



Observatoire des découvertes de séropositivité au VIH en Nouvelle-Aquitaine

Année 2023

Ce rapport 2023 est produit à partir des données recueillies dans les centres hospitaliers (CH) et centres hospitaliers universitaires (CHU) suivants :

CH Agen, CH Angoulême, CH Bayonne, CHU Bordeaux, CH Brive, CH Châtelleraut,
CH Dax, CH Guéret, CH Jonzac, CH La Rochelle, CH de Libourne, CHU Limoges, CH Niort,
CH Orthez, CH Pau, CH Périgueux, CHU Poitiers, CH Rochefort, CH Royan,
CH Saint Jean d'Angély, CH Saintes.

Un grand merci à l'équipe des TEC/ARC du COREVIH Nouvelle-Aquitaine pour leur implication (par ordre alphabétique) : Guillaume ARNOU, Ahlem BARHOUMI, 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 STRAGIER, Bellancille UWAMALIYA, Kateryna ZARA.

Citation suggérée :

COREVIH Nouvelle-Aquitaine : Observatoire des découvertes de séropositivité au VIH en Nouvelle-Aquitaine - Rapport 2024

Rapport rédigé en juin 2024

Diffusion : Juin 2024

Sommaire

RÉSUMÉ	4
INTRODUCTION	5
OBJECTIFS.....	5
MÉTHODES	5
RÉSULTATS	6
Nombre de découvertes	6
Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques.....	7
Circonstances de contamination	10
Modalités de dépistage	13
Paramètres au dépistage	15
Initiation de la prise en charge	18
Occasions manquées.....	20
Analyse comparative des trois départements ayant rapporté le plus de découvertes	22
CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	33

RÉSUMÉ

Depuis 2022, le COREVIH Nouvelle-Aquitaine compile en temps quasi-réel les données régionales des découvertes de séropositivité au VIH afin de décrire les circonstances de contamination d'une part et caractériser les défauts d'interventions (appelés « occasions manquées ») qui auraient permis de prévenir la transmission du VIH et la survenue de ces nouvelles infections d'autre part.

Le recueil systématique des items de la déclaration obligatoire (e-DO) est complété par des informations recueillies auprès des cliniciens assurant la prise en charge hospitalière initiale. Les données ainsi collectées sont agrégées, synthétisées et les conclusions sont partagées avec les institutionnels et les acteurs de la prévention et du soin : la communauté médicale, les associations, les CeGIDD, les tutelles (Agence Régionale de la Santé siège et Délégations Départementales) et la cellule régionale de Santé Publique France.

En Nouvelle-Aquitaine, 190 nouvelles infections par le VIH ont été investiguées sur les 203 diagnostiquées en 2023. Les circonstances de survenue de ces contaminations ont révélé 74,7% de défauts ou ruptures de prévention appelées occasions manquées (OM).

Les OM dues à la non-utilisation de la prophylaxie PrEP en pré-exposition concernaient 75,4% des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ayant découvert leur séropositivité, tandis qu'une prescription de TPE en post-exposition avait été négligée par 57,7% d'entre elles. Par ailleurs, pour 67,6%, une prévention non biomédicale n'a pas été mise en œuvre. La part des OM dues à un défaut de dépistage en vue de réduire le délai de diagnostic a été estimée à 61,3%.

Ces résultats ouvrent des perspectives intéressantes tant vers les usagers que les professionnels en vue d'accroître l'efficacité des actions déjà menées en Nouvelle-Aquitaine et d'améliorer la compréhension des parcours de vie de certains publics vulnérables. Une réflexion sera engagée sur la définition d'indicateurs permettant 1) de suivre, dans le temps et dans l'espace, l'évolution de pratiques à risque (la pratique du chemsex, par exemple) ou des mesures préventives susceptibles de les éviter, 2) d'améliorer la prise en charge universelle et immédiate dans la région.

INTRODUCTION

Le COREVIH Nouvelle-Aquitaine (NA) 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 sa mission de recueil d'informations épidémiologiques, le COREVIH NA a souhaité depuis 2022 disposer en temps quasi-réel des données permettant de caractériser les nouvelles découvertes de séropositivité afin de mieux comprendre les circonstances de survenue des contaminations par le VIH, améliorer les délais de prise en soins des personnes découvrant leur séropositivité, et pouvoir ainsi ajuster les politiques et actions de prévention.

OBJECTIFS

- Recueillir localement et régionalement des données détaillées sur le profil des PVVIH nouvellement prises en charge,
- Décrire leurs circonstances de contamination, les modalités de dépistage et de prise en soins,
- Identifier les « occasions manquées » et caractériser les défauts de prévention.

MÉTHODES

Le recueil systématique d'informations déjà organisé à partir des dossiers médicaux pour réaliser la déclaration obligatoire électronique (e-DO) a été élargi à des items décrivant :

- a) le contexte de la contamination par le VIH (type de public et vulnérabilités),
- b) le parcours ayant conduit à la proposition du premier test positif,
- c) les ruptures de mesures de prévention dans la période précédant la découverte de l'infection par le VIH (absence de recours à des mesures préventives pré- et en post-exposition, irrégularités du dépistage),
- d) les délais de première prise en soins hospitalière.

Les technicien-ne-s d'études cliniques (TEC) et les attaché-e-s de recherche clinique (ARC) réalisent la collecte de données pour les e-DO et pour la base de données hospitalière régionale des PVVIH via les applications ARPEGE™ et NADIS™. Les données supplémentaires recueillies sont ensuite traitées selon le circuit d'information schématisé ci-dessous.

Tri à plat des
données rétros-
pectives dans
chaque hôpital



Agrégation
des résultats
à l'échelle
régionale



Discussion
et synthèse



Conclusions
partagées avec
les acteurs du
territoire

RÉSULTATS

Nombre de découvertes

En 2023, 203 nouvelles séropositivités au VIH ont été découvertes et ont donné lieu à une prise en charge hospitalière dans les hôpitaux publics en NA, soit 21,6% de plus que l'année précédente (tableau 1). Cette progression est légèrement surestimée en raison du manque de complétude dans un centre hospitalier de la Gironde en 2022 qui était une année pilote.

En, 2023, quatre PVVIH sur dix ont été dépistées en Gironde. Viennent ensuite le département des Pyrénées-Atlantiques (13,8%) et la Charente-Maritime (8,4%).

Tableau 1. Nombre de découvertes de séropositivité pour le VIH par département en NA. Année 2023 (N = 203)

Départements	2023	2022	Variation
	N (%)	N	
33 - Gironde*	83 (40,9)	57	+45,6%
64 - Pyrénées-Atlantiques	28 (13,8)	25	+12,0%
17 - Charente-Maritime	17 (8,4)	13	+30,8%
87 - Haute Vienne	14 (6,9)	19	-26,3%
79 - Deux Sèvres	13 (6,4)	10	+30,0%
86 - Vienne	13 (6,4)	15	-13,3%
16 - Charente	11 (5,4)	12	-8,3%
19 - Corrèze	8 (3,9)	6	+33,3%
40 - Landes	6 (3,0)	3	+100,0%
47 - Lot-et-Garonne	6 (3,0)	4	+50,0%
24 - Dordogne	4 (2,0)	2	+100,0%
23 - Creuse	0 -	1	-100,0%
Total	203 (100,0)	167	+21,6%

* pas de données du CH de Libourne en 2022

Plus de neuf cas sur dix (93,6%) ont été investigués et seront décrits dans ce document.

Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques

Le sex-ratio H:F était de 2,7:1. Aucune personne transgenre n'a été dépistée positive au VIH. Près de neuf nouvelles découvertes sur dix ont été observées chez des adultes de moins de 60 ans ; les 20-29 ans (26,8%) représentaient le groupe d'âge le plus important et sept personnes (3,7%) avaient moins de 20 ans. Aucune séropositivité n'a été détectée à la naissance (tableau 2).

Au moment de la découverte de leur infection par le VIH, 56,3% des PVVIH étaient en activité ; les employé-e-s et les ouvrier-e-s étaient les catégories socio-professionnelles les plus représentées ; 5,8% des PVVIH avaient découvert leur séropositivité après avoir fait valoir leurs droits à la retraite, autant que les étudiant-e-s.

Près de deux tiers des PVVIH nouvellement diagnostiquées en 2023 étaient né-e-s en France (métropole ou DOM-TOM) et parmi celles né-e-s à l'étranger (n=69 ; soit 36,3% de l'effectif), quatre sur dix n'avaient pas de couverture maladie au moment de la découverte de leur séropositivité.

Lorsque l'orientation sexuelle des PVVIH nouvellement diagnostiquées était renseignée (N=188), la moitié des patients rapportait avoir exclusivement des rapports hétérosexuels et 37,8% étaient des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ; 12,2% déclaraient avoir des rapports bisexuels.

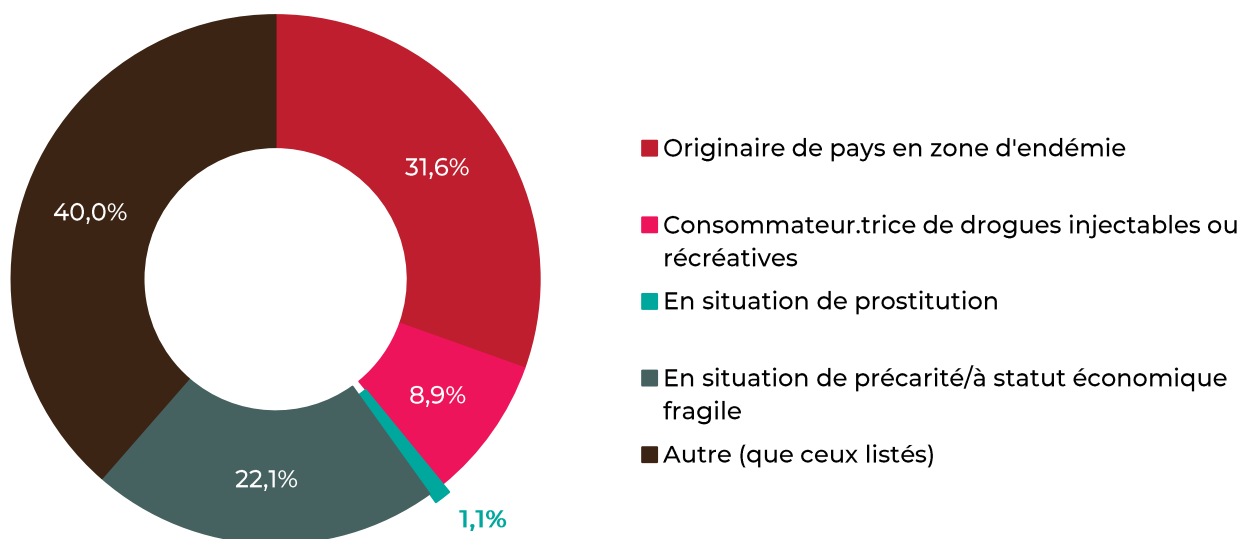
Tableau 2. Découvertes de séropositivité pour le VIH en NA : caractéristiques socio-démographiques et épidémiologiques. Année 2023 (N=190)

