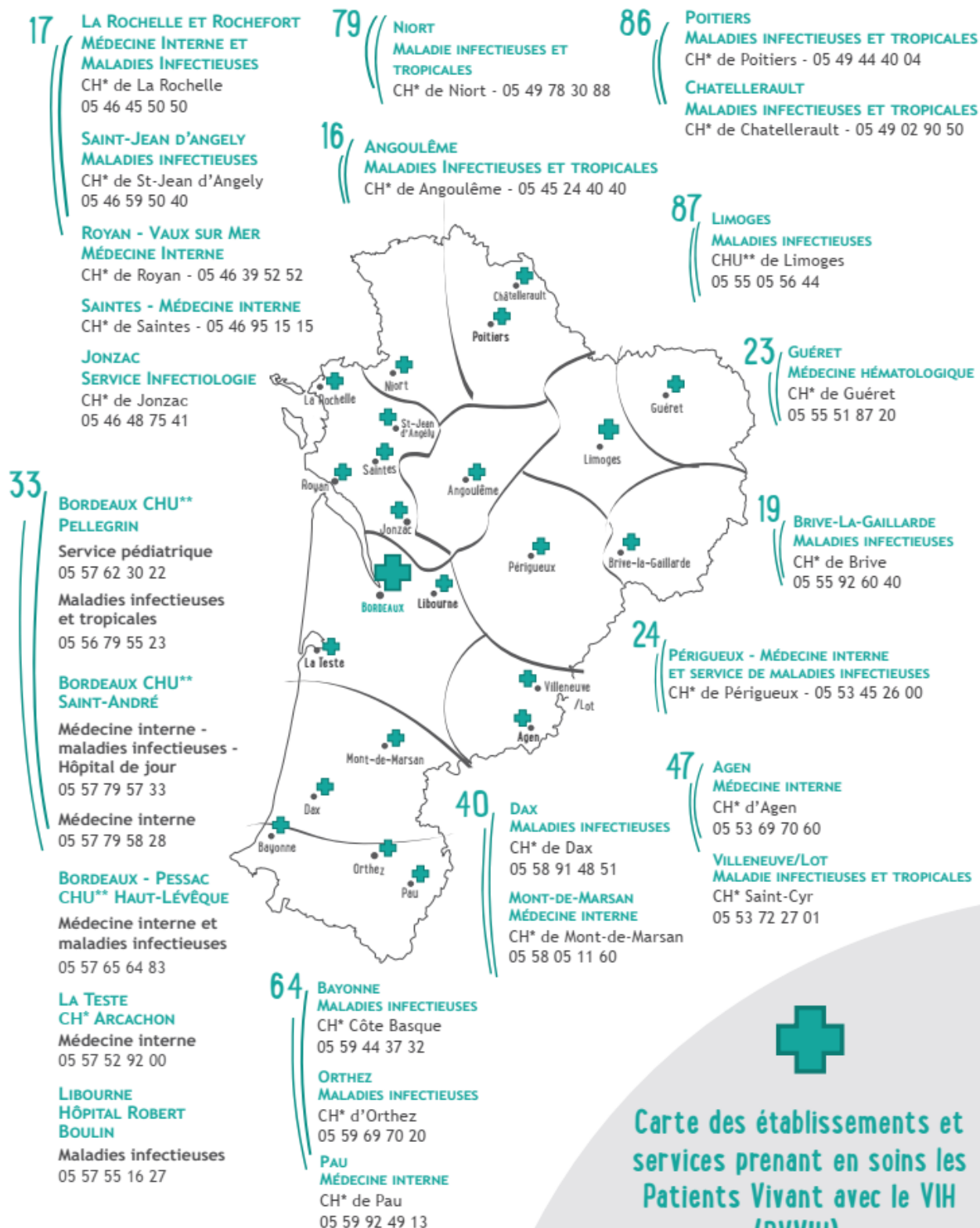




La prise en soins hospitalière des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en Nouvelle- Aquitaine

Années 2019 à 2023



*CH : Centre Hospitalier

**CHU : Centre Hospitalier Universitaire

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

Mise à jour novembre 2024

Sommaire

Introduction	3
Chapitre 1. Files actives hospitalières annuelles	6
Chapitre 2. Activité hospitalière	7
Chapitre 3. Patients suivis	11
Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques	11
Caractéristiques cliniques et co-morbidités.....	17
Traitement antirétroviral (ARV) et profil viro-immunologique des patients traités.....	22
Décès et causes de mortalité	27
Chapitre 4. Patients ayant découvert leur séropositivité en 2023	29
Constats et perspectives	34
Remerciements	36

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 durant la période 2019-2023 par le COREVIH Nouvelle-Aquitaine (NA). Le fait notable observé en 2023 est l'absence des données du CH de Niort en raison d'un manque de ressources humaines.

Entre 2019 et 2023, le recueil de données a été simplifié en passant de trois à deux applications informatiques. Ainsi en 2023, les données de la prise en soins hospitalière dans les services de Maladies Infectieuses et/ou Médecine interne de 79,9% des patients étaient saisies sous ARPEGE[®] et 20,1% le sont sous NADIS[®], *versus* 64,2% et 22,0% respectivement 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 2023, 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-Lévêque** : F. BLAISON, F. CAMOU, C. COURTAULT, C. GREIB, E. LAZARO, J.L. PELLEGRIN, C. PROT-LEURENT, E. RIVIERE, C. TINEVEZ, JF. VIALARD
- **CHU de Bordeaux - site Pellegrin** : L. BARTHOD, M. CARRER, C. CAZANAVE, FA DAUCHY, A. DESCLAUX, H. DUTRONC, A. DUVIGNAUD, J. LEITAO, JM. MALVY, D. NEAU, D. NGUYEN, T. PISTONE, M. PUGES, G. SOUBRANE-WIRTH, C. TINEVEZ, C. VIGNALS
- **CHU de Bordeaux - site Saint-André** : C. BERTIN, F. BONNET, D. BRONNIMANN, H. CHAUSSADE, D. DONDIA, P. DUFFAU, I. FAURE, V. HEMAR, M. HESSAMFAR, , C. MARTELL, -E. MERIGLIER, A. MONIER, P. MORLAT, E. RIBEIRO, C. RIVOISY, M-A. VANDENHENDE, T. ZANNESE
- **CHU de Limoges** : A. CYPierre, S. DUCROIX-ROUBERTOU, H. DUROX, JF. FAUCHER, P. PINET, C. GENET, D. MORARASU
- **CHU de Poitiers** : G. BERAUD, F. CAZENAVE-ROBLOT, M. GARCIA, V. GIRAUD, G. LE MOAL, JP. MARTELLOSI, JM. TURMEL
- **CH d'Agen** : E. KLEMENT FRUTOS, P. RISPAL, A. NONIS
- **CH d'Angoulême** : M. GROSSET, S. MALES, E. NGO BELL, A. RICHE
- **CH d'Arcachon** : A. BARRET, M. BOUET, C. COURTAULT, M. ROUCOULES, M. VIDEOCOQ
- **CH de Bayonne** : M. ACQUIER, L. ALLEMAN, S. FARBOS, M-O. VAREIL, H. WILLE
- **CH de Brive** : B. ABRAHAM, N. BOUFERIT, P. DA SILVA, X. ENGALENC, M. GAUDIN, M. EL OJAIMI
- **CH de Châtellerauld** : A. ELSEENDOORN
- **CH de Dax** : K. ANDRE, L. CAUNEGRE, Y. GERARD, M. LAUDA-MAILLEN, E. NYAMANKOLLY
- **CH de Guéret** : D. DEVESA, D. MORARASU
- **CH de Jonzac** : T. PASDELOUP
- **CH de La Rochelle** : C. CHAPUZET, L. FAB, X. POUGET-ABADIE, M. RONCATO-SABERAN
- **CH de Libourne** : O. CAUBET, S. DE FAUCAL, H. FERRAND, S. TCHAMGOUE
- **CH de Mont-de-Marsan** : Y. GERARD, F. LACASSIN-BELLER, C. LASBASSE-DEPIS
- **CH de Niort** : A. DOS SANTOS, V. GOUDET, K. SCHEPERS, V. RZEPECKI, S. SUNDER
- **CH d'Orthez** : Y. GERARD
- **CH de Pau** : G. DUMONDIN, V. GABORIEAU, M. LEHOU
- **CH de Périgueux** : C. BELZUNCE, B. CASTAN, J. KOFFI, N. ROUANES, A. SAUNIER, B. ZABBE
- **CH de Rochefort** : C. CHAPUZET, X. POUGET-ABADIE, M. RONCATO-SABERAN
- **CH de Royan** : P. MOTTAZ, T. PASDELOUP
- **CH de St Jean d'Angély** : T. PASDELOUP
- **CH de Saintes** : T. PASDELOUP
- **CH de Tulle** : I. DIACONU
- **CH de Villeneuve-sur-Lot** : I. CHOSSAT

- Recueil et saisie de données

G. ARNOU, P. CAMPS, S. DELVEAUX, P. GOUGEON, J. PASCUAL, D. PLAINCHAMP ET A. POUGETOUX (technicien.ne.s d'études cliniques - COREVIH NA), 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, 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).

