départementale, pour préciser les connaissances territoriales de l'épidémie en Île-de-France à une échelle fine.

Auteurs : Fabienne Caby pour le groupe COINCIDE
Corevih Nord : Y Yazdanpanah, J Ghosn, S Legac, M Digumber

Corevih Est : W Rozenbaum, A Brun

Corevih Ouest : F Caby, J Gerbe, P de Truchis, E Rouveix

Corevih Sud : C Duvivier, D Salmon, L Richier, MP Pietri

Corevih Centre : M-A Valantin, R Agher, K Lacombe

INSERM U1295 : C Delpierre, CERPOP (Centre d'Epidémiologie et de Recherche en santé des POPulations)

INSERM U1136 : F Caby, M Mary-Krause, A Rochas-Chaves, P Chauvin (ERES, Equipe de Recherche en Epidémiologie Sociale), V Supervie

Éléments méthodologiques généraux

Cette étude s'est appuyée sur les données des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) nouvellement diagnostiquées uniquement, car ce sont elles qui reflètent la dynamique de l'épidémie, par leur nombre et par le stade de l'infection au diagnostic. Les données ont été collectées par les 52 centres des cinq COREVIH d'Île-de-France et concernaient les PVVIH majeures, diagnostiquées entre 2014 et 2021, résidant en Île-de-France et prises en charge dans l'un des centres (10 510 PVVIH incluses dans l'étude).

Les cartographies ont été construites grâce à la collaboration de l'ORS, à partir du lieu de résidence des PVVIH incluses au moment du diagnostic.

Caractéristiques globales de la population d'étude

Au total entre 2014 et 2021, 10 510 PVVIH prises en charge au sein des cinq COREVIH d'Île-de-France ont été diagnostiquées pour la première fois et répondaient aux critères d'inclusion de l'étude COIN-CIDE.

La dynamique des nouveaux diagnostics pris en charge et leurs caractéristiques suivent de près celles rapportées par la déclaration obligatoire des nouveaux diagnostics de VIH jusqu'en 2021 : on observe une diminution du nombre de nouveaux diagnostics entre 2014 et 2021, avec une chute de -34 % en 2020-2021, par rapport à 2018-2019, en lien avec la crise sanitaire de la COVID-19. La majorité des nouveaux diagnostics concerne les hommes (67 %), les femmes cisgenre (dont le genre ressenti correspond au genre assigné à sa naissance) pour 32 % d'entre elles, et les personnes transgenres (dont l'identité de genre ne correspond pas à son

sexe biologique assigné à la naissance) pour 2 % (Tableau 5). En combinant le sexe, le groupe à risque d'exposition et la région de naissance, les populations les plus représentées sont les personnes nées à l'étranger - 46 % des nouveaux diagnostics pris en charge (26 % de femmes et 20 % d'hommes non HSH) - et les HSH (40 % : 27 % nés en France et 13 % nés à l'étranger). Au diagnostic, le taux médian de CD4 est de 350/mm³ (IQR*, 181-530). A noter que la part des PVVIH diagnostiquées au stade précoce (Primo-infection ou CD4 ≥ 500/mm³) est de 33 %, proportion plus élevée que celle rapportée par la DO (21 % en 2021), en lien avec une définition plus stricte du stade précoce par Santé publique France (profil de séroconversion ou test positif d'infection récente). Les flux des PVVIH entre lieu de résidence et lieu de prise en charge semblent importants : alors que 35 % des PVVIH résident à Paris, 57 % y sont prises en charge. Plus précisément, 45 % des PVVIH résidant en petite couronne et 29 % de celles résidant en grande couronne, sont prises en charge à Paris.

Tableau 5 : Caractéristiques des PVVIH nouvellement diagnostiquées entre 2014 et 2021, résidant en Île-de-France et prises en charge sur l'inter COREVIH IDF, n=10 510

Année diagnostique		Groupes à risque de transmission	
2014-2015	3 157 (30 %)	HSH nés en France	2 759 (26 %)
2016-2017	2 887 (27 %)	HSH nés à l'étranger	1 402 (13 %)
2018-2019	2 698 (26 %)	Hommes non-HSH nés en France	801 (8 %)
2020-2021	1 768 (17 %)	Hommes non-HSH nés à l'étranger	2 133 (20 %)
		Femmes nées en France	468 (4 %)
		Femmes cis nées à l'étranger	2 689 (26 %)
		Personnes transgenres	154 (2 %)
		Inconnu	104 (1 %)
Âge (années)	36 (29-46)		
Pays de naissance		Lieu de résidence	
Afrique Subsaharienne	4 352 (41 %)	Paris (75)	3 692 (35 %)
France et DOM-TOM	4 048 (39 %)	Petite couronne (92, 93, 94)	3 938 (38 %)
Maghreb et Moyen-Orient	568 (5 %)	Grande couronne (77, 78, 91, 95)	2 880 (27 %)
Amérique Latine	420 (4 %)		
Europe de l'Est	196 (2 %)	Lieu de prise en charge	
Caraïbes (hors DOM)	160 (2 %)	Paris (75)	5 990 (57 %)
Autres	661 (6 %)	Petite couronne (92, 93, 94)	2 945 (28 %)
Inconnu	105 (1 %)	Grande couronne (77, 78, 91, 95)	1 575 (15 %)
CD4 (/mm³)	350 (181-530)	Logement précaire	
Stade tardif (CD4 < 350/mm ³ ou SIDA)	4 790 (48 %)	SDF ou hébergé chez un tiers	2 350 (22 %)
Stade avancé (CD4 < 200/mm ³ ou SIDA)	2 868 (28 %)		
Stade Précoce (CD4 ≥ 500/mm ³ ou primo-infection)	3 429 (33 %)		

Source : Données inter COREVIH IDF 2014-2021
Données exprimées en médiane (*IQR : Écart interquartile Q1-Q3) ou n (%)

Le **CD4** est une protéine de surface présente chez une sous-population de lymphocytes T, que l'on nomme lymphocytes T CD4. Le virus VIH utilise cette protéine pour pénétrer dans les cellules. Le nombre de lymphocytes T CD4 (ou « CD4 », « T CD4 » ou encore « T4 ») par mm³ de sang caractérise l'état immunitaire de la personne. C'est l'une des deux mesures clés pour suivre l'évolution de l'infection et mesurer l'efficacité des traitements (conjointement à la mesure de la charge virale).

Caractéristiques de la population d'étude selon le département de résidence

L'échelle départementale révèle de fortes disparités territoriales interdépartementales (Tableau 6). Ainsi, la chute des nouveaux diagnostics entre 2014 et 2021 est maximale en Seine-Saint-Denis (55 %, intervalle de confiance à 95 % : 53-57) et à Paris (53 %, IC₉₅ : 51-55) alors qu'elle est bien moindre dans les départements comme le Val-d'Oise (19 %, IC₉₅ : 16-22) ou les Yvelines (11 %, IC₉₅ : 8-14). Si ce sont les HSH qui constituent la majorité des nouveaux diagnostics à Paris, les personnes nées à l'étranger (femmes et hommes non HSH) sont majoritaires dans tous les autres départements.

Les femmes et les hommes non HSH nés à l'étranger, représentent respectivement 36 % et 27 % des nouveaux diagnostics dans l'Essonne, versus 15 % et 19 % à Paris. Les femmes nées à l'étranger prédominent dans six des sept départements de banlieue. Ainsi, les populations clés diffèrent beaucoup selon les territoires : 51 % des personnes déclarées HSH en IDF résident à Paris, alors que 75 % des personnes nées à l'étranger et non HSH résident en dehors de Paris (41 % en petite couronne et 34 % en grande couronne).

Ces disparités sont également observées pour le stade immuno-clinique au diagnostic, tardif chez 43 % des PVVIH à Paris et s'élevant à 53 % dans les départements comme le Val-de-Marne en petite couronne ou dans l'Essonne en grande couronne.

