



Observatoire des découvertes de séropositivité VIH en Nouvelle-Aquitaine

Année 2022

Pascale CAMPS, Julie LAMANT, Sylvie LAWSON-AYAYI, Edwige LENAUD

Diffusion : juin 2023

Sommaire

Résumé	p. 3
Introduction	p. 4
Nombre de découvertes	p. 6
Caractéristiques sociodémographiques	p. 7
Circonstances de contamination	p. 9
Modalités de dépistage	p.12
Paramètres de dépistage	p.15
Occasions manquées	p.18
Analyse des trois départements ayant le plus de découvertes	p.20
Conclusion et perspectives	p.22

Résumé

Objectifs :

- Disposer en quasi temps réel des données des personnes nouvellement diagnostiquées au VIH et ayant une première consultation en 2022 au sein des services hospitaliers de maladies infectieuses de Nouvelle-Aquitaine.
- Caractériser les probables occasions manquées de survenue de ces nouvelles infections afin d'envisager *in fine* des pistes d'actions en vue de réduire l'incidence et d'améliorer la prise en charge universelle et immédiate dans notre région.

Méthode :

Collection des éléments de l'e-DO ainsi que ceux figurant dans les dossiers médicaux (applications ARPEGE™ et NADIST™), avec l'appui des techniciens d'étude clinique et des attachées de recherche clinique du COREVIH. Ce recueil systématique, ainsi que d'éventuelles informations complémentaires recueillies auprès des cliniciens assurant la première prise en charge hospitalière permettent la description des nouveaux diagnostics d'infection au cours de l'année écoulée.

Résultats :

Sur 167 nouvelles infections déclarées en Nouvelle-Aquitaine en 2022, nous en identifions 30% comme des occasions manquées de dépistage, de mauvaise connaissance et/ou de non utilisation de la prophylaxie préexposition (PrEP), du traitement post-exposition (TPE) ou du traitement comme moyen de prévention (TASP).

Conclusion :

Cette première tentative de travail rapide sur les nouveaux diagnostics n'identifie pas une, mais plusieurs pistes d'action tant au niveau des usagers que des professionnels de la prévention et du soin. On peut déjà citer l'intensification de l'information des publics (HSH, personnes migrantes, mais aussi la population générale) sur les dispositifs de dépistage, la PrEP, le TPE, et le TASP. Des actions de sensibilisation au dépistage et à la PrEP devraient également être engagées auprès des professionnels de santé (médecins généralistes et spécialistes). Enfin, la sensibilisation des spécialistes de la prise en charge du VIH à la complétude des données recueillies permettrait d'affiner les analyses dès l'an prochain.

Introduction

Le COREVIH Nouvelle-Aquitaine est implanté dans les services hospitaliers de médecine et maladies infectieuses de la quasi-totalité des hôpitaux publics de la région prenant en charge les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Dans le cadre de ses missions réglementaires de recueil d'information épidémiologique, il dispose ainsi en quasi-temps réel des données permettant de caractériser précisément les nouvelles découvertes de séropositivité. Il faut pour cela combiner les informations qui figurent dans la déclaration obligatoire (e-DO) réalisée avec l'appui des techniciens d'étude clinique (TEC) et des attachées de recherche cliniques (ARC) ainsi que les éléments des dossiers médicaux, pour la plupart recueillis également par les TEC/ARC dans la base de données régionale des PVVIH via les applications ARPEGE™ et NADIS™.

Nous analysons habituellement ces données une fois consolidées, en même temps que toutes celles du suivi hospitalier des PVVIH prises en charge dans notre région. Le temps de recueil, d'analyse de l'ensemble de ces données et de rédaction du rapport différait ainsi la parution de ces résultats de presque une année. Il nous est apparu plus intéressant d'exploiter ces données « à chaud » avec comme objectif principal de mieux comprendre les circonstances de survenue des nouveaux cas d'infection par le VIH. Les résultats de cette analyse plus rapide des données des nouveaux diagnostics, que nous produirons désormais annuellement, permettront *in fine* :

- D'adapter et renforcer les actions de prévention, de manière localisée ;
- D'adapter la stratégie de dépistage aux circonstances locales et régionales de contamination et aux populations cibles via une meilleure évaluation des risques ;
- D'améliorer les délais de prise en charge des personnes découvrant leur séropositivité et de favoriser une entrée rapide dans le parcours de soins ;
- De réduire progressivement l'épidémie cachée si les mesures précédentes se révèlent utiles.

Une fiche action a tout d'abord été rédigée au printemps 2022 par l'équipe du COREVIH et a été adoptée en plénière en mai. Un tableau de recueil des variables a été construit et discuté en équipe et un courrier d'information a été envoyé à l'ensemble des cliniciens participant à notre réseau. Toute l'équipe de TEC/ARC s'est chargée du recueil sur l'ensemble des sites hospitaliers. Les données agrégées, et non individuelles, ont été discutées à deux reprises en réunion avec la présentation de quelques cas significatifs évoquant des occasions manquées (dépistage, PrEP, TPE, etc...) afin de dégager des pistes d'amélioration du recueil. Des temps d'échanges en équipe ont également permis d'ajuster les indicateurs, de s'accorder sur des définitions communes et sur la codification des données.

Ce rapport 2022 est produit avec les données des centres suivants : CH Agen, CH Angoulême, CH Arcachon, CH Bayonne, CHU Bordeaux, CH Brive, CH Châtelleraut, CH Dax, CH Guéret, CH Jonzac, CH La Rochelle, CHU Limoges, CH Niort, CH Orthez, CH Pau, CH Périgueux, CHU Poitiers, CH Rochefort, CH Royan, CH Saint Jean d'Angély, CH Saintes. Les CH de Libourne, Mont de Marsan et Villeneuve sur Lot participeront à partir de 2023.

Un grand merci à l'équipe de TEC/ARC du COREVIH Nouvelle-Aquitaine pour leur implication (par ordre alphabétique): Guillaume ARNOU, Pascale CAMPS, Madeleine DECOIN, Sandrine DELVEAUX, Laura GABREA, Patricia GOUGEON, Wei-Ho LAI, Sylvie LAWSON-AYAYI, Edwige LENAUD, José PASCUAL, David PLAINCHAMP, Anne POUGETOUX, Iona STAGIER, Bellancille UWAMALIYA, Kateryna ZARA.