Chapitre 1. 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 2023 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 2023

	2019	2020	2021	2022	2023*
File active hospitalière	7 965	8 184	8 304	8 378	8 014
Evolution	-	+2,7%	+1,5%	+0,9%	-4,3%

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

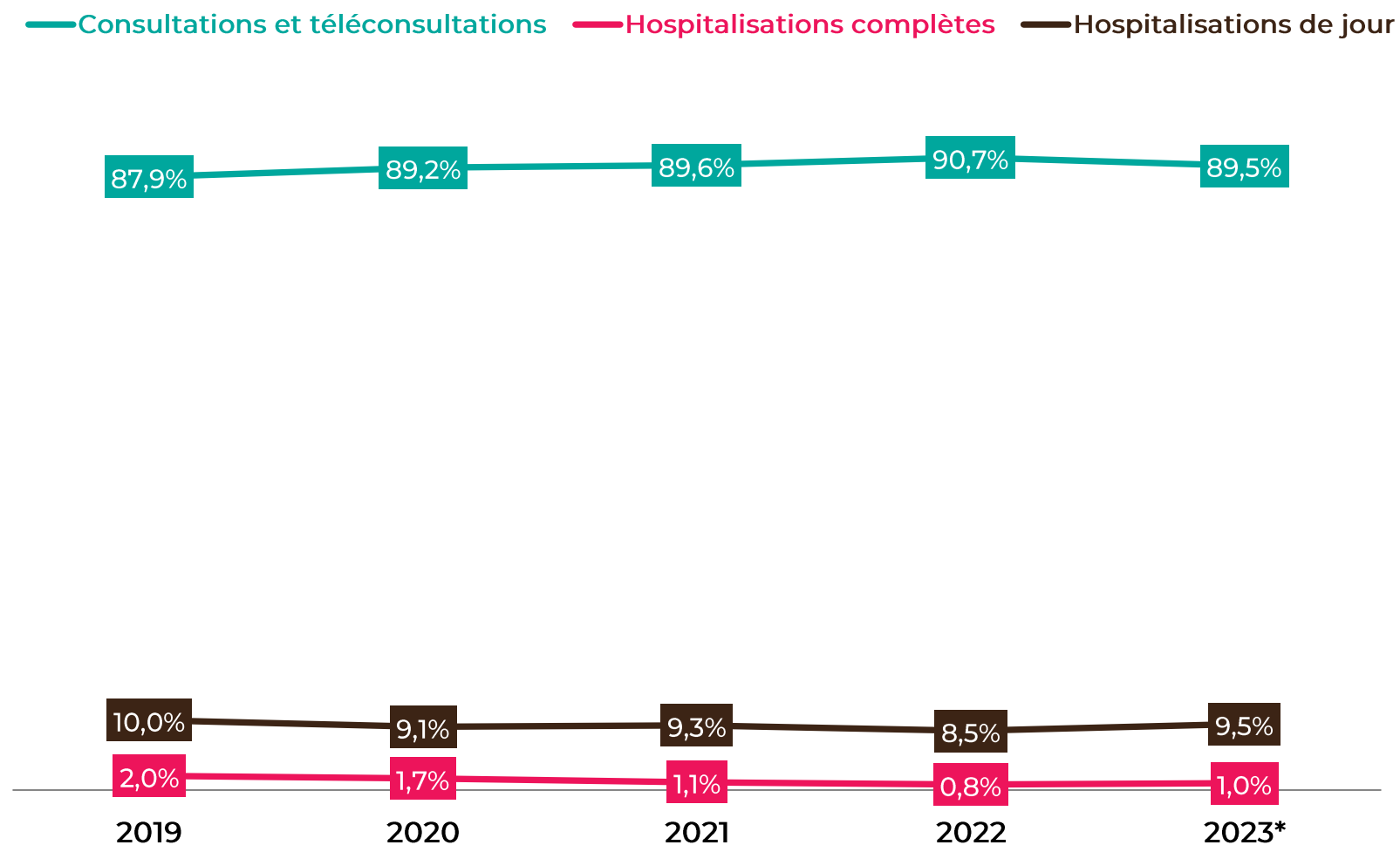
Chapitre 2. Activité hospitalière

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 2019-2023 on observe une légère augmentation (figure 1). En 2023, neuf recours hospitaliers sur dix étaient des consultations. Parallèlement, les hospitalisations complètes ont diminué de moitié depuis 2019, pour s'établir à 1,0% en 2023 (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). L'augmentation du pourcentage de PVVIH hospitalisées plus de deux semaines dans les services de maladies infectieuses se poursuit depuis 2021. On observe simultanément jusqu'en 2022 une hausse des patients hospitalisés au stade SIDA (figure 2b) dont la proportion augmente de quatre points. Pour l'année 2023, l'amorce d'une baisse de la proportion de PVVIH hospitalisés à un stade avancé de la maladie reste à confirmer.

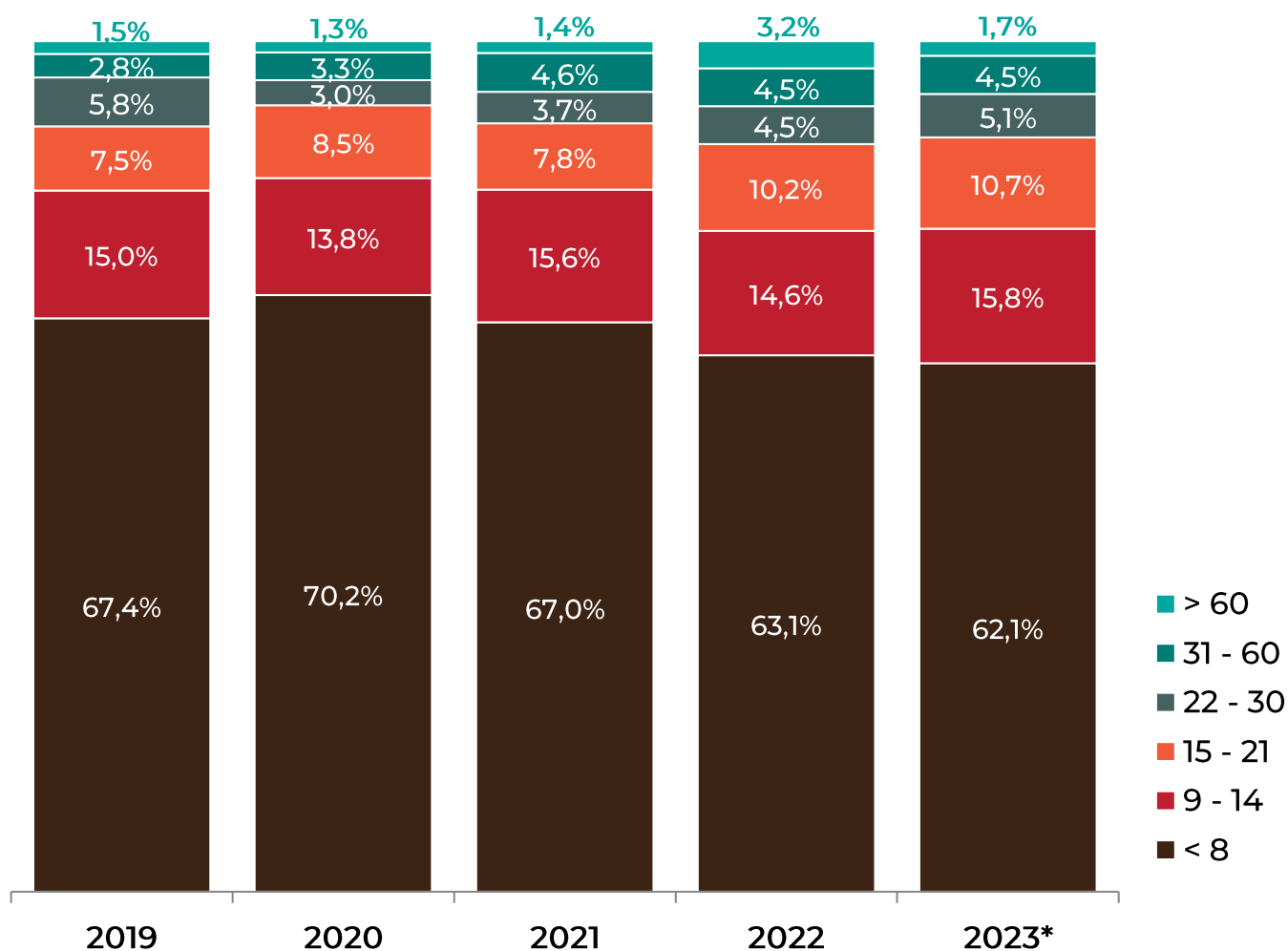
Ces patients qui séjournent plusieurs jours, sont bien souvent des PVVIH qui découvrent tardivement leur infection par le VIH ou sont confrontées à des pathologies du stade SIDA en lien avec une rupture de suivi et/ou de traitement antirétroviral (ARV). Plus rarement, il s'agit de patients ayant des difficultés sociales de logement ou un handicap sans solution immédiate adaptée.