	2023	
	N	(%)
Genre		
Homme	139	(73,2)
Femme	51	(26,8)
Transgenre H vers F	-	
Transgenre F vers H	-	
Tranches d'âge		
0-9 ans	-	
10-19 ans	7	(3,7)
20-29 ans	51	(26,8)
30-39 ans	43	(22,6)
40-49 ans	39	(20,5)
50-59 ans	29	(15,3)
60-69 ans	16	(8,4)
70-79 ans	4	(2,1)
80 ans et plus	1	(0,5)
Activité Professionnelle		
Oui	107	(56,3)
Non (hors retraité-e et étudiant-e)	53	(27,9)
Retraité-e	11	(5,8)
Étudiant-e	11	(5,8)
Inconnue	8	(4,2)
Catégorie socio-professionnelle*		
Employé-e-s	47	(43,9)
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	7	(6,6)
Ouvrier-e-s	24	(22,4)
Professions intermédiaires, technicien-ne-s	10	(9,4)
Cadres, professions intellectuelles supérieures**	6	(5,6)
Agriculteurs exploitants	3	(2,8)
Inconnue	4	(3,7)
Autre	6	(5,6)
Lieu de naissance		
Né-e en France (Métropole ou DOM-TOM)	121	(63,7)
Né-e à l'étranger	69	(36,3)
Orientation sexuelle		
Hétérosexualité	94	(50,0)
HSH†	71	(37,8)
Bisexualité	23	(12,2)
Inconnue	-	
Total	190	(100,0)

*si activité professionnelle en cours au moment de la découverte ; ** médecin, avocat, inspecteur, proviseur, journaliste, comédien....) ; † hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes
 2 données manquantes pour l'orientation sexuelle.

Parmi les catégories de publics en situation de vulnérabilité recensées, 22,1% étaient en situation de précarité et 8,9% consommaient des drogues injectables ou récréatives. Par ailleurs, 31,6% étaient originaires de pays en zone d'endémie pour l'infection par le VIH.

Figure 2. Découvertes de séropositivité pour le VIH en NA : type de public (réponses multiples). Année 2023 (N=188)



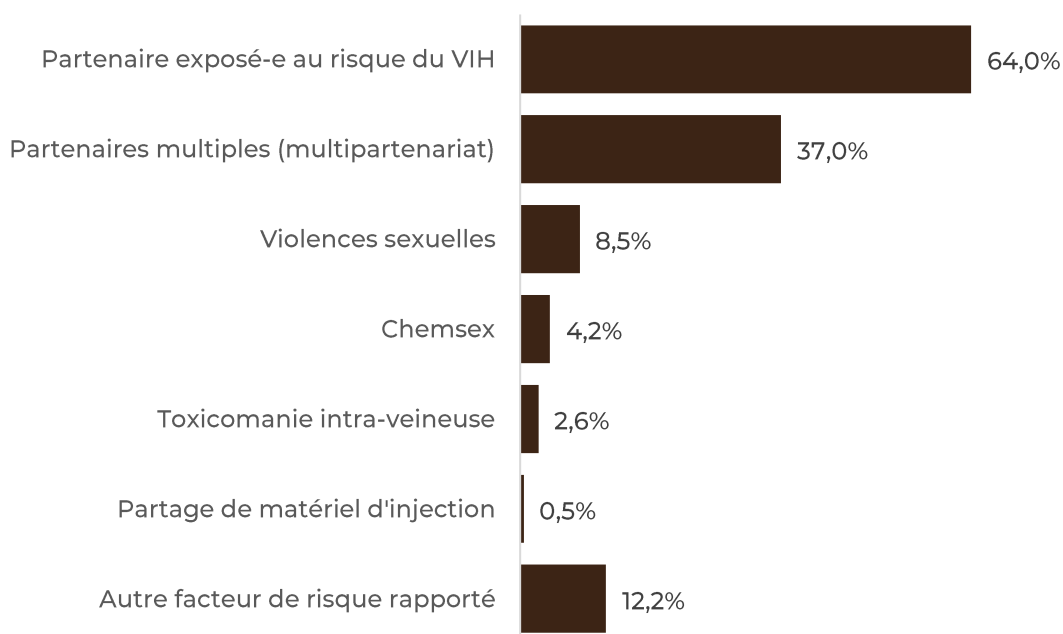
Circonstances de contamination

Presque deux-tiers des patients déclaraient s'être contaminés avec un-e partenaire lui-même exposé-e au risque de VIH, précisément identifié-e ou non (figure 3a) et 37,0% reconnaissaient avoir eu des partenaires multiples.

La pratique du chemsex ou la toxicomanie intra-veineuse/partage de matériel d'injection était présente pour 4,2% et 2,6% respectivement des nouveaux diagnostiqués. Pour 16 d'entre eux, la contamination s'était faite dans un contexte de violences sexuelles. Aucune découverte ne relevait d'une transmission materno-fœtale, d'une transfusion sanguine ou d'un accident d'exposition professionnel. Pour 23 personnes (12,2%) un facteur de risque autre était en cause. Aucun facteur de risque n'a été déclaré ou retrouvé pour 10,6% des découvertes (n=22).

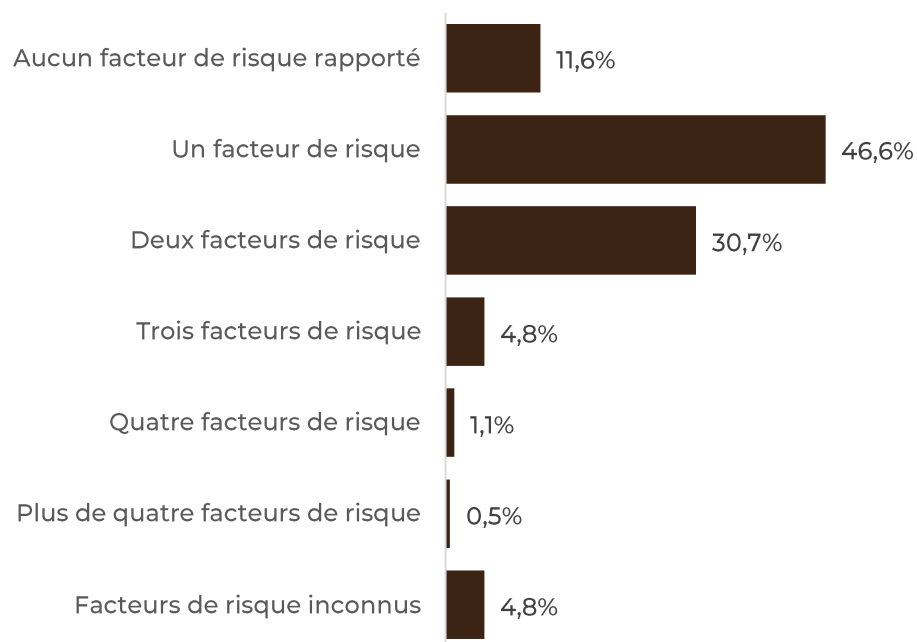
Au total, nos investigations ont permis d'identifier au moins un facteur de risque pour 83,6% des PVVIH nouvellement diagnostiquées. 30,7% avaient deux facteurs de risque et 4,8% en avaient trois (figure 3b).

Figure 3a. Découvertes de séropositivité pour le VIH en NA : nature des facteurs de risque rapportés*. Année 2023 (N=189)



* réponses multiples possibles

Figure 3b. Découvertes de séropositivité pour le VIH en NA : nombre de facteurs de risque rapportés par PVVIH. Année 2023 (N=189)



Les symptômes liés au VIH dont les IST/pathologies de la sphère uro-génitale et la réalisation de bilans systématiques ou occasionnels étaient les principales raisons qui ont conduit à la réalisation du test de dépistage révélateur de la séropositivité pour le VIH (tableau 3). Ainsi en 2023, ces deux motifs représentaient 47,9% et 17,9% respectivement. Les dépistages sans notion d'exposition complétaient ces deux premières situations avec 6,3% des PVVIH nouvellement dépistées qui étaient concernées.

Tableau 3. Découvertes de séropositivité pour le VIH en NA : motifs de réalisation du test de dépistage. Année 2023 (N=190)

Motif de dépistage	N (%)
Symptômes/signes liés au VIH	73 (38,4)
Bilan systématique (PASS, OFII, ...)	25 (13,2)
IST ou pathologie de la sphère uro-génitale	18 (9,5)
Dépistage sans notion d'exposition	12 (6,3)
Bilan de santé*	9 (4,7)
Recours hospitalier en vue d'un acte médical ou chirurgical	8 (4,2)
Chronicité ou durabilité des symptômes/Affection récidivante	6 (3,2)
Dépistage prénatal/grossesse	6 (3,2)
Initiation de PrEP	5 (2,6)
Prescription de TPE	-
Autre	28 (14,7)
TOTAL	190 100,0%

*prêt immobilier, bilan fertilité, partenaire séropositif-ve, ...

Modalités de dépistage

L'implication des médecins généralistes et des médecins hospitaliers dans la prescription du test à l'initiative du dépistage ayant conduit à la découverte de la séropositivité était équivalente (figure 4). Dans 17,4% des cas, la décision de test a été prise par le patient lui-même. Près de trois-quarts des tests ont été effectués en laboratoire avec ordonnance de prescription, tandis que les différents modes de dépistage sans prescription restaient très rares. On observe que le dispositif VIHTest de dépistage du VIH en laboratoire d'analyses, sans ordonnance et sans avance de frais par le bénéficiaire, a permis de dépister huit PVVIH en 2023 (4,2% des nouvelles découvertes). Aucune séropositivité ne résultait d'un test réalisé en prison (figure 5).

La principale modalité du test initial était le dépistage sérologique, suivie par le test rapide d'orientation diagnostique (TROD) et très rarement l'autotest (figure 6).

