

## Surveillance des infections à VIH/Sida et sexuellement transmissibles

### SOMMAIRE

Édito et Points clés p.1 Surveillance des cas de découverte de VIH p.2 Surveillance des cas de Sida p.3 Dépistage du VIH p.3 e-DO p.4 Surveillance des cas de gonococcie p.5 Surveillance des cas de syphilis récente p.6 Prévention p.7-8 Indétectable = Non transmissible (U=U) p.9 Cohorte CoreVIH des PvVIH p.10 Pour en savoir plus, remerciements et contacts p.11

### ÉDITO

#### La e-DO des nouvelles infections par le VIH progresse mais la part des données manquantes augmente

En Nouvelle-Aquitaine, le passage de la déclaration papier vers la déclaration électronique des nouvelles infections par le VIH en 2016 a atteint en 2017 un taux de pénétration relativement élevé, plus élevé chez les biologistes que chez les cliniciens dont les données restent majoritairement incomplètes. Par ailleurs, plusieurs services hospitaliers n'ont pas encore adopté ce mode de déclaration qui permet pourtant une réduction du délai de notification. Les raisons de la non utilisation de l'e-DO ou de la non complétude de la DO sont multiples, englobant des problèmes techniques (disponibilité d'un lecteur de carte) et des problèmes organisationnels (clinicien et biologistes doivent déclarer séparément, non connaissance de la possibilité d'habilier un TEC pour la saisie, etc.) qui doivent absolument être résolus prochainement dans chaque service. Car l'amélioration de la complétude de la déclaration électronique est essentielle si l'on souhaite suivre l'incidence du VIH et le profil des personnes nouvellement infectées.

#### Enquête LaboIST

En 2017, l'enquête LaboIST ([Estimations nationales et régionales du nombre de diagnostics d'infections à Chlamydia et à gonocoque en France en 2016. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2018. 6 p](#)) a mis en évidence des taux de diagnostic d'infections à chlamydia et à gonocoque très élevés (491 et 91 diagnostics estimés d'infection à *chlamydia* et à gonocoque, respectivement, pour 100 000 habitants) pour l'année 2016 parmi les personnes de plus de 15 ans testées. Ces estimations sous-estiment néanmoins l'incidence réelle car elles ne prennent pas en compte les personnes asymptomatiques ou celles n'ayant pas fait l'objet d'un prélèvement. Les taux standardisés de diagnostic pour la région Nouvelle-Aquitaine étaient estimés à 220 diagnostics d'infection à *chlamydia* et 14 diagnostics estimés d'infection à gonocoque pour 100 000 habitants.

### POINTS CLÉS

#### VIH/Sida

- Probable faible augmentation du nombre global de découvertes entre 2016 et 2017 sur base des données brutes (données corrigées non disponibles pour 2017);
- Tendance à la hausse du nombre de sérologies VIH réalisées ainsi que de la proportion de sérologies VIH positives.

#### Syphilis récente (réseau sentinelle ResIST)

- Augmentation des syphilis récentes chez les HSH en 2017 (+11%) ; Stabilisation ou baisse de la syphilis récente dans les autres groupes de population.
- Coinfection VIH et syphilis récente élevée et stable (28%).

#### Infection à gonocoque (réseau sentinelle ResIST)

- Augmentation marquée des infections à gonocoque en 2017 par rapport à 2016 (+66%); l'augmentation concerne les femmes et les hommes.

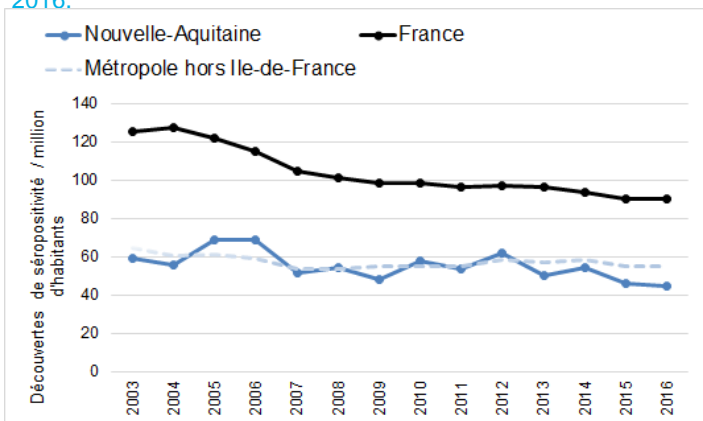
#### Données comportementales (réseau sentinelle ResIST)