Figure 1. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, répartition de l'activité hospitalière par type de recours, années 2019 à 2023



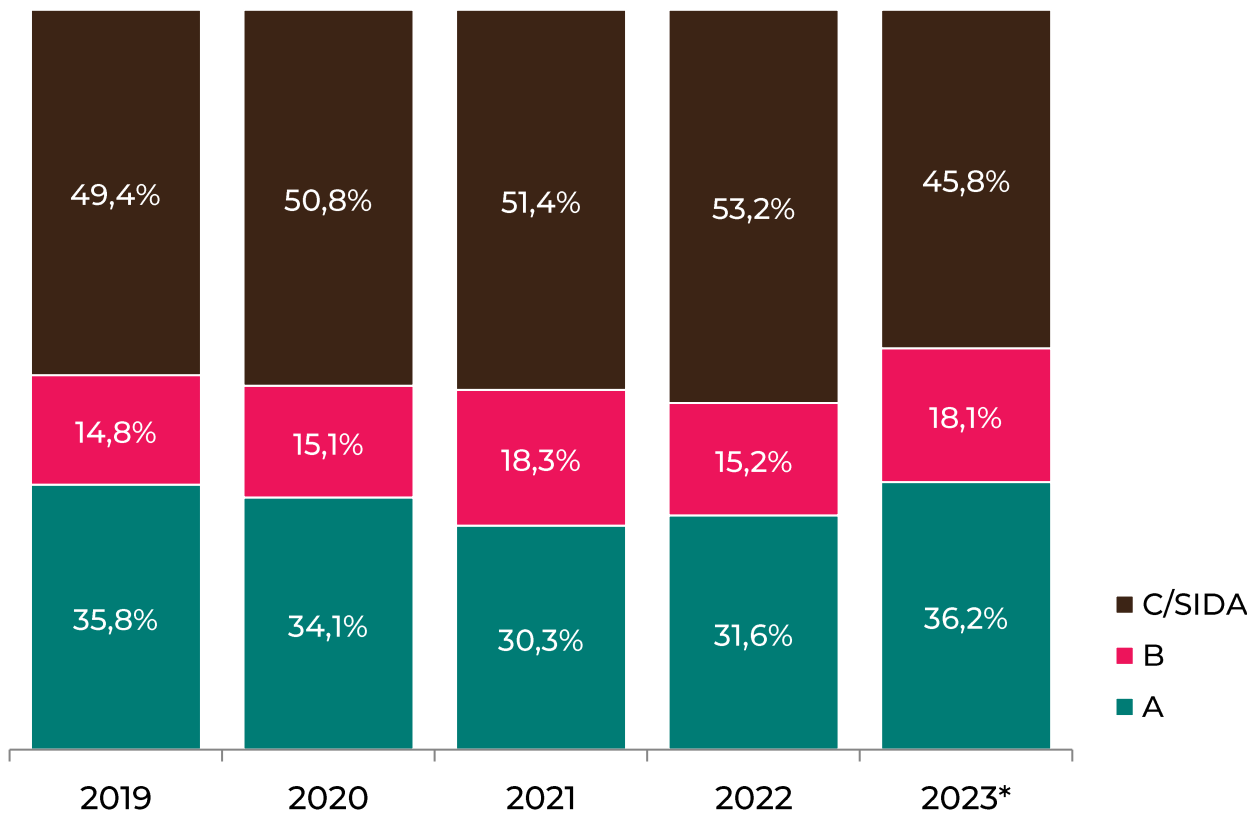
* les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année N+1

Figure 2a. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, durées de séjour en hospitalisation complète (en nombre de jours), années 2019 à 2023



* 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 2023



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

Chapitre 3. Patients suivis

Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques

En 2023, 8 014 patients déjà suivis ou nouvellement pris en soins, ont eu un recours hospitalier (consultation, téléconsultation, hospitalisation de jour ou hospitalisation complète) dans les établissements hospitaliers publics de la NA.

Entre 2019 et 2023, le sex-ratio H:F des patients suivis a peu varié ; soit globalement sept hommes pour trois femmes. Le nombre de PVVIH transgenres prises en soins au sein des établissements hospitaliers de la NA a plus que doublé et s'élevait à 22 en 2023 ; ce qui représente le maximum observé en cinq ans (tableau 2). La principale évolution est la tendance à la hausse des « 60 ans et plus » (38% en 2023 vs 28% en 2019), concomitamment à la baisse des patients d'âge inférieur, et ce dans toutes les tranches d'âge considérées. Il en ressort qu'entre 2019 et 2023, ce public des PVVIH de « 60 ans et plus » s'est accru à la faveur d'une augmentation des patients nouvellement pris en soins en NA (diagnostiqués l'année courante ou pas).

Davantage de PVVIH ont été suivies dans les hôpitaux de NA et leur espérance de vie a continué de croître. Ainsi 62,5% d'entre eux comptaient plus de 16 ans de vie avec le VIH en 2023 contre 55,3% en 2019 (tableau 3).

La complétude des données relatives aux habitudes de consommation 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 22,4% de patients sevrés au cours de leur suivi (tableau 4). L'évolution est similaire pour le sevrage des patients consommateurs d'alcool avec 10,6% de buveurs sevrés (tableau 5).

Tableau 2. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, caractéristiques socio-démographiques, années 2019 à 2023

	2019		2020		2021		2022		2023*	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
File active	7 965	(100,0)	8 184	(100,0)	8 304	(100,0)	8 378	(100,0)	8 014	(100,0)
Genre										
Homme	5 654	(71,0)	5 823	(71,2)	5 875	(70,7)	5 945	(70,9)	5 701	(71,1)
Femme	2 302	(28,9)	2 352	(28,7)	2 414	(29,1)	2 412	(28,8)	2 291	(28,6)
Transgenre	9	(0,1)	9	(0,1)	15	(0,2)	21	(0,3)	22	(0,3)
Tranche d'âge†										
Moins de 30 ans	321	(4,0)	297	(3,6)	304	(3,7)	274	(3,3)	242	(3,0)
30 à 39 ans	884	(11,1)	909	(11,1)	881	(10,6)	889	(10,6)	810	(10,1)
40 à 49 ans	1 740	(21,9)	1 659	(20,3)	1 582	(19,0)	1 524	(18,2)	1 384	(17,3)
50 à 59 ans	2 852	(35,8)	2 868	(35,0)	2 860	(34,4)	2 755	(32,9)	2 559	(31,9)
60 à 69 ans	1 504	(18,9)	1 688	(20,6)	1 823	(22,0)	1 992	(23,8)	2 056	(25,7)
70 à 79 ans	545	(6,8)	628	(7,7)	703	(8,5)	789	(9,4)	804	(10,0)
80 ans et plus	119	(1,5)	135	(1,7)	151	(1,8)	154	(1,8)	159	(2,0)
Mode de contamination										
Rapports sexuels entre hommes (HSH)	3 410	(42,8)	3 550	(43,4)	3 646	(43,9)	3 732	(44,6)	3 597	(44,9)
Rapports hétérosexuels	3 166	(39,8)	3 250	(39,7)	3 313	(39,9)	3 338	(39,8)	3 195	(39,9)
Usage de drogues par voie IV (UDIV)	693	(8,7)	695	(8,5)	674	(8,1)	636	(7,6)	594	(7,4)
Transfusion	120	(1,5)	117	(1,4)	117	(1,4)	112	(1,3)	109	(1,4)
Hémophilie	42	(0,5)	41	(0,5)	38	(0,5)	39	(0,5)	35	(0,4)
Mère-enfant	83	(1,0)	87	(1,1)	89	(1,1)	93	(1,1)	80	(1,0)
Accident d'exposition au VIH (AES)**	39	(0,5)	36	(0,4)	37	(0,4)	37	(0,4)	38	(0,5)

Indéterminé	412 (5,2)	408 (5,0)	390 (4,7)	391 (4,7)	366 (4,5)
Origine géographique					
France métropolitaine	6 183 (77,6)	6 324 (77,3)	6 382 (76,9)	6 410 (76,5)	6 084 (75,9)
Antilles / Guyane / autres DOM	51 (0,6)	54 (0,7)	53 (0,6)	58 (0,7)	55 (0,7)
Afrique sub-Saharienne	1 103 (13,9)	1 139 (13,9)	1 171 (14,1)	1 207 (14,4)	1 171 (14,6)
Afrique du Nord	138 (1,7)	144 (1,8)	151 (1,8)	149 (1,8)	144 (1,8)
Europe de l'Est	65 (0,8)	69 (0,8)	70 (0,9)	74 (0,9)	72 (0,9)
Asie	84 (1,1)	84 (1,0)	79 (1,0)	86 (1,0)	78 (1,0)
Autre	328 (4,1)	356 (4,3)	386 (4,6)	386 (4,6)	399 (5,0)
Inconnu	13 (0,2)	14 (0,2)	12 (0,1)	8 (0,1)	11 (0,1)

* 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 2023

	2019	2020	2021	2022	2023*
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
File active	7 965 (100,0)	8 184 (100,0)	8 304 (100,0)	8 378 (100,0)	8 014 (100,0)
Moins de 3 mois	31 (0,4)	28 (0,3)	14 (0,2)	20 (0,2)	19 (0,3)
[3 mois - 12 mois[	158 (2,0)	110 (1,3)	86 (1,0)	92 (1,1)	88 (1,1)
[12 mois - 4 ans[	575 (7,2)	594 (7,3)	568 (6,9)	504 (6,0)	409 (5,1)
[4 - 8 ans[	873 (11,0)	877 (10,7)	890 (10,7)	876 (10,5)	779 (9,7)
[8 - 12 ans[	887 (11,1)	905 (11,1)	923 (11,1)	888 (10,6)	850 (10,6)
[12 - 16 ans[	1 037 (13,0)	1 027 (12,6)	937 (11,3)	897 (10,7)	857 (10,7)
Plus de 16 ans	4 402 (55,3)	4 643 (56,7)	4 882 (58,8)	5 101 (60,9)	5 010 (62,5)