Figure 4. Découvertes de séropositivité pour le VIH en NA : initiative du test de dépistage à l'origine de la séropositivité. Année 2023 (N=190)

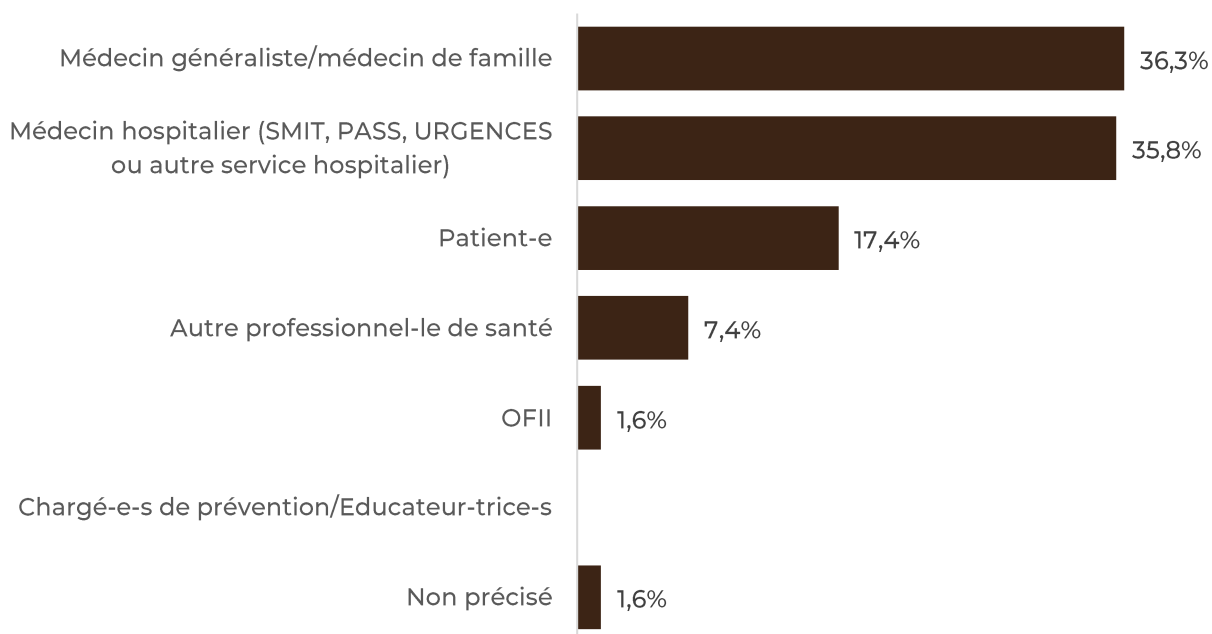


Figure 5. Découvertes de séropositivité pour le VIH en NA : lieu de dépistage. Année 2023 (N=190)

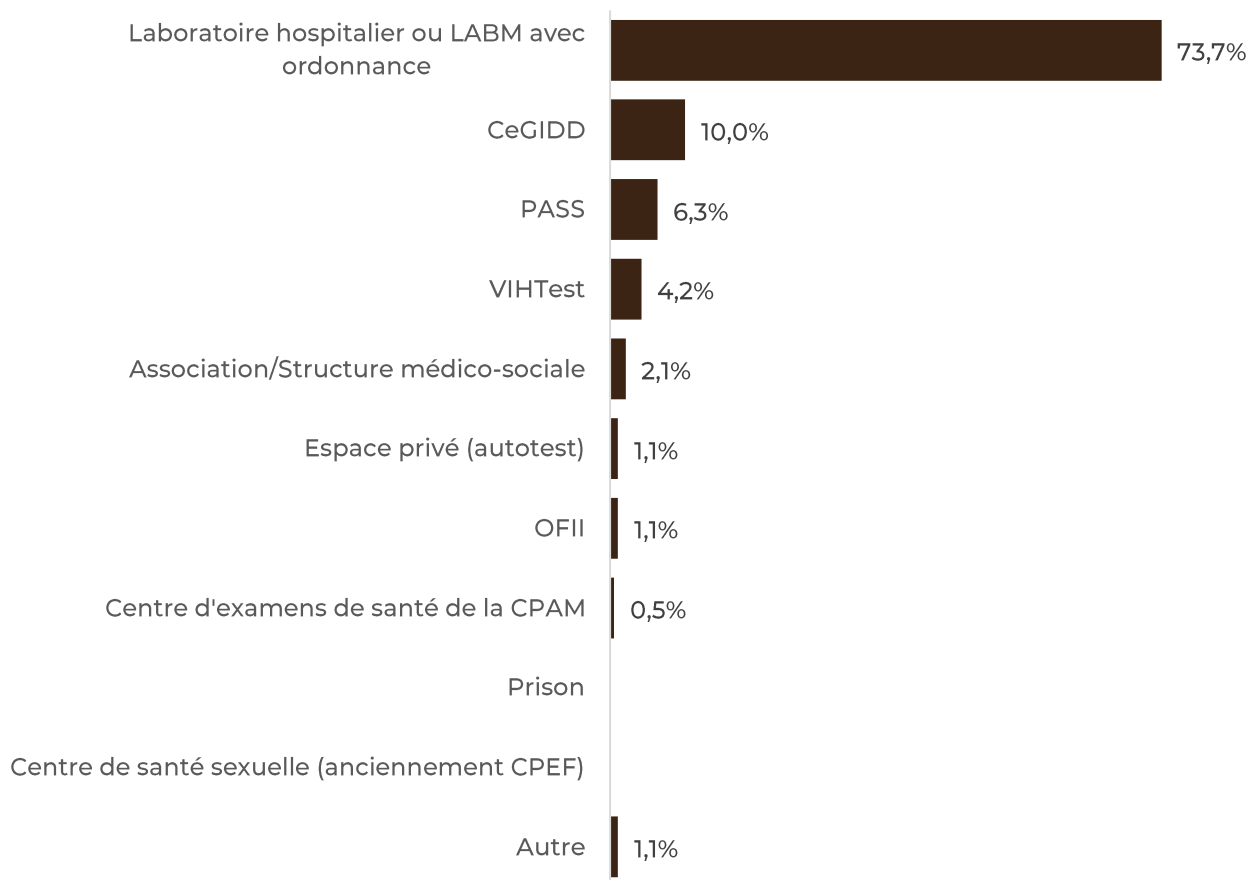
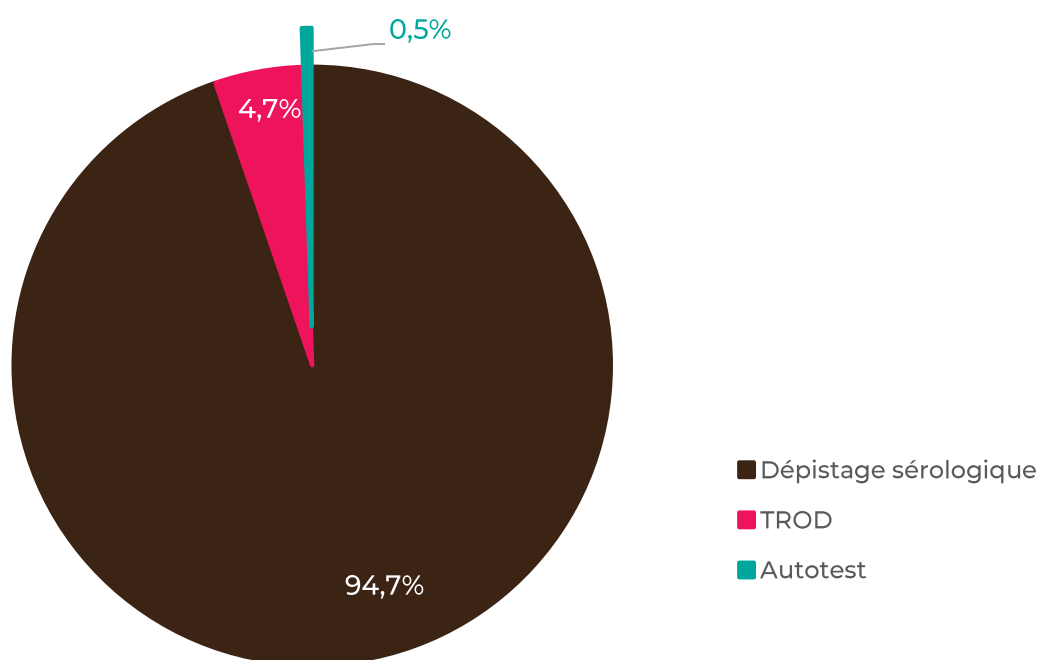


Figure 6. Découvertes de séropositivité pour le VIH en NA : modalité du test initial ayant conduit à la découverte de la séropositivité. Année 2023 (N=190)



Paramètres au dépistage

Parmi les découvertes de séropositivité, 10,2% étaient déjà à un stade clinique SIDA (figure 7). Le stade clinique et le profil de séroconversion indiqué par le biologiste, ou un test d'infection récente ont permis de classer en délai de diagnostic avancé de l'infection 22,8% des PVVIH nouvellement diagnostiquées (figure 8).

Figure 7. Découvertes de séropositivité pour le VIH en NA : stade clinique.
Année 2023 (N=187)