Tableau 6 : Caractéristiques des PVVIH nouvellement diagnostiquées entre 2014 et 2021, prises en charge au sein de l'inter COREVIH IDF, selon le département de résidence, n=10 510

	75 n = 3 692	92 n = 1 121	93 n = 1 712	94 n = 1 105	77 n = 774	78 n = 552	91 n = 833	95 n = 721
Année diagnostique								
2014-2015	1 171 (32 %)	338 (30 %)	525 (31 %)	351 (32 %)	190 (25 %)	149 (27 %)	240 (29 %)	193 (27 %)
2016-2017	1 080 (29 %)	281 (25 %)	466 (27 %)	284 (26 %)	237 (31 %)	127 (23 %)	233 (28 %)	179 (25 %)
2018-2019	881 (24 %)	302 (27 %)	470 (27 %)	277 (25 %)	212 (27 %)	143 (26 %)	218 (26 %)	195 (27 %)
2020-2021	560 (15 %)	200 (18 %)	251 (15 %)	193 (17 %)	135 (17 %)	133 (24 %)	142 (17 %)	154 (21 %)
Groupes à risque de transmission								
HSH nés en France	1 314 (36 %)	305 (27 %)	314 (19 %)	255 (23 %)	190 (25 %)	112 (20 %)	147 (18 %)	122 (17 %)
HSH nés à l'étranger	723 (20 %)	157 (14 %)	191 (11 %)	115 (11 %)	68 (9 %)	49 (9 %)	41 (5 %)	58 (8 %)
Hommes non-HSH nés en France	193 (5 %)	110 (10 %)	119 (7 %)	90 (8 %)	78 (10 %)	70 (13 %)	78 (9 %)	63 (9 %)
Hommes non-HSH nés à l'étranger	528 (15 %)	189 (17 %)	448 (26 %)	258 (24 %)	165 (21 %)	131 (24 %)	221 (27 %)	193 (27 %)
Femmes nées en France	87 (2 %)	64 (6 %)	97 (6 %)	57 (5 %)	45 (6 %)	26 (5 %)	45 (5 %)	47 (7 %)
Femmes cis nées à l'étranger	683 (19 %)	265 (24 %)	516 (30 %)	315 (29 %)	225 (29 %)	162 (29 %)	293 (36 %)	230 (32 %)
Personnes transsexuelles	105 (3 %)	22 (2 %)	11 (1 %)	7 (0,5 %)	1 (0,1 %)	1 (0,2 %)	2 (0,2 %)	5 (0,5 %)
Inconnu	59	9	16	8	2	1	6	3
Stade tardif								
CD4 < 350/mm ³ ou SIDA	1 442 (42 %)	489 (45 %)	836 (51 %)	568 (53 %)	393 (52 %)	266 (50 %)	426 (53 %)	370 (52 %)
Stade avancé								
CD4 < 200/mm ³ ou SIDA	828 (24 %)	301 (28 %)	496 (30 %)	341 (32 %)	242 (32 %)	173 (32 %)	250 (31 %)	237 (34 %)
Lieu de prise en charge								
Paris (75)	3 363 (91 %)	538 (48 %)	821 (48 %)	430 (39 %)	242 (31 %)	146 (26 %)	226 (27 %)	224 (31 %)
Petite couronne (92, 93, 94)	302 (8 %)	562 (50 %)	851 (50 %)	655 (59 %)	115 (15 %)	83 (15 %)	254 (31 %)	123 (17 %)
Grande couronne (77, 78, 91, 95)	27 (1 %)	21 (2 %)	40 (2 %)	20 (2 %)	417 (54 %)	323 (59 %)	353 (42 %)	374 (52 %)
Logement précaire								
SDF ou hébergé chez un tiers	832 (23 %)	225 (20 %)	446 (26 %)	216 (20 %)	160 (21 %)	103 (19 %)	182 (22 %)	186 (26 %)

Source : Données inter COREVIH IDF 2014-2021

Données exprimées en médiane (Écart interquartile Q1-Q3) ou n (%)

Tests de comparaison du Chi-2 ou de Kruskal-Wallis P<0,01 pour toutes les variables.

Cartoviz COINCIDE : nouveaux diagnostics à l'échelle infra départementale

Ce nouvel outil de cartes interactives ([Cartoviz COINCIDE](https://cartoviz2.institutparisregion.fr/?id_appli=coincide)) présente les indicateurs inédits de l'étude. Il cartographie l'épidémie de VIH en Île-de-France à l'échelle de l'arrondissement, de la commune et des intercommunalités, selon le groupe de population à risque et selon le stade de l'infection au diagnostic.

https://cartoviz2.institutparisregion.fr/?id_appli=coincide

Éléments méthodologiques

Les cartographies sont issues des données des PVVIH ayant une adresse de résidence connue (n=9 661).

Trois groupes de populations clés ont été considérées pour la construction des indicateurs cartographiés, selon une logique d'homogénéité des stratégies de dépistage et de prévention : la population des HSH (nés en France et nés à l'étranger), les femmes (nées en France et à l'étranger), les personnes nées à l'étranger non HSH (femmes et hommes non HSH).

Dix-huit indicateurs ont été cartographiés au niveau des arrondissements parisiens, des communes en petite couronne (Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne) et des EPCI (établissements publics de coopération intercommunale) en grande couronne (Val-d'Oise, Seine-et-Marne, Essonne et Yvelines).

Pour chacun, la valeur de l'indicateur est donnée au niveau du département et de la région.

Les définitions des indicateurs et leur descriptions cartographiques sont disponibles dans l'onglet « en savoir plus ».

Trois indicateurs correspondent aux taux standardisés de nouveaux diagnostics, globalement et par sexe, trois autres correspondent aux ratios de différentes populations clés, quatre autres portent sur les diagnostics tardifs et quatre sur les diagnostics précoces selon les populations clés. Enfin, des indicateurs de contexte accompagnent la description cartographique avec trois indicateurs de dépistage (globalement et par sexe) ainsi que l'accessibilité potentielle aux médecins généralistes.

Les indicateurs issus des données COINCIDE n'ont pas été calculés dans les territoires (arrondissement, commune, EPCI) où moins de 11 nouveaux diagnostics ont été comptés.

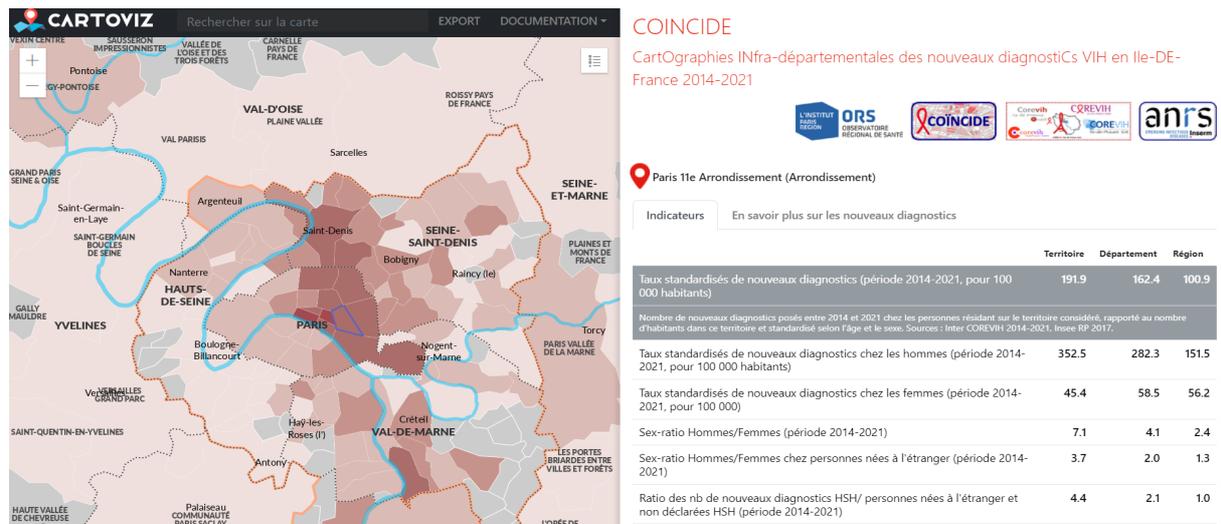
Limites de l'outil Cartoviz

Les cartographies n'incluent pas les personnes qui, au moment du diagnostic, déclarent une adresse administrative (association, Boite postale). Sont donc exclues les 849 PVVIH (8 %) car leur adresse ne correspond pas toujours au lieu de résidence. Ces personnes sont beaucoup plus souvent : des femmes cisgenres (49 %) et transgenres (7 %), nées à l'étranger (95 %), diagnostiquées tardivement (55 %), et ayant un logement précaire (96 %).

