

COREViH

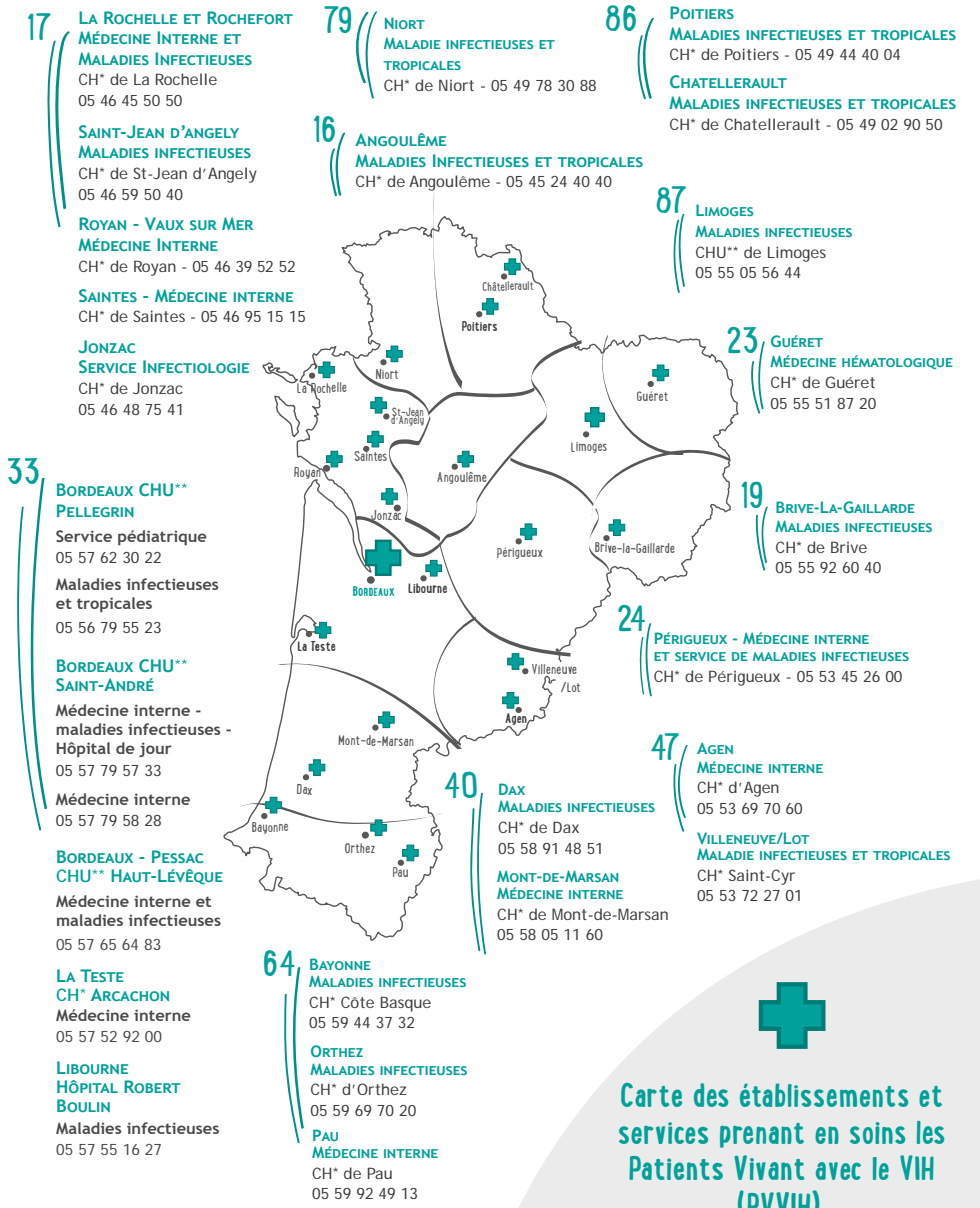
Nouvelle-Aquitaine

COORDONNER ET AGIR ENSEMBLE
EN SANTÉ SEXUELLE

La prise en soins hospitalière
des personnes vivant avec le VIH (PVVIH)
en Nouvelle-Aquitaine

Années 2019 à 2022





Carte des établissements et services prenant en soins les Patients Vivant avec le VIH (PVVIH).

*CH : Centre Hospitalier
**CHU : Centre Hospitalier Universitaire

SOMMAIRE

Introduction	p.2
1 - Files actives hospitalières annuelles	p.7
2 - Activité hospitalière	p.8
3 - Patient·e·s suivi·e·s	p.12
Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques	p.13
Caractéristiques cliniques et co-morbidités	p.20
Traitement antirétroviral (ARV) et profil viro-immunologique des patient·e·s traité·e·s	p.25
Décès et causes de mortalité	p.30
4 - Patient·e·s ayant découvert leur séropositivité en 2022	p.34
Constats et perspectives	p.40
Remerciements	p.43



INTRODUCTION

Ce rapport d'activité est le résultat de l'analyse des données sociodémographiques, épidémiologiques, cliniques, biologiques, thérapeutiques et médico-économiques des patients suivis dans les établissements de soins où un recueil était organisé entre 2019 et 2022 par le COREVIH Nouvelle-Aquitaine (NA).

Sur la période considérée, le recueil de données a connu une évolution majeure avec la finalisation de la mise en conformité des conditions de participation au système d'information du COREVIH NA (en lien avec les obligations du RGPD) et le passage à deux applications informatiques. Ainsi en 2022, les données de la prise en soins hospitalière dans les services de Maladies Infectieuses et/ou Médecine interne de 76,9% des patients sont saisies sous ARPEGE et 23,1% le sont sous NADIS, versus 64,2% et 22,0% respectivement en 2019. Pour un faible nombre de patients initialement sous DomeVIH et restant à basculer dans ARPEGE, les inclusions se feront en 2023 afin de récupérer la totalité des 15,6% de patients qui étaient enregistrées dans l'application DomeVIH en 2019.

Les données saisies ont été agrégées par établissement hospitalier, par département ou par région, dans des matrices conçues à cet effet sous Excel®, en vue d'harmoniser la restitution des informations à mettre en commun.

Le système d'information du COREVIH NA ne comporte pas les données de plusieurs centaines de patients, certains en attente d'inclusion, d'autres en raison de l'absence de signature du consentement de participation, ou enfin ceux n'ayant pas donné leur consentement (refus de participation/rétractation, impossibilité de formuler un consentement éclairé). De fait, l'analyse des données et les résultats qui en découlent concernent uniquement les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) prises en soins ayant accepté de participer au système d'information.

En 2022, les unités de soins participantes, leurs clinicien.ne.s et les technicien.ne.s impliqué.e.s dans le recueil et le traitement des données sont :



Unités participantes et clinicien.ne.s : Services de Maladies Infectieuses et/ou Médecine interne des centres hospitaliers publics listés ci-dessous :

CHU DE BORDEAUX

SITE HAUT-LÈVÈQUE :

F. CAMOU, C. COURTAULT, C. GREIB,
E. LAZARO, I. MACHELART,
JL. PELLEGRIN, C. PROT-LEURENT,
E. RIVIERE, JF. VIALARD

CHU DE BORDEAUX

SITE PELLEGRIN :

L. BARTHOD, C. CAZANAVE, FA DAUCHY,
A. DESCLAUX, M. DUCOURS, H. DUTRONC,
A. DUVIGNAUD, J. LEITAO, M. LESCURE,
JM. MALVY, D. NEAU, D. NGUYEN,
T. PISTONE, M. PUGES, C. RUNEL-BELLIARD,
G. SOUBRANE-WIRTH, C. TINEVEZ

CHU DE BORDEAUX - SITE SAINT-ANDRÉ :