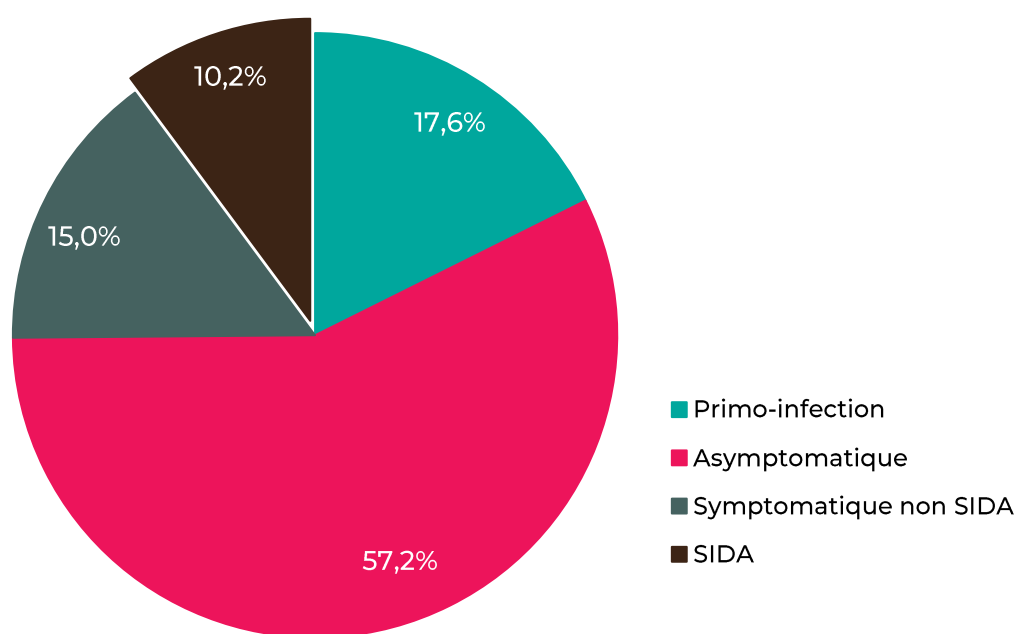
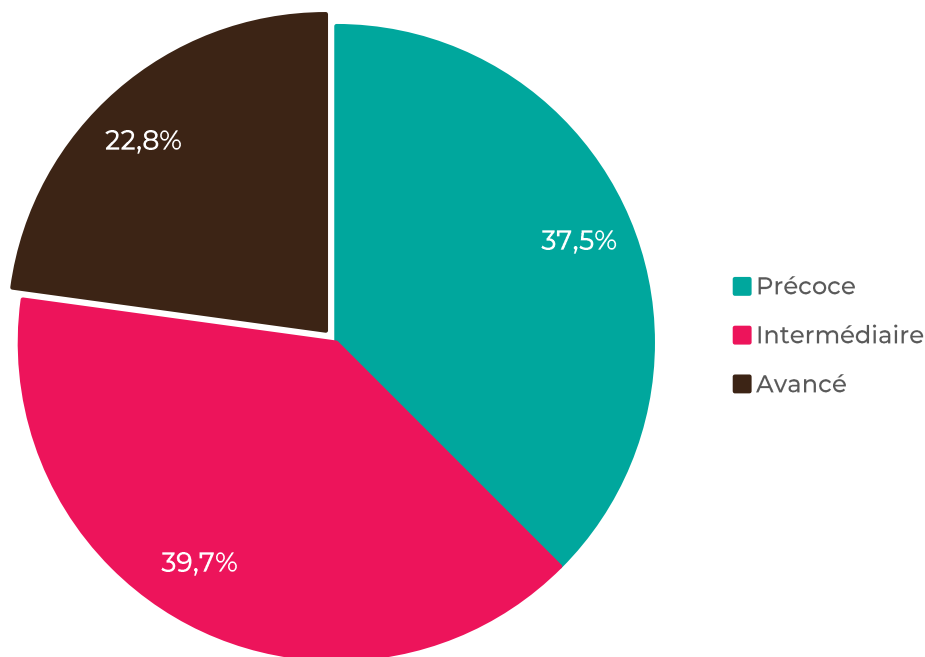


Figure 8. Découvertes de séropositivité pour le VIH en NA : délai de diagnostic*.
Année 2023 (N=184)



* *Précoce* : hors stade SIDA et [profil de séroconversion indiqué par le biologiste, confirmé par un test d'infection récente positif (en provenance du centre national de référence - CNR) ou un test d'infection récente ou test sérologique négatif < 6 mois ou un stade clinique de primo-infection] ; *Intermédiaire* : hors primo infection et hors stade SIDA et $CD4 \geq 350/mm^3$; *Avancé* : hors primo infection et hors stade SIDA et $CD4 < 350/mm^3$

En complément des tests sérologiques ayant permis de dépister et de confirmer l'infection par le VIH, le sous-type viral était caractérisé pour 91,1% des découvertes.

Un dosage de la charge virale VIH était disponible au moment de la découverte de l'infection pour 188 PVVIH (soit 98,9% des cas investigués) et une mesure des lymphocytes CD4 l'était pour 185 PVVIH (soit 97,4% des cas investigués). Plus de 80% des personnes nouvellement diagnostiquées avaient une charge virale élevée ($> 10\,000$ copies/mL) indiquant une multiplication active du VIH (figure 9). Pour 45,9% des patients, le déficit immunitaire était accentué avec un taux de lymphocytes $CD4 < 350/mm^3$ (figure 10).

Figure 9. Découvertes de séropositivité pour le VIH en NA : charge virale plasmatique VIH (en copies/mL). Année 2023 (N=188)

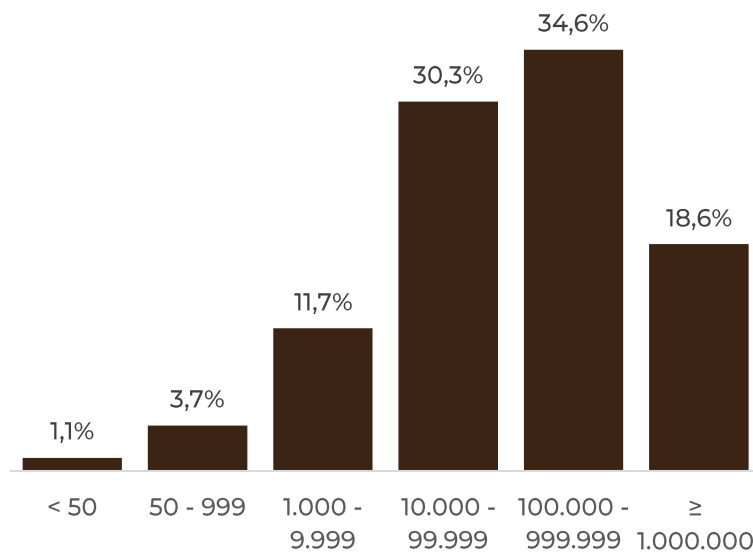
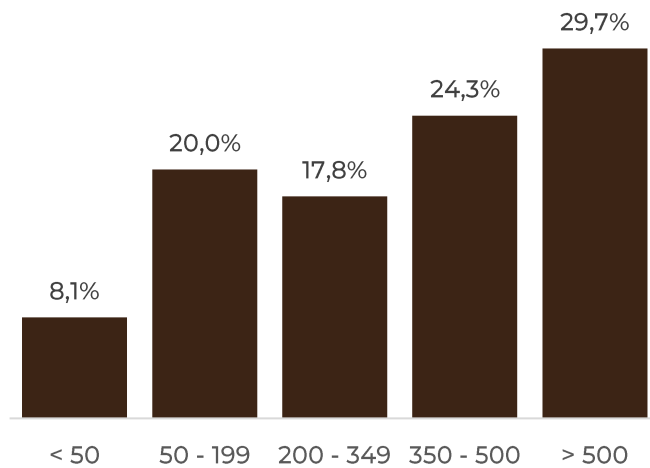


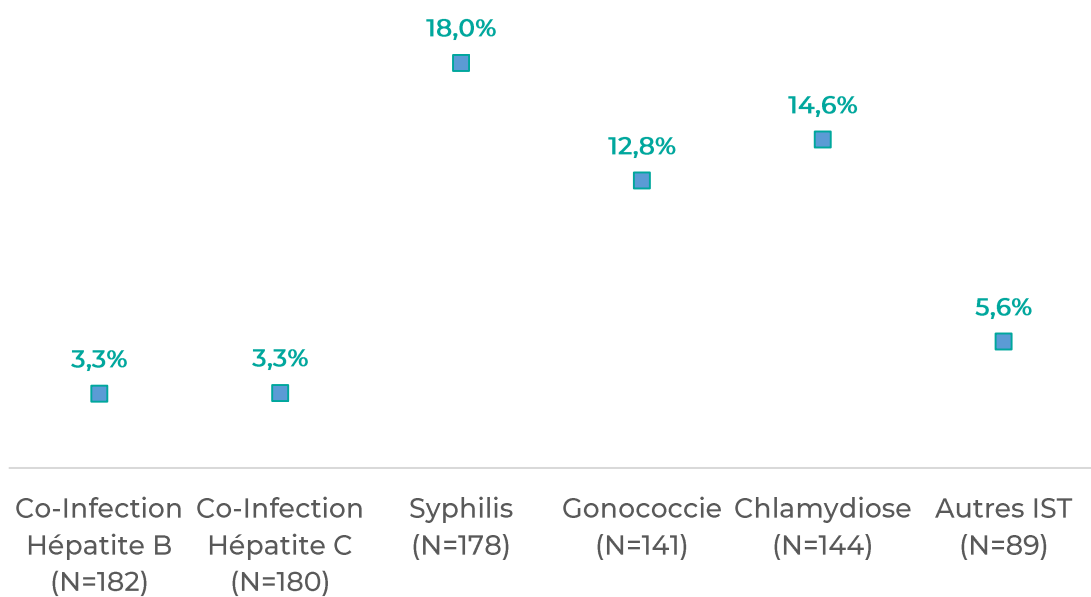
Figure 10. Découvertes de séropositivité pour le VIH en NA : lymphocytes CD4 (en cellules/mm³). Année 2023 (N=185)



Au moment de la découverte de l'infection par le VIH, la recherche d'une co-infection par les virus des hépatites et d'une infection sexuellement transmise (IST) a été quasi systématique pour le VHB, le VHC ou la syphilis, lorsque ces IST n'étaient pas préalablement connues. Pour la gonococcie ou la chlamydiose, seuls trois patients sur quatre ont bénéficié d'un dépistage à la découverte de leur séropositivité VIH. Pour les autres IST leur recherche a été réalisée chez une proportion plus faible, en deçà de la moitié des PVVIH.

Les prévalences des co-infections décrites dans la figure 11 montraient une association fréquente des IST avec le VIH. On retrouve 3,3% de co-infectés par le VHB et 3,3% également pour le VHC.

Figure 11. Découvertes de séropositivité pour le VIH en NA : prévalence des co-infections VHB, VHC et IST. Année 2023



Initiation de la prise en charge

Globalement, la découverte de la séropositivité au VIH de manière concomitante à un recours dans un service hospitalier, a permis une prise en charge immédiate de l'infection. Ainsi on n'observait pas de délai entre le dépistage et le début des soins. Toutefois dans certaines circonstances, quelques jours se sont écoulés entre le test de dépistage ayant révélé la séropositivité et le contact hospitalier. Selon les services, le délai moyen d'initiation de la prise en soins fluctuait entre 3 et 14 jours. Le délai maximal observé était de 173 jours ; soit près de 6 mois (tableau 4).

La première mise sous antirétroviraux (ARV) a toujours été effectuée en milieu hospitalier. L'introduction du traitement ARV s'établissait lors du premier contact hospitalier pour la majorité des PVVIH nouvellement diagnostiquées. La prise en charge thérapeutique la plus tardive a été faite deux mois (63 jours) après le contact hospitalier (tableau 4).