- Augmentation marquée du recours aux applications mobiles comme lieu de rencontre avec le(s) partenaire(s) occasionnel(s).
- Baisse marquée de l'utilisation systématique du préservatif pour la pénétration anale.

## SURVEILLANCE DES INFECTIONS À VIH

### Données issues des notifications obligatoires VIH :

Figure 1 : Evolution du taux annuel de découvertes de séropositivité en Nouvelle-Aquitaine et en France de 2003 à 2016.



Source : données corrigées redressées de la DO VIH, Santé publique France.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité en région Nouvelle-Aquitaine, 2014-2017.

	%
<b>Age (année)</b>	
<25 (%)	12,1
25-49 (%)	61,6
50 et plus (%)	26,3
<b>Sexe masculin (%)</b>	
	71,5
<b>Pays de naissance</b>	
France (%)	63,3
Afrique sub-saharienne (%)	25,0
Autres (%)	12,0
<b>Mode de contamination</b>	
HSH (%)	48,8
Hétérosexuels (%)	46,8
Usager de drogues injectables (UDI) (%)	1,9
HSH et UDI (%)	0,4
Transfusé (en France ou à l'étranger) (%)	0,2
Mère/enfant (%)	1,4
Autre (%)	0,5
<b>CD4 au diagnostic VIH</b>	
<200 (%)	26,2
200-349 (%)	23,0
350-499 (%)	16,6
≥500 (%)	34,2
<b>Délai diagnostic</b>	
précoce* (%)	41,0
tardif** (%)	26,8

\* Un diagnostic précoce est défini par une primo-infection ou un taux de lymphocytes CD4 > 500/mm<sup>3</sup> de sang lors de la découverte du VIH.

\*\* Un diagnostic avancé est défini par un stade clinique sida ou un taux de lymphocytes CD4 < 200/mm<sup>3</sup> de sang lors de la découverte du VIH.

Source : données brutes au 15/10/2018 de la DO VIH, SpF.

### Evolution du nombre de découvertes de séropositivité

Le nombre de découvertes de séropositivité, corrigé pour le délai de découvertes et la sous-déclaration en Nouvelle-Aquitaine n'est pas encore disponible pour 2017 et était de 45 [35-55] par million d'habitants en 2016.

Le taux de découverte de séropositivité était stable sur la période 2015-2016 et inférieur au taux de la France (90 [90-94]) en 2016 ainsi qu'au taux en métropole hors Ile-de-France (55 [51-59]) en 2016 (figure 1).

### Caractéristiques sociodémographiques des découvertes de séropositivité

L'absence d'informations renseignées pour la majorité des variables de la DO de VIH en 2016 et 2017 ne permet pas de décrire les caractéristiques des découvertes de séropositivité sur cette période. Globalement, sur la période 2014-2017, on observe que 61,4% des découvertes de séropositivité concernent des personnes âgées de 25 à 49 ans, 26,3% des personnes de 50 ans et plus, et 12,1% des jeunes de moins de 25 ans (tableau 1). 71,5% des découvertes concernent des hommes. Un quart des découvertes concerne des personnes nées en Afrique sub-saharienne et 12% dans d'autres pays.