Nombre de découvertes

En 2022, **167** nouvelles séropositivités ont été découvertes et ont donné lieu à une prise en charge hospitalière en NA. La Gironde représente un tiers (34,2%) des cas, suivie par les Pyrénées Atlantiques (15,0%) et la Haute-Vienne (11,4%) ; Tableau 1.

Tableau 1. Nombre de découvertes de séropositivité pour le VIH par département en NA. Année 2022 (N = 167)

Dépt	16	17	19	23	24	33	40	47	64	79	86	87	Total
Nb	12	13	6	1	2	57	3	4	25	10	15	19	167
%	7,2	7,8	3,6	0,6	1,2	34,1	1,8	2,4	15	6	9	11,3	100

Caractéristiques sociodémographiques

Le tableau 2 présente les caractéristiques sociodémographiques des PVVIH ayant découvert leur séropositivité pour le VIH en 2022.

Le sex-ratio H:F est de 2,8:1. Une seule personne était transgenre H vers F. Les adultes de 30 à 39 ans étaient les plus nombreux (29,3%). Un patient sur dix, avait plus de 60 ans, mais aucun n'avait plus de 80 ans. Aucune séropositivité n'a été dépistée à la naissance.

Au moment de la découverte de leur séropositivité 62,3% des PVVIH étaient en activité. La catégorie socio-professionnelle était connue pour neuf personnes sur 10 (N = 149). Les employés (28,7%) et les ouvriers (11,4%) représentaient ensemble plus de 40% de l'ensemble des observations, les retraités 9,0% et les étudiants 6,6%.

Près d'un tiers des PVVIH nouvellement diagnostiquées étaient originaires de pays en zone d'endémie ; neuf personnes se déclaraient consommateurs de drogues et sept en situation de précarité.

Lorsque l'orientation sexuelle des PVVIH nouvellement diagnostiquées était renseignée (N = 165), un tiers des personnes (33,5%) était des hommes qui avaient des rapports sexuels avec les hommes, et 12,1% se sont déclarés bisexuels. Rapporté aux hommes cis (N = 123), la proportion d'hommes déclarant des rapports sexuels entre hommes était de 61,8%.

Tableau 2. Découvertes de séropositivité pour le VIH selon les caractéristiques sociodémographiques en NA. Année 2022 (N = 167)

	N	(%)
Genre		
Homme	122	(73,1)
Femme	44	(26,3)
Transgenre H vers F	1	(0,6)
Transgenre F vers H	0	-
Tranches d'âge		
0-9 ans	0	
10-19 ans	7	(4,2)
20-29 ans	34	(20,4)
30-39 ans	49	(29,3)
40-49 ans	38	(22,8)
50-59 ans	22	(13,2)
60-69 ans	14	(8,4)
70-79 ans	3	(1,8)
80 ans et plus	0	-
Activité Professionnelle		
Oui	104	(62,3)
Non	56	(33,5)
Inconnue	7	(4,2)
Catégorie socio-professionnelle		
Employés	48	(28,7)
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	20	(12,0)
Ouvriers	19	(11,4)
Inactifs ayant déjà travaillé, retraités	15	(9,0)
Personnes n'ayant jamais travaillé	14	(8,4)
Etudiants	11	(6,6)
Professions intermédiaires, techniciens	10	(6,0)
Cadres, professions intellectuelles supérieures*	9	(5,4)
Agriculteurs exploitants	3	(1,8)
Inconnue	18	(10,8)
Orientation sexuelle		
Hétérosexualité	89	(53,3)
HSH**	56	(33,5)
Bisexualité	20	(12,0)
Inconnue	2	(1,2)
Total	167	(100,0)

*médecin, avocat, inspecteur, proviseur, journaliste, comédien...

**homme ayant des rapports sexuels avec les hommes

Circonstances de contamination

Près de 40% des PVVIH diagnostiquées en 2022 déclarent avoir été contaminées lors de relations sexuelles entre hommes. Par ailleurs 4,8% d'entre elles ont déclaré des rapports bisexuels au moment de la contamination (tableau 3). Ces deux proportions cumulées sont équivalentes à celles décrivant l'orientation sexuelle (tableau 2). Aucune contamination par le VIH résultant d'une transfusion sanguine ou d'un accident d'exposition professionnelle n'a été rapportée. Les deux découvertes imputées à une transmission mère-enfant étaient des contaminations anciennes car aucune découverte n'avait été faite à la naissance (tableau 2). Un cas de contamination par usage de drogues a été déclaré. Aucun accident d'exposition au sang n'a été déclaré. Le mode de contamination n'a pu être déterminé ou évoqué pour 13 PVVIH nouvellement diagnostiquées (7,8%).

Tableau 3. Découvertes de séropositivité pour le VIH selon le mode de contamination en NA. Année 2022 (N = 167)

Mode de contamination déclaré	N	(%)
Rapports hétérosexuels	77	(46,1)
Rapports sexuels entre hommes	66	(39,5)
Rapports bisexuels	8	(4,8)
Transmission mère-enfant	2	(1,2)
Usage de drogues par voie intra-veineuse	1	(0,6)
AES* professionnel	-	-
Transfusion sanguine	-	-
Non déterminé	13	(7,8)
Total	167	(100,0)

*AES : accident d'exposition au risque de transmission du VIH

Si l'on essaie de préciser les éléments de contexte, on peut noter que les rapports sexuels non protégés et le multi-partenariat étaient les comportements les plus souvent rapportés, dans près de quatre cas sur dix et plus d'un cas sur dix, respectivement (tableau 4).