Tableau 4. Découvertes de séropositivité pour le VIH en NA : distribution des délais de prise en soins (N=190) et de mise sous antirétroviraux (N=188) en jours. Année 2023

	Délais les plus faibles		Délais les plus élevés
Délais de première prise en soins varie entre	0	et	173
Minimum	0		0
Médiane	0		8
Maximum	38		173
Moyenne	3		14
Délais de première mise sous ARV* varie entre	0	et	63
Minimum	0		0
Médiane	0		0
Maximum	34		63
Moyenne	1		9

* ARV : antirétroviraux

Occasions manquées

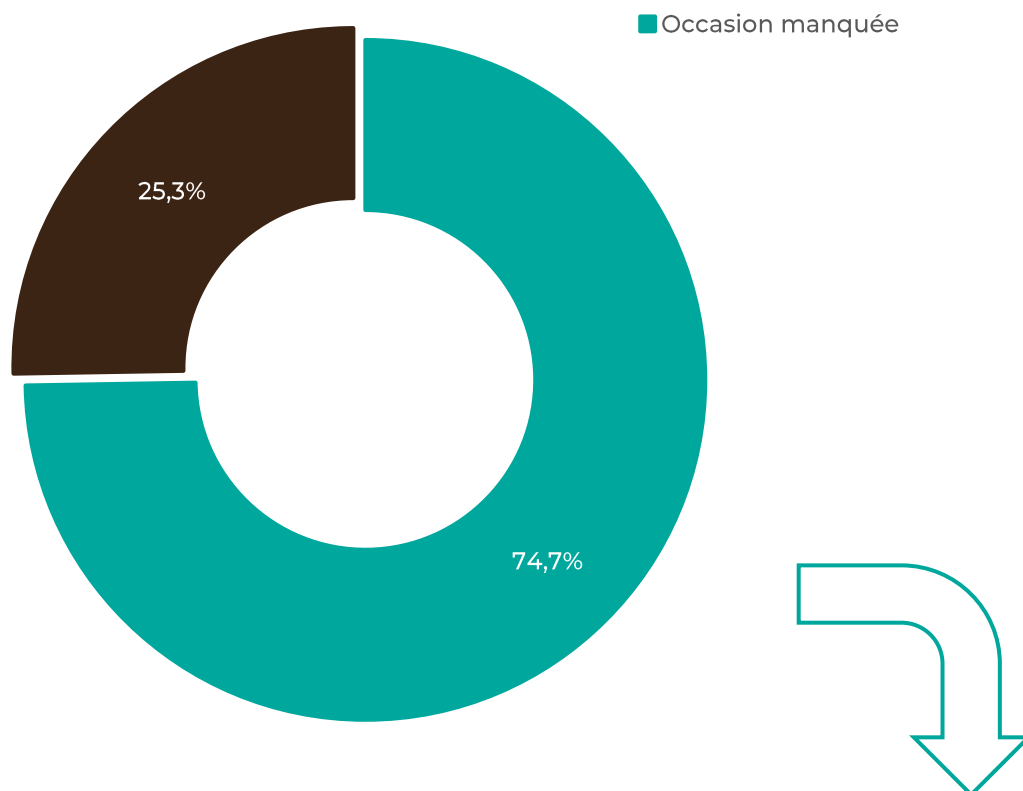
Les « occasions manquées » (OM) sont des situations suggérant :

- Un risque de contamination par le VIH qui aurait pu être évité par des mesures de prévention qu'elles soient biomédicales (méconnaissance, absence de prescription ou mauvaise observance de PrEP ou de TPE ou de TaSP) ou non, ou par des mesures de réduction du risque.
- Une contamination par le VIH qui aurait pu être diagnostiquée par anticipation grâce à un dépistage précoce ou une pratique régulière de dépistage.

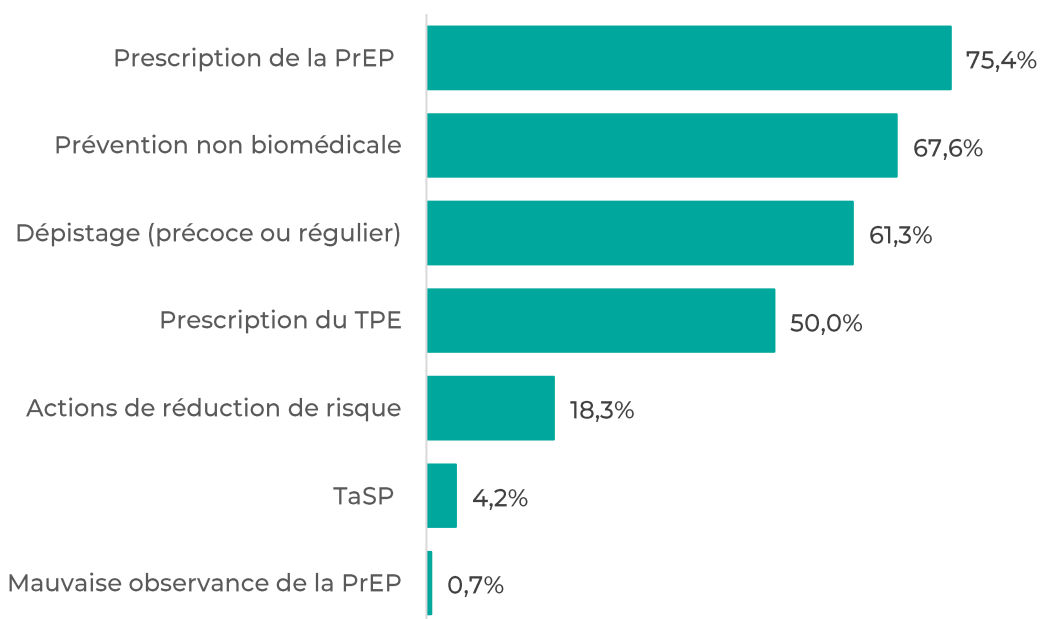
A l'issue des investigations, les circonstances de contamination ou de découverte de l'infection pour 142 PVVIH nouvellement diagnostiquées (74,7%) ont révélé des OM.

La figure 12 présente les points de rupture de prévention ou les défauts d'interventions visant à limiter la transmission du VIH les plus rencontrés. Le déficit en prévention primaire concernant le volet pré-exposition était relatif à la non-prescription de prophylaxie pré-exposition (PrEP) dans 75,4% des cas ; de même, 67,6% de ces OM résultaient d'une négligence dans la prévention non biomédicale tandis que 18,3% provenaient d'un défaut par ignorance, omission ou refus d'actions de réduction des risques, et 50,0% de la non-prescription d'un traitement post-exposition (TPE). Par ailleurs, 61,3% auraient pu découvrir par anticipation leur infection en effectuant un dépistage plus régulier ou précoce.

Figure 12. Découvertes de séropositivité pour le VIH en NA et occasions manquées : défaillances et rupture de prévention. Année 2023 (N=142)



Types de défaillances ou ruptures en prévention relevées



PrEP : prophylaxie pré-exposition ; TPE : traitement post-exposition ; TasP : traitement ARV du partenaire

Analyse comparative des trois départements ayant rapporté le plus de découvertes

Avec 83, 28 et 17 cas respectivement (tableau 1), la Gironde, les Pyrénées-Atlantiques et la Charente-Maritime représentaient les départements où les découvertes de séropositivité pour le VIH avaient été plus importantes.

La Gironde était le département qui a dépisté significativement le plus d'étrangers. Seuls 55,4% des PVVIH diagnostiquées y étaient françaises alors que ce pourcentage était supérieur à 70% dans les deux autres départements (tableau 5).

Tableau 5. Découvertes de séropositivité pour le VIH en Gironde, Pyrénées-Atlantiques et Charente-Maritime : zone géographique probable de survenue de la contamination pour les PVVIH diagnostiquées. Année 2023

	Gironde (N=83)		Pyrénées- Atlantiques (N=28)		Charente- Maritime (N=17)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
France métropolitaine	46	(55,4)	20	(71,4)	12	(70,6)
Afrique Subsaharienne	18	(21,7)	5	(17,9)	2	(11,8)
Asie	4	(4,8)	-		1	(5,9)
Europe de l'Ouest	3	(3,6)	2	(7,1)	-	
Amériques	1	(1,2)	-		-	
Europe de l'Est	1	(1,2)	-		-	
France DOM-TOM	-		1	(3,6)	-	
Afrique du Nord	2	(2,4)	-		-	
Autre	-		-		2	(11,8)
Inconnue	8	(9,6)	-		-	

La proportion de PVVIH de genre masculin était plus importante en Charente-Maritime, ce qui semble corrélé à la plus forte prévalence d'hommes ayant des rapports sexuels entre eux, consommateurs de drogues injectables ou récréatives pour certains (tableau 6). Dans ce département, moins d'un tiers des PVVIH diagnostiquées avait une activité professionnelle, comparativement à la Gironde où cette proportion était double. Le tiers des PVVIH d'origine étrangère découvertes en Gironde n'avait pas de couverture maladie au moment de la découverte de leur séropositivité pour le VIH. Dans le département des Pyrénées-Atlantiques, qui est un territoire frontalier, la totalité des étrangers diagnostiqués n'avait pas de couverture maladie au moment de la découverte.

Tableau 6. Découvertes de séropositivité pour le VIH en Gironde, Pyrénées-Atlantiques et Charente-Maritime : caractéristiques socio-démographiques et épidémiologiques des PVVIH nouvellement diagnostiquées. Année 2023

	Gironde (n = 83)		Pyrénées- Atlantiques (n = 28)		Charente- Maritime (n = 17)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Genre						
Homme cis	61	(73,5)	22	(78,6)	14	(82,4)
Femme cis	22	(26,5)	6	(21,4)	3	(17,6)
Tranche d'âge						
< 60 ans	72	(86,7)	26	(92,9)	14	(82,4)
≥ 60 ans	11	(13,3)	2	(7,1)	3	(17,6)
Orientation sexuelle						
Rapports HSH	29	(34,9)	11	(39,3)	8	(47,1)
Rapports hétérosexuels	44	(54,0)	13	(46,4)	6	(35,3)
Rapports bisexuels	10	(12,1)	4	(14,3)	3	(17,6)
Activité professionnelle						
Oui	49	(59,1)	18	(64,3)	5	(29,4)
Non	22	(26,5)	9	(32,1)	5	(29,4)
Retraité-e	6	(7,2)	-		2	(11,8)
Etudiant-e	5	(6,0)	1	(3,6)	2	(11,8)
Inconnue	1	(1,2)	-		3	(17,6)
Lieu de naissance et assurance santé						
Né-e en France (Métropole ou DOM-TOM)	48	(57,8)	23	(82,1)	13	(76,5)
Né-e à l'étranger avec couverture maladie	23	(27,7)	-		1	(5,9)
Né-e à l'étranger sans couverture maladie	12	(14,5)	5	(17,9)	3	(17,6)
Type de public (plusieurs réponses possibles)						
Originaire de pays en zone d'endémie	29	(34,9)	5	(17,9)	4	(23,5)
Usage de drogues injectables ou récréatives	7	(8,4)	2	(7,1)	4	(23,5)
En situation de prostitution	16	(19,3)	5	(17,9)	3	(17,6)
En situation de précarité*	-		-		-	
Autre (que ceux listés)	43	(9,6)	13	(46,4)	13	(76,5)

* statut économique fragile

Dans les trois départements, la réalisation du test ayant conduit à la découverte de la séropositivité a été majoritairement motivée par l'apparition ou la présence de symptômes liés au VIH parmi lesquels les pathologies de la sphère urogénitale (figure 13). Les bilans de santé systématiques ou non, auxquels on peut associer les demandes de sérologies VIH proposées en vue d'un acte à visée médicale ou chirurgicale, étaient la deuxième raison. Celle-ci était suivie par les dépistages sans notion d'exposition.