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

2 données manquantes en 2019, 4 en 2021 et 2 en 2023

Tableau 4. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, tabagisme, années 2019 à 2023

	2019	2020	2021	2022	2023*
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
File active	7 965 (100,0)	8 184 (100,0)	8 304 (100,0)	8 378 (100,0)	8 014 (100,0)
Statut tabagique connu	6 320 (79,3)	6 551 (80,0)	6 781 (81,7)	6 829 (81,5)	6 509 (81,2)
Jamais fumeurs	2 217 (35,1)	2 317 (35,4)	2 354 (34,7)	2 392 (35,0)	2 261 (34,7)
Fumeurs actifs	2 803 (44,3)	2 894 (44,2)	2 932 (43,2)	2 944 (43,1)	2 790 (42,9)
Fumeurs sevrés	1 300 (20,6)	1 340 (20,4)	1 495 (22,1)	1 493 (21,9)	1 505 (22,4)
Statut tabagique inconnu	1 645 (20,7)	1 633 (20,0)	1 523 (18,3)	1 549 (18,5)	1 528 (18,8)

* 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 2023

	2019	2020	2021	2022	2023*
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
File active	7 965 (100,0)	8 184 (100,0)	8 304 (100,0)	8 378 (100,0)	8 014 (100,0)
Consommation d'alcool connue	5 418 (68,0)	5 517 (67,4)	5 689 (68,5)	5 703 (68,1)	5 381 (67,1)
Abstinentes	1 629 (30,1)	1 698 (30,8)	1 826 (32,1)	1 860 (32,6)	1 792 (33,3)
Buveurs actuels**	3 255 (60,1)	3 313 (60,0)	3 261 (57,3)	3 232 (56,7)	3 019 (56,1)
Buveurs sevrés	534 (9,8)	506 (9,2)	602 (10,6)	611 (10,7)	570 (10,6)
Consommation d'alcool inconnue	2 547 (32,0)	2 667 (32,6)	2 615 (31,5)	2 675 (31,9)	2 633 (32,9)

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

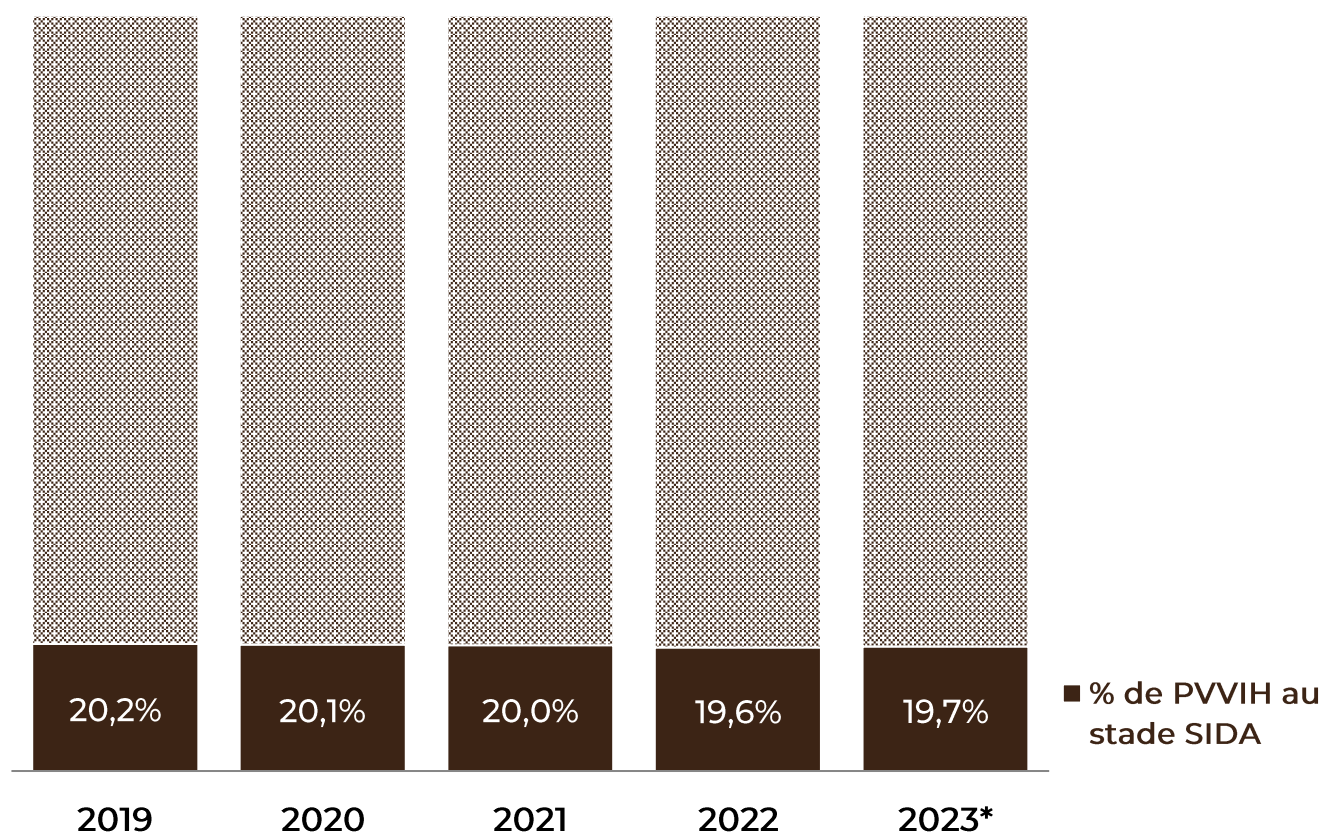
Caractéristiques cliniques et co-morbidités

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 2023. Cette proportion n'a pas varié de manière significative au cours des cinq dernières années (figure 3).

Dans l'année 2023, 22 patients sont passés au stade C/SIDA. Dans ce contexte de diagnostic devenu peu fréquent, on note surtout une nette recrudescence des pneumopathies à *Pneumocystis carinii* (PCP) parmi les pathologies classant SIDA (figure 4). Viennent ensuite les sarcomes de Kaposi en augmentation régulière depuis 2021 et les toxoplasmoses cérébrales. A l'inverse les différentes formes de tuberculose et les candidoses toutes localisations confondues sont en diminution (21,7% et 17,4% en 2019 *versus* 10,0% et 5,0% en 2023, respectivement).

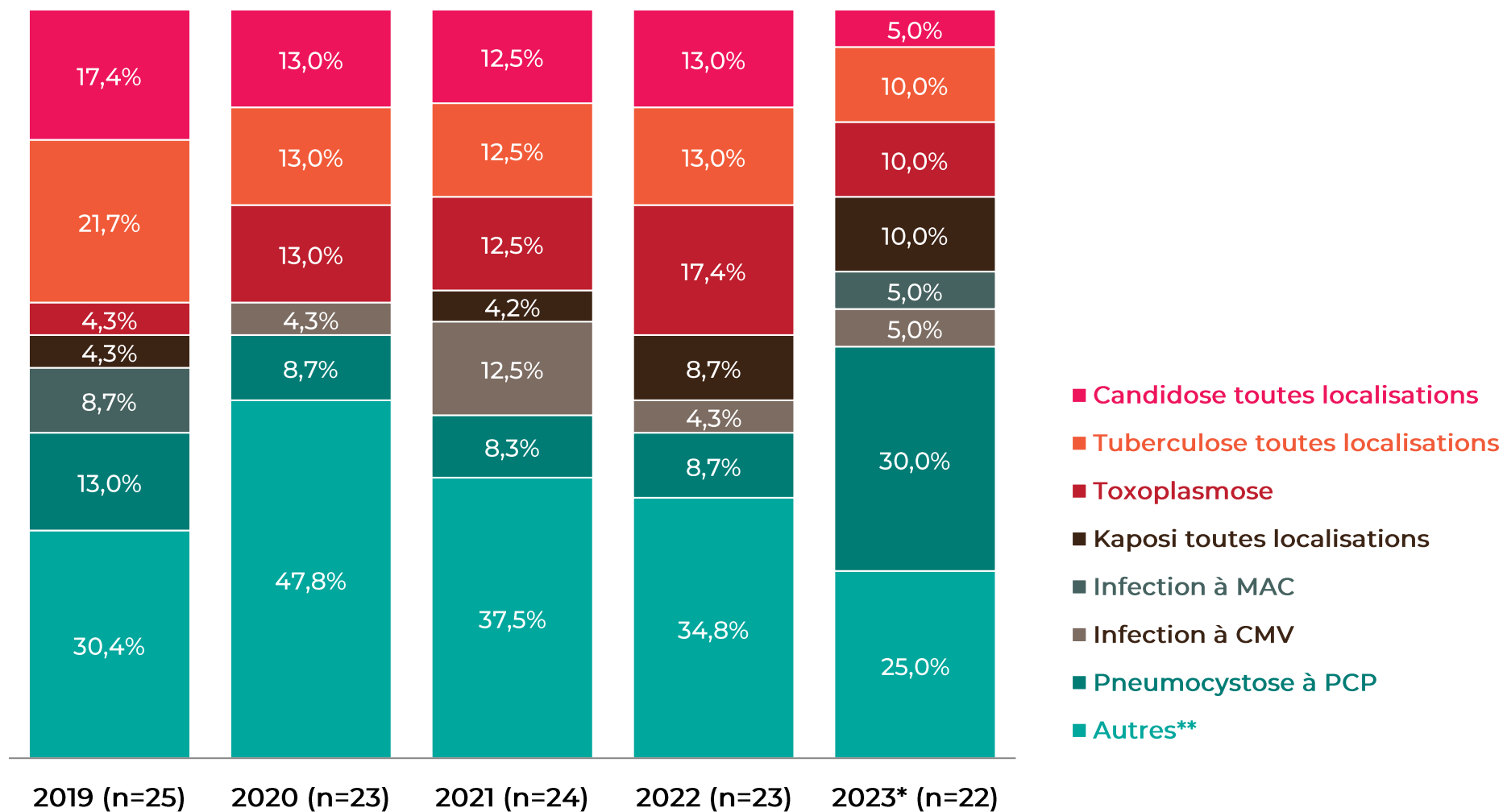
La recherche du statut des patients vis-à-vis de la co-infection par le virus de l'hépatite B (VHB) ou C (VHC) s'est intensifiée (tableaux 6 et 7). En 2023, plus de 94% des PVVIH ont bénéficié d'un dépistage de l'Ag HBs du VHB et 96,4% ont eu une recherche de l'ARN du VHC (en cas de sérologie VHC positive). Depuis 2019, la prévalence de l'hépatite B est restée stable, pour s'établir à 3,7% tandis que la prévalence de l'hépatite C active a été en forte diminution (figure 5).