### Caractéristiques cliniques des découvertes de séropositivité

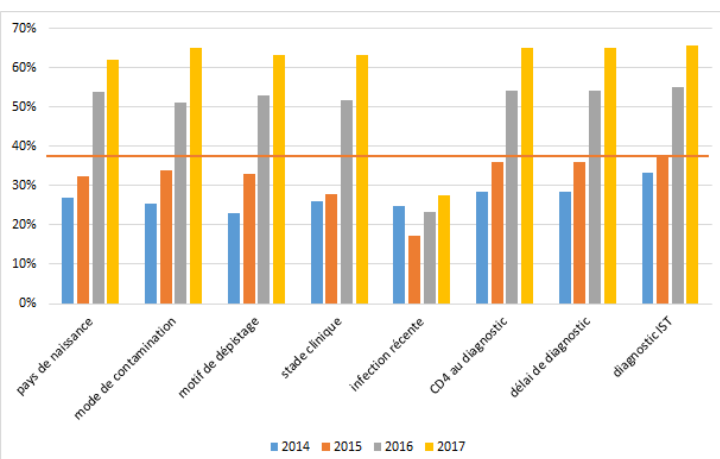
Les modes de contamination sont principalement les rapports sexuels entre hommes (48,8%) et les rapports hétérosexuels (46,8%) (tableau 1). Plus d'un quart des cas des découvertes de séropositivité avait des CD4 inférieures à 200 et 26,8% avaient un diagnostic tardif (Tableau 1).

### Complétude des données de la DO de VIH

Hormis le statut d'infection récente, les autres variables décrivant le statut clinique, le pays de naissance, le mode de contamination, et le motif de dépistage n'ont pas été renseignées pour plus de 50% des cas de découvertes de VIH déclarés en 2016. La proportion des valeurs non renseignées atteint près de 65% en 2017 (Figure 2).

Cette proportion élevée de valeurs manquantes ne permet pas de décrire les caractéristiques des cas pour l'année 2017.

Figure 2 : Pourcentage des valeurs non renseignées pour les variables de la DO de VIH en région Nouvelle-Aquitaine, 2014-2017.



Source: données brutes au 30 septembre 2018, DO VIH, Santé publique France

## SURVEILLANCE DES DIAGNOSTICS DE SIDA

### Données issues des notifications obligatoires Sida

- Evolution du nombre de diagnostics

Le nombre de diagnostics de SIDA en Nouvelle-Aquitaine, corrigé pour le délai de découverte et la sous-déclaration, n'est pas encore disponible pour 2017 et était estimé en 2016 à 62 (IC 95%: 45-80) cas dont 70% n'étaient pas sous traitement antiRT avant le sida. Cela représente un taux de 10 [8-13] par million d'habitants, un taux en baisse constante depuis 2003, comme observé à l'échelle nationale.

## DÉPISTAGE DE L'INFECTION AU VIH

### Données issues de l'enquête LaboVIH

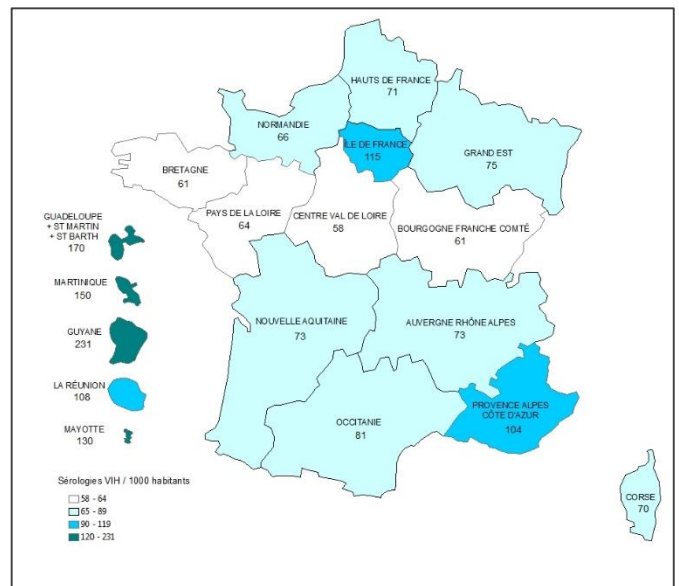
En 2017, 433 227 (IC95%: 415 345 – 451 110) sérologies VIH ont été réalisées en Nouvelle-Aquitaine.

En 2017, le nombre de sérologies VIH réalisée pour 1000 habitants en Nouvelle-Aquitaine était de 73 (IC95%: 70-76). La région fait partie de celles avec un taux de dépistage intermédiaire (figure 3).