Les laboratoires virologiques hospitaliers ou de ville (LABM) ont été les plus impliqués dans les découvertes des séropositivités. La place des CeGIDD dans les dispositifs de dépistage de la Charente-Maritime était plus marquée (figure 14), sans qu'on ne soit capable d'indiquer s'il s'agit de tests effectués à l'occasion d'interventions hors-les-murs ou au sein des locaux abritant les structures (deux sites principaux et six antennes dans ce département). Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) restaient des pourvoyeurs de tests pour les publics précaires qu'elles ont reçus. Hormis le département de la Gironde où 7,2% des tests avaient été réalisés sans prescription médicale (dispositif VIHTest), la confirmation d'autotests a été révélatrice d'une infection par le VIH pour un patient sur les 17 PVVIH nouvellement diagnostiqués.

Figure 13. Découvertes de séropositivité pour le VIH en Gironde, Pyrénées-Atlantiques et Charente-Maritime: motifs de réalisation du test révélateur de l'infection des PVVIH nouvellement diagnostiquées. Année 2023

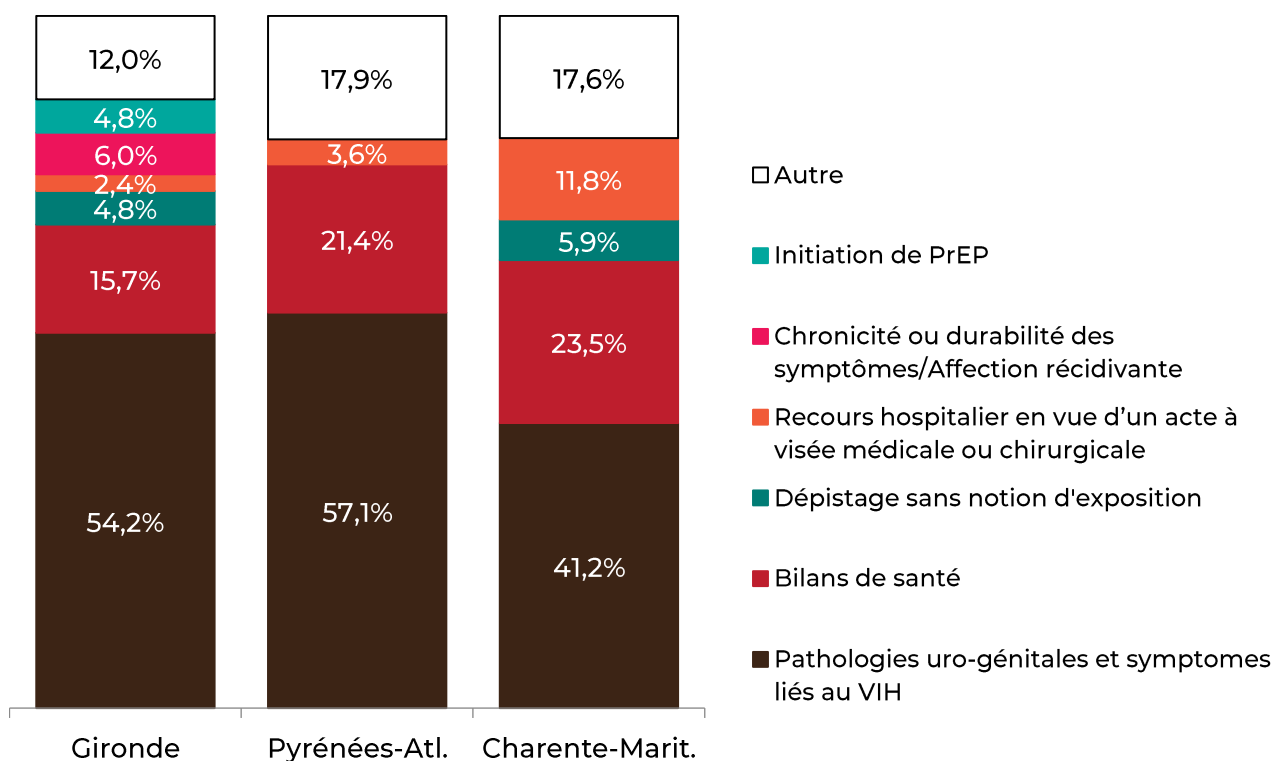
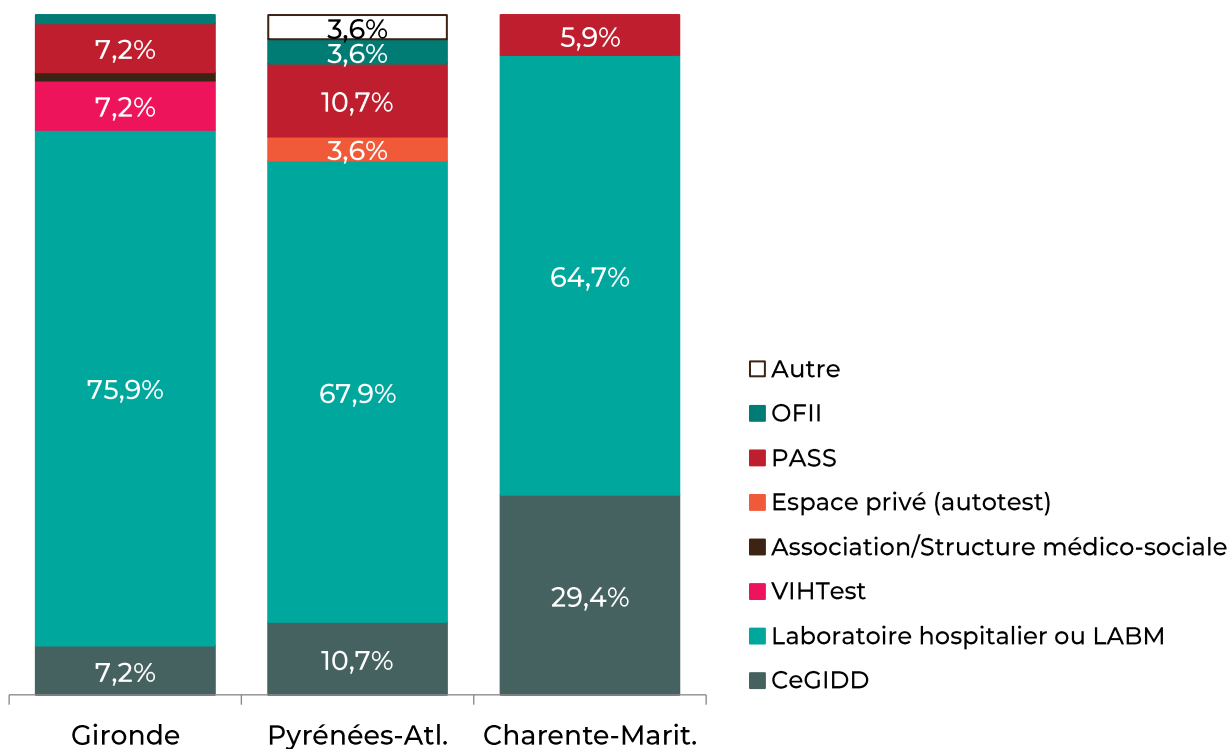


Figure 14. Découvertes de séropositivité pour le VIH en Gironde, Pyrénées-Atlantiques et Charente-Maritime : initiative du test révélateur de l'infection des PVVIH nouvellement diagnostiquées. Année 2023



Contrairement aux deux autres départements, les cas découverts en Gironde étaient plus avancés avec des symptômes évolués de l'infection et des signes d'un diagnostic tardif (tableau 7). En effet 27,7% des découvertes en Gironde étaient symptomatiques (*versus* 18,5% et 6,3% pour les Pyrénées-Atlantiques et la Charente-Maritime, respectivement), et pour 24,1% le délai de diagnostic était avancé (*versus* 16,0% et 12,4% pour les Pyrénées-Atlantiques et la Charente-Maritime, respectivement). Ces variations peuvent s'expliquer par l'origine des PVVIH et l'accessibilité aux structures de soins en lien avec l'existence d'une couverture maladie. Les constatations cliniques étaient à relier au profil viro-immunologique plus dégradé des PVVIH découvertes en Gironde (figures 15 et 16).

Tableau 7. Découvertes de séropositivité pour le VIH en Gironde, Pyrénées-Atlantiques et Charente-Maritime : caractéristiques cliniques des PVVIH nouvellement diagnostiquées. Année 2023

	Gironde (n = 83)		Pyrénées- Atlantiques (n = 28)		Charente- Maritime (n = 17)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Stade clinique						
Primo-infection	16	(19,3)	7	(25,9)	6	(37,5)
Asymptomatique	44	(53,0)	15	(55,6)	9	(56,2)
Symptomatique non SIDA	15	(18,1)	2	(7,4)	0	-
SIDA	8	(9,6)	3	(11,1)	1	(6,3)
Délai de diagnostic						
Précoce	22	(26,5)	14	(56,0)	11	(68,8)
Intermédiaire	41	(49,4)	7	(28,0)	3	(18,8)
Avancé	20	(24,1)	4	(16,0)	2	(12,4)

Figure 15. Découvertes de séropositivité pour le VIH en Gironde, Pyrénées-Atlantiques et Charente-Maritime : paramètres virologiques (charge virale plasmatique en copies/mL) des PVVIH nouvellement diagnostiquées. Année 2023