Figure 3. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, stade clinique, années 2019 à 2023



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

Figure 4. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, pathologies du passage au stade C/SIDA, années 2019 à 2023



* les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année N+1 ; ** une donnée manquante en 2021

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 2023

	2019	2020	2021	2022	2023*
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
File active	7 965	8 184	8 304	8 378	8 014
Patients ayant eu une recherche sérologique	7 339 (92,1)	7 618 (93,1)	7 739 (93,2)	7 911 (94,4)	7 545 (94,1)
Ag HBs positif**	269 (3,7)	282 (3,7)	274 (3,5)	283 (3,6)	279 (3,7)
Statut vis-à-vis de la co-infection inconnu	626 (7,9)	566 (6,9)	565 (6,8)	467 (5,6)	469 (5,9)

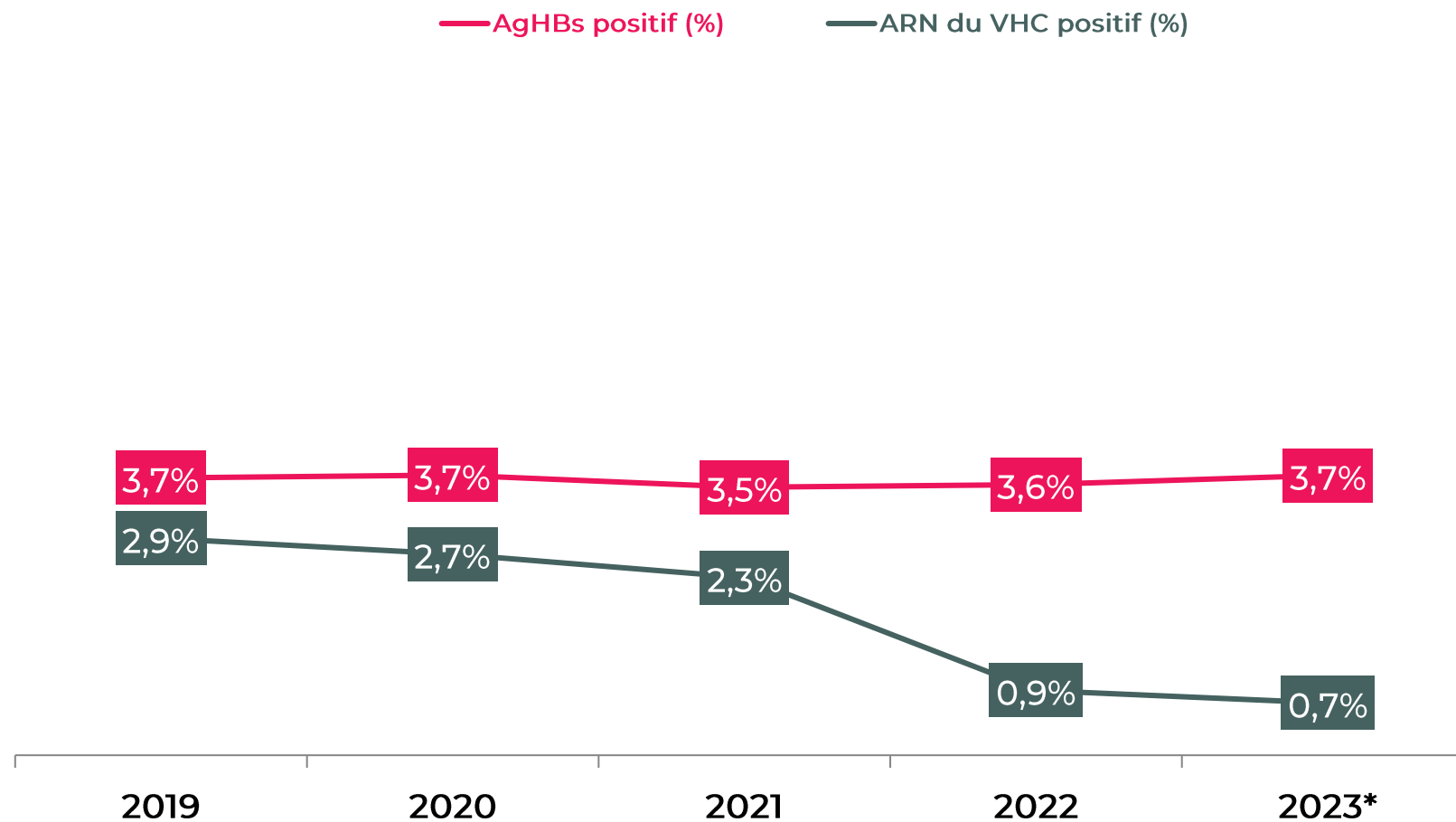
* les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année N+1 ; **à la dernière recherche

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 2023

	2019	2020	2021	2022	2023*
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
File active	7 965	8 184	8 304	8 378	8 014
Patients ayant eu une recherche	7 503 (94,2)	7 746 (94,6)	7 838 (94,4)	8 047 (96,0)	7 678 (95,8)
ARN VHC positif**	215 (2,9)	206 (2,7)	184 (2,3)	69 (0,9)	53 (0,7)
Statut vis-à-vis de la co-infection inconnu	462 (5,8)	466 (5,4)	466 (5,6)	331 (4,0)	336 (4,2)

* 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, prévalence de l'Ag HBs du VHB et de l'ARN du VHC, années 2019 à 2023



* 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 2023, 99,6% des PVVIH prises en soins dans les hôpitaux de la NA étaient traitées par des ARV à leur dernier suivi de l'année. Parmi elles, 98,4% bénéficiaient du même régime thérapeutique depuis plus de six mois. La proportion de patients non traités par ARV a légèrement diminué sur la période 2019-2023 (tableau 8).

Les combinaisons d'ARV les plus prescrites étaient des trithérapies. Toutefois, on observe que les prescriptions de bithérapies ont progressé : elles ont doublé, passant de 15 à 30%, au cours de ces cinq 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).