N. BERNARD, F. BONNET, D. BRONNIMANN, H. CHAUSSADE, D. DONDIA,
P. DUFFAU, I. FAURE, V. GUILLOTIN, M. HESSAMFAR-JOSEPH, W. JOURDE,
C. MARTELL, P. MERCIÉ, E. MERIGLIER, A. MONIER, P. MORLAT, F. PACCALIN,
M. PAZ, M-C. PERTUSA, E. RIBEIRO, C. RIVOISY, M-A. VANDENHENDE

CHU DE LIMOGES :

A. CYPierre, S. DUCROIX-ROUBERTOU,
H. DUROX, JF. FAUCHER, P. PINET,
C. GENET, D. MORARASU

CHU DE POITIERS :

F. CAZENAVE-ROBLOT, M. GARCIA,
V. GIRAUD, G. LE MOAL,
JP. MARTELLOSIO, JM. TURMEL

CH DE D'AGEN :

E. KLEMENT FRUTOS,
P. RISPAL, A. NONIS

CH DE D'AGOUËME :

M. GROSSET, S. MALES,
E. NGO BELL, A. RICHE

CH DE D'ARCACHON :

A. BARRET, M. BOUET,
C. COURTAULT,
M. ROUCOULES,
M. VIDECOQ

CH DE BAYONNE :

M. ACQUIER, L. ALLEMAN,
M. BOUET, S. FARBOS,
M-O. VAREIL, H. WILLE

CH DE DAX :

K. ANDRE, L. CAUNEGRE,
Y. GERARD,
M. LAUDA-MAILLEN,
E. NYAMANKOLLY

CH DE LA ROCHELLE :

C. CHAPUZET, L. FABIA,
X. POUGET-ABADIE,
M. RONCATO-SABERAN

CH DE NIORT :

A. DOS SANTOS,
V. GOUDET, K. SCHEPERS,
S. SUNDER

CH DE PÉRIGUEUX :

C. BELZUNCE,
B. CASTAN, J. KOFFI,
M. PAZ, N. ROUANES,
A. SAUNIER, B. ZABBE

CH DE SAINT-JEAN-D'ANGÉLY :

T. PASDELOUP

CH DE BRIVE :

B. ABRAHAM,
P. DA SILVA,
X. ENGALENC,
M. GAUDIN,
N. BOUFERIT

CH DE GUÉRET :

D. DEVESA,
D. MORARASU

CH DE LIBOURNE :

O. CAUBET,
S. DE FAUCAL, M. FAVA-
REL-GARRIGUE,
H. FERRAND,
S. TCHAMGOUE

CH D'ORTHEZ

Y. GERARD

CH DE ROCHEFORT :

C. CHAPUZET,
X. POUGET-ABADIE,
M. RONCATO-SABERAN

CH DE SAINTES :

T. PASDELOUP

CH DE CHÂTELLERAULT :

A. ELSEENDOORN

CH DE JONZAC :

T. PASDELOUP

CH DE MONT-DE-MARSAN :

Y. GERARD,
F. LACASSIN-BELLER,
C. LASBASSE-DEPIS

CH DE PAU :

G. DUMONDIN,
V. GABORIEAU

CH DE ROYAN :

P. MOTTAZ,
T. PASDELOUP

CH DE VILLENEUVE-SUR-LOT :

I. CHOSSAT

Recueil et saisie de données :

G. ARNOU, P. CAMPS, M. DECOIN, S. DELVEAUX, P. GOUGEON, J. PASCUAL, D. PLAINCHAMP ET A. POUGETOUX (technicien.ne.s d'études cliniques - COREVIH NA), F. DIARRA, L. GABREA, WH. LAI, E. LENAUD, I. STRAGIER ET K. ZARA (attachées de recherche clinique - COREVIH NA), B. UWAMALIYA-NZIYUMVIRA (attachée de recherche clinique - INSERM U1219), S. LAWSON-AYAYI (chargée de mission – COREVIH NA).

Traitement des données et gestion de la cohorte ANRS CO3 AQUIVIH - NA :

S. LAWSON-AYAYI (chargée de mission – COREVIH NA), P. CAMPS, P. GOUGEON, J. PASCUAL (technicien.ne.s d'études cliniques – COREVIH NA), O. LELEUX (Chef de Projet - Inserm U1219), A. PERRIER (Data manager - Inserm U1219), A. PEYROUNY-MAZEAU (Statisticien - Inserm U1219).

Files actives hospitalières annuelles



La file active annuelle d'un service hospitalier, d'un département ou d'une région correspond au nombre de PVVIH suivies ayant eu au moins un recours hospitalier l'année considérée et dans l'unité géographique concernée. Pour la NA, elle représente le cumul de patients pour lesquels au moins une observation a été enregistrée dans la base de données sur la période annuelle.

Depuis 2019, les files actives annuelles des PVVIH suivies dans les hôpitaux publics de la NA augmentent régulièrement (tableau 1). L'année 2022 enregistre une légère diminution car les chiffres sont impactés par le délai de report et ne seront consolidés que dans le rapport de l'année suivante.

Tableau 1. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, files actives annuelles, années 2019 à 2022

	2019	2020	2021	2022*
File active hospitalière	7 965	8 184	8 304	8 235
Evolution		+2,7%	+1,5%	-0,8%

* les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année N+1

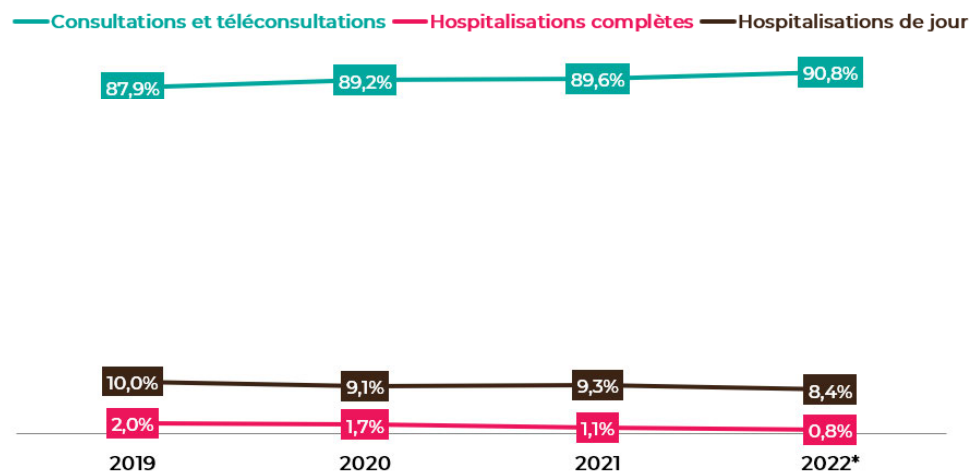
2. Activité hospitalière

Les recours des PVVIH pour leur prise en soins hospitalière sont majoritairement des consultations, qu'elles soient en présentiel ou en distanciel (téléconsultations). Sur la période 2019-2022 on observe une légère augmentation tous les ans (figure 1). En 2022, ce type de visite représentait plus de neuf recours sur dix. Parallèlement, les hospitalisations complètes ont diminué de moitié pour s'établir à 0,8% des recours en 2022 (données non consolidées).

Lorsque la prise en soins a nécessité une hospitalisation complète des patients, c'est-à-dire un hébergement au-delà de la journée, la plupart d'entre eux a été accueillie moins d'une semaine (figure 2a). Le pourcentage de PVVIH hospitalisées plus d'un mois dans les services de maladies infectieuses a fortement progressé en 2022 pour s'établir à 4,1% contre une moyenne de 1,4% les années précédentes ; cependant ces chiffres restent à confirmer. Ces patients qui séjournent plusieurs jours, sont bien souvent des PVVIH qui découvrent leur infection par le VIH à un stade avancé, ou des PVVIH confrontées à des pathologies en lien avec une rupture de suivi et/ou de traitement, voire plus rarement des patients ayant des difficultés sociales de logement ou un handicap sans solution immédiate adaptée. La figure 2b montre la forte proportion de patients hospitalisés au stade SIDA qui s'est accrue de cinq points sur la période 2019 à 2022.