En termes de tendance régionale, le nombre de sérologies VIH réalisées pour 1000 habitants est en augmentation, comme le montre la figure 4. Cette même tendance est observée au niveau national.

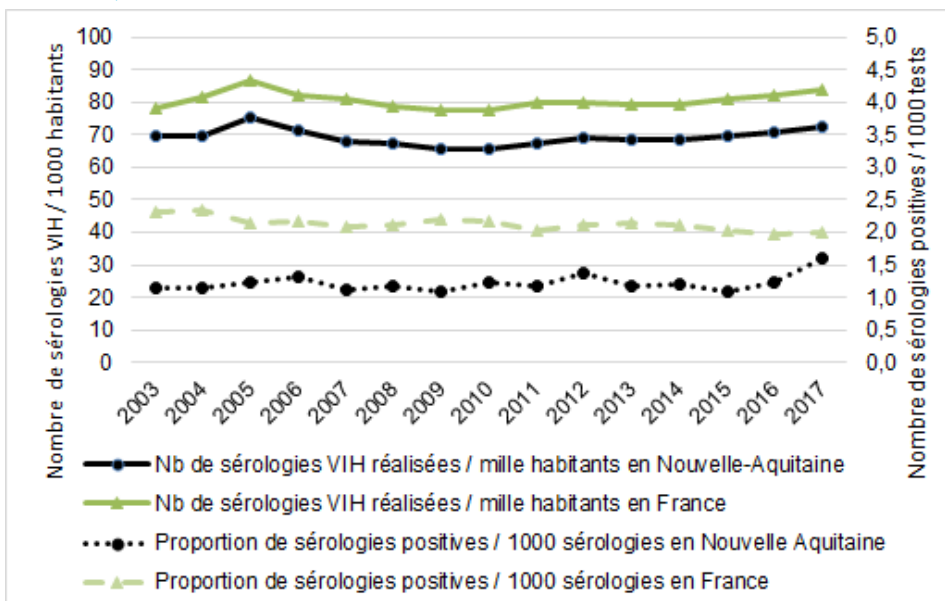
En 2017, la proportion de sérologies positives était de 1,6 pour 1000 sérologies en Nouvelle-Aquitaine, une augmentation de 33% par rapport à 2016 (figure 4).

Figure 3 : Nombre de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants en France, par région, en 2017.



Source : LaboVIH 2017, Santé publique France.

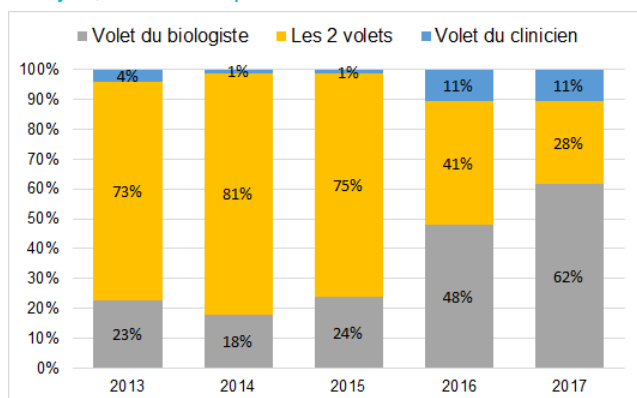
Figure 4 : Evolution du nombre annuel de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants en France, 2003-2017.



Source : LaboVIH 2017, Santé publique France.

## E-DO : DÉCLARATION OBLIGATOIRE EN LIGNE DE L'INFECTION PAR LE VIH ET DU SIDA

Figure 5 : Proportion des découvertes de séropositivité pour lesquelles les volets « biologiste » et « clinicien » ont été envoyés, Nouvelle-Aquitaine de 2013-2017.



Source : données brutes au 30 septembre 2018, DO VIH, Santé publique France.

La surveillance des nouveaux diagnostics d'infection au VIH et de SIDA, et l'identification des groupes les plus à risque pour orienter les actions de prévention et améliorer la prise en charge, dépendent directement de la qualité des données issues des déclarations. Il est essentiel que les professionnels de la santé s'approprient et utilisent la déclaration électronique pour améliorer l'exhaustivité et le délai de transmission des DO.