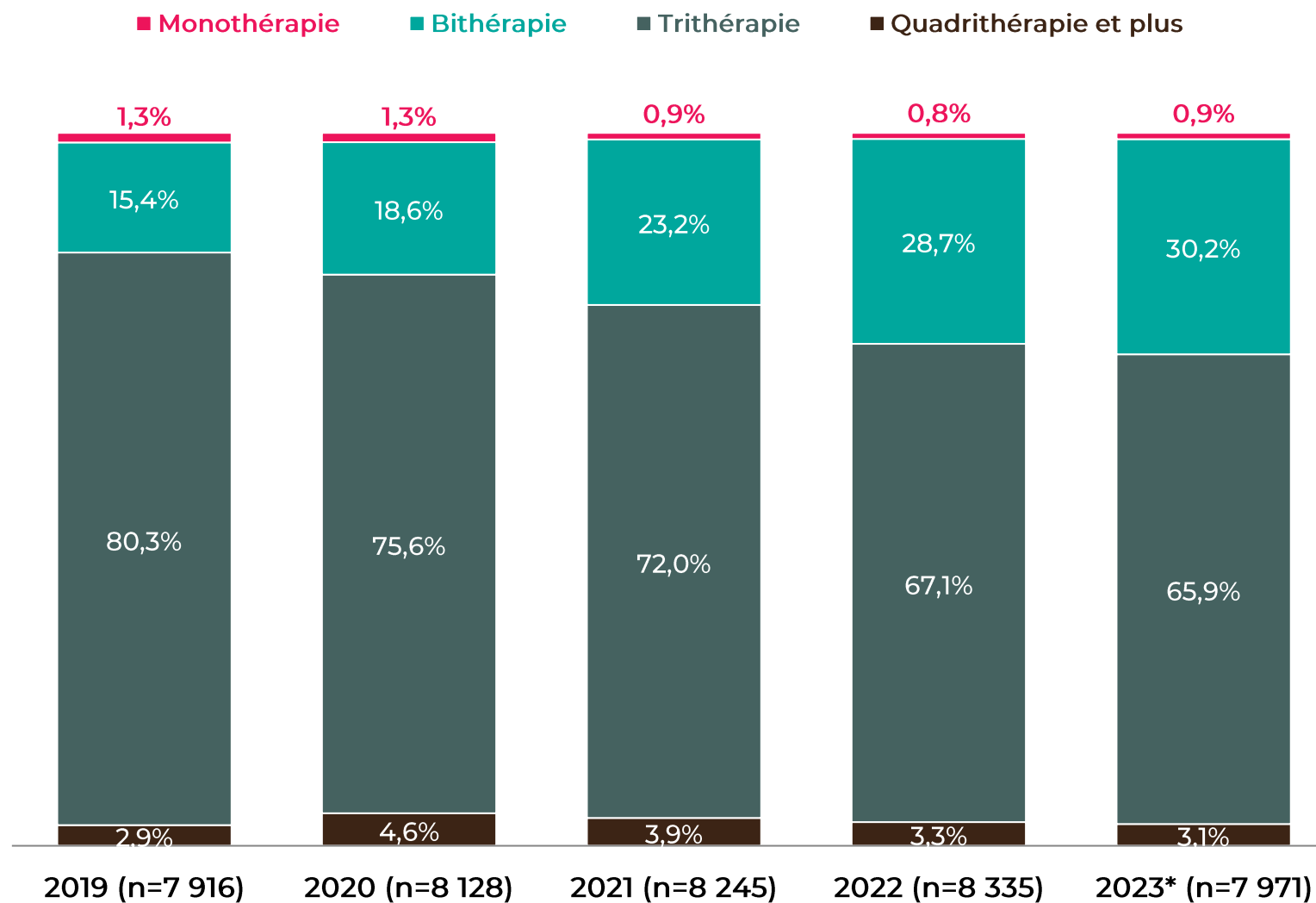
Tableau 8. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine sous traitement antirétroviral (ARV), années 2019 à 2023

	2019	2020	2021	2022	2023
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Traitement ARV en cours**	7 916 (99,4)	8 128 (99,5)	8 245 (99,5)	8 335 (99,7)	7 971 (99,6)
ARV ≥ 6 mois	7 718 (97,5)	7 940 (97,7)	8 075 (97,9)	8 179 (98,1)	7 840 (98,4)
ARV < 6 mois	198 (2,5)	188 (2,3)	170 (2,1)	156 (1,9)	131 (1,6)
Pas de traitement ARV†	49 (0,6)	42 (0,5)	42 (0,5)	28 (0,3)	32 (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

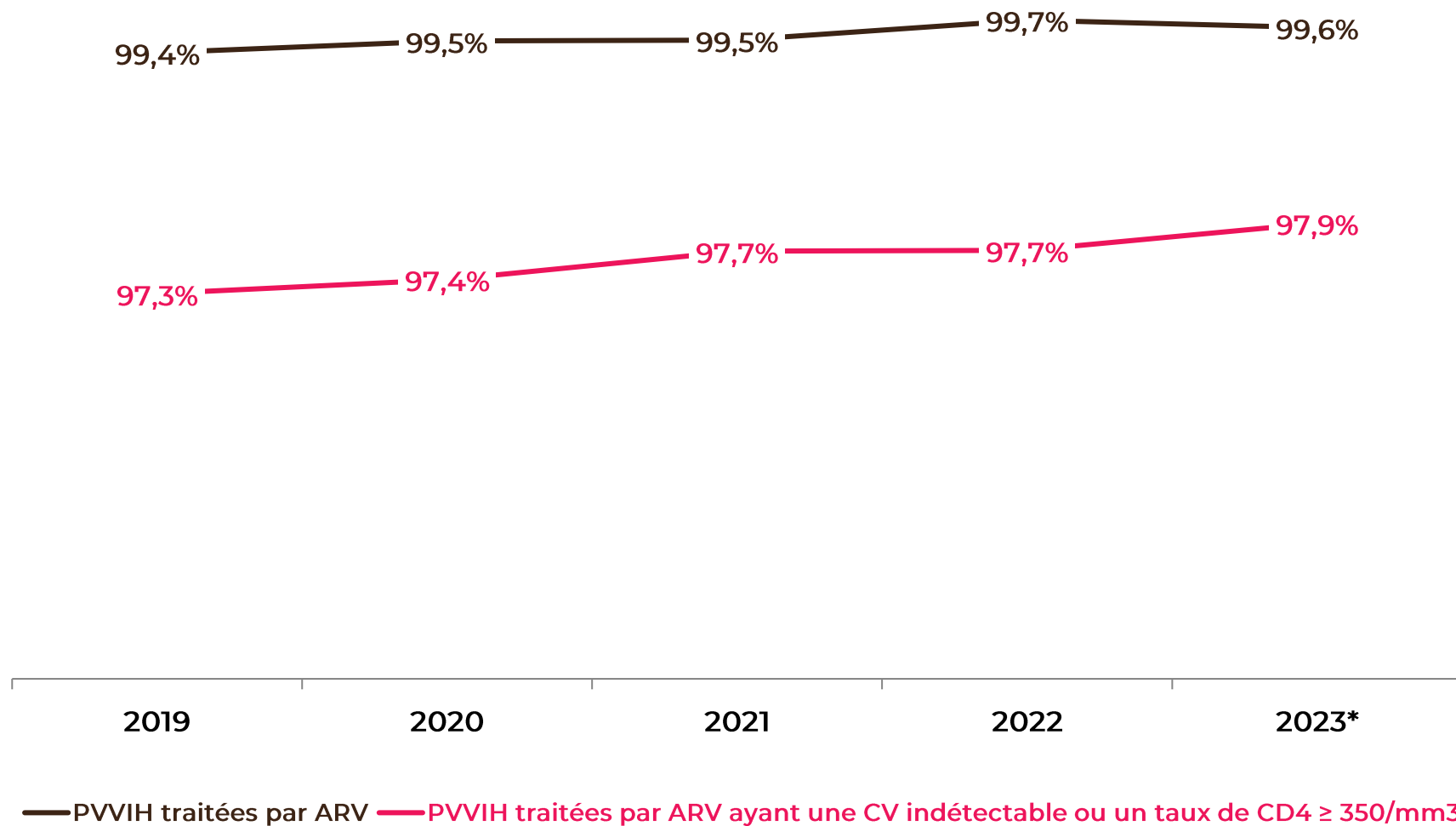
14 données manquantes en 2020, 17 en 2021, 15 en 2022 et 12 en 2023

Figure 6. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, régimes antirétroviraux prescrits, années 2019 à 2023



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

Figure 7. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine et sous traitement ARV, paramètres viro-immunologiques, années 2019 à 2023



* 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 2023

	2019	2020	2021	2022	2023*
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Patients ayant un traitement en cours**	7 916	8 128	8 245	8 335	7 971
Mesure de charge virale et numération des CD4 non disponibles†	324 (4,1)	609 (7,5)	495 (6,0)	591 (7,1)	653 (8,2)
Mesure de charge virale ou numération des CD4 disponibles†	7 592 (95,9)	7 519 (92,5)	7 750 (94,0)	7 777 (93,3)	7 349 (92,2)
Charge virale VIH indétectable et/ou taux de CD4 $\geq 350/\text{mm}^3$	7 388 (97,3)	7 326 (97,4)	7 570 (97,7)	7 597 (97,7)	7 196 (97,9)

* 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 ils sont pris en charge 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 2023, 69 décès avaient été rapportés au moment de l'analyse.