Ainsi, les cartographies sous-estiment possiblement légèrement le nombre de femmes, de personnes nées à l'étranger et de diagnostics tardifs (DT) selon l'indicateur cartographié. L'adresse administrative est située à Paris pour 55 % des PVVIH concernées, en petite couronne pour 26 % et en grande couronne pour 19 %. Le lieu de prise en charge n'est pas très éloigné de celui rapporté en population globale : 60 % à Paris, 30 % en petite couronne, 10 % en grande couronne. Elles ne prennent pas non plus en compte les personnes diagnostiquées et non prises en charge pendant la période d'étude comme celles qui seraient exclusivement prises en charge en ville, dont on ignore précisément le nombre à ce jour.

Enfin, les indicateurs doivent être interprétés avec prudence, car à l'échelle infra-départementale, en particulier en dehors de Paris, le nombre de nouveaux diagnostics devient parfois faible avec une marge d'incertitude non négligeable. Ces indicateurs doivent toujours être interprétés à la lumière des caractéristiques contextuelles du territoire.

Figure 8 : Page d'accueil de l'outil de cartographie interactive COINCIDE



Source : ORS- Île-de-France Coïncide

Description de l'épidémie pour chaque département francilien

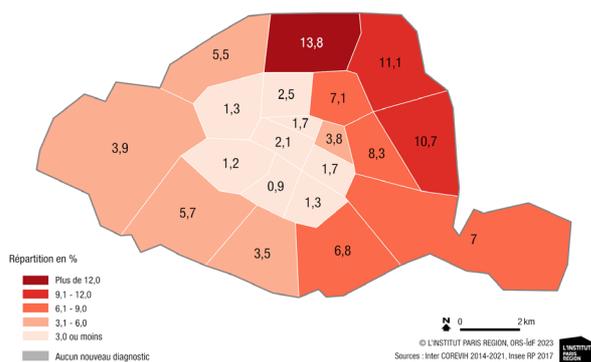
Trois indicateurs identifient les territoires prioritaires à cibler pour **le contrôle de l'épidémie** : le taux standardisé par âge et sexe de nouveaux diagnostics rapportés à la population et en complément, la répartition des nouveaux diagnostics au sein du département. Lorsqu'ils sont élevés, ces indicateurs témoignent d'une épidémie active. Le troisième indicateur est celui des diagnostics tardifs (DT), reflétant un délai trop long entre contamination et diagnostic. Des proportions élevées de DT laissent penser que les populations clés du territoire (arrondissement, commune ou EPCI) ne sont pas ou peu atteintes par les stratégies de dépistage, possiblement insuffisantes et/ou inadaptées.

Deux indicateurs identifient quelles sont les **populations clés du territoire** : d'abord et surtout le ratio « HSH/ étrangers » qui rend compte de la prédominance de l'une des deux populations principales de l'épidémie (HSH ou personnes nées à l'étranger non HSH). Mais aussi le sexe-ratio chez les personnes nées à l'étranger (« H/F étrangers ») qui, lorsqu'il est élevé, pourrait traduire la contribution épidémique des HSH nés à l'étranger, quelle que soit la valeur du ratio HSH/ étrangers. De la même façon, l'association d'un ratio HSH/étrangers élevé et d'un sexe ratio H/F étrangers ≤ 1 traduirait plutôt la contribution épidémique des HSH nés en France. Cependant, ce ratio est à interpréter selon les caractéristiques territoriales. En effet, il est aussi possible que les hommes nés à l'étranger soient plus nombreux dans certains territoires en raison de la présence de foyers de travailleurs ou d'entreprises à forte main-d'œuvre masculine.

Les cartes de la répartition des nouveaux diagnostics par départements sont disponibles dans l'onglet « en savoir plus sur les nouveaux diagnostics » du premier indicateur de taux standardisés de nouveaux diagnostics. Il s'agit du nombre de personnes avec un premier diagnostic VIH posé entre 2014 et 2021 et résidant sur le territoire considéré (arrondissement, commune, EPCI) rapporté au nombre total de nouveaux diagnostics au sein du département pendant cette même période.

Carte 4 : Paris (75)

Part de nouveaux diagnostics VIH au sein des arrondissements (%)



En termes de répartition, plus des deux tiers de l'épidémie parisienne sont concentrés sur sept arrondissements très peuplés du nord-est parisien : 18^e, 19^e, 20^e (totalisant 36 % des nouveaux diagnostics) suivis des 10^e, 11^e, 12^e, 13^e arrondissements (29 %).

Les taux standardisés de nouveaux diagnostics les plus élevés d'Île-de-France (jusqu'à 442/100 000 habitants) sont observés dans les arrondissements parisiens du centre (1^{er}, 2^e, 3^e, 4^e), avec des ratios « HSH/étrangers » allant de 4 à 16, traduisant une **très forte dominante HSH**. Sont aussi rapportés des taux élevés, autour de 200, dans les arrondissements du nord-est parisien (10^e, 11^e, 12^e, 18^e, 19^e, 20^e). Dans les 10^e et 11^e arrondissements, les ratios vont de 2,9 et 4,4 traduisant aussi une nette dominante HSH. C'est un peu différent dans les 12^e, 18^e, 19^e, 20^e arrondissements, où les ratios se situent autour de 1,5, traduisant une **dominante HSH mais aussi une forte contribution épidémique des personnes nées à l'étranger**. Dans le 13^e arrondissement, le taux est de 137/100 000 habitants et la valeur du ratio est autour de 1, reflet d'une **contribution équivalente des deux épidémies, chez les HSH et chez personnes nées à l'étranger non HSH**. Les autres arrondissements sont à forte ou très forte dominante HSH avec des incidences plus faibles.

Concernant les diagnostics tardifs (DT), c'est à Paris qu'ils sont les moins fréquents, inférieurs ou égalant le taux régional dans tous les arrondissements et minimum dans le 2^e arrondissement (21 %). La situation la plus favorable concerne les HSH chez qui les DT sont en deçà du taux régional (32 %) dans 14 arrondissements sur 20. C'est aussi dans cette population que les diagnostics précoces (DP) sont les plus fréquents, au-dessus du taux régional (46 %) dans 11 arrondissements sur 20 avec un maximum de 67 % dans le 4^e. Les femmes sont diagnostiquées plus tardivement malgré le dépistage systématique en cours de grossesse. Néanmoins, les DT sont inférieurs au taux régional (52 %) dans la majorité des arrondissements (11/20), laissant supposer une situation plus favorable à Paris qu'en dehors. Ce sont les personnes nées à l'étranger qui sont diagnostiquées tardivement le plus souvent, avec cependant des valeurs inférieures au taux régional (58 %) dans la majorité des arrondissements parisiens (16/20) suggérant là encore une situation plus favorable à Paris qu'en dehors.