Tableau 4. Découvertes de séropositivité pour le VIH selon la prise de risque déclarée en NA. Année 2022 (N = 167)

Prise de risque	N	(%)
Rapports sexuels non protégés	66	(39,5)
Multi-partenariat	21	(12,6)
Séjour en zone d'endémie	20	(12,0)
Partenaire séropositif (vivant ou décédé)	14	(8,4)
Violences sexuelles	7	(4,2)
Partenaire exposé au risque du VIH	3	(1,8)
Partage de matériel d'injection	3	(1,8)

Découvertes VIH NA 2022

Pratique du chemsex	2	(1,2)
Un des parents séropositif (vivant ou décédé)	2	(1,2)
Inconnu	29	(17,4)
Total	167	(100,0)

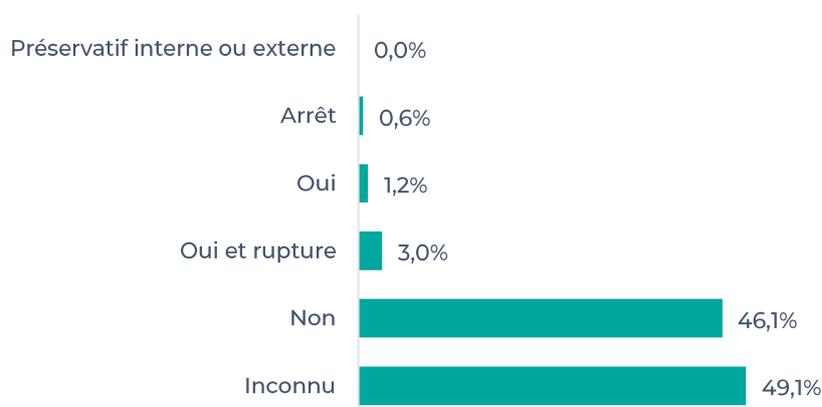
Un lieu probable correspondant à la prise de risque ayant conduit à la contamination n'a été rapporté que dans un cas sur trois (tableau 5).

Tableau 5. Découvertes de séropositivité pour le VIH selon le lieu de prise de risque en NA. Année 2022 (N = 167)

Lieu de prise de risque	N	(%)
Séjour dans une zone de forte endémie	28	(16,8)
Soirée privée	7	(4,2)
Sauna, club	4	(2,4)
Bois, plage, aire d'autoroute	-	-
Fête étudiante, festival, discothèque	-	-
Autre	18	(10,8)
Inconnu	110	(65,9)
Total	167	(100,0)

Pour la moitié de l'échantillon, les données disponibles ne permettent pas de déterminer si des moyens préventifs étaient utilisés (figure 1). Lorsque cette notion était connue, la grande majorité des PVVIH ayant découvert leur séropositivité en 2022 n'y avait pas eu recours. Notons qu'une rupture de préservatif a été rapportée par cinq PVVIH.

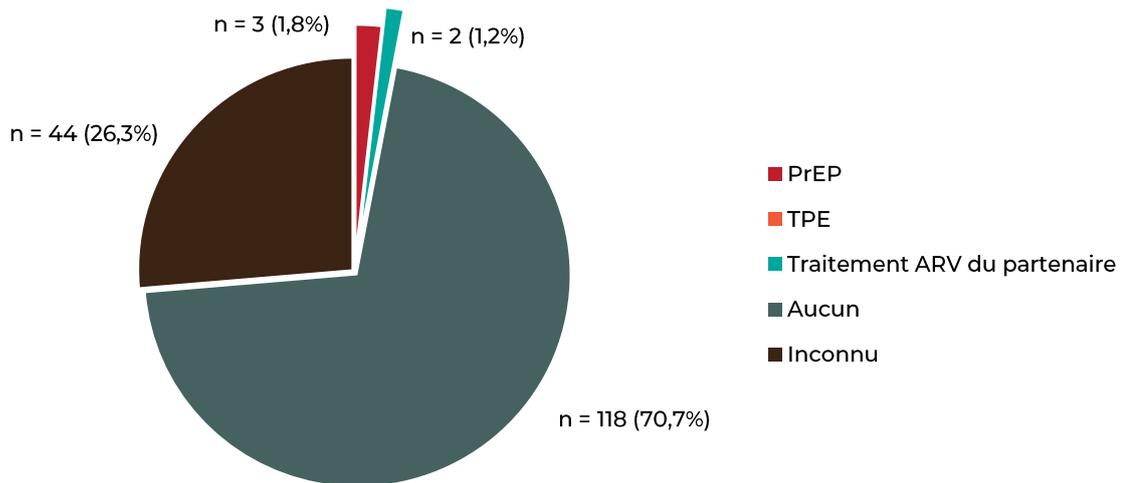
Figure 1. Recours à l'usage du préservatif au moment probable de la contamination Découvertes de séropositivité pour le VIH en NA. Année 2022 (N = 167)



A l'instar des préservatifs, le recours à des mesures préventives biomédicales permettant d'éviter la transmission du VIH était limité. Seules trois PVVIH (1,8%) dans cette série de nouveaux diagnostiqués en 2022 ont rapporté l'utilisation de la PrEP et aucun n'a eu

une prescription de TPE (figure 2). Concernant les personnes déclarées être sous PrEP : un cas déclarait une mauvaise observance, un cas avait une bonne observance depuis l'initiation mais est parti en voyage en Indonésie sans traitement et pense s'être contaminé là-bas ; pour le dernier cas il est considéré encore sous PrEP dans son dossier médical mais il l'a arrêtée pendant le confinement et ne l'a pas reprise.

Figure 2. Découvertes de séropositivité pour le VIH en fonction du recours à des mesures préventives biomédicales au moment de la contamination en NA. Année 2002 (N =167)



Pour 39,5% des PVVIH une investigation du contexte de la contamination a pu être menée auprès de l'entourage. Elle a concerné davantage les partenaires et les conjoints, et plus rarement les enfants (figure 3).