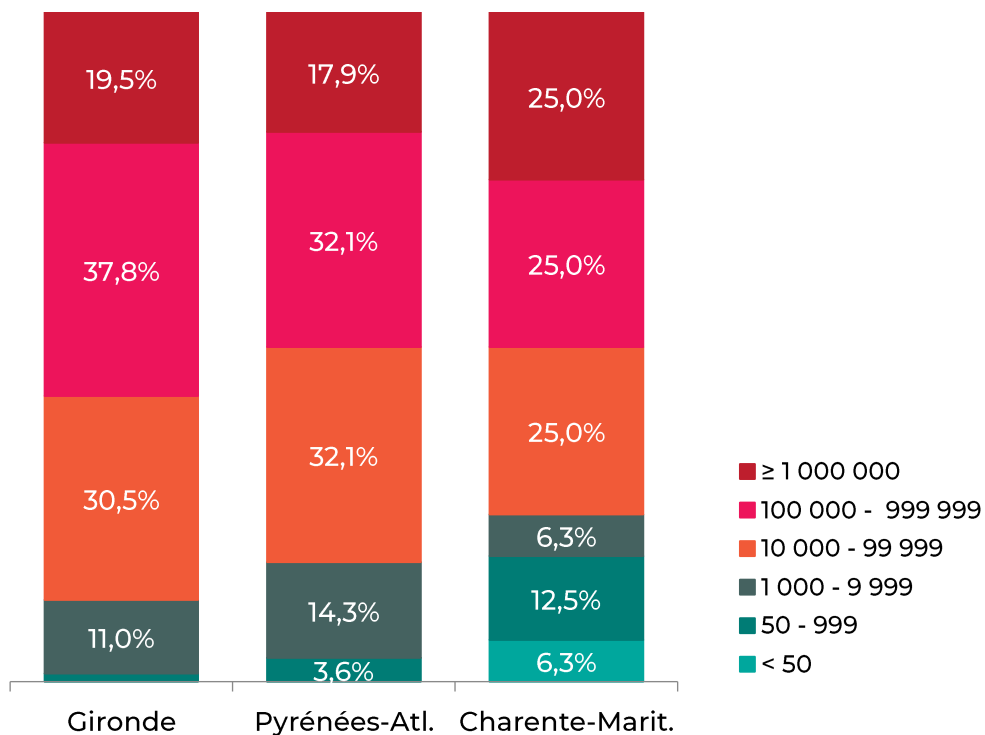
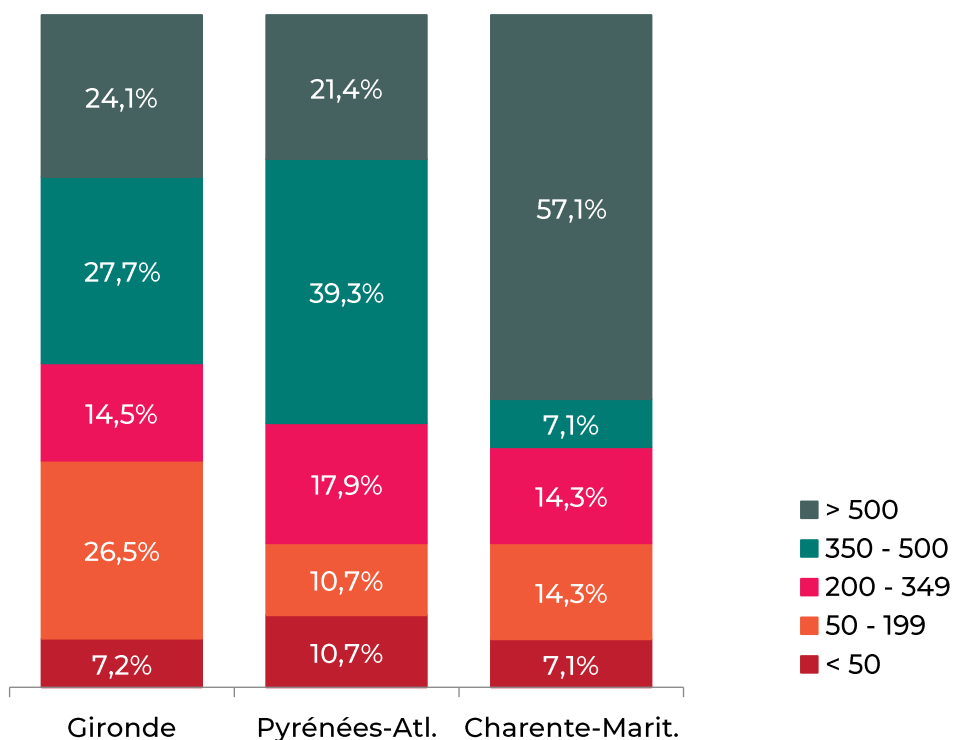


Figure 16. Découvertes de séropositivité pour le VIH en Gironde, Pyrénées-Atlantiques et Charente-Maritime : statut immunologique (mesure des CD4/mm³) des PVVIH nouvellement diagnostiqués. Année 2023



Les délais entre diagnostic et première prise en soins étaient quasi-équivalents dans les trois départements (tableau 8). Néanmoins on note une légère tendance à une prise en soins initiale plus précoce des patients en Gironde au regard des délais médians, sans qu'on ne puisse préciser s'il s'agit :

- de découvertes à l'occasion d'une hospitalisation d'une part, ou
- de problématiques d'accès aux soins liées aux PVVIH (mobilité, couverture maladie, ...) ou aux services médicaux (disponibilité de créneaux de RDV, ...) d'autre part

La prescription sous ARV se faisait dès le premier recours en service de maladies infectieuses et le début de traitement était donc immédiat pour la plupart des patients. Lorsqu'elle était décalée, cette prescription intervenait dans la semaine de prise en soins initiale ; ainsi, le département de la Charente-Maritime est apparu être le plus réactif.

Tableau 8. Découvertes de séropositivité pour le VIH en Gironde, Pyrénées-Atlantiques et Charente-Maritime : délais de prise en soins et de mise sous ARV des PVVIH nouvellement diagnostiquées. Année 2023

	Gironde	Pyrénées-Atl.	Charente Marit.
Première prise en soins			
Variation des délais bruts entre	0 et 33	0 et 27	0 et 38
Variation des délais médians entre	0 et 0,5	0 et 5	1 et 2
Variation des délais moyens entre	2 et 8	2 et 10	5 et 9
Première mise sous ARV*			
Variation des délais bruts entre	0 et 48	0 et 30	0 et 6
Variation des délais médians entre	0 et 0	0 et 0	0 et 0
Variation des délais moyens entre	1 et 6	0 et 4	0 et 1

* dans le prolongement de la première prise en soins

La Gironde concentrait 83,1% d'occasions manquées (OM), tous types confondus (figure 17a), dont 68,1% relevaient d'un défaut de dépistage précoce ou régulier qui aurait pu réduire les délais de diagnostic de l'infection par le VIH (figure 17b). La méconnaissance, l'absence ou la mauvaise observance de la PrEP étaient incriminées dans 72,5 et 76,2% des OM en Gironde et dans les Pyrénées-Atlantiques respectivement. Ce pourcentage atteignait 91,7% en Charente-Maritime.

Figure 17a. Découvertes de séropositivité pour le VIH en Gironde, Pyrénées-Atlantiques et Charente-Maritime : occasions manquées (%). Année 2023

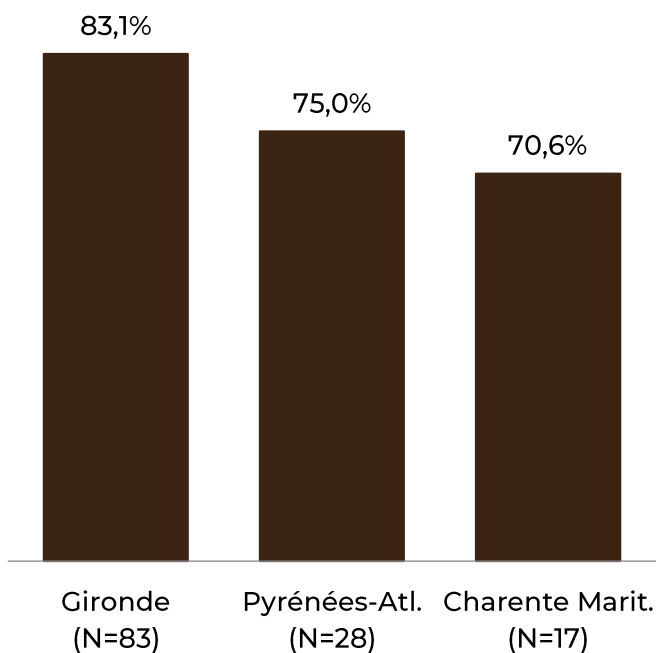
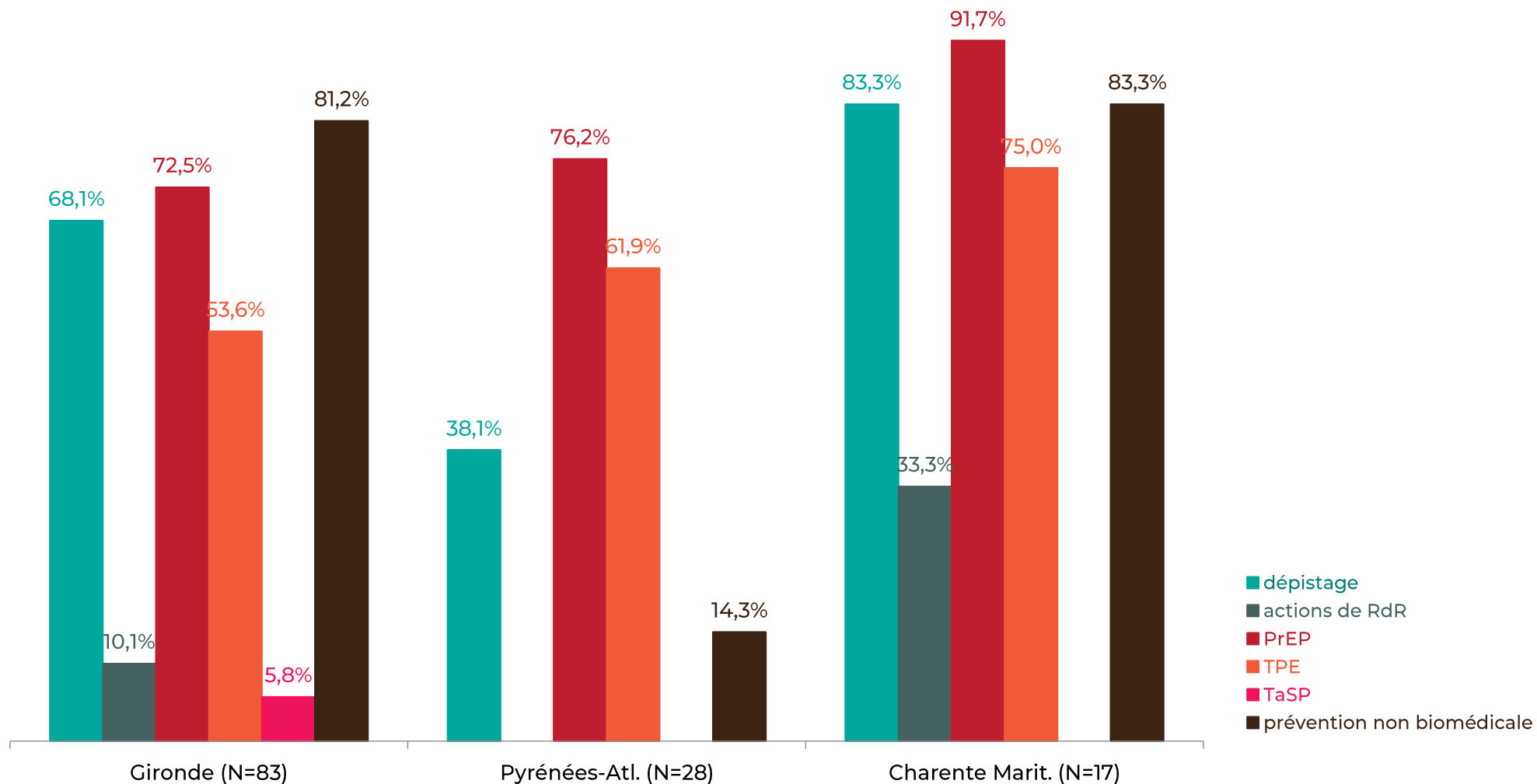