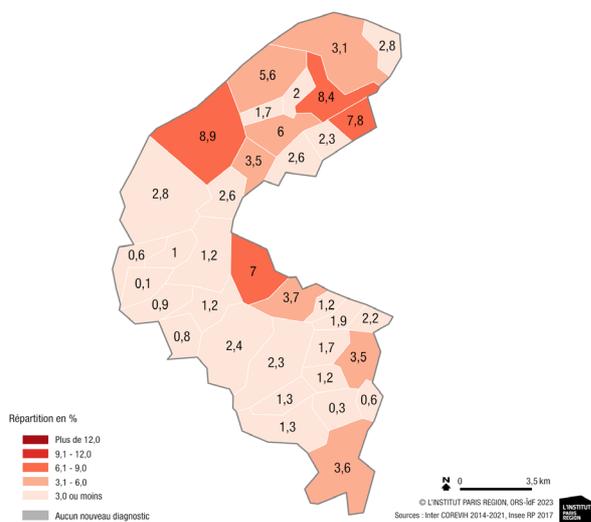
Petite et grande couronnes

Bien qu'à l'échelle départementale les taux de nouveaux diagnostics soient nettement moins élevés qu'à Paris, l'échelle infra-départementale révèle une forte hétérogénéité territoriale dans tous les départements de petite et grande couronnes. Les taux standardisés rejoignent les valeurs parisiennes dans bien des territoires (communes ou EPCI). De plus, on observe une fréquence souvent beaucoup plus importante des DT qu'à Paris, y compris dans des territoires où les taux sont élevés. Pour le contrôle de l'épidémie, ces territoires sont probablement essentiels à identifier et à considérer prioritairement par les stratégies de dépistage et de prévention.

Alors qu'à Paris, l'épidémie est largement à dominante HSH, ce sont davantage les personnes nées à l'étranger non HSH qui prédominent en petite et grande couronnes. Ceci ne peut cependant pas être le seul élément pour expliquer la fréquence plus importante des DT puisqu'il est vérifiable quelle que soit la population à risque (HSH nés en France, HSH nés à l'étranger, femmes, personnes nées à l'étranger non HSH).

Carte 5 : Hauts-de-Seine (92)

Part de nouveaux diagnostics VIH au sein des communes (%)



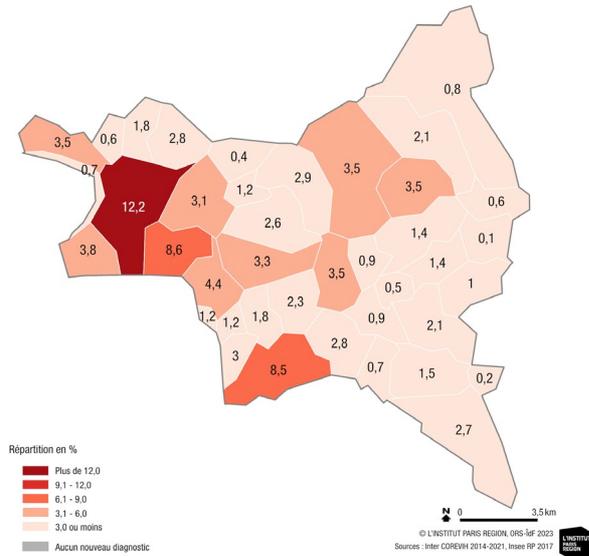
En termes de répartition, deux tiers des nouveaux diagnostics sont concentrés sur 11 des 36 communes du département : Nanterre (8,9 %), Asnières-sur-Seine (8,4 %), Clichy (7,8 %), Boulogne-Billancourt (7 %), Courbevoie (6 %), Colombes (5,6 %), Issy-Les-Moulineaux (3,7 %), Antony (3,6 %), Bagneux (3,5 %), Puteaux (3,5 %), Gennevilliers (3,1 %). Les taux de nouveaux diagnostics sont nettement plus bas qu'à Paris, néanmoins quatre communes rejoignent les valeurs parisiennes autour de 100-150/100 000 habitants : Villeneuve-la-Garenne, Clichy, Asnières-sur-Seine et Nanterre.

La situation épidémiologique reflétée par le ratio HSH/étrangers est hétérogène : le ratio est nettement en faveur d'une épidémie HSH (≥ 2) dans sept communes dont Puteaux et Issy-Les-Moulineaux, alors qu'il témoigne d'une contribution très forte des personnes nées à l'étranger dans neuf communes dont Bagneux et Villeneuve La Garenne (0,3), Colombes et Gennevilliers (0,6) et Nanterre (0,7). Les communes d'Antony, Clichy et Asnières sont en faveur d'une dominante HSH avec néanmoins une

composante étrangère importante d'après les ratios HSH/étrangers allant de 1,4 à 1,8. Enfin, les deux populations semblent contribuer de façon équivalente (HSH/étrangers autour de 1) à Courbevoie et Boulogne-Billancourt. Les sexe-ratios chez les personnes nées à l'étrangers H/F étrangers $> 1,5$ dans les communes comme Bagneux, Nanterre et Puteaux pourraient suggérer la contribution épidémique des HSH nés à l'étranger.

Les DT atteignent 50 % ou plus dans huit communes (Villeneuve-La-Garenne, La Garenne-Colombes, Colombes, Meudon, Clamart, Châtenay-Malabry, Antony, Rueil-Malmaison) et sont maximaux à Meudon (60 %) et Rueil-Malmaison (62 %). C'est chez les personnes nées à l'étranger que les DT sont les plus fréquents, atteignant 75 % ou plus à Clamart, Châtenay-Malabry et Antony. La situation est plus favorable chez les HSH, avec néanmoins des proportions dépassant la valeur régionale (32 %) dans 12 communes, et particulièrement élevées dans trois communes (57-60 %) : Villeneuve-la-Garenne, La Garenne-Colombes et Meudon.

Carte 6 : Seine-Saint-Denis (93)
Part de nouveaux diagnostics VIH au sein des communes (%)



Deux tiers des nouveaux diagnostics du département sont concentrés sur 13 des 40 communes du département : Saint-Denis (12,2 %), Aubervilliers (8,6 %), Montreuil (8,5 %), Pantin (4,4 %), Saint-Ouen (3,8 %), Bondy (3,5 %), Aulnay-Sous-Bois (3,5 %), Sevran (3,5 %), Epinay-sur-Seine (3,5 %), Bobigny (3,3 %), La Courneuve (3,1 %), Bagnole (3 %), Le Blanc-Mesnil (2,9 %). Globalement, les taux d'incidence sont nettement plus bas en Seine-Saint-Denis qu'à Paris néanmoins l'échelle infra-départementale révèle une hétérogénéité importante. Les taux les plus élevés, entre 100 et 200 pour 100 000 habitants, rejoignent les taux parisiens à Saint-Denis, Aubervilliers et Bagnole.

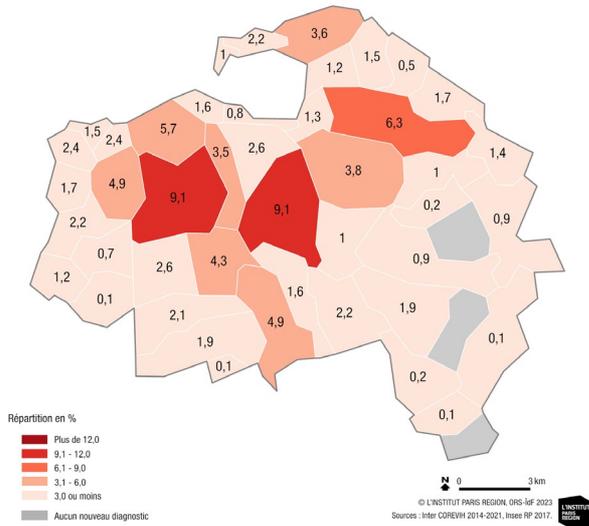
Huit communes, Saint-Ouen, Le Pré-Saint-Gervais, Les Lilas, Pantin, Romainville, Bagnole, Montreuil ont un ratio en faveur des HSH, mais alors que le ratio est supérieur à 8 pour Le Pré-Saint-Gervais et Les Lilas, il est autour de 1,1 à Saint-Ouen et Pantin traduisant **une situation épidémiologique mixte**, c'est à dire active aussi bien parmi les HSH que parmi les personnes nées à l'étranger. Les autres communes de Seine-Saint-Denis ont un ratio < 0,8 signalant une forte épidémie de population étrangère avec un sexe-ratio H/F partout supérieur à 1 (sauf dans trois communes : Epinay-sur-Seine, Noisy-le-Grand et Tremblay-en-France). Ce profil laisse penser qu'il y a au sein de ces communes, une contribution significative des HSH nés à l'étranger.