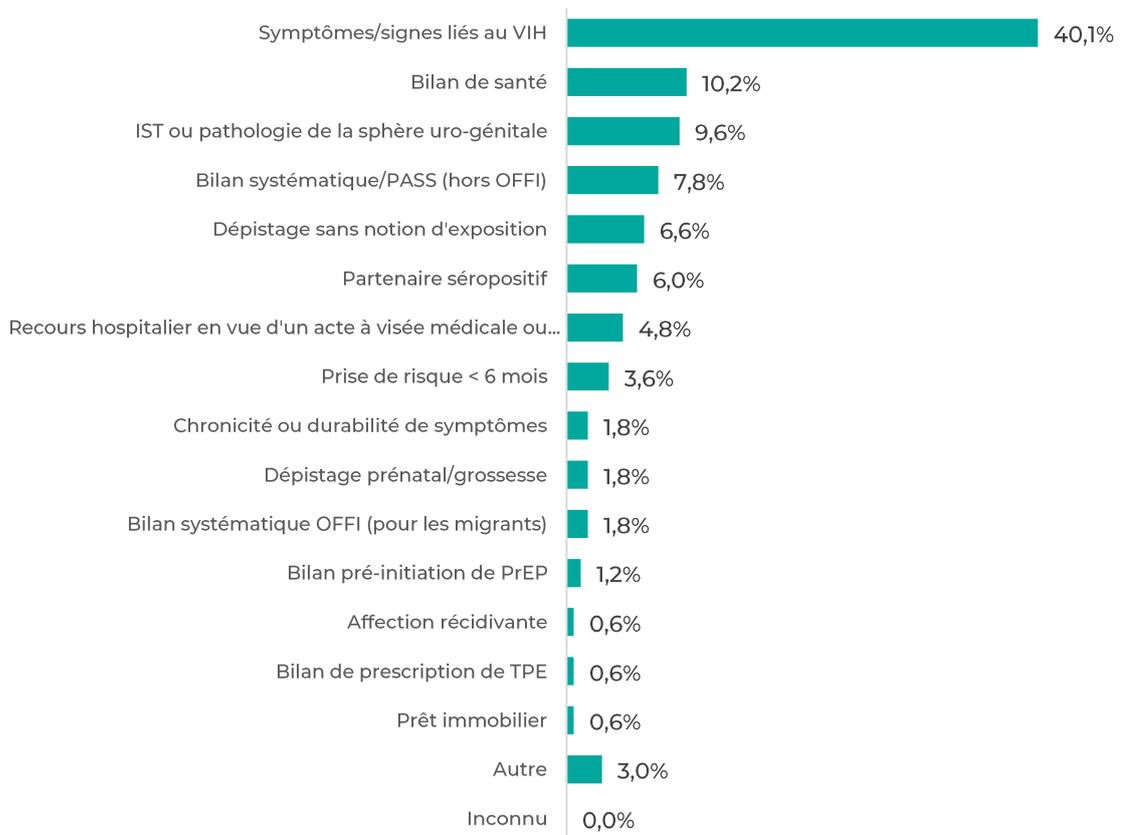
Figure 3. Découvertes de séropositivité pour le VIH. Orientation des investigations au moment de la découverte en NA. Année 2002 (N = 167)



Modalités de dépistage

Le principal motif de dépistage reste les symptômes liés au VIH, soit 40% des découvertes réalisées en 2022 (figure 4).

Figure 4. Découvertes de séropositivité pour le VIH en NA selon le motif de réalisation du test initial. Année 2022 (N = 167)



Un médecin libéral était dans près de quatre cas sur dix à l'initiative du dépistage ayant conduit à la découverte de la séropositivité, suivi par un médecin hospitalier (figure 5). Plus de trois-quarts des tests avaient été effectués en laboratoire suite à une prescription, tandis que les différentes modalités de dépistage sans prescription restaient très rares à l'exception du dépistage en CeGIDD (figure 6).

Figure 5. Modalités d'initiation du dépistage découvrant la séropositivité VIH en NA. Année 2022 (N = 167)

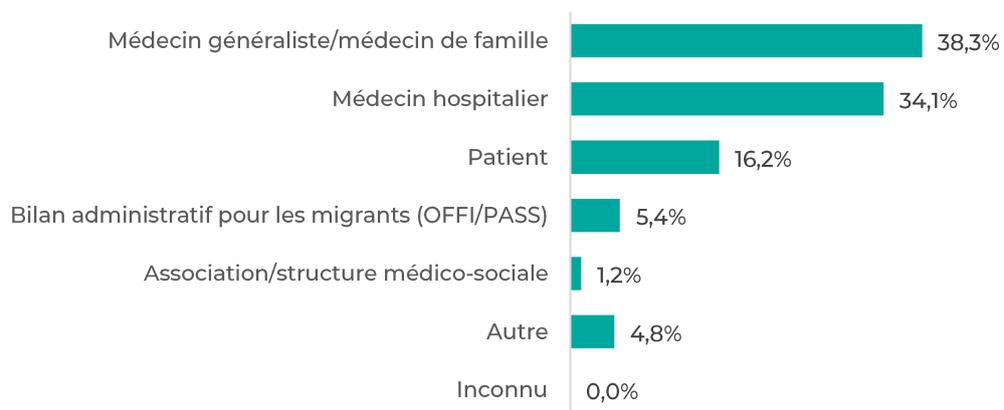
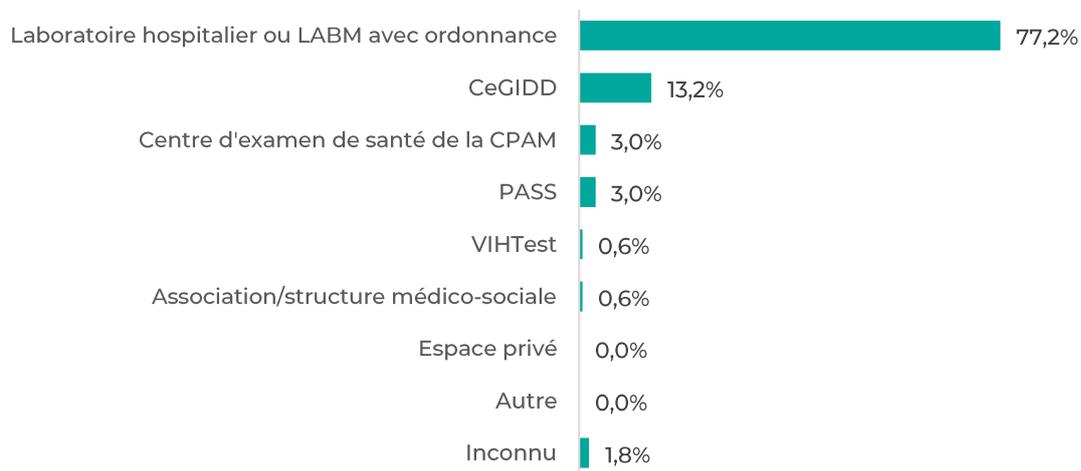
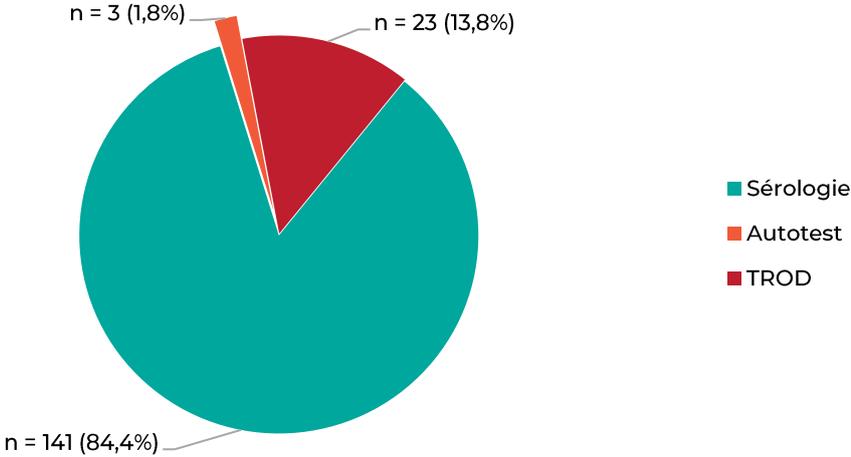