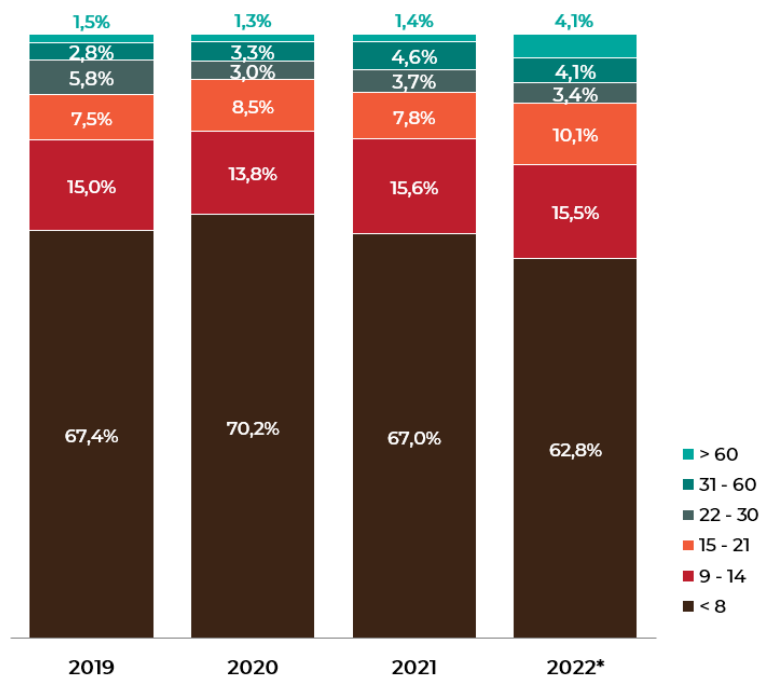


Figure 1. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, répartition de l'activité hospitalière par type de recours, années 2019 à 2022



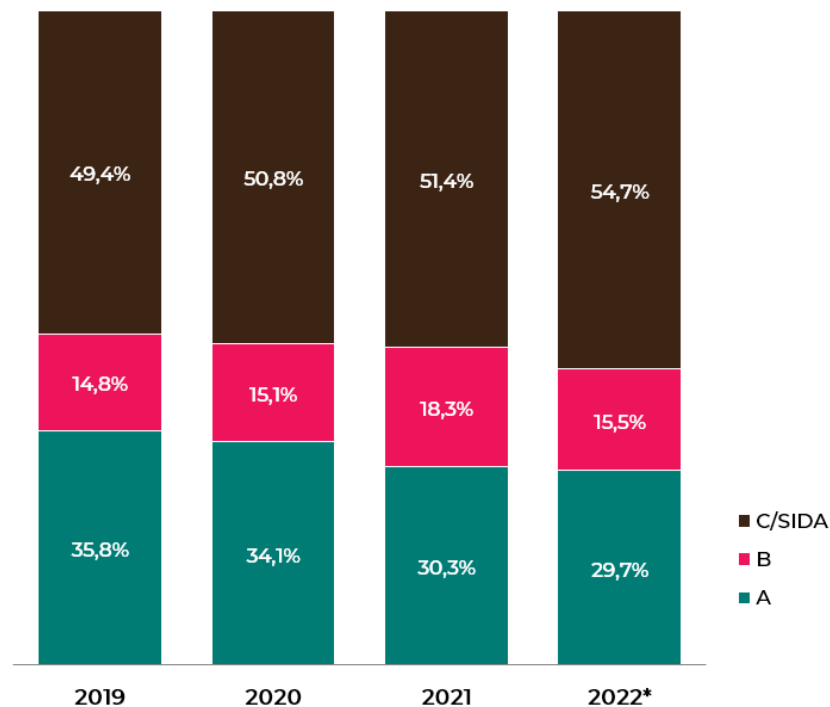
* les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année N+1

Figure 2a. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, durées de séjour en hospitalisation complète (en nombre de jours), années 2019 à 2022



* les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année N+1

Figure 2b. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, stade clinique des patients en hospitalisation complète, années 2019 à 2022



* les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année N+1

3. Patient·e·s suivi·e·s



Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques

En 2022, 8 235 patients déjà suivis ou nouvellement pris en soins, ont eu un recours hospitalier (consultation, téléconsultation, hospitalisation de jour ou hospitalisation complète).

Entre 2019 et 2022, le sex-ratio H:F des patients suivis a peu varié ; soit sept hommes pour trois femmes. Le nombre de PVVIH transgenres prises en soins au sein des établissements hospitaliers de la NA a quasiment doublé et s'élève à 17 en 2022 ; ce qui représente le maximum observé en quatre ans (tableau 2). La principale évolution est la tendance à la hausse des « 60 ans et plus », concomitamment à la baisse des patients âgés de 40 à 59 ans. Si le vieillissement de la file active est logiquement attendu, il en ressort qu'entre 2019 et 2022, la proportion de PVVIH de « 60 ans et plus » nouvellement prises en soins en NA a été plus importante.

Davantage de PVVIH sont suivies dans les hôpitaux de NA et leur espérance de vie continue de croître. Ainsi 60,8% d'entre eux comptaient plus de 16 ans de coexistence avec le VIH en 2022 contre 55,3% en 2019 ; ce qui se traduit par un différentiel brut de 600 patients supplémentaires (tableau 3).

La complétude des données relatives à l'hygiène de vie des PVVIH est imparfaite. Pour environ 20% des PVVIH suivies, les informations sur le tabagisme n'ont jamais été recueillies. Ce manque de complétude dépasse 30% pour la consommation d'alcool. L'analyse des données disponibles montre une très légère tendance à la hausse des succès des cures de sevrage de tabac avec 21,8% de patients sevrés au cours de leur suivi en 2022 (tableau 4). L'évolution est similaire pour le sevrage des patients consommateurs d'alcool avec 10,8% de buveurs sevrés en 2022 (tableau 5).