Les DT sont beaucoup plus fréquents qu'à Paris, $\geq 50\%$ dans environ un tiers des communes, avec des maximums à Livry-Gargan (68 %) et Epinay-sur-Seine (63 %). C'est chez les personnes nées à l'étranger que les DT sont les plus fréquents, $> 55\%$ dans 40 % des communes et $> 65\%$ dans sept communes : Villepinte, Epinay-sur-Seine, Le Bourget, Le Pré-Saint-Gervais, Romainville, Montreuil, Neuilly-Plaisance.

Bien que la situation soit nettement plus favorable chez les HSH, les DT demeurent fréquents ($\geq 50\%$) dans quatre communes : La Courneuve, Montreuil, Livry-Gargan et Pierrefitte-sur-Seine, où la contribution épidémique des personnes nées à l'étranger est très forte.

Carte 7 : Val-de-Marne (94)

Part de nouveaux diagnostics VIH au sein des communes (%)



Environ 56 % des nouveaux diagnostics sont localisés sur 10 des 47 communes du Val-de-Marne : Vitry-sur-Seine (9,1 %), Créteil (9,1 %), Champigny-sur-Marne (6,3 %), Ivry-sur-Seine (5,7 %), Villejuif (4,9 %), Villeneuve-Saint-Georges (4,9 %), Choisy-Le-Roi (4,3 %), Saint-Maur-des-Fossés (3,8 %), Fontenay-sous-Bois (3,6 %), Alfortville (3,5 %).

Bien que les taux soient nettement moins élevés qu'à Paris à l'échelle départementale, l'échelle infra-départementale révèle là aussi des taux à hauteur des valeurs parisiennes, avec un maximum à Villeneuve-Saint-Georges (183), Boissy-Saint-Leger (147), Créteil et Vitry-sur-Seine (125), Choisy-le-Roi (118), Champigny-sur-Marne (105), Ivry-sur-Seine et Villejuif (104).

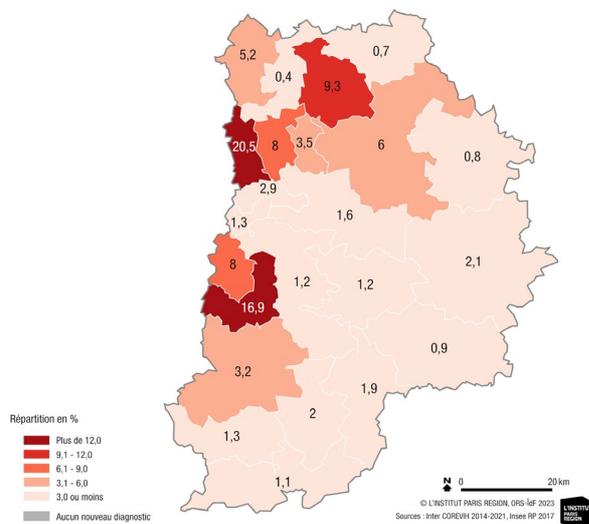
La situation épidémiologique reflétée par le ratio HSH/étrangers est en faveur de la **contribution épidémique des personnes nées étrangers dans la grande majorité des communes**. Une très forte prédominance des personnes nées à l'étranger est rapportée à Villeneuve-Saint-Georges (0,3), Créteil, Champigny-sur-Marne, Vitry-sur Seine (0,4), Limeil-Brévannes (0,5). Seules dix communes sont concernées par une épidémie à dominante HSH, et cinq où cette prédominance est forte à très forte (ratios $\geq 2,3$) : Saint-Mandé, Nogent-sur-Marne, Maisons-Alfort, Charenton-le-Pont, Gentilly. Dans certaines communes, les sexe-ratios H/F étrangers très élevés pourraient suggérer la contribution épidémique des HSH étrangers, à Fontenay-sous-Bois (4), Charenton-le-Pont (5), Maisons-Alfort (4), Joinville-le-Pont (6).

Des proportions élevées de DT (≥ 50 %) sont observées dans environ 55 % des communes du Val-de-Marne, parmi lesquelles on trouve aussi des taux élevés, comme au Plessis-Tréville (100 %), Fontenay-sous-Bois (63 %), Boissy-Saint-Léger (60 %), Champigny-sur-Marne (56 %), où la contribution épidémique des étrangers est très forte. C'est chez les personnes nées à l'étranger que les DT sont les plus fréquents, > 55 % pour plus de deux tiers des communes, > 65 % pour 16 communes (Arcueil, Cachan, L'Haÿ-les-Roses, Fresnes, Ivry-sur-Seine, Vitry-sur-Seine, Alfortville, Fontenay-sous-Bois, Le Perreux-sur-Marne, Nogent-sur-Marne, Joinville-le-Pont, Champigny-sur-Marne, Saint-Maur-des-Fossés, Charenton-le-Pont, Chennevières-sur-Marne et Boissy-Saint-Léger).

Chez les HSH, la situation est nettement plus favorable sauf dans quelques territoires où les proportions restent très élevées comme Le Plessis-Tréville (100 %), Limeil-Brévannes (67 %), Villiers-sur-Marne (60 %), Fontenay-sous-Bois (57 %).

Carte 8 : Seine-et-Marne (77)

Part des nouveaux diagnostics VIH au sein des intercommunalités (%)



Deux tiers des nouveaux diagnostics concernent cinq EPCI : « Paris Vallée de la Marne » (20,5 %), « Melun Val de Seine » (16,9 %), « Pays de Meaux » (9,3 %), « Grand Paris Sud Seine Essonne Sénart » (8 % côté Seine-et-Marne), « Marne et Gondoire » (8 %).

Bien qu'à l'échelle départementale, les taux soient moins élevés qu'en petite couronne et beaucoup moins qu'à Paris, l'échelle infra-départementale révèle des territoires où les taux atteignent des valeurs parisiennes, autour de 100-150/100 000 habitants, à « Melun Val de Seine » (134), « Provinois » (109) et « Pays de Meaux » (108), « Val Briard » (106).

La situation épidémiologique reflétée par le ratio HSH/étrangers est hétérogène. Dans sept EPCI, l'épidémie prédomine chez les personnes nées à l'étranger, et pour cinq EPCI, cette prédominance est forte à très forte : « Paris Vallée de la Marne » (0,5), « Provinois » (0,4), « Melun Val de Seine » (0,3), « Roissy Pays de France » (0,3), « Grand Paris Sud Seine Essonne Sénart » (0,2). Dans sept autres EPCI, l'épidémie est au contraire à dominante HSH dont deux à prédominance forte : « Val d'Europe Agglomération » (2,7) et « Marne et Gondoire » (2,5). Pour les autres, la valeur plus modérée des ratios (1,3-1,5) traduit une contribution épidémique importante des étrangers. A noter qu'à « Val Briard », le sexe-ratio H/F étrangers à 0,5 est en faveur d'une forte prédominance féminine. Au contraire, le sexe-ratio H/F étrangers autour de 2, dans les EPCI « Val d'Europe Agglomération » et « Moret Seine et Loing » pourrait y refléter la contribution épidémique des HSH nés à l'étrangers.