Figure 17b. Découvertes de séropositivité pour le VIH en Gironde, Pyrénées-Atlantiques et Charente-Maritime : type d'occasions manquées (%). Année 2023



CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Les nouvelles découvertes de séropositivité VIH en NA étaient en hausse relative sur le territoire de la NA en 2023, comparativement à l'année précédente. Cette augmentation était plus marquée dans certains départements, voire certains établissements hospitaliers.

L'analyse des caractéristiques des PVVIH nouvellement diagnostiquées montre que l'infection par le VIH touchait toujours autant les publics jeunes et adultes, chez lesquels les mesures de prévention doivent être renforcées et adaptées aux modes de vie et aux pratiques sociales. Les classes d'âges seniors ont été peu touchées mais restent une population-cible concernée par le risque de transmission du VIH. Cette population est possiblement captable par les structures de soins en raison de possibles co-morbidités. Les agriculteurs-trices étaient les professions les moins représentées au sein des cas incidents en 2023, contrairement aux employé-e-s et aux ouvrier-e-s qui étaient les catégories professionnelles actives les plus fréquentes. 31,6% des PVVIH étaient originaires de pays en zone d'endémie et il apparaît très vraisemblable qu'elles représentaient la plupart des 36,3% des nouvelles découvertes de PVVIH nées à l'étranger. Parmi celles-ci, quatre sur dix n'avaient pas de couverture maladie au moment du test révélateur de la séropositivité pour le VIH. La proportion de public en situation de prostitution était très faible (1,1%) sans qu'on ne sache s'il s'agit de prostitution régulière ou occasionnelle. Le pourcentage de nouvelles découvertes qui étaient consommateurs-trices de drogues injectables ou récréatives s'établissait à 8,9% et celui de chemsexuels à 4,2% ; on observe d'ores et déjà que 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 hausse peut être la résultante d'une pratique croissante du chemsex dans la région. Ces deux indicateurs seront à suivre dans le temps.

Les facteurs de risque retrouvés lors des investigations des cas étaient ceux attendus, avec 64,0% de PVVIH ayant un-e partenaire exposé-e au risque de VIH et 37,0% déclarant un multipartenariat. Toutefois, 8,5% des circonstances de contamination décrivaient un contexte de violences sexuelles. Les 11,6% de découvertes sans facteurs de risque identifiés doivent donner lieu à une poursuite des investigations dans le temps afin de lever un éventuel biais de mémorisation.

L'analyse des circonstances de contamination a montré que l'existence de manifestations symptomatiques était le premier motif de proposition ou de réalisation d'un test de dépistage du VIH. Cette raison précédait les bilans de santé systématiques ou occasionnels. Les dépistages sans notion d'exposition se rangeaient à la troisième place. Les dépistages du VIH en vue d'actes médicaux ou chirurgicaux sont soumis à l'autorisation des patients ; des actions de sensibilisation du public en ce sens sont pertinentes d'autant que la disponibilité de tests de dépistage rapides permet d'accélérer la connaissance du statut (sous réserve de confirmation par un test sérologique).

Le corps médical reste le principal initiateur de tests. En 2023, 17,3% des patients diagnostiqués ont été à l'initiative de la demande du test révélateur de leur séropositivité au VIH. Ce pourcentage apparaît faible au regard de la diversité de l'offre de dépistage. Néanmoins, il est encourageant et marque une prise de conscience des situations de risque d'exposition au VIH nécessitant une démarche volontaire du public. Une seule découverte de l'infection par le VIH est intervenue à la suite de la confirmation d'un autotest ; la promotion de cette pratique doit être amplifiée. Cet indicateur s'avère utile à suivre dans le temps. Aucune des séropositivités rapportées en 2023 n'était la résultante d'un test effectué en prison ou en centre de santé sexuelle (anciennement CPEF). Ce déficit serait à rapprocher de la totalité de tests réalisés dans ces structures. Le dispositif VIHTest a décelé huit nouvelles séropositivités en 2023 ; soit 4,2% des

cas rapportés, sachant qu'entre janvier 2022 et juin 2023, dans la région, 107 270 personnes ont bénéficié d'un test de dépistage du VIH sans ordonnance (source : Bulletin de Santé Publique VIH-IST, Nouvelle-Aquitaine, décembre 2023), dont l'intérêt est de pouvoir faire bénéficier ce dispositif à un public en marge de celui fréquentant les CeGIDD.

Les délais de diagnostic de l'infection par le VIH étaient avancés pour 22,8% des PVVIH comme en témoignaient le profil viro-immunologique et le stade clinique. En effet, 25,2% avaient déjà des manifestations symptomatiques au moment de la découverte de leur séropositivité et 10,2% avaient atteint le stade SIDA ; de même 28,1% avaient une mesure des lymphocytes CD4 inférieure à 200 cellules/mm³, ce qui traduit un statut immunitaire dégradé. Des IST étaient fréquemment associées au VIH avec une prédominance des pathologies syphilitiques, des gonococcies et des chlamydioses.

La prise en soins des patients a été immédiate et la prescription de la première ligne de traitement ARV était généralement rapide, dès la première prise en soins. Mais le premier recours et le traitement pouvaient être retardés, notamment lorsque les soins sont en ambulatoire ou que les patients n'ont pas de couverture maladie. Une recherche du profil de ces patients et une évaluation de leur parcours de soins doivent être entreprises afin de mettre en œuvre des mesures correctrices, de limiter la propagation de l'infection durant l'attente, réduire les pertes de chances et les pertes de vue.

En 2023, la proportion d'OM, toutes causes confondues, a été estimée à 74,7% :

- Les OM dues à un défaut de dépistage en vue de réduire le délai de diagnostic ont été évaluées à 61,3%,
- Les OM caractérisées par un défaut de prévention atteignaient 75,4% pour la PrEP qui apparaît comme très peu prescrite dans les populations éligibles ou peu systématique. Quant à l'adhésion au mode d'utilisation de la PrEP, les cas de mauvaise observance ont été plutôt rares. Des actions de sensibilisation doivent être envisagées auprès des prescripteurs mais également auprès des publics vulnérables ou présentant un facteur de risque d'acquisition de l'infection par le VIH, notamment ceux qui pratiquent le chemsex. La prévention non biomédicale semblait être rejetée au regard des 67,6% des cas incidents pour lesquels ce défaut de prévention a été rapporté. De nouvelles mesures ciblées sur des publics jeunes adultes (par exemple mise à disposition à titre gracieux de préservatifs) ont été mises en place en France et gagneraient à être connues voire étendues à d'autres publics vulnérables ou précaires. Enfin une prescription de TPE aurait pu être sollicitée pour 57,7% des PVVIH nouvellement diagnostiquées. Le manque d'appréciation des situations à risque, la méconnaissance des recours possibles et des solutions accessibles, le défaut de prescription en sont les principales raisons. Le concept du TaSP qui est valable pour les partenaires séropositif-ve-s connu-e-s n'était en défaut que pour 4,9% des cas. Ce qui doit s'expliquer essentiellement par les difficultés de la notification aux partenaires dont l'impact est actuellement limité, sachant que près de 98% des PVVIH suivis dans la région sont en succès thérapeutique avec une charge virale indétectable.

La présentation des données des trois départements ayant présenté un plus grand nombre de nouvelles découvertes a été réalisée à titre indicatif car une comparaison, sur de faibles effectifs et à partir de données agrégées, semble difficile à ce stade. La définition et le suivi dans le temps d'indicateurs pertinents apparaissent plus efficaces pour évaluer les actions mises en place par les acteurs de terrain.

Les données de l'observatoire des nouveaux diagnostiqués recueillies seront à terme comparées aux données issues de l'e-DO publiées par la cellule régionale de Santé publique France afin d'en apprécier les éventuels écarts et justifier nos résultats.

Perspectives 2024

La première année de collecte d'informations pour l'OND de la NA (2022) avait ouvert plusieurs pistes de travail en interne sur la qualité et l'exhaustivité du recueil, mais aussi en externe, grâce au partage des informations avec les acteurs de la prévention et de la prise en soins. Ainsi, une campagne de sensibilisation de plusieurs catégories de professionnels de santé (médecins généralistes, proctologues, hépatologues, urgentistes) à la proposition de dépistage et de la PrEP avait été organisée en marge des interventions déjà en cours. De même, l'information des publics à risque d'acquisition du VIH avait été renforcée et l'importance du recours au dépistage avait été soutenue.

Comme l'année précédente, les données 2023 de l'OND seront partagées avec la communauté médicale, les associations, les CeGIDD, les tutelles (Agence Régionale de la Santé siège et Délégations Départementales) et la cellule régionale de Santé Publique France.

Dès 2024, pour une plus grande efficacité des actions déjà menées en NA et une meilleure compréhension des parcours de vie des PVVIH, une caractérisation des circonstances de contamination de certains profils de publics va être menée. Dans un premier temps, cette exploration ciblera les moins de 30 ans et les plus de 60 ans, mais elle concernera également les PVVIH d'origine étrangère et celles présentant des OM par défaut de PrEP et TPE. Les constatations seront assorties de préconisations en lien avec les objectifs de la feuille de route de santé sexuelle.

Par ailleurs, une réflexion portera sur la définition d'indicateurs permettant de suivre, dans le temps et dans l'espace, l'évolution de pratiques à risque, notamment le chemsex, ou les mesures préventives susceptibles de les éviter.