- Évolution de l'envoi des parties « clinicien » et « biologistes » du formulaire de déclaration obligatoire des découvertes de séropositivité

Depuis l'introduction de la déclaration électronique en 2016, on observe une baisse du nombre de déclarations complètes, c'est-à-dire avec les 2 volets, biologiste et clinicien (figure 5). La part des déclarations incomplètes et ne présentant que le volet du biologiste a encore augmenté en 2017 pour atteindre 62% des déclarations. Les déclarations ne comportant que le volet clinicien ont aussi augmenté et représentent 11% des déclarations.

### • Utilisation de l'e-DO en région

Depuis avril 2016, la notification du VIH s'effectue en ligne sur [www.e-do.fr](http://www.e-do.fr) (plus d'information sur le site web de Santé publique France: [e-DO](#)).

La proportion de déclarations électroniques en Nouvelle-Aquitaine atteint 87% pour les biologistes et 81% pour les cliniciens.

Aucune déclaration électronique n'est parvenue de biologistes dans plusieurs départements (Haute-Vienne, Landes) et de cliniciens dans d'autres départements (Charente, Corrèze) sur les 12 derniers mois (tableau 2).

Tableau 2 : Nombre de déclarations VIH électroniques reçues entre novembre 2017 et octobre 2018 par département.

Nombre de e-DO de VIH reçues entre novembre 2017 et octobre 2018													
Type de déclarant	D16	D17	D19	D79	D24	D33	D87	D40	D47	D64	D86	Total Région	Région %
<b>biologiste</b>	9	18	1	9	15	138			5	32	30	257	57%
<i>hopital</i>	8	11		8	6	124			1	32	27	217	84%
<i>ville</i>	1	7	1	1	9	14			4		3	40	16%
<b>clinicien</b>		12		24	1	34	64	11	1	25	21	193	43%
<i>hopital</i>		12		24	1	29	64	11		25	21	187	97%
<i>ville</i>						5			1			6	3%
<b>Total</b>	9	30	1	33	16	172	64	11	6	57	51	450	

### E-DO VIH/SIDA, QUI DOIT DÉCLARER ?

-**Tout biologiste** qui diagnostique une infection au VIH doit déclarer ce cas (même si la personne a pu être diagnostiquée auparavant dans un autre laboratoire)

**ET**

-**Tout clinicien** qui a prescrit une sérologie VIH s'étant avérée positive, qui a pris en charge une personne ayant récemment découvert sa séropositivité, qui constate le décès d'une personne séropositive pour le VIH, ou qui diagnostique un sida chez un patient, que celui-ci soit déjà connu séropositif ou non, doit déclarer ce cas.

La notification des cas d'infection au VIH se fait par **un formulaire en deux parties qui contiennent des informations différentes** : un feuillet destiné au biologiste et l'autre au clinicien. Les biologistes n'ont plus à transmettre les feuillets de notification au clinicien. Chaque co-déclarant (clinicien et biologiste) fait une déclaration de manière indépendante dans l'application e-DO.

Les déclarants qui ne parviendraient pas à déclarer en ligne peuvent obtenir des formulaires sous forme PDF à imprimer en s'adressant à Info Service au 0 809 100 003 ou auprès de Santé publique France : [ANSP-DMI-VIC@santepubliquefrance.fr](mailto:ANSP-DMI-VIC@santepubliquefrance.fr)