La part de DT > 50 % est encore plus fréquente qu'en petite couronne, elle concerne les trois quarts des EPCI. Les maximums sont observés à « Melun Val de Seine » (58 %), « Provinois » (63 %), « Val Briard » (67 %), territoires où par ailleurs les taux de nouveaux diagnostics sont élevés (> 100) : la dominante épidémique des personnes nées à l'étranger non HSH est forte pour les deux premières tandis que l'épidémie est à dominante HSH à « Val Briard ».

Carte 9 : Yvelines (78)

Part de nouveaux diagnostics VIH au sein des intercommunalités (%)



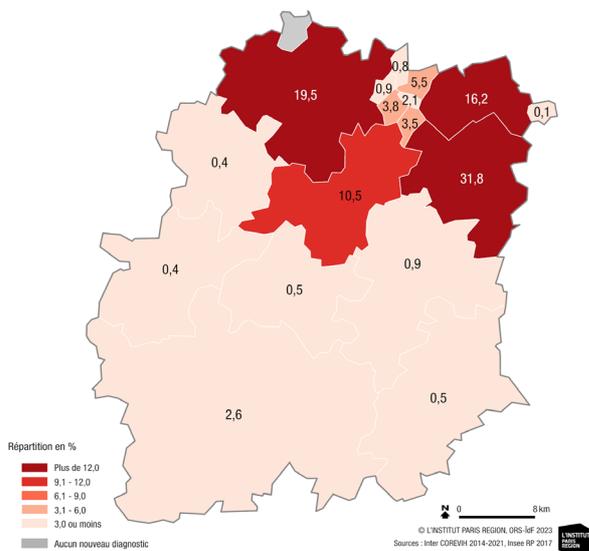
La quasi-totalité des nouveaux diagnostics sont concentrés sur quatre EPCI : « Grand Paris Seine & Oise » (38,3 %), « Saint Germain Boucles de Seine » (22 %), « Versailles Grand Parc » (17,3 %) et « Saint-Quentin-en-Yvelines » (15,6 %). Les taux sont inférieurs à 100/100 000 habitants dans tous les EPCI, avec un maximum à 73 à « Grand Paris Seine & Oise ».

La situation épidémiologique reflétée par le ratio HSH/étrangers traduit la **prédominance épidémique de personnes nées à l'étranger dans tous les EPCI**. Cette prédominance est très forte et maximale à « Grand Paris Seine & Oise » (0,4). Dans l'EPCI « Saint-Quentin-en-Yvelines », on note un sexe-ratio H/F étrangers à 2,3, possiblement en lien avec la contribution épidémique des HSH nés à l'étrangers.

La part de DT > 50 % concerne trois EPCI sur les quatre principaux, avec des valeurs moins extrêmes que dans les autres départements. Le maximum (52 %) est observé à « Grand Paris Seine & Oise ». C'est chez les personnes nées à l'étranger non HSH, majoritaires dans les Yvelines, que les DT sont les plus fréquents, 59 % à « Grand Paris Seine & Oise ».

Carte 10 : Essonne (91)

Part de nouveaux diagnostics VIH au sein des intercommunalités (%)



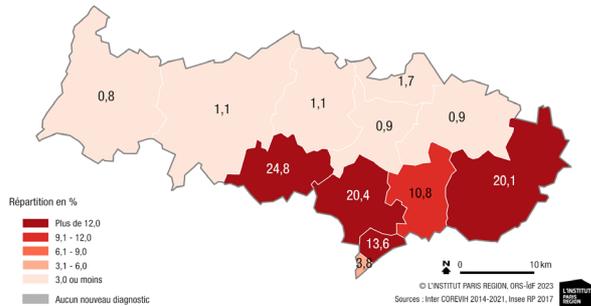
Près de 80 % des nouveaux diagnostics sont présents sur quatre EPCI : « Grand Paris Sud Seine Essonne Sénart » (31,8 % côté Essonne), « Communauté Paris Saclay » (19,5 %), « Val d'Yerres Val de Seine » (16,2 %), « Cœur d'Essonne Agglomération » (10,5 %). Comme en Seine-et-Marne, les taux rejoignent les valeurs parisiennes dans certains territoires, les maximums sont observés à Athis-Mons (153), Juvisy-sur-Orge (111), Viry-Châtillon et Savigny-sur-Orge (103), et dans l'EPCI « Grand Paris Sud Seine Essonne Sénart » (113). Ailleurs, les taux sont inférieurs à 100.

La situation épidémiologique reflétée par les ratios HSH/étrangers $\leq 0,6$ traduit une **très forte prédominance épidémique de personnes nées à l'étranger dans tous les EPCI**, maximale à « Grand Paris Sud Seine Sénart » (0,2). Chez les personnes nées à l'étranger, les valeurs du sexe-ratio, H/F étrangers $\leq 1,3$, sont en faveur d'une mixité le plus souvent ou d'une très forte prédominance des femmes comme à Juvisy-sur-Orge (0,3).

La part de DT excède 50 % dans trois quarts des EPCI, maximales à « Grand Paris Sud Seine Essonne Sénart » (53 %) et à « L'Etampois Sud Essonne » (57 %). Ces valeurs masquent les extrêmes relevés chez les personnes nées à l'étranger non HSH, majoritaires dans ce département, atteignant 61 % à « Grand Paris Sud Seine Essonne Sénart » 69 % à « L'Etampois Sud Essonne ».

Carte 11 : Val d'Oise (95)

Part de nouveaux diagnostics VIH au sein des intercommunalités (%)



La quasi-totalité des nouveaux diagnostics sont concentrés sur cinq EPCI : « Cergy-Pontoise » (24,8 %), « Val Parisis » (20,4 %), « Roissy Pays de France » (20,1 % côté Val d'Oise), Argenteuil (13,6 %), « Plaine Vallée » (10,8 %). Les taux atteignent des maximums, autour de 100 pour 100 000 habitants, à Argenteuil et « Cergy-Pontoise ».

La situation épidémiologique reflétée par les ratios HSH/étrangers $\leq 0,8$ traduit **une forte à très forte prédominance épidémique de personnes nées à l'étranger dans tous les EPCI**, maximale à « Roissy Pays de France » (0,3) et Argenteuil (0,4). Chez les personnes nées à l'étranger, les valeurs du sexe-ratio, H/F étrangers varient de 0,9 à 1,1, reflet d'une épidémie mixte dans cette population.

La part de DT excède 50 % dans tous les EPCI, avec un maximum de 56 % à « Roissy Pays de France ». La situation la plus défavorable concerne là encore les personnes nées à l'étranger non HSH, majoritaires dans ce département, chez qui les DT atteignent 60-65 % à « Roissy Pays de France » et « Cergy-Pontoise », 56 % à Argenteuil, et sont maximaux à « Plaine Vallée » (74 %).

Indicateurs de contexte : taux de dépistage et accessibilité potentielle localisée

Taux de dépistage 2021

Les taux de dépistage (au moins un dépistage dans l'année) sont standardisés sur l'âge afin de comparer des territoires à structure d'âge identique. La standardisation permet de neutraliser les différences dues à des variables influençant le phénomène étudié (facteur de confusion), telles l'âge, le sexe, afin d'autoriser la comparaison de ces taux entre eux. La standardisation directe des taux de dépistage consiste ici à appliquer les taux spécifiques de dépistage (par classe d'âge) de chacune des populations comparées à une population de référence commune (population France au RP 2006), éliminant ainsi l'effet de la structure d'âge sur les taux de dépistage.

A l'échelle régionale, le taux standardisé de dépistage est de 5 875/100 000 habitants en 2021 (d'après les données de remboursement de l'assurance maladie).

A l'échelle départementale, il existe un gradient des taux de dépistage depuis Paris vers la petite puis la grande couronne : c'est à Paris que le taux de dépistage est nettement le plus élevé (7 192), puis en petite couronne en Seine-Saint-Denis (5 960), dans le Val-de-Marne (5 798), dans les Hauts-de-Seine (5 776), puis en grande couronne (< 5 500) dans les Yvelines (5 469), dans le Val-d'Oise (5 373), dans l'Essonne (5 343) et enfin en Seine-et-Marne (5 117).