	2019		2020		2021		2022*	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
File active	7 965	(100,0)	8 184	(100,0)	8 304	(100,0)	8 235	(100,0)
Genre								
Homme	5 654	(71,0)	5 823	(71,2)	5 875	(70,7)	5 849	(71,0)
Femme	2 302	(28,9)	2 352	(28,7)	2 414	(29,1)	2 369	(28,8)
Transgenre	9	(0,1)	9	(0,1)	15	(0,2)	17	(0,2)
Tranche d'âge†								
Moins de 30 ans	321	(4,0)	297	(3,6)	304	(3,7)	270	(3,3)
30 à 39 ans	884	(11,1)	909	(11,1)	881	(10,6)	871	(10,6)
40 à 49 ans	1 740	(21,9)	1 659	(20,3)	1 582	(19,0)	1 495	(18,2)
50 à 59 ans	2 852	(35,8)	2 868	(35,0)	2 860	(34,4)	2 708	(32,9)
60 à 69 ans	1 504	(18,9)	1 688	(20,6)	1 823	(22,0)	1 963	(23,8)
70 à 79 ans	545	(6,8)	628	(7,7)	703	(8,5)	775	(9,4)
80 ans et plus	119	(1,5)	135	(1,7)	151	(1,8)	152	(1,8)
Mode de contamination								
Rapports sexuels entre hommes (HSH)	3 410	(42,8)	3 550	(43,4)	3 646	(43,9)	3 675	(44,6)
Rapports hétérosexuels	3 166	(39,8)	3 250	(39,7)	3 313	(39,9)	3 279	(39,8)
Usage de drogues par voie IV (UDIV)	693	(8,7)	695	(8,5)	674	(8,1)	622	(7,6)
Transfusion	120	(1,5)	117	(1,4)	117	(1,4)	110	(1,3)
Hémophilie	42	(0,5)	41	(0,5)	38	(0,5)	37	(0,5)
Mère-enfant	83	(1,0)	87	(1,1)	89	(1,1)	91	(1,1)
Accident d'exposition au VIH (AES)**	39	(0,5)	36	(0,4)	37	(0,4)	36	(0,4)
Indéterminé	412	(5,2)	408	(5,0)	390	(4,7)	385	(4,7)
Origine géographique								
France métropolitaine	6 183	(77,6)	6 324	(77,3)	6 382	(76,9)	6 293	(76,4)
Antilles / Guyane / autres DOM	51	(0,6)	54	(0,7)	53	(0,6)	58	(0,7)
Afrique sub-Saharienne	1 103	(13,9)	1 139	(13,9)	1 171	(14,1)	1 188	(14,4)
Afrique du Nord	138	(1,7)	144	(1,8)	151	(1,8)	148	(1,8)
Europe de l'Est	65	(0,8)	69	(0,8)	70	(0,9)	70	(0,9)
Asie	84	(1,1)	84	(1,0)	79	(1,0)	82	(1,0)
Autre	328	(4,1)	356	(4,3)	386	(4,6)	384	(4,7)
Inconnu	13	(0,2)	14	(0,2)	12	(0,1)	12	(0,1)

Tableau 2.
PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, caractéristiques socio-démographiques, années 2019 à 2022



* les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année N+1

** la distinction entre les AES professionnels et sexuels n'est pas généralisée dans tous les services hospitaliers

† une donnée manquante en 2022

Tableau 3.

PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, durée de l'infection par le VIH, années 2019 à 2022

	2019	2020	2021	2022*
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
File active	7 965 (100,0)	8 184 (100,0)	8 304 (100,0)	8 235 (100,0)
Moins de 3 mois	31 (0,4)	28 (0,3)	14 (0,2)	21 (0,3)
[3 mois - 12 mois[	158 (2,0)	110 (1,3)	86 (1,0)	90 (1,1)
[12 mois - 4 ans[	575 (7,2)	594 (7,3)	568 (6,9)	495 (6,0)
[4 - 8 ans[	873 (11,0)	877 (10,7)	890 (10,7)	862 (10,5)
[8 - 12 ans[	887 (11,1)	905 (11,1)	923 (11,1)	869 (10,6)
[12 - 16 ans[	1 037 (13,0)	1 027 (12,5)	937 (11,3)	886 (10,8)
Plus de 16 ans	4 402 (55,3)	4 643 (56,7)	4 882 (58,8)	5 008 (60,8)

* les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année N+1

2 données manquantes en 2019, 2021 et 2022



Tableau 4 - PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, tabagisme, années 2019 à 2022

	2019		2020		2021		2022*	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
File active	7 965	(100,0)	8 184	(100,0)	8 304	(100,0)	8 235	(100,0)
Statut tabagique connu	6 320	(79,3)	6 551	(80,0)	6 781	(81,7)	6 707	(81,4)
Jamais fumeurs	2 217	(35,1)	2 317	(35,4)	2 354	(34,7)	2 355	(35,1)
Fumeurs actifs	2 803	(44,3)	2 894	(44,2)	2 932	(43,2)	2 889	(43,1)
Fumeurs sevrés	1 300	(20,6)	1 340	(20,4)	1 495	(22,1)	1 463	(21,8)
Statut tabagique inconnu	1 635	(20,7)	1 633	(20,0)	1 523	(18,3)	1 528	(18,6)

* les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année N+1

Tableau 5 - PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, consommation d'alcool, années 2019 à 2022



	2019		2020		2021		2022*	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
File active	7 965	(100,0)	8 184	(100,0)	8 304	(100,0)	8 235	(100,0)
Consommation d'alcool connue	5 418	(68,0)	5 517	(67,4)	5 689	(68,5)	5 617	(68,2)
Abstinentes	1 629	(30,1)	1 698	(30,8)	1 826	(32,1)	1 837	(32,7)
Buveurs actuels (réguliers et occasionnels)	3 255	(60,1)	3 313	(60,0)	3 261	(57,3)	3 176	(56,5)
Buveurs sevrés	534	(9,8)	506	(9,2)	602	(10,6)	604	(10,8)
Consommation d'alcool inconnue	2 547	(32,0)	2 667	(32,6)	2 615	(31,5)	2 618	(31,8)

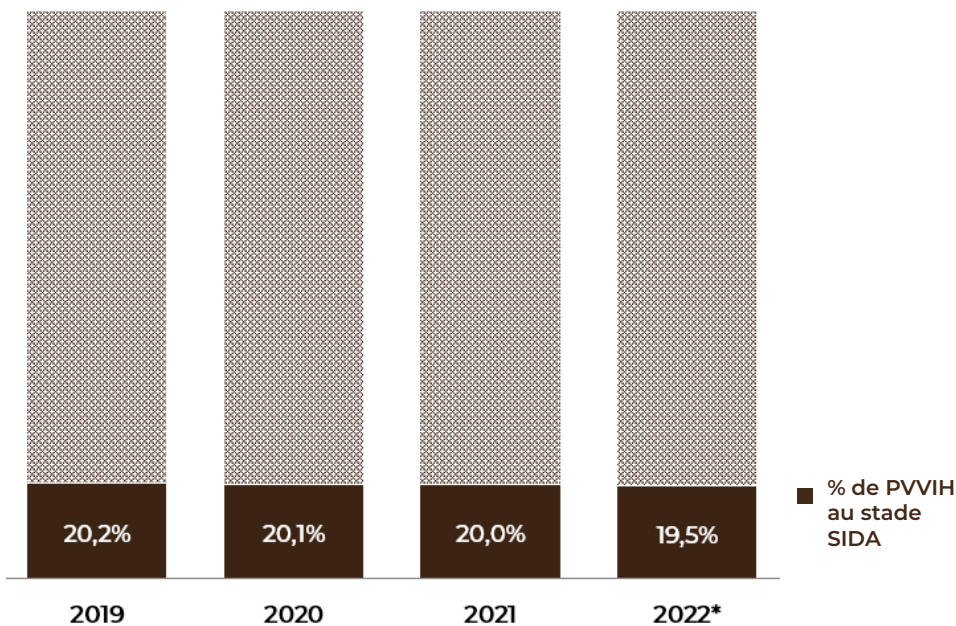
* les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année N+1

Caractéristiques cliniques et co-morbidités

Sur le plan clinique, un patient suivi sur cinq était au stade le plus avancé de la maladie (stade C/SIDA) à son dernier recours de l'année 2022. Cette proportion n'a pas varié de manière significative au cours des quatre dernières années (figure 3).