## SURVEILLANCE DES IST (Infections sexuellement transmissibles)

### Gonococcie, données issues du réseau de surveillance des IST (RéSIST)

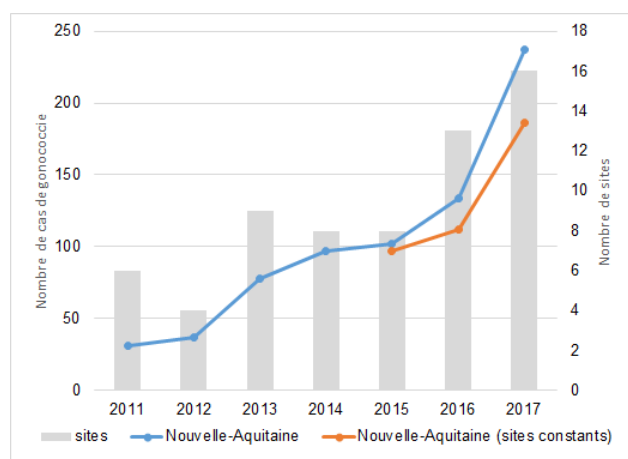
#### Evolution des cas de gonococcie

On observe une augmentation de 15% de cas de gonococcie en 2016 et de 66% en 2017 en région (sites constants) (figure 6). Les sites constants concernent 6 centres situés dans 5 départements: Charente, Charente-Maritime, Gironde, Deux-Sèvres, Haute-Vienne. Le nombre de sites déclarants a augmenté depuis 2016 pour atteindre 16 en 2017, répartis sur 10 départements de la région. En 2017, 53% des cas de gonococcie ont été rapportés en Gironde (figure 7).

L'augmentation des cas de gonococcie en 2017 concernait autant les femmes (+113%) que les hommes (+71%).

\***Sites constants**: sites ayant déclaré au moins 1 cas en 2015, 2016 et 2017

Figure 6 : Evolution du nombre de cas de gonococcie en Nouvelle-Aquitaine, 2011-2017.



Source : RéSIST, Santé publique France.

Figure 7 : Répartition relative (%) des cas de gonococcie rapportés par département en 2017.

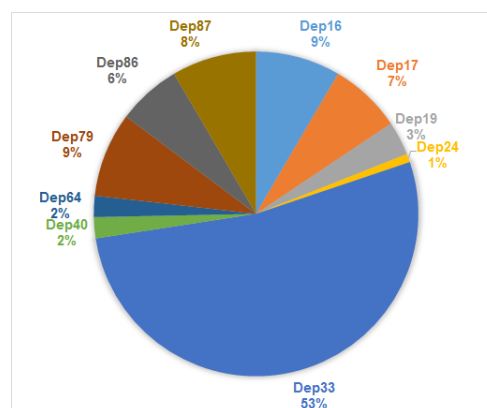


Tableau 3 : Caractéristiques des cas de gonococcie en Nouvelle-Aquitaine, en 2012-2016 vs 2017.

Caractéristiques	2012-2016 (n=448)	2017 (n=237)
	%	%
<b>Sexe masculin</b>	77	78
<b>Classe d'âge</b>		
[0-20[	13	14
[20-30[	60	56
[30-40[	15	20
[40-50[	6	8
[50-60[	3	2
60 et +	2	1
<b>Orientation sexuelle</b>		
Hommes homo-bisexuels	57	60
Hommes hétérosexuels	20	19
Femmes hétérosexuelles	20	19
Femmes homobisexuelles	3	3
<b>Motif de consultation initiale*</b>		
Signe(s) évocateur d'IST	57	42
IST chez partenaire(s)	7	16
Dépistage systématique	32	22
Bilan (prise de risque, autre)	4	20
<b>Diagnostic de VIH associé</b>		
Positif connu	6	6
Découverte de sérologie VIH	1	1

\*Plus d'un motif possible

Source : données RéSIST, Santé publique France.

#### • Caractéristiques des cas de gonococcie

Les hommes sont majoritaires et représentaient 78% des cas de gonococcie en 2017 (tableau 3). Les homo-bisexuels représentaient 60% des cas de gonococcie en 2017 et les hétérosexuels 40%. 70% des cas de gonococcie avaient moins de 30 ans en 2017, une proportion stable depuis 2012. Un signe évocateur d'IST reste le motif de consultation initiale le plus fréquent (42%) mais on observe un doublement de la proportion des cas diagnostiqués suite au diagnostic d'une IST chez un partenaire (16% en 2017). La coinfection VIH est peu fréquente (7% en 2017).