A l'échelle infra-départementale, c'est à Paris centre que les taux de dépistage sont les plus élevés (8 167 à 9 038 dans les 1^{er}, 2^e, 3^e, 4^e arrondissements). Dans les autres arrondissements, les taux sont tous au-dessus de 6 000, entre 7 500 et 8 200 dans le nord-est parisien (9^e, 10^e, 11^e, 18^e, 20^e). En dehors de Paris, les taux de dépistage sont nettement moins élevés, y compris au sein de territoires ayant des taux de nouveaux diagnostics rejoignant les valeurs parisiennes, ou des fréquences élevées de diagnostics tardifs (DT). Par exemple, alors que les taux de nouveaux diagnostics sont équivalents entre le 12^e arrondissement et Villeneuve-Saint-Georges dans le Val-de-Marne (environ 180 pour 100 000 habitants), les taux de dépistage sont respectivement de 7 299 et 5 918 pour 100 000 hab. Ou encore à taux équivalents entre le 13^e arrondissement et l'EPCI « Melun Val de Seine » (135), les taux de dépistage sont respectivement de 6 545 et 5 220.

On observe aussi que dans bien des territoires concernés par une fréquence très élevée de DT (> 55 %), les taux de dépistage sont bien moins

élevés que n'importe quel arrondissement parisien où les DT sont inférieurs à 45 %. C'est le cas de Rueil-Malmaison dans les Hauts-de-Seine (5 259), Champigny-sur-Marne (5 614) ou encore Sevran (5 556) en Seine-Saint-Denis. C'est aussi le cas de beaucoup d'EPCI en grande couronne comme par exemple en Seine-et-Marne à « Melun Val de Seine » (5 220).

L'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes 2018

L'APL aux médecins généralistes est définie par le nombre moyen de consultations potentiellement accessibles par habitant et par an auprès d'un médecin généraliste. Il s'agit d'un taux standardisé sur l'âge et le sexe calculé pour l'année 2018.

A l'échelle régionale, l'APL est de 3,3 consultations/an et par habitant.

A l'échelle départementale, l'APL est la plus élevée à Paris (4,5) puis diminue nettement en petite couronne à 3,3 en Seine-Saint-Denis, 3,2 dans les Hauts-de-Seine et 3 dans le Val-de-Marne. En grande couronne, l'APL diminue encore : 3 dans les Yvelines, 2,9 dans l'Essonne, 2,8 dans le Val-d'Oise et en Seine-et-Marne.

A l'échelle infra-départementale, les APL les plus élevées sont à Paris centre (5,9 dans les 1^{er} et 4^e arrondissements), entre 4,8 et 5,6 dans les 2^e, 3^e, 5^e, 6^e, 7^e, 8^e, 9^e, 10^e, 11^e, valeurs non égalées ailleurs en petite couronne. Les APL des arrondissements parisiens sont toutes supérieures à la valeur régionale (3,3). Dans les territoires avec des diagnostics VIH, on relève les APL les plus basses en grande couronne où le nombre de visites par habitant par an ne dépasse pas 3,6 dans aucun EPCI. Les valeurs les plus basses (< 2) sont observées dans certains EPCI de Seine-et-Marne (1,7 aux « Deux Morins ») et 1,9 dans le « Gâtinais Val de Loing », dans l'Essonne à Savigny-sur-Orge et dans le Val d'Oise à Argenteuil (1,9).

En petite couronne, la situation est intermédiaire avec des valeurs minimales d'APL comprises entre 2 et 2,5, concernant 8 % des communes de Seine-Saint-Denis, 14% dans le Val-de-Marne et 16 % dans les Hauts-de-Seine. À noter que le nombre de communes où l'APL excède 3,6 est nettement plus important en Seine-Saint-Denis (36 %) que dans le Val-de-Marne (26 %) ou les Hauts-de-Seine (12 %).

Dans les territoires où les taux de nouveaux diagnostics VIH sont élevés et/ou les diagnostics sont fréquemment tardifs, la valeur de l'APL indique dans quelle mesure l'offre potentielle en médecine générale pourrait constituer une aide pour intensifier le dépistage et la prévention de l'infection à VIH dans le territoire.

Conclusion et perspectives

Si la crise du COVID-19 a eu un impact négatif sur le recours au dépistage et sur l'utilisation de la PrEP en 2020, ces indicateurs montrent aujourd'hui une évolution de nouveau favorable mais pas encore à un niveau suffisant pour stopper l'évolution des nouvelles contaminations.

En effet, d'après les résultats de l'étude Eras [15], malgré la mise à disposition de moyens de prévention biomédicaux efficaces, le niveau global de prévention contre le VIH n'augmente pas dans la population d'HSH séronégatifs exposés au risque de contamination.

Ainsi les objectifs 2030 vis-à-vis du VIH, « 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 95 % des personnes qui connaissent leur séropositivité soient sous traitement et 95 % des personnes sous traitement aient une charge virale indétectable » ne pourront donc être tenus sans la relance d'une prévention du VIH dans une approche globale en santé sexuelle auprès des personnes à risque : les HSH, les personnes étrangères, en particulier les femmes et les hommes originaires d'Afrique et des Caraïbes, ou les personnes en situation de vulnérabilité socio-économique.

L'analyse de la prévalence des personnes prises en charge par l'assurance maladie pour VIH au niveau infra-départemental, conjuguée à d'autres sources d'information, permet la mise en œuvre de réponses ciblées et différenciées chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, chez les personnes hétérosexuelles selon leur sexe et leur origine pour lutter efficacement contre le VIH/sida.

Ces analyses infra-départementales montrent l'hétérogénéité de la prise en charge du VIH au titre de l'ALD 7 et mettent en valeur les territoires franciliens les plus touchés. Cela permet de lutter au mieux contre les inégalités territoriales d'accès à la prévention, au dépistage et à la prise en charge. Cette caractérisation hétérogène de l'épidémie du VIH souligne l'importance d'une approche localisation-population pour une planification et une programmation efficace des services de prévention et de dépistage du VIH.

Pour cela, on pourra augmenter :

- 1) L'accès à la prévention (action de prévention en milieu scolaire, communautaire, actions associatives d'« aller vers », favoriser l'accès à la PrEP surtout pour les personnes étrangères et en particulier les femmes et les hommes originaires d'Afrique et des Caraïbes qui en restent éloignées et qui pour 30 à 50 % des cas sont infectés en France après leur arrivée comme le montre l'étude ANRS-Parcours [16]),
- 2) L'accès au dépistage (facilitation de l'accès aux CeGiDD et développement des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), déploiement d'autotest, test sans ordonnance en laboratoire),
- 3) L'accès à la prise en charge dans les territoires en difficulté (l'ouverture de la primo-prescription de la PrEP en médecine de ville...).

Ainsi, la mobilisation des acteurs de médecine générale ou autres acteurs de santé des territoires défavorisés et périphériques de la région parisienne pourrait être un levier important en matière de prévention (PrEP) mais peut être aussi pour ce qui est du dépistage plus systématique des patients qui viennent à eux, pour d'autres motifs.

Les cartographies COINCIDE permettent de préciser les connaissances territoriales de l'épidémie de VIH en Île-de-France à une échelle géographique fine et objectivent de très fortes disparités territoriales et populationnelles. Depuis Paris jusqu'en grande couronne, il existe des territoires où les taux de nouveaux diagnostics sont très élevés, territoires à prendre en compte de façon prioritaire dans les stratégies de dépistage et de prévention.