Dans le courant de l'année 2022, 24 patients sont passés au stade C/SIDA. Dans ce contexte de diagnostic devenu peu fréquent, les pathologies inaugurales du stade C/SIDA les plus couramment en cause étaient les pneumopathies à *Pneumocystis carinii* (PCP), les différentes formes de tuberculose, les Kaposi et les candidoses -toutes localisations confondues-, les toxoplasmoses

Figure 3. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, stade clinique, années 2019 à 2022

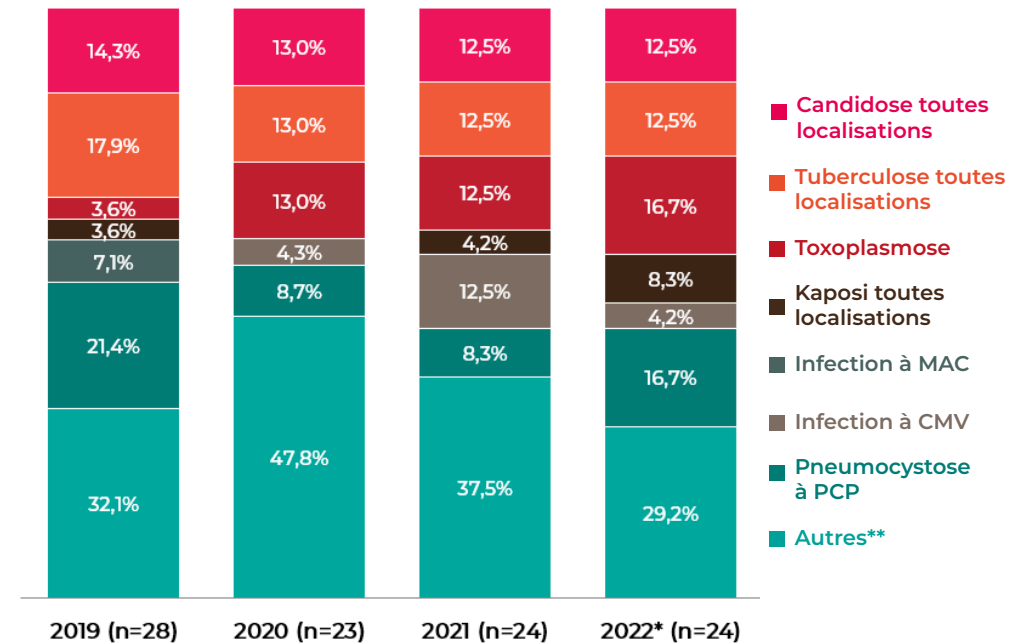


* les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année N+1

et les infections à cytomégalovirus (CMV). Aucune infection due au complexe *Mycobacterium avium* (MAC) n'a été diagnostiquée depuis 2020 (figure 4).

La recherche du statut des patients vis-à-vis de la co-infection par le virus de l'hépatite B (VHB) ou de la co-infection par le virus de l'hépatite C (VHC) s'est intensifiée (tableaux 6 et 7). En 2022, plus de 95% des PVVIH ont bénéficié d'un dépistage de l'Ag HBs du VHB et de l'ARN du VHC. On observe entre 2019 et 2022 une prévalence de l'hépatite B qui varie légèrement à la baisse pour s'établir à 3,5% tandis que la prévalence de l'hépatite C active est en nette diminution (figure 5).

Figure 4. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, pathologies inaugurales du passage au stade C/SIDA, années 2019 à 2022



* les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année N+1

** une donnée manquante en 2021 et en 2022

Tableau 6 - PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, statut vis-à-vis de la co-infection par le virus de l'hépatite B, années 2019 à 2022

	2019	2020	2021	2022*
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
File active	7 965	8 184	8 304	8 235
Patients ayant eu une recherche sérologique	7 339 (92,1)	7 618 (93,1)	7 739 (93,2)	7 845 (95,3)
Ag HBs positif**	269 (3,7)	282 (3,7)	274 (3,5)	277 (3,5)
Statut vis-à-vis de la co-infection inconnu	626 (7,9)	566 (6,9)	565 (6,8)	390 (4,7)

* les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année N+1

** à la dernière recherche



Tableau 7 - PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, statut vis-à-vis de la co-infection par le virus de l'hépatite C, années 2019 à 2022

	2019	2020	2021	2022*
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
File active	7 965	8 184	8 304	8 235
Patients ayant eu une recherche	7 503 (94,2)	7 746 (94,6)	7 838 (94,4)	7 941 (96,4)
ARN VHC positif**	215 (2,9)	206 (2,7)	184 (2,3)	166 (2,1)
Statut vis-à-vis de la co-infection inconnu	462 (5,8)	466 (5,4)	466 (5,6)	294 (3,6)

* les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année N+1

** à la dernière recherche

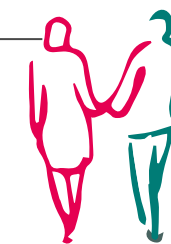
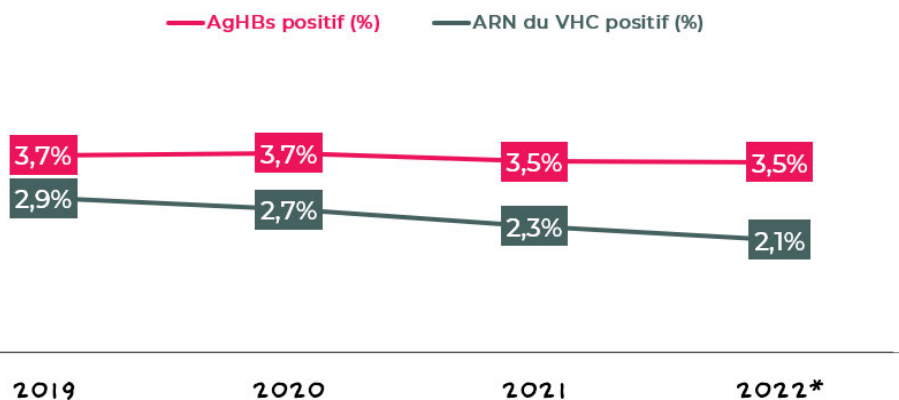


Figure 5. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine et sous traitement ARV, paramètres viro-immunologiques, années 2019 à 2022



* les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année N+1

Traitement antirétroviral (ARV) et profil viro-immunologique des patients traités

En 2022, 99,6% des PVVIH prises en soins dans les hôpitaux de la NA étaient traitées par des antirétroviraux (ARV) à leur dernier suivi de l'année. Parmi elles, 98,0% bénéficiaient du même régime thérapeutique depuis plus de six mois. La proportion de patients non traités par ARV s'est amoindrie sur la période 2019-2022 (tableau 8).

Les combinaisons d'ARV les plus prescrites étaient des trithérapies. Toutefois, on observe que les prescriptions de bithérapies ont quasiment doublé au cours de ces quatre années au détriment des trithérapies (figure 6).

Lorsque les patients traités avaient une mesure de la charge virale VIH ou un taux de CD4 disponible dans les six mois, les paramètres viro-immunologiques étaient satisfaisants (charge virale indétectable ou taux de CD4 $\geq 350/\text{mm}^3$) chez plus de 97% d'entre eux, quelle que soit l'année considérée (figure 7). La complétude à six mois de ces deux paramètres viro-immunologiques est passée de 95,9% à 92,5% depuis 2019 (tableau 9). Elle est impactée par l'évolution des pratiques médicales, en l'occurrence des bilans plus espacés et donc moins fréquents.