Figure 6. Lieu de diagnostic biologique de la séropositivité VIH en NA. Année 2022 (N = 167)



La modalité principale du test initial était le dépistage sérologique, suivie par le TROD et très rarement l'autotest (figure 7).

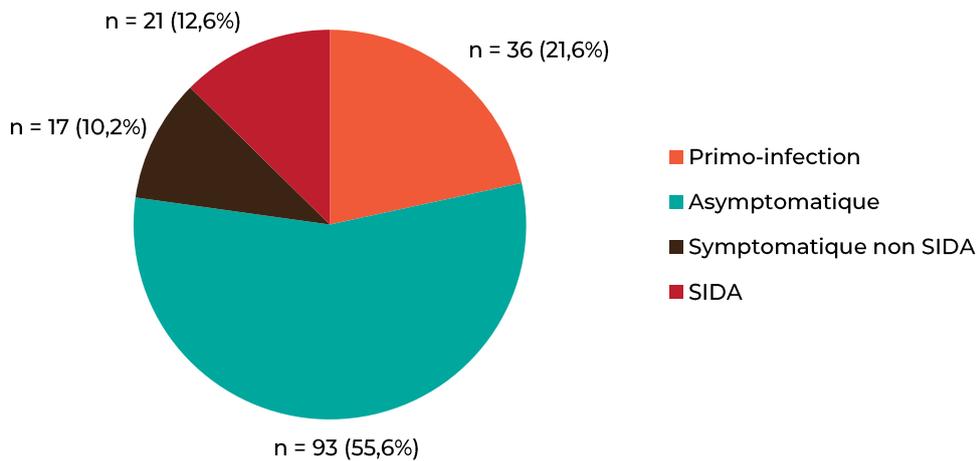
Figure 7. Modalité du test initial ayant conduit à la découverte de la séropositivité pour le VIH en NA. Année 2022 (N = 167)



Paramètres au dépistage

Près d'un quart des découvertes de séropositivité l'ont été à un stade symptomatique, dont près de la moitié à un stade SIDA (Figure 8).

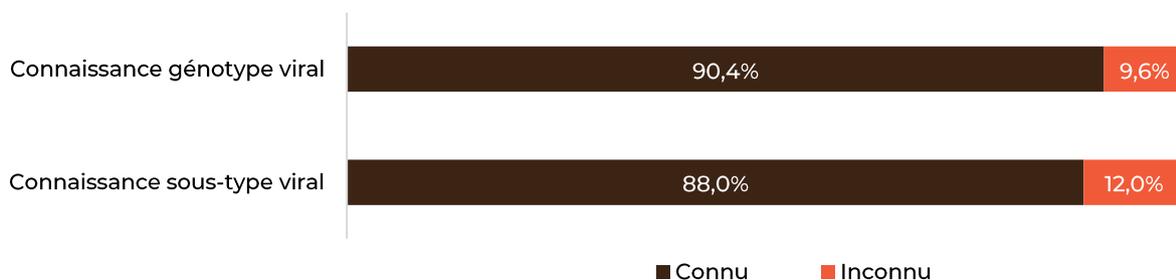
Figure 8. Stade clinique à la découverte de séropositivité pour le VIH en NA. Année 2022 (N = 167)



En complément des tests sérologiques ayant permis de diagnostiquer et de confirmer l'infection par le VIH, et en prévision de l'initiation d'un traitement ARV, le génotype du VIH a été réalisé et était disponible pour 151 des 167 PVVIH au moment de la découverte, soit dans neuf cas sur dix (figure 9). De même, le sous-type viral a été caractérisé pour 88% des découvertes.

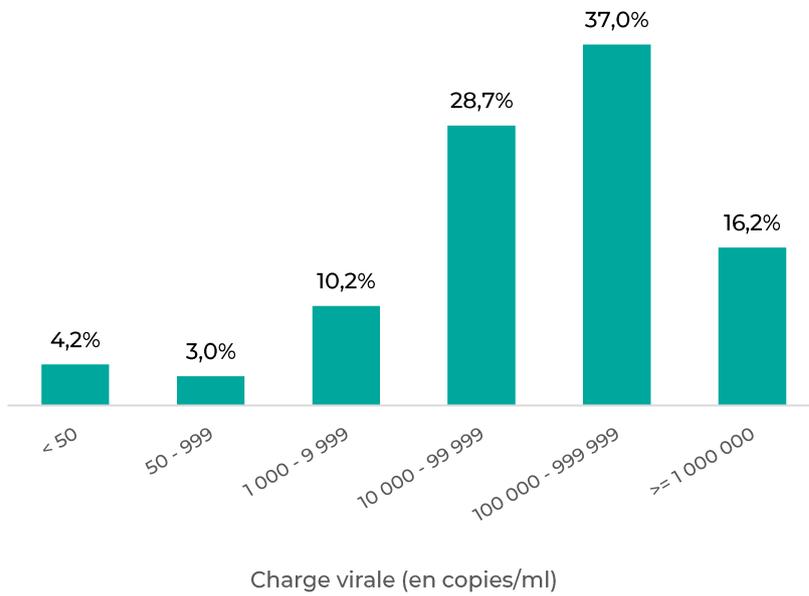
Pour les 20 cas restants dont le sous-type était inconnu, soit l'information était manquante au moment du recueil, soit la charge virale plasmatique était indétectable à la découverte (figure 9). Dans ces situations, la caractérisation des sous-types sera faite ultérieurement à partir de l'ADN viral.