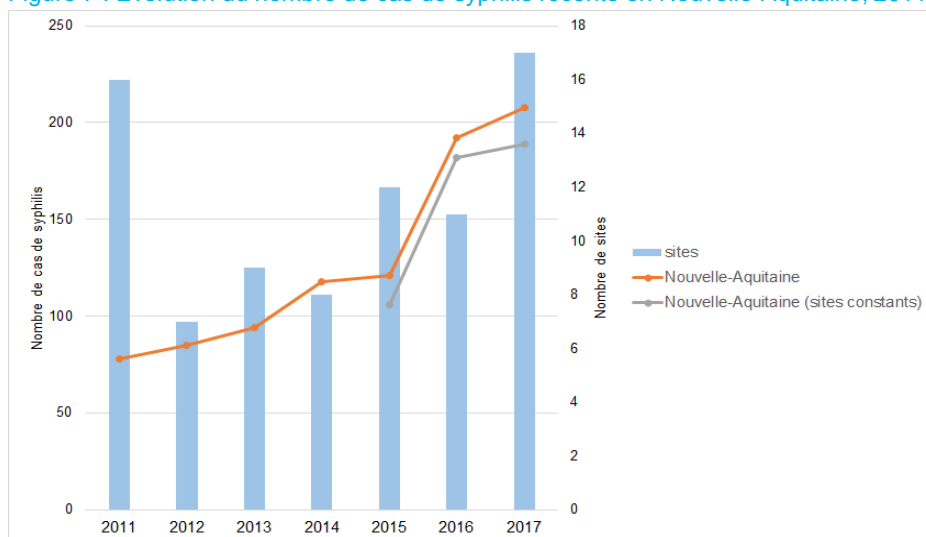
En 2017, 88% des cas de gonococcie concernaient des personnes nées en France contre 84% sur la période 2012-2016.

## Syphilis, données issues du réseau de surveillance des IST (RéSIST)

### • Evolution des cas de syphilis récente

Le nombre de sites participant au réseau ResIST a augmenté en 2017 avec un total de 17 sites répartis dans 11 des 12 départements de la région. En 2017, 83% des cas déclarés de syphilis ont été diagnostiqués dans une structure spécialisée (Ciddist/CDAG ou CeGIDD).

Figure 7 : Evolution du nombre de cas de syphilis récente en Nouvelle-Aquitaine, 2011-2017.



Après une augmentation du nombre de cas de syphilis récente (+72%) en 2016 par rapport à 2015 (sites constants\*), on observe une stabilisation au niveau de la région en 2017 (figure 7). A l'échelle départementale, deux tendances opposées sont observées en 2017: une baisse de 45% du nombre de cas en Charente (Cegidd du CH d'Angoulême) et une hausse de 50% en Gironde (dispensaire de Bordeaux et consultation maladies infectieuses CHU Bordeaux). Chez les HSH, on observe une hausse de +11% des cas de syphilis récente en 2017, alors qu'elle s'est stabilisée ou a diminué dans les autres groupes de population.

Source : données au 20 octobre 2018, RéSIST, Santé publique France.

Tableau 4 : Caractéristiques des cas de syphilis récente en Nouvelle-Aquitaine, en 2012-2016 vs 2017.

Caractéristiques	2012-2016		2017	
	%	%	%	%
<b>Sexe masculin</b>	93	96		
<b>Orientation sexuelle</b>				
Hommes homobisexuels	81	88		
Hommes hétérosexuels	12	8		
Femmes hétérosexuelles	6	4		
Femmes homobisexuelles	1	0		
<b>Classe d'âge</b>				
[0-20[	4	3		
[20-30[	32	25		
[30-40[	21	21		
[40-50[	24	24		
[50-60[	12	20		
60 et +	8	7		
<b>Stade de la syphilis</b>				
Primaire	20	26		
Secondaire	35	26		
Latente précoce	45	49		
<b>Motif de consultation initiale*</b>				
Signe(s) évocateur d'IST	39	44		
IST chez partenaire(s)	9	16		
Dépistage systématique	40	34		
Bilan (prise de risque, autre)	3	15		
<b>Statut sérologique VIH</b>				
Positif connu	26	28		
Découverte de sérologie VIH	4	1		

\*Plus d'un motif possible

Source : RéSIST, Santé publique France.