Tableau 8 - PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, sous traitement antirétroviral (ARV), années 2019 à 2021

	2019	2020	2021	2022*
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Traitement ARV en cours**	7 916 (99,4)	8 128 (99,5)	8 245 (99,5)	8 189 (99,6)
ARV < 6 mois	7 718 (97,5)	7 940 (97,7)	8 075 (97,9)	8 028 (98,0)
ARV ≥ 6 mois	198 (2,5)	188 (2,3)	170 (2,1)	161 (2,0)
Pas de traitement ARV†	49 (0,6)	42 (0,5)	42 (0,5)	31 (0,4)

* les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année N+1 ; ** au dernier suivi ;
 † patients naïfs (jamais traités par ARV) ou en fenêtre thérapeutique ou en rupture de traitement ARV

14 données manquantes en 2020, 17 en 2021 et 15 en 2022

Figure 6. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine et sous traitement ARV, paramètres viro-immunologiques, années 2019 à 2022

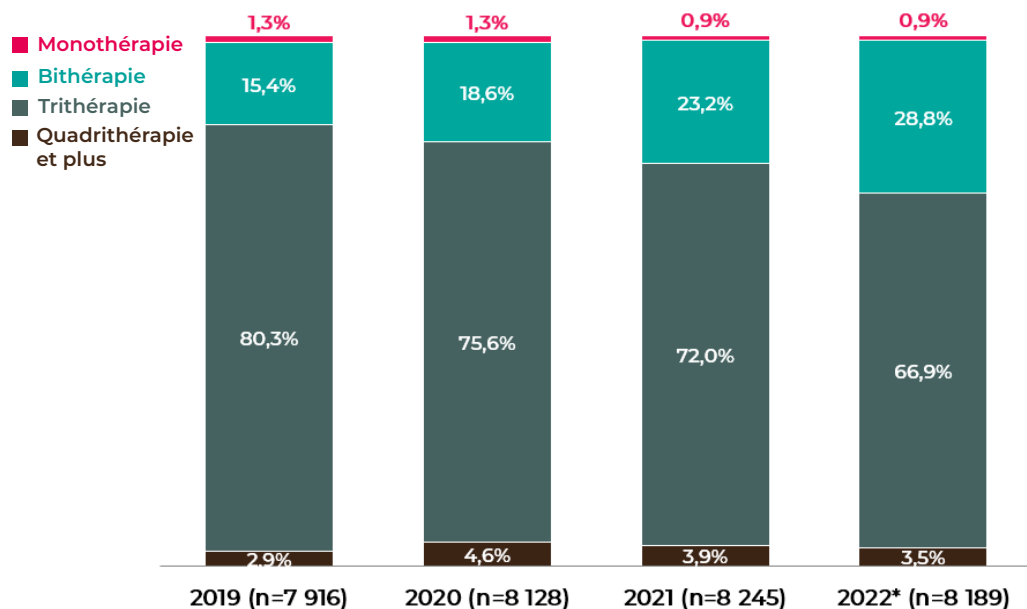
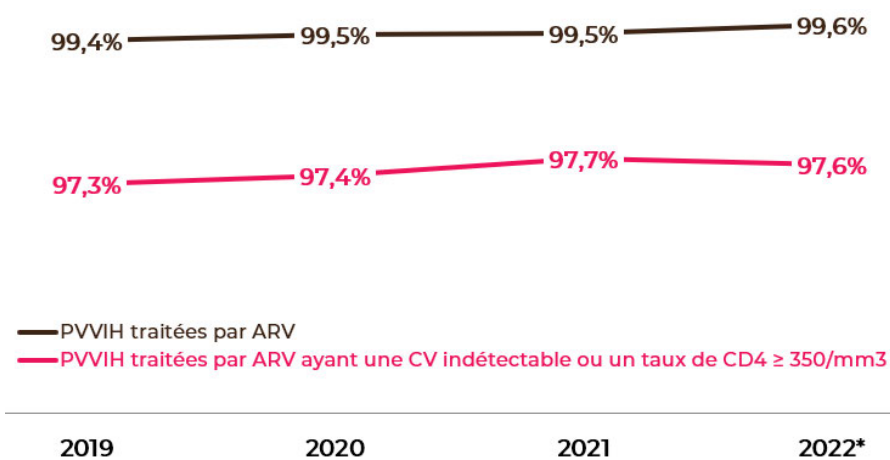


Figure 7. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine et sous traitement ARV, paramètres viro-immunologiques, années 2019 à 2022



* les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année N+1

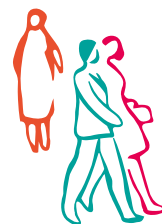
Tableau 9 - PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, profils viro-immunologiques sous traitement antirétroviral (ARV), années 2019 à 2021

	2019	2020	2021	2022*
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Patients ayant un traitement en cours**	7 916	8 128	8 245	8 189
Mesure de charge virale et numération des CD4 non disponibles†	324 (4,1)	609 (7,5)	495 (6,0)	613 (7,5)
Mesure de charge virale ou numération de CD4 disponibles†	7 592 (95,9)	7 519 (92,5)	7 750 (94,0)	7 576 (92,5)
Charge virale VIH indétectable et/ou taux de CD4 \geq 350/mm³	7 388 (97,3)	7 326 (97,4)	7 570 (97,7)	7 394 (97,6)

* les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année N+1

** au dernier suivi

† charge virale VIH ou taux de CD4 dans les 6 mois



Décès et causes de mortalité

Les données de mortalité sont analysées à mesure de leur notification aux services hospitaliers de maladies infectieuses/ médecine interne. Leur mise à jour est soumise à des délais de report qui peuvent être importants. En effet, un nombre non négligeable de PVVIH décèdent en dehors des services où elles sont prises en soins pour leur infection par le VIH et lorsque les décès sont connus, il est courant que les causes de mortalité ne soient pas déterminées.

En 2022, 95 décès ont été rapportés et analysés contre 96 en 2021. Les causes de mortalité étaient connues ou avaient pu être déterminées pour 80,0% des décès. Lorsque les causes de mortalité avaient été investiguées, l'infection par le VIH avait un lien direct avec le décès pour 7,9% des patients décédés (tableau 10). Comme l'année précédente, les cancers non-classant et les pathologies cardio-vasculaires étaient les causes les plus fréquemment retrouvées (figure 8).

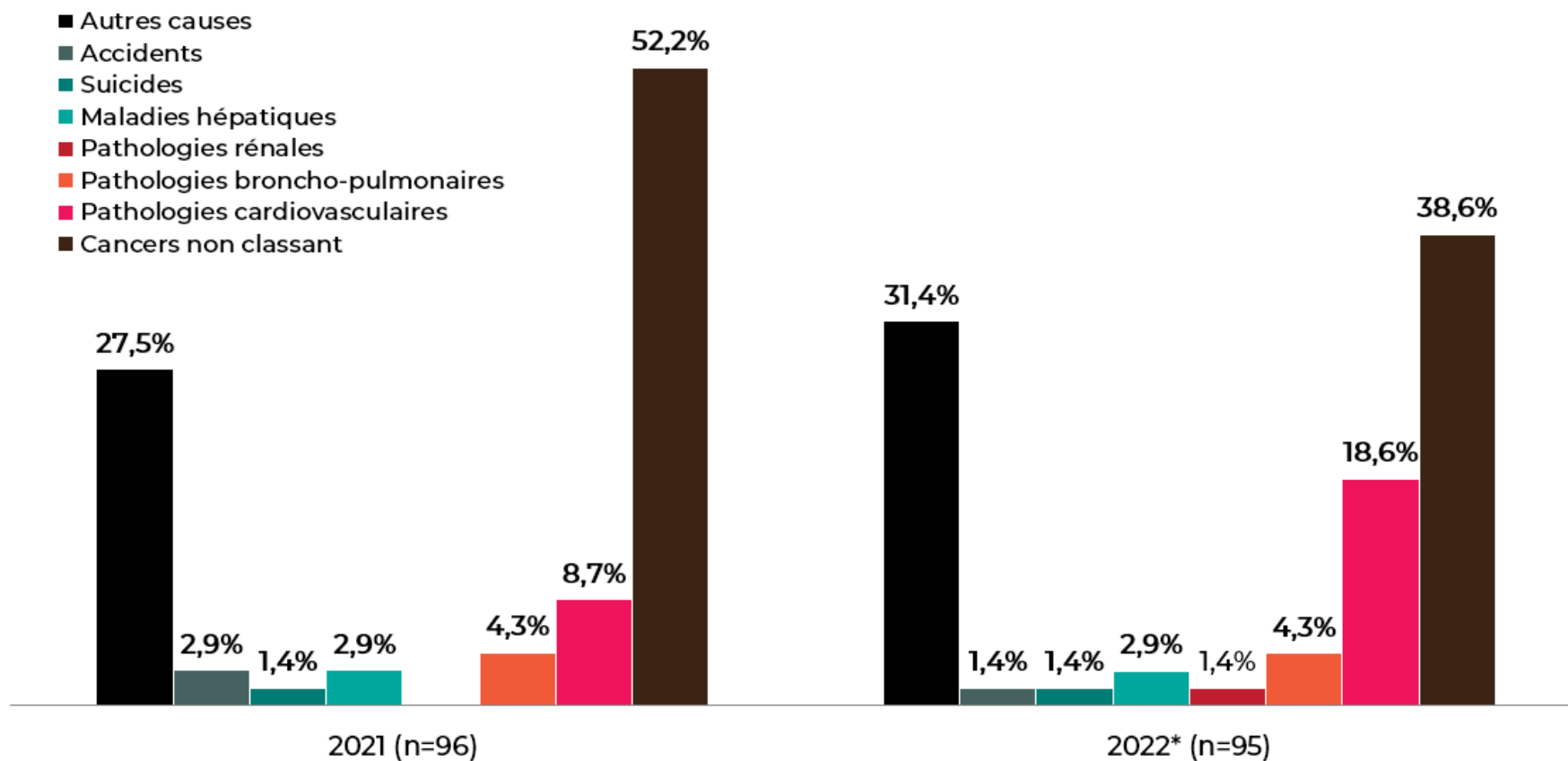
Tableau 10 - PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine et décédées, causes de décès, années 2019 à 2021