Bien que les taux de nouveaux diagnostics soient les plus élevés à Paris, les dynamiques épidémiques sont moins favorables en dehors de Paris et en particulier en grande couronne. De plus, quelle que soit la population clé (HSH, femmes, personnes nées à l'étranger non HSH), les diagnostics tardifs (DT) sont souvent beaucoup plus fréquents en dehors de Paris, signalant que les populations clés ne sont pas ou peu atteintes par les stratégies de dépistage dans ces territoires. Enfin, ce sont les populations les plus difficiles à atteindre et souvent les plus vulnérables (femmes et hommes nés à l'étranger non HSH) qui prédominent dans l'immense majorité des territoires non parisiens [17, 18]. Parallèlement, on observe des taux de dépistage bien inférieurs en dehors de Paris ainsi qu'un accès potentiel à la médecine générale nettement moins important.

Ainsi, atteindre l'objectif 95-95-95 implique des efforts complémentaires en petite et grande couronne tout particulièrement : mobiliser massivement les moyens de dépistage et de prévention dans des territoires ultra-ciblés, adaptés aux populations clés identifiées. L'arrivée prochaine de la PrEP en « long-acting » pourrait représenter une opportunité intéressante pour développer des circuits « dépister-prévenir/traiter » impliquant les acteurs communautaires et du soin, dans les territoires identifiés comme prioritaires.

Références

- [1] ONUSIDA Rapport mondial actualisé sur le sida 2023. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2023. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- [2] Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030 et Priorité prévention, rester en bonne santé tout au long de sa vie. Synthèse de la feuille de route santé sexuelle 2021-2024. [En ligne].
Disponible sur : <https://sante.gouv.fr>
- [3] ARS Île-de-France. Projet régional de santé 2023-2028 Et Santé sexuelle : stratégie et déclinaison régionale en Île-de-France. [En ligne].
Disponible sur <https://www.iledefrance.ars.sante.fr>Région Île-de-France.
- [4] Région Île-de-France. La Région engagée pour une Île-de-France sans sida en 2030. [En ligne]. 2017.
Disponible : <https://www.iledefrance.fr/toutes-les-actualites/la-region-engagee-pour-une-ile-de-france-sans-sida-en-2030>
- [5] Marty L, Cazein F, Panjo H, Pillonel J, Costagliola D, Supervie V, et al. Revealing geographical and population heterogeneity in HIV incidence, undiagnosed HIV prevalence and time to diagnosis to improve prevention and care : estimates for France. J Int AIDS Soc. 2018 ; 21(3): e25100.
- [6] Santé publique France. Dossier thématique VIH/SIDA [en ligne].
Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida>
- [7] Giraud C. Les Gays, acteurs de la gentrification urbaine à Paris et Montréal. Métropolitiques, 17 octobre 2011
Disponible : <http://www.metropolitiques.eu/Les-gays-acteurs-de-la.html>
- [8] Dabis F. Éditorial. Le VIH et les IST au centre de la Stratégie nationale de santé sexuelle. Bull Épidémiol Hebd. 2023;(24-25):506-7.
Disponible : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/24-25/2023_24-25_0.html
- [9] Santé publique France. Question sexualité.fr. [En ligne] Comment se protéger du VIH et des IST ?
Disponible : <https://questionsexualite.fr/s-informer-sur-les-infections-et-les-maladies/les-moyens-de-protection/comment-se-protger-du-vih-et-des-ist>
- [10] Billioti de Gage S, Desplas D, Dray-Spira R. Epi-Phare : Suivi de l'utilisation de Truvada® ou génériques pour une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH à partir des données du Système national des données de santé (SNDS) Actualisation des données jusqu'au 30 Juin 2023
- [11] Assurance maladie. VIH : l'efficacité de la PrEP confirmée en vie réelle lorsque l'observance au traitement est bonne. 12 juillet 2022.
- [12] Velter A, Champenois K, Girard G, Roux P, Mercier A. Prophylaxie pré-exposition (PrEP) de l'infection au VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes répondant à l'enquête Rapport au Sexe 2023 : qui sont les éligibles ? Qui sont les usagers ? Bull Épidémiol Hebd. 2023;(24-25):542-52.
Disponible http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/24-25/2023_24-25_5.html
- [13] Santé publique France - Bulletin de santé publique VIH/IST- Edition Nationale - Novembre 2023
- [14] Santé publique France - Bulletin de santé publique VIH/IST- Ile-de-France – Décembre 2022
- [15] 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.
Disponible : https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/33-34/2020_33-34_3.html
- [16] Desgrées du Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Le Guen M, Gosselin A, Panjo H, et al. Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France. AIDS. 2016 ;30(4) :645-56.
- [17] Cazein F, Kunkel A, Velter A, Stefic K, Lot F. Diagnostics d'infection à VIH chez des hommes nés à l'étranger, contaminés par rapports sexuels entre hommes, France, 2012-2021. Bull Épidémiol Hebd. 2023;(24-25):508-14.
Disponible : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/24-25/2023_24-25_1.html
- [18] Le Guen M et al. Migrations et évolution des situations conjugales. Entre diversification des partenaires et persistance des asymétries de genre. In : Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France. Paris : La Découverte, 2017

L'ÉPIDÉMIE DE VIH EN ÎLE-DE-FRANCE

ÉTAT DES LIEUX ET DONNÉES INÉDITES DE L'ÉTUDE COINCIDE

L'essentiel de l'étude

- Les objectifs 95-95-95 fixés par l'Organisation de Nations unies pour mettre fin à l'épidémie de VIH/sida d'ici 2030 sont en Île-de-France estimés à 85 % des personnes atteintes par le VIH connaissent leur statut sérologique, 96,5 % des personnes connaissant leur statut sont traitées, 92,3 % des personnes traitées avec des antirétroviraux ont une charge virale indétectable ;
- L'Île-de-France reste un territoire marqué par le VIH : 39 % des Français diagnostiqués vivent en Île-de-France, ce qui en fait un territoire clé de l'épidémie en France ;
- Une baisse confirmée des nouveaux diagnostics et une faible mortalité mais des prises en charge tardives encore trop nombreuses ;
- Une épidémie mieux contrôlée mais des inégalités territoriales fortes et liées aux modes de transmission sur ces territoires ;
- Des marges de progrès sur le dépistage et la prévention ciblées notamment par le déploiement de la PrEP ;
- Etude COINCIDE : nouvel outil de cartographie interactive pour mieux connaître l'épidémie dans les territoires avec une sélection de 18 indicateurs à une échelle infra-départementale et des populations cibles pour guider les acteurs.



Cartoviz Coincide

Remerciements au groupe COINCIDE :

Corevih Nord : Y Yazdanpanah, J Ghosn, S Legac, M Digumber

Corevih Est : W Rozenbaum, A Brun

Corevih Ouest : F Caby, J Gerbe, P de Truchis, E Rouveix

Corevih Sud : C Duvivier, D Salmon, L Richier, M-P Pietri

Corevih Centre : M-A Valantin, R Agher, K Lacombe

INSERM U1295 : C Delpierre, CERPOP (Centre d'Epidémiologie et de Recherche en santé des POPulations)

INSERM U1136 : F Caby, M Mary-Krause, A Rochas-Chaves, P Chauvin (ERES, Equipe de Recherche en Epidémiologie Sociale), V Supervie

Remerciements à la CIRE (Cellule Régionale Île de France de Santé publique France) et à la relecture du Docteur R Lefrançois

Remerciements au groupe de travail VIH 0 en Île-de-France coordonné par l'ARS Île-de-France et l'ANRS-MIE, en particulier à R Dray-Spira pour les données Epi-Phare sur la PrEP et à la relecture de S Y Halfen



Financé par



Observatoire régional de santé Île-de-France

15 rue Falguière - 75015 PARIS - Tél. (33) 01 77 49 78 60 - www.ors-idf.org

Président : Dr Ludovic Toro - Directrice de publication : Nathalie Beltzer

L'ORS Île-de-France, département de L'Institut Paris Région, est un observatoire scientifique indépendant financé par l'Agence régionale de santé et le Conseil régional d'Île-de-France.

ISBN : 978-2-7371-2182-1