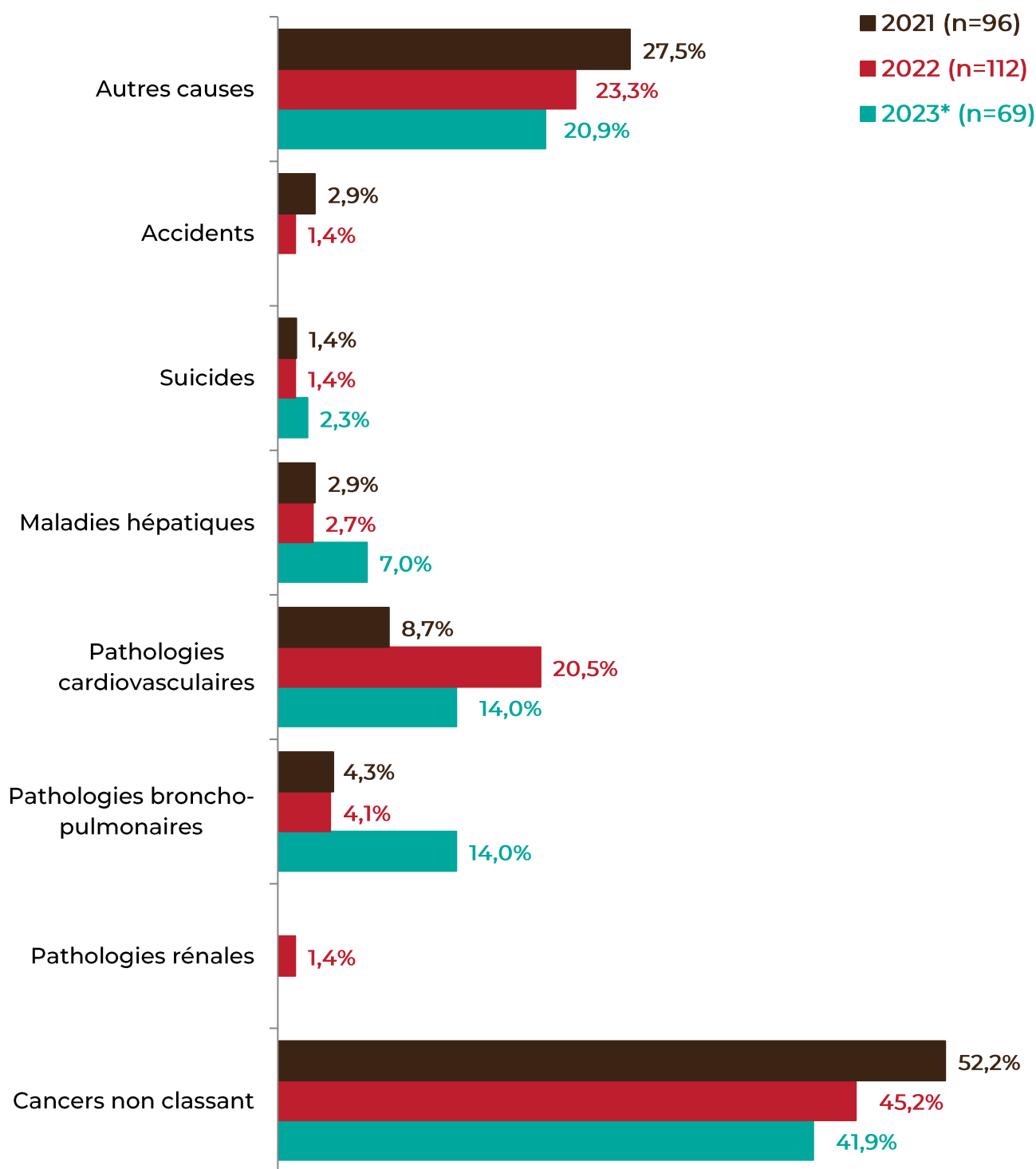
Les causes de mortalité étaient connues ou avaient pu être déterminées pour 72,5% des décès. Lorsque les causes de mortalité avaient été investiguées, l'infection par le VIH avait un lien direct avec le décès pour 14,0% des patients décédés (tableau 10). Comme l'année précédente, les cancers non-classant et les pathologies cardio-vasculaires étaient les causes les plus fréquemment retrouvées (figure 8). Par ailleurs, les décès liés à des pathologies broncho-pulmonaires étaient proportionnellement plus importants ; toutefois ces résultats devront être confirmés après consolidation des données.

Tableau 10. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine et décédées, causes de décès, années 2021 et 2023*

Décès rapportés	2021	2022	2023*
	96	112	69
	N (%)	N (%)	N (%)
Causes inconnues**	19 (19,8)	33 (29,5)	19 (27,5)
Causes connues	77 (80,2)	79 (70,5)	50 (72,5)
non liées au VIH	69 (89,6)	73 (92,4)	43 (86,0)
liées au VIH	8 (10,4)	6 (7,6)	7 (14,0)

* 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 8. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine et décédées, causes de décès non liées au VIH, années 2021 et 2023*



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

Chapitre 4. Patients ayant découvert leur séropositivité en 2023

Un observatoire des découvertes de séropositivité au VIH a été créé en 2022 par le COREVIH NA, afin de disposer en temps quasi-réel, des données des personnes nouvellement diagnostiquées au VIH et ayant eu un premier recours 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 ; il devrait se poursuivre durant les années ultérieures, ce qui permettra de suivre les tendances.

Cet observatoire offre l'opportunité d'analyser d'emblée les données d'un échantillon plus important et plus exhaustif 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.

Après une phase pilote en 2022, les données de 190 PVVIH, parmi les 203 nouvellement diagnostiquées en 2023, ont été agrégées.

Entre 2022 et 2023, le sex-ratio H:F a très peu évolué. On retrouve presque 3/4 d'hommes au sein des PVVIH ayant découvert leur séropositivité pour le VIH et prises en soins dans les hôpitaux publics de NA (tableau 11). La proportion des patients âgés de 50 ans et plus varie très faiblement, mais au sein des tranches d'âges inférieures, la progression des moins de 30 ans est flagrante : 24,5% en 2022 *versus* 30,5% en 2023.

L'orientation sexuelle a été mieux renseignée en 2023, et au moment de la découverte de l'infection, les rapports bisexuels se sont avérés en augmentation.

Tableau 11. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, caractéristiques sociodémographiques des nouveaux diagnostiqués, années 2022 et 2023*

	2022 (N = 167)	2023* (N = 190)
	N (%)	N (%)
Genre		
Homme	122 (73,1)	139 (73,2)
Femme	44 (26,3)	51 (26,8)
Transgenre H vers F	1 (0,6)	0 -
Transgenre F vers H	0 -	0 -
Tranches d'âge		
Moins de 30 ans	41 (24,5)	58 (30,5)
30-39 ans	49 (29,3)	43 (22,6)
40-49 ans	38 (22,8)	39 (20,5)
50-59 ans	22 (13,2)	29 (15,3)
60-69 ans	14 (8,4)	16 (8,5)
70-79 ans	3 (1,8)	4 (2,1)
80 ans et plus	0 -	1 (0,5)
Orientation sexuelle**		
Rapports hétérosexuels	77 (51,0)	94 (50,0)
Rapports sexuels entre hommes (HSH)	66 (43,7)	71 (37,8)
Rapports bisexuels	8 (5,3)	23 (12,2)
Activité Professionnelle		
Oui	104 (62,3)	107 (56,3)
Non	30 (18,0)	53 (27,9)
Retraité-e	15 (9,0)	11 (5,8)
Etudiant-e	11 (6,5)	11 (5,8)
Inconnue	7 (4,2)	8 (4,2)

* 203 nouvelles découvertes au total ; **16 PVVIH avec orientation sexuelle non précisée en 2022

En 2023, l'infection par le VIH a été découverte au stade A (primo-infection ou asymptomatique) chez plus des trois-quarts des patients, 10% découvraient encore le VIH au stade sida. La prévalence des marqueurs des hépatites B et C a été estimée à 3,3% pour l'un comme pour l'autre virus (tableau 12).

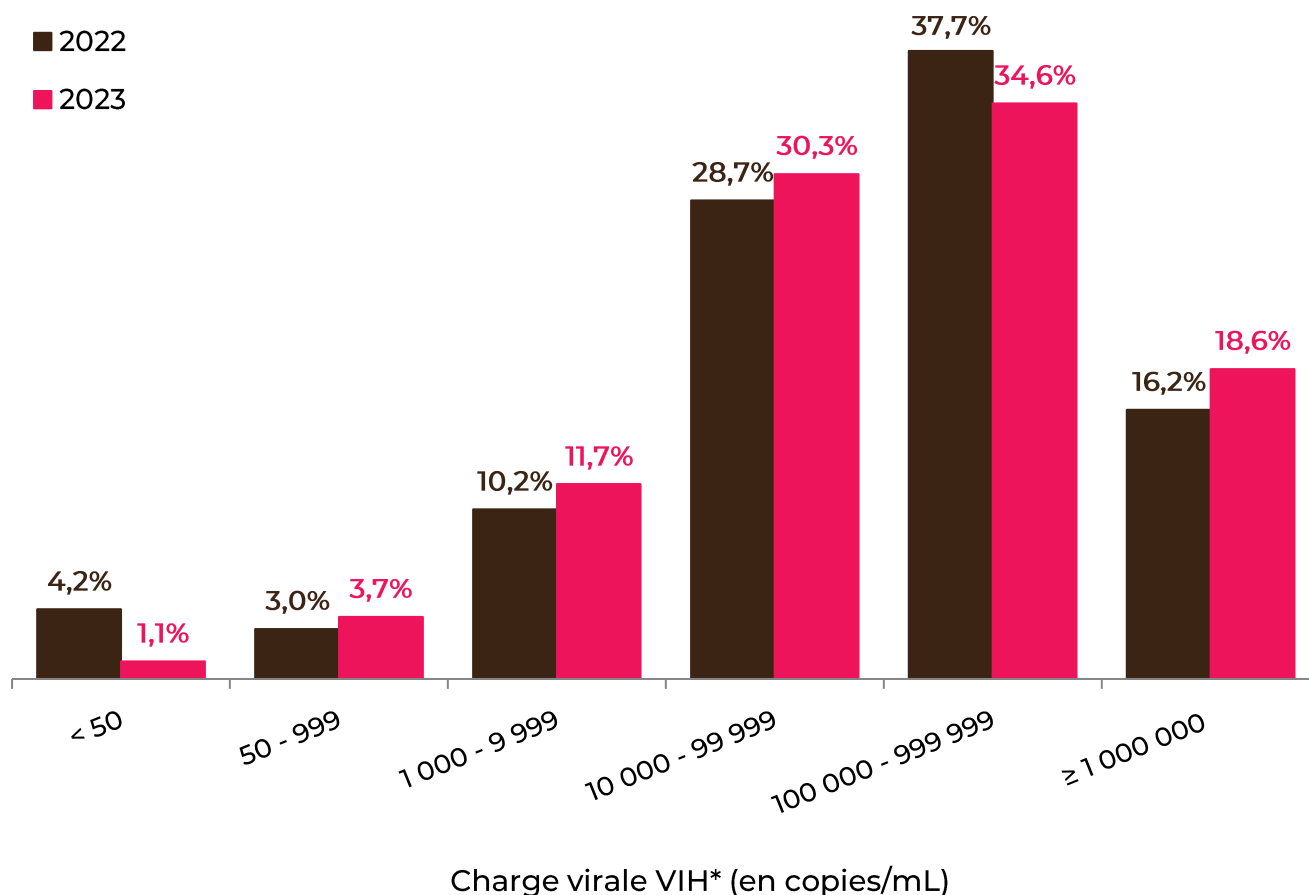
Tableau 12. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, caractéristiques cliniques des nouveaux diagnostiqués, années 2022 et 2023