	2021	2022*
Décès rapportés	96	95
	N (%)	N (%)
Causes inconnues**	19 (19,8)	19 (20,0)
Causes connues	77 (80,2)	76 (80,0)
non liées au VIH	69 (89,6)	70 (92,1)
liées au VIH	8 (10,4)	6 (7,9)

* Les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année N+1

** Les causes inconnues sont en cours de validation et seront déterminées après validation

Figure 7. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine et décédées, causes de décès non liées au VIH, années 2019 à 2022

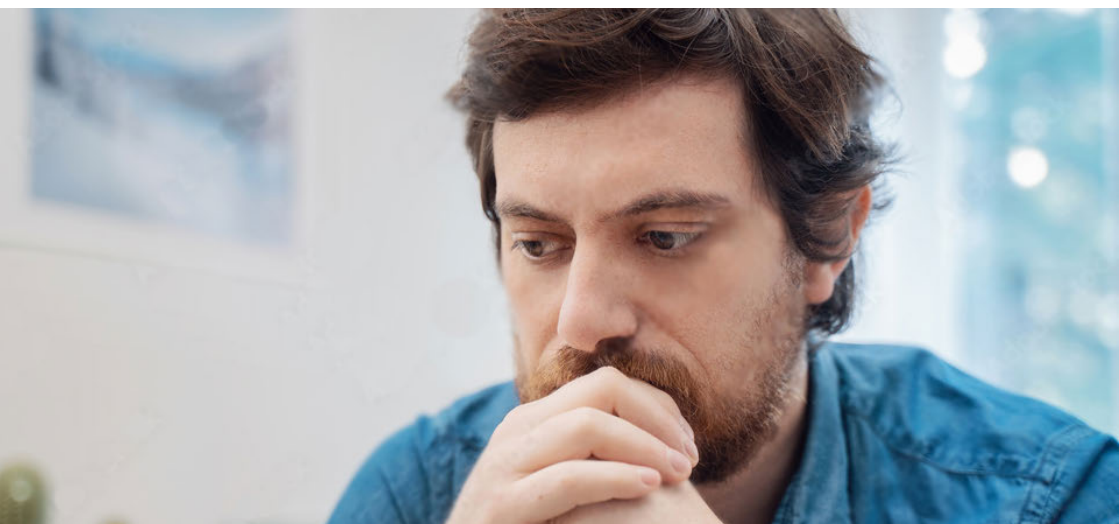


* les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année N+1



4.

Patient·e·s ayant découvert leur séropositivité en 2022



Un observatoire des découvertes de séropositivité au VIH a été créé en 2021 par le COREVIH NA, afin de disposer en temps réel, des données des personnes nouvellement diagnostiquées au VIH et ayant eu une première consultation en 2022 au sein des services hospitaliers de maladies infectieuses/médecine interne de la région. Ce recueil de données à but descriptif vise à caractériser les PVVIH ayant découvert leur séropositivité à partir d'un effectif plus important ; il devrait se poursuivre durant les années ultérieures, ce qui permettra de suivre les tendances.

Ainsi les données de 167 PVVIH nouvellement diagnostiquées ont été agrégées. Parmi elles, seulement une moitié (n = 87) avait accepté de participer au système d'information dès l'année de la découverte de la séropositivité. Ainsi cet observatoire offre l'opportunité d'analyser d'emblée les données d'un échantillon plus important dans la perspective d'adapter les actions de prévention et les stratégies de dépistage de manière localisée, d'améliorer les délais de prise en charge et de favoriser une entrée rapide dans le soin, et *in fine* de réduire l'épidémie cachée.

En 2022, près des 3/4 des PVVIH ayant découvert leur séropositivité pour le VIH et prises en soins dans les hôpitaux publics de NA étaient des hommes (sex-ratio H:F : 2,8:1). Une personne transgenre figurait au sein de ces nouvelles découvertes. Au moment de la découverte, un quart d'entre elles avait moins de 30 ans et 10,2% étaient âgées de 60 ans ou plus (tableau 11).

Lorsque le mode de contamination avait été investigué, la transmission était sexuelle pour 90,4% des cas rapportés. Pour quatre PVVIH nouvellement dépistées sur dix la contamination était le résultat de rapports sexuels exclusivement entre hommes. Aucune infection d'origine post-transfusionnelle ou en lien avec un AES professionnel n'avait été enregistrée. Deux cas ont été imputés à une transmission materno-fœtale ancienne.

Les agriculteurs exploitants représentaient la catégorie socio-professionnelle la moins fréquente ; 6,6% étaient des étudiants.

Tableau II
PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine
caractéristiques sociodémographiques des
nouveaux diagnostiqués (n = 167), année 2022

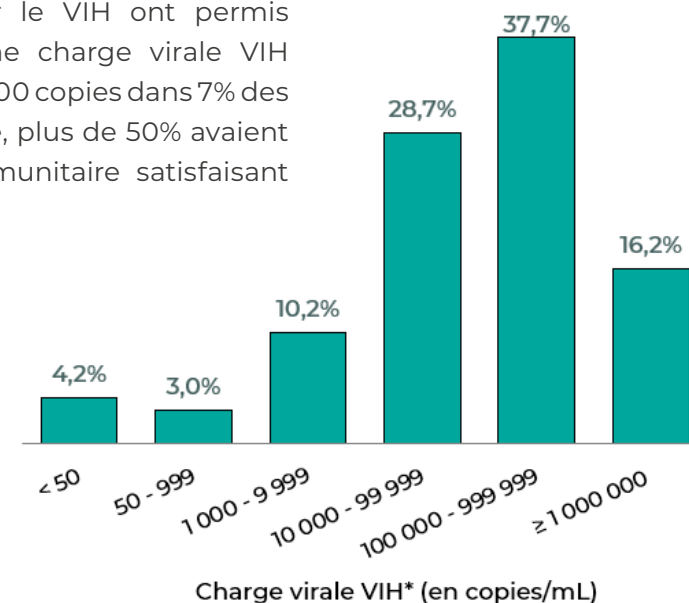
	N (%)
Genre	
Homme	122 (73,1)
Femme	44 (26,3)
Transgenre H vers F	1 (0,6)
Transgenre F vers H	0 -
Tranches d'âge	
Moins de 30 ans	41 (24,5)
30-39 ans	49 (29,3)
40-49 ans	38 (22,8)
50-59 ans	22 (13,2)
60-69 ans	14 (8,4)
70-79 ans	3 (1,8)
80 ans et plus	0 -
Mode de contamination	
Rapports hétérosexuels	77 (46,1)
Rapports sexuels entre hommes (HSH)	66 (39,5)
Rapports bisexuels	8 (4,8)
Mère-enfant	2 (1,2)
Usage de drogues par voie IV (UDIV)	1 (0,6)
Indéterminé	13 (7,8)
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 (11,9)
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)

Un patient sur cinq présentait des symptômes de primo-infection au moment de la découverte et 12,6% étaient à un stade avancé de la maladie. Une co-infection par le VHB ou par le VHC a été rapportée chez respectivement 4,2% et 1,8% de ces nouveaux diagnostiqués (tableau 12).