Figure 9. Connaissance du sous-type viral et du génotype lors de la découverte de la séropositivité pour le VIH en NA. Année 2022 (N = 167)



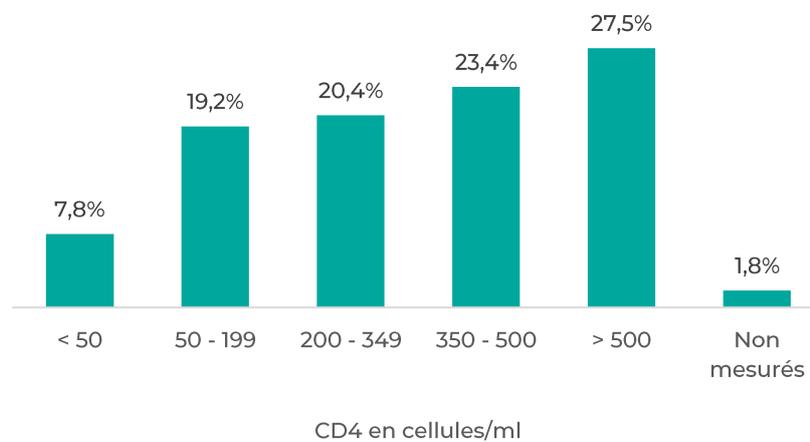
Plus de 82% des personnes nouvellement diagnostiquées avaient une charge virale élevée (> à 10 000 copies/ml) indiquant une multiplication active du VIH (figure 10).

Figure 10. Distribution de la charge virale plasmatique VIH lors de la découverte de séropositivité en NA.
Année 2022 (N = 167)



A peine la moitié des PVVIH (52,8%) avaient un statut immunitaire satisfaisant ($CD4 \geq 350/mm^3$) (figure 11) ; N=164 (3 données manquantes). La médiane des CD4 était de $364/mm^3$ et l'intervalle interquartile 179-514.

Figure 11. Distribution du taux de lymphocytes CD4 à la découverte de séropositivité VIH en NA.
Année 2022 (N = 167)



Une faible proportion des PVVIH nouvellement diagnostiquées en 2022 était co-infectée par les virus des hépatites B (4,2%) et C (1,8%) (tableau 6).

Tableau 6. Prévalence de la co-infection par le VHB et le VHC chez les PVVIH nouvellement diagnostiquées en NA. Année 2022 (N = 167)

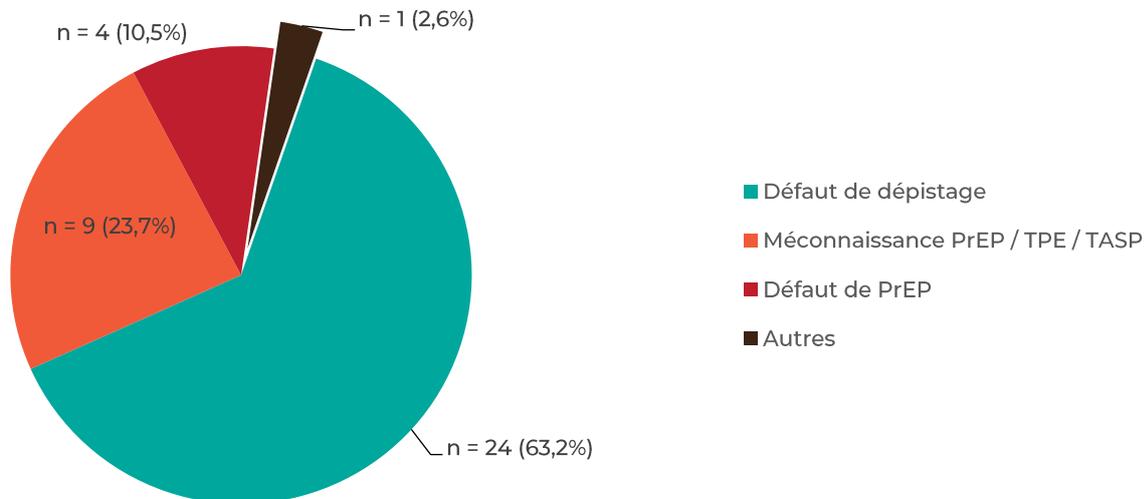
Co-Infection par les virus des hépatites	N	(%)
VHB		
Oui	7	(4,2)
Non	149	(89,2)
Inconnu	11	(6,6)
VHC		
Oui	3	(1,8)
Non	162	(97,0)
Inconnu	2	(1,2)
Total	167	(100,0)

Occasions manquées

Quatre types d'occasions manquées ont été recherchées en confrontant les données de l'e-DO, les comptes rendus de sérologie VIH et les résumés de consultations : défaut de dépistage, méconnaissance ou une non-utilisation des mesures de prévention primaire, de PrEP et de TPE.

Sur les 167 nouvelles découvertes de séropositivité de 2022, plus de 30% ont été classées comme des occasions probablement manquées. Trente-huit de ces 52 occasions manquées (73,1%) correspondaient à l'une des situations *a priori* caractérisées. Deux-tiers concernaient un défaut de dépistage, un quart était dû à une mauvaise connaissance ou à une non utilisation de la PrEP, du TPE ou du TASP ; une occasion manquée sur 10 était liée à un non recours à un défaut de PrEP (un cas suite au report de sa 1^{ère} consultation, un cas suite à un avis médical défavorable, deux cas connaissaient la PrEP mais ne se sentaient pas concernés) (figure 12).

Figure 12. Type d'occasions manquées des découvertes de séropositivité pour le VIH en NA. Année 2022 (n = 38)



Quelques illustrations de situations individuelles qui étayent cette typologie des occasions manquées :

Cas 1 : HSH ayant fait une syphilis primaire en 2010 (occasion manquée de dépistage et de rappel des mesures de prévention), un zona en 2022, soit 12 ans sans qu'une seule sérologie VIH ne soit réalisée.