		2022 (N = 167)	2023* (N = 190)
		N (%)	N (%)
Stade clinique**			
Primo-infection		36 (21,6)	33 (17,6)
A		93 (55,6)	107 (57,2)
B		17 (10,2)	28 (15,0)
C (SIDA)		21 (12,6)	19 (10,2)
Co-infection par le VHB			
Recherche effectuée	Ag HBs positif	7 (4,5)	6 (3,3)
	Ag HBs négatif	149 (95,5)	176 (96,7)
Recherche non effectuée		11 (6,6)	8 (4,2)
Co-infection par le VHC			
Recherche effectuée	Ac anti-VHC positif	3 (1,8)	6 (3,3)
	Ac anti-VHC négatif	162 (98,2)	174 (96,7)
Recherche non effectuée		2 (1,2)	10 (5,3)

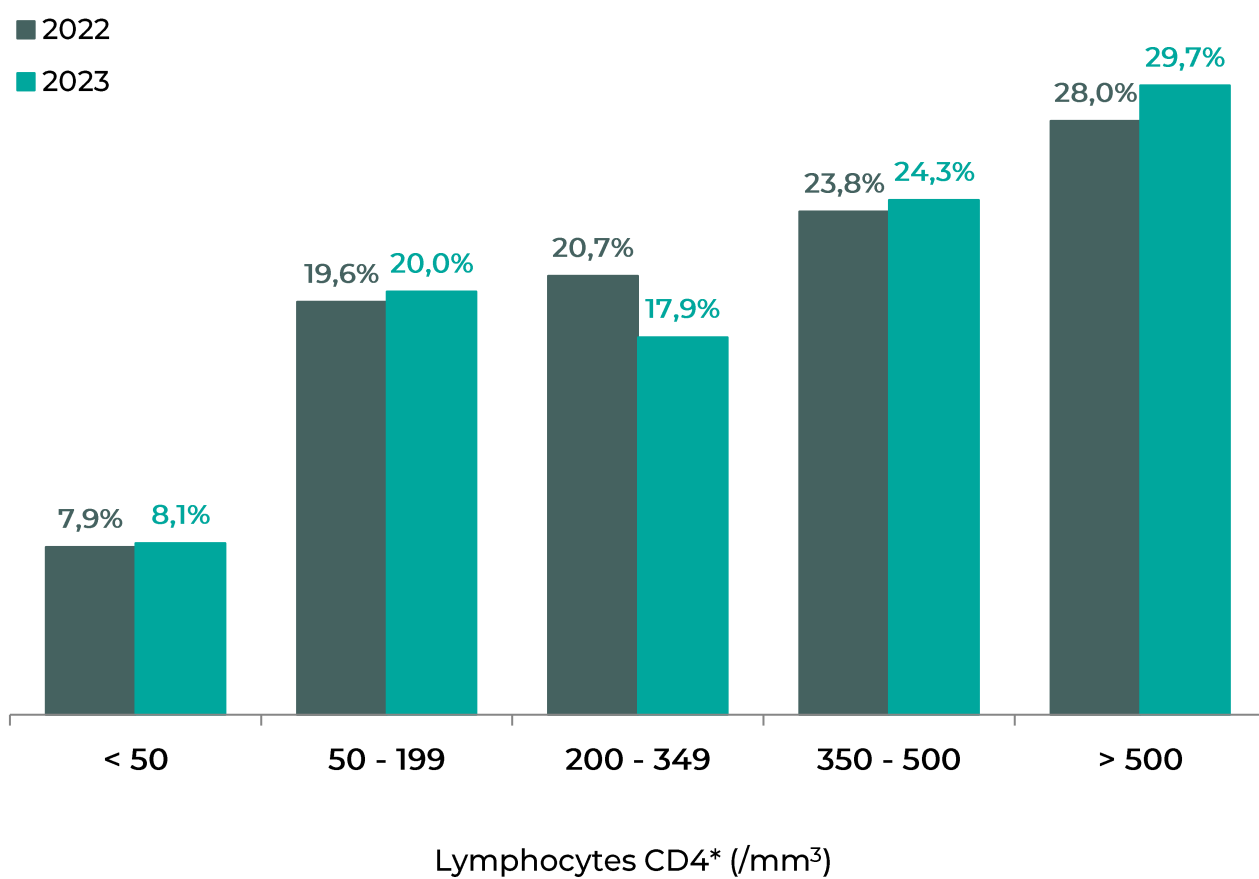
* 203 nouvelles découvertes au total ; ** 3 données manquantes en 2023

Les bilans biologiques effectués au moment de la découverte de l'infection par le VIH en 2023 ont permis de révéler une charge virale VIH inférieure à 1 000 copies dans moins de 5% des cas et un statut immunitaire préservé ($\geq 350/\text{mm}^3$) chez plus de la moitié des PVVIH nouvellement diagnostiqués (figure 9).

Figure 9. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, paramètres viro-immunologiques nouveaux diagnostiqués, années 2022 et 2023



*2 données manquantes en 2023



*3 et 5 données manquantes en 2022 et 2023 respectivement

Constats et perspectives

Depuis 2019, le nombre de PVVIH ayant accepté de participer au système d'information du COREVIH NA, à un moment ou un autre de la prise en soins de leur infection, n'a cessé d'augmenter. Plus de 8 000 patients inclus dans le système d'information ont été suivis jusqu'en 2023 (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 2023. Durant cette dernière, la baisse de file active régionale de 4,3% est la conséquence de la non disponibilité des données d'un centre hospitalier. Par ailleurs, cette analyse qui a porté sur un échantillon très important, exclut environ un millier de PVVIH en attente de signature du consentement de participation au système d'information. Leurs données n'ont pas été analysées.

Sur la période 2019-2023, on relève :

- Une activité hospitalière majoritairement centrée sur des consultations.
- Une augmentation plus rapide de la proportion de PVVIH suivies dans les hôpitaux publics de la NA ayant des rapports HSH comparativement à celle des PVVIH hétérosexuelles.
- Une durée de l'infection des PVVIH suivies qui tend à s'allonger d'années en années.
- Des PVVIH efficacement traitées par ARV pour la plupart et des indicateurs de progression de l'infection favorables, avec une évolution vers le stade SIDA qui a baissé, une prévalence de la co-infection par le VHC en forte décroissance alors que celle de la co-infection par le VHB est restée stable.
- Une mortalité liée au VIH qui tend à être circonscrite, malgré la difficulté de valider, d'exploiter et d'interpréter des données de mortalité soumises aux longs délais d'enregistrement des certificats et des causes de décès.

L'observatoire des nouveaux diagnostiqués du COREVIH NA a permis de caractériser les PVVIH ayant découvert leur séropositivité pour le VIH en 2023. Ainsi, cette dernière année, on observe :

- Une forte proportion d'hommes et de jeunes adultes.
- Des contaminations par voie sexuelle qui témoignaient essentiellement d'une augmentation des patients bisexuels par rapport à 2022.
- 10% des nouvelles découvertes au stade sida.
- De rares co-infections par les virus des hépatites B et C.

Ces nouvelles PVVIH viennent alimenter la file active au fur et à mesure des découvertes de séropositivité, après une information et un consentement éclairé à participer au système d'information du COREVIH NA.

L'intérêt de l'observatoire des découvertes de séropositivité au VIH en NA ne se limite pas à une description de leurs caractéristiques sociodémographiques, épidémiologiques, cliniques et biologiques. Des indicateurs de prévention ont été

définis (types de publics, circonstances ayant conduit à une contamination, un éventuel dépistage tardif ou une prise en soins différée, ...). Ces indicateurs doivent être surveillés dans le temps. Leur interprétation doit s'accorder aux actions, interventions et moyens mis à disposition individuellement ou collectivement par les acteurs médicaux et associatifs en vue d'adapter les stratégies de prévention locales.

Le rapport complet de cet observatoire est disponible sur le site internet du COREVIH [ICI](#).

L'amélioration de la prise en soins hospitalière des PVVIH en NA se poursuit. L'infection par le VIH est désormais une pathologie chronique bien contrôlée. Toutefois, il reste des co-morbidités associées et des complications qui génèrent des séquelles et impactent la qualité de vie des patients au long cours. Les parcours de soins (coordination de la prise en charge et harmonisation des pratiques) doivent être construits avec pertinence et évalués.

Remerciements

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