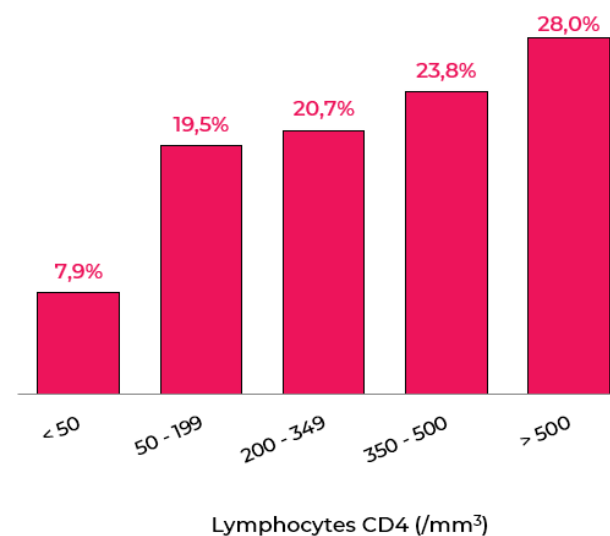
Tableau 12 - PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine caractéristiques cliniques des nouveaux diagnostiqués (n = 167), année 2022

	N	(%)
Stade clinique		
Primo-infection	36	(21,6)
A	93	(55,6)
B	17	(10,2)
C (SIDA)	21	(12,6)
Co-infection par le VHB		
Oui	7	(4,2)
Non	149	(89,2)
Inconnu	11	(6,6)
Co-infection par le VHC		
Oui	3	(1,8)
Non	162	(97,0)
Inconnu	2	(1,2)

Les bilans biologiques effectués au moment de la découverte de l'infection par le VIH ont permis de révéler une charge virale VIH inférieure à 1000 copies dans 7% des cas. De même, plus de 50% avaient un statut immunitaire satisfaisant (figure 9).



* 3 données manquantes





CONSTATS ET PERSPECTIVES



Depuis 2019, le nombre de PVVIH prises en soins et ayant accepté de participer au système d'information du COREVIH NA, à un moment ou un autre de leur infection, n'a cessé d'augmenter. Malgré les rétractations de patients qui ont pu être observées récemment et qui sont liées aux mises en conformité avec la réglementation, plus de 8 000 patient-e-s ont poursuivi leur participation au système d'information en 2022 (au moment du traitement des données).

L'analyse des données recueillies a permis de décrire la prise en soins hospitalière et son évolution au fil des années 2019 à 2022. Toutefois, cette analyse qui a porté sur un échantillon très important, exclut environ un millier de PVVIH en attente de signature d'un consentement de participation au système d'information. Leurs données n'ont pas été analysées.

Sur la période 2019-2022, les chiffres de prévalence montrent une augmentation des PVVIH transgenres prises en soins, une relative augmentation des PVVIH ayant été contaminées lors de rapports sexuels entre hommes, et ce malgré la prévention diversifiée, notamment biomédicale (PrEP, TPE, TaSP). Les co-infections par les VHB et VHC sont contenues d'une année sur l'autre, avec une recherche des statuts des marqueurs de ces deux comorbidités quasi systématique très précocement durant le parcours de soin de ces PVVIH.

Les indicateurs de progression et de survie avec l'infection sont en faveur d'un allongement du vécu avec l'infection comme en témoignent le pourcentage en hausse des PVVIH avec une durée d'infection prolongée, la proportion très élevée (supérieure à 99%) de PVVIH traitées par ARV, les causes connues de mortalité qui sont en grande majorité indirectement liées au VIH. Il est plus délicat d'interpréter le nombre de décès rapportés qui sont difficilement exploitables en temps réel en raison des délais d'enregistrement des certificats de décès, de la recherche et de la validation préalable de ces informations.

Les chiffres d'incidence décrivent une stabilité des PVVIH passant au stade clinique le plus avancé de la maladie (stade SIDA) malgré un nombre de patients suivis en augmentation.

A partir de variables pertinentes pour la compréhension du contexte et des circonstances de survenue des contaminations, l'observatoire des nouveaux diagnostiqués du COREVIH NA a permis de caractériser de manière synthétique et plus exhaustive les PVVIH ayant découvert leur séropositivité pour le VIH en 2022. Ainsi,

- la forte proportion d'hommes et de jeunes adultes,
- la prédominance des contaminations par voie sexuelle qui décrivent une augmentation des transmissions du VIH par rapports hétérosexuels qui sont désormais le mode de contamination le plus rapporté -tous genres confondus-

- la plus grande vulnérabilité de certaines catégories socioprofessionnelles,
- le pourcentage non négligeable des PVVIH dépistées à un stade tardif (12,6% étaient au stade SIDA),

sont autant de paramètres qui devront être surveillés dans le temps et interprétés au regard des informations complémentaires que cet observatoire nous fournit en vue d'établir des profils de publics les plus exposés aux contaminations par le VIH en NA et les circonstances ayant conduit à un éventuel dépistage tardif.

Les caractéristiques sociodémographiques, épidémiologiques, cliniques et biologiques permettent une description des tendances de l'épidémie à VIH en NA, mais elles restent insuffisantes pour améliorer la réactivité. Sans préciser individuellement les défauts de prévention, les données de l'observatoire fourniront aux acteurs du territoire quasiment en temps réel des informations globales pour repérer les points de rupture que les stratégies de prévention locales devront anticiper.

La prévention de l'épidémie passe aussi par la limitation des risques d'échappement thérapeutique ou de progression de l'infection. La surveillance des paramètres viro-immunologiques, la prévention et le traitement des comorbidités, l'amélioration de la qualité de vie des patients, la lutte contre les fausses informations susceptibles de créer des altérations du raisonnement des patients (idées reçues, croyances culturelles, ...) sont autant de problématiques qui concourent au bien-être des PVVIH et dont l'ensemble des acteurs intervenant dans leur parcours de soins doit se saisir afin de maîtriser l'épidémie cachée.



REMERCIEMENTS

A TOUTES LES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH AYANT ACCEPTÉ DE
PARTICIPER AU SYSTÈME D'INFORMATION DU
COREVIH NOUVELLE-AQUITAINE

COREViH

Nouvelle-Aquitaine

**COORDONNER ET AGIR ENSEMBLE
EN SANTÉ SEXUELLE**

Hôpital du Tondu

Groupe Hospitalier Pellegrin

Place Amélie Raba Léon

33076 BORDEAUX Cedex

05 56 79 56 06

corevih@chu-bordeaux.fr

www.corevih-na.fr



COORDONNER ET AGIR ENSEMBLE EN SANTÉ SEXUELLE