Cas 2 : HSH, suivi chez un hépato-gastroentérologue pour une maladie de Crohn. Plusieurs passages chez le proctologue pour une gêne anale et des fissures. Son orientation sexuelle n'a jamais été discutée, ni les mesures de prévention et le dépistage des IST.

Cas 3 : prises de risques plus ou moins régulières et pas de test de dépistage VIH depuis 2000.

Cas 4 : consultation à plusieurs reprises chez son médecin traitant pour de la fièvre. Deux passages aux urgences pour une nette aggravation d'une dyspnée, mais pas de proposition de dépistage du VIH.

Cas 5 : migrante arrivée en France depuis six mois. Altération de l'état général (AEG) avec une perte de 20kg en un an. Première hospitalisation en néphrologie pour insuffisance rénale. Deuxième hospitalisation en médecine interne pour contrôle TDM, puis IRM car masse splénique. Troisième hospitalisation en néphrologie dans un service en NA puis en néphrologie hors NA. Son frère, médecin spécialiste hospitalier, prescrit un TDM de contrôle. Finalement, hospitalisation en clinique car récurrence de l'AEG et première sérologie VIH prescrite, positive.

Cas 6 : connaissance de la PrEP mais méconnaissance du TPE.

Cas 7 : personne ayant un partenaire séropositif mais n'a jamais voulu se faire dépister.

Cas 8 : connaissait la PrEP mais ne se sentait pas concerné.

Cas 9 : non utilisation de préservatifs.

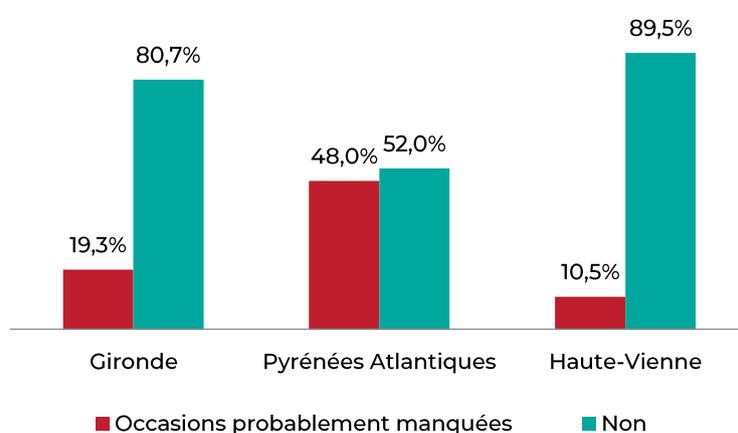
Cas 10 : la personne a repoussé sa première consultation PrEP.

Cas 11 : mise sous PrEP déconseillée par le diabétologue par crainte de la néphrotoxicité.

Analyse des trois départements ayant le plus de découvertes

Avec 57, 25 et 19 cas respectivement (tableau 1), les départements de la Gironde (hors CH de Libourne qui n'a pas participé à cette analyse en 2022), des Pyrénées Atlantiques et de la Haute-Vienne sont ceux où les découvertes de séropositivité pour le VIH ont été plus nombreuses (60,5%) du total des cas de la région. Les pourcentages observés d'occasions probablement manquées ont été estimés à 19,3%, 48,0% et 10,5% respectivement dans ces trois départements (figure 13).

Figure 13. Occasions manquées en Gironde, Pyrénées Atlantiques et Haute-Vienne des découvertes de séropositivité pour le VIH en NA. Année 2022 (n = 78)



Nous avons comparé les caractéristiques des PVIH ayant découvert leur séropositivité pour le VIH dans ces trois départements de la NA. Le faible pourcentage d'occasions probablement manquées au sein des découvertes de séropositivité pour le VIH en Haute-Vienne et en Gironde (n = 11 et 2, respectivement) se décline en une plus forte proportion de femmes comparativement au département des Pyrénées Atlantiques. Par ailleurs, on a observé une proportion plus importante de PVIH originaires de pays d'endémie en Haute-Vienne ; les hétérosexuels (orientation sexuelle) y étaient relativement plus nombreux (tableau 7).

Tableau 7. Découvertes de séropositivité pour le VIH en NA, année 2022 ; Caractéristiques (genre, âge, public, orientation sexuelle et stade) à la découverte des nouvelles séropositivités pour le VIH en Gironde, Pyrénées Atlantiques et Haute-Vienne (n = 101)

	Gironde (n = 57)		Pyrénées Atlantiques (n = 25)		Haute-Vienne (n = 19)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Genre						
Homme	43	(75,4)	23	(92,0)	13	(68,4)
Femme	13	(22,8)	2	(8,0)	6	(31,6)
Tranche d'âge						
< 60 ans	53	(93,0)	22	(88,0)	18	(94,7)
>= 60 ans	4	(7,0)	3	(12,0)	1	(15,8)
Type de public						
Originaire de pays en zone d'endémie	12	(21,1)	7	(28,0)	9	(47,4)
Usage de drogues injectables ou récréatives	6	(10,5)	0	(0,0)	1	(5,3)
Orientation sexuelle						
Rapports HSH/bisexuels	30	(52,6)	14	(56,0)	8	(42,1)
Rapports hétérosexuels	26	(45,6)	11	(44,0)	11	(57,9)
Stade clinique						
Primo-infection	14	(24,6)	4	(16,0)	0	-
SIDA	6	(10,5)	4	(16,0)	1	(5,3)

Conclusion et perspectives

Limites

Cette première année de recueil et d'analyse de données pour l'observatoire des nouvelles découvertes de séropositivité pour le VIH en NA aura permis d'étudier la faisabilité de ce projet, dont nous n'avons pas trouvé de précédent régional en France.

L'implication des TEC/ARC du COREVIH NA dans l'e-DO du VIH a favorisé la complétude des données. Cependant les investigations en vue d'obtenir les informations sur les défauts de vigilance ou les points de défaillance dans l'application des mesures de prévention n'ont pas pu être systématiquement entreprises ou ont pu s'avérer infructueuses.

Il en ressort que :

- Certaines variables n'ont été que peu ou pas recueillies. La collecte de certains items a été effectuée *a minima* en raison de la nature des questions ou de la formulation de réponses non exclusives. Les procédures et les outils de recueil sont en passe d'être modifiés en 2023.
- Les modalités d'investigations des cas n'ont pas toujours permis de préciser les niveaux de prévention primaire connus, utilisés et/ou défaillants.
- La définition des occasions manquées pourrait être plus standardisée encore en vue d'obtenir des résultats encore plus valides, complets et pertinents pour les acteurs de la prévention.

Conclusion

Parmi les PVVIH ayant découvert leur séropositivité en 2022 en NA, on observe 5% de consommateurs de drogues injectables ou récréatives. Cette proportion est en augmentation par rapport à 2018 (1,5%) et 2021 (3%) (source Bulletin de Santé Publique VIH-IST, Nouvelle-Aquitaine, novembre 2022). Cette situation est peut-être la résultante d'une pratique croissante du chemsex dans notre région. Au moins deux cas ont été déclarés dans le recueil. Cette observation sera à confirmer en 2023.

La proportion d'occasions manquées due à un défaut de dépistage est élevée (31,1%) et le non recours au dépistage est la cause de plus de 20% des découvertes à un stade tardif dont plus de la moitié au stade SIDA. Ce constat peut être expliqué par les retards au dépistage mis en évidence spécifiquement lors des deux années de crise sanitaire COVID, mais également par des défauts d'orientation plus systémiques des publics vulnérables ou présentant un facteur de risque d'acquisition de l'infection, par les professionnels de santé parmi lesquels les médecins de famille occupent une place privilégiée. Toutefois, l'éventualité d'un refus, d'une méconnaissance, d'un mésusage, de représentations, de considérations personnelles ou une inhabitude des personnes ne peut être écartée dans certains cas. Ces hypothèses ne pourraient probablement être explorées qu'au cours d'entretiens approfondis selon une méthodologie qualitative.

Un des constats marquants est la proportion non négligeable (presque 10%) de PVVIH ayant des partenaires séropositifs, donc ayant une situation à risque élevé d'acquisition de

l'infection par le VIH si ce partenaire n'est pas traité. Ce constat traduit bien une méconnaissance du concept de « Treatment As Prevention » (TASP), des rapports avec des partenaires non traités ou en échec thérapeutique.

Pour 12% des PVVIH diagnostiquées en 2022 le sérotype du virus est inconnu ou non identifiable et 8% ont une charge virale plasmatique indétectable au moment du sérodiagnostic. Cette donnée mérite d'être approfondie dans la mesure où certaines pourraient avoir un sérotype rare ou avoir bénéficié d'une administration méconnue d'ARV en amont de la situation repérée comme découverte de leur séropositivité. Si les conditions d'une prise d'ARV hors prescription étaient confirmées, la provenance, licite ou non, de ces ARV devrait être explorée, probablement à nouveau au cours d'entretiens qualitatifs ciblés. A moins qu'il n'y ait eu en fait un premier diagnostic ailleurs, non avoué par la personne avec une première séquence de traitement lui-même abandonné.

Enfin, avec les données de l'observatoire des nouveaux diagnostiqués nous recueillons plus de données que celles demandées par l'e-DO, permettant de mieux caractériser les occasions probablement manquées. La part des volets clinicien remplie pour les personnes nouvellement diagnostiquées et ayant une première consultation est de 100%, puisque celle-ci est faite par les TEC/ARC. En revanche, ce travail méritera d'être formellement comparé aux données de Santé publique France (SPF) afin d'en apprécier les éventuels écarts et ainsi d'envisager de potentielles pistes d'amélioration dans la complétude des données transférées à SpF.

Perspectives 2023

La première année de collecte d'informations pour l'observatoire des nouveaux diagnostiqués en NA nous fournit d'ores et déjà plusieurs pistes de travail : en interne d'une part sur la manière d'améliorer la qualité et l'exhaustivité du recueil, mais aussi en externe, en partageant dès à présent ces informations avec les acteurs de la prévention et de la prise en charge.

Nous préconisons les actions suivantes :

- Engager une campagne de sensibilisation de plusieurs catégories de professionnels de santé (médecins généralistes, proctologues, hépatologues, urgentistes) à la proposition plus systématisée de dépistage et de PrEP.
- Informer les publics à risque d'acquisition du VIH sur la PrEP, le TPE et l'importance du recours régulier au dépistage (campagne d'information, communication).
- Obtenir un meilleur remplissage de l'e-DO par les cliniciens confrontés à une découverte de séropositivité, notamment de la variable de l'orientation sexuelle ainsi que de celle du recours aux mesures préventives.
- Travailler en équipe pluridisciplinaire sur la pertinence des variables recueillies et envisager un protocole mixte de recueil de données quantitatif et qualitatif. Le tableau de recueil est en cours d'amélioration pour 2023. Par exemple, l'unité géographique de contamination (milieu urbain vs milieu rural), le délai entre la date de découverte et la 1^{ère} consultation ainsi que celui entre la 1^{ère} consultation et la mise sous traitement seront pris en compte. De plus, afin de pouvoir analyser plus finement les données (tri à plat fait en 2022), un travail de

Découvertes VIH NA 2022

croisement des données individuelles sera demandé à chaque TEC/ARC en amont de l'envoi de leur fichier agrégé. Nous pourrons ainsi par exemple regarder les caractéristiques sociodémographiques des PVVIH découvertes au stade SIDA.

→ Engager de nouvelles actions sur le parcours et la prise en soins des PVVIH dans le prolongement de la phase de dépistage. Il s'agira d'une part de raccourcir les délais entre le dépistage, le début des soins et la mise sous traitement et d'autre part d'obtenir une meilleure complétude des données dès la première consultation.

→ Partager au niveau de chaque établissement de santé concerné les conclusions préliminaires tirées de cette première année de recueil via les TEC/ARC.

→ Diffuser ce rapport aux cliniciens, aux associations, aux CeGIDD et aux tutelles (Agence Régionale de la Santé siège et Délégations Départementales).

→ Valoriser ce travail au travers de la soumission d'un poster au congrès SFLS 2023 ainsi qu'au séminaire TEC 2023.

COREVIH

Nouvelle-Aquitaine

COORDONNER ET AGIR ENSEMBLE
EN SANTÉ SEXUELLE

Groupe Hospitalier Pellegrin
Hôpital du Tondu - 33076 Bordeaux
Tél: 05 56 79 56 06

Suivez nous en cliquant sur les liens :

[Site internet du COREVIH](#)

[Site internet du CHU de Bordeaux](#)

[Facebook](#)