\*Sites constants: sites ayant déclaré au moins 1 cas de syphilis récente en 2015, 2016 et 2017

### • Caractéristiques des cas de syphilis récente

En 2017, les cas de syphilis étaient essentiellement des hommes (96%) d'orientation homosexuelle (87,6%) (tableau 4). Ces caractéristiques restent inchangées par rapport à la période 2012-2016. Seulement 3,4% des cas avaient moins de 20 ans. La proportion des cas âgés de 50 à 59 ans a augmenté, passant de 11,6% sur la période 2012-2016 à 19,8% en 2017, et celle des 20-29 ans a diminué, passant de 31,5% en 2012-2016 à 24,6% en 2017.

La proportion de cas de syphilis diagnostiqués au stade primaire était de 26% en 2017, en augmentation par rapport à la période 2012-2016 (20%). 28,2% des cas de syphilis avaient un statut VIH positif connu en 2017. Un signe évocateur d'IST était le motif de consultation initiale pour 43,8% des cas de syphilis en 2017. La présence d'une IST chez le partenaire comme motif de consultation a augmenté, passant de 9% en 2012-2016 à 16,3% en 2017.

En 2017, 91% des cas de syphilis étaient des personnes nées en France, une proportion stable par rapport à la période 2012-2016.

## PRÉVENTION

### Données comportementales

- Lieux de rencontre

Dans le cadre de la surveillance ResIST, les patients diagnostiqués pour une syphilis ou un gonococcie sont questionnés sur les lieux de rencontre avec leur(s) partenaire(s) occasionnel(s). On observe chez les cas de gonococcie et de syphilis, une évolution du type de lieu de rencontre depuis 2012, avec une augmentation significative du recours aux applications mobiles, représentant 24% des lieux de rencontre pour les cas de gonococcie et 35% pour les cas de syphilis en 2017 (tableau 3). Pour les cas de gonococcie, la proportion du recours aux applications mobiles a également augmenté significativement en 2017 (24%) ( $p < 0,001$ ; test chi2) (Tableau 5).

- Utilisation du préservatif

Globalement, l'utilisation systématique du préservatif pour les pénétrations anales et vaginales est faible à la fois pour les cas de gonococcie et les cas de syphilis; elle est de moins de 1% pour les fellations (tableau 5).

L'utilisation systématique du préservatif a globalement diminué en 2017 par rapport à la période 2012-2016 pour tous les types de pratiques sexuelles, pour les cas de gonococcie et de syphilis. On observe une baisse significative de l'utilisation systématique du préservatif pour les pénétrations anales, passant de 28,2% en 2012-2016 à 12,3% en 2017 pour les cas de gonococcie et de 29% à 6% pour les cas de syphilis ( $P < 0,001$ , test chi2).

Tableau 5 : Lieux de rencontre et utilisation du préservatif pour les cas de gonococcie et de syphilis en Nouvelle-Aquitaine, 2012-2016 vs 2017 (ResIST).

	Gonococcie			Syphilis		
	2012-2016 (n=448) %	2017 (n=237) %	P	2012-2016 (n=610) %	2017 (n=208) %	P
<b>Lieux de rencontre</b>						
sauna	11	6	0,00	19	17	0,66
backrooms, sex clubs, clubs échangistes	7	5	0,28	7	13	0,02
sites de rencontre sur internet	29	22	0,04	29	26	0,48
applications mobiles	6	24	<0,001	6	35	<0,001
autres	16	22	0,07	12	14	0,46
<b>Utilisation systématique du préservatif</b>						
pour les pénétrations vaginales	13	6	0,05	20	9	0,13
pour les pénétrations anales	28	12	<0,001	29	6	<0,001
pour les fellations	1	1	0,43	2	0	0,10

# PRÉVENTION

## Campagne nationale d'incitation au dépistage

- Rediffusion de la campagne auprès de tous les publics

À l'occasion de la 31<sup>ème</sup> journée mondiale de lutte contre le sida, Santé publique France relance sa grande campagne de prévention visant à valoriser l'offre de dépistage adaptée aux besoins de chacun. L'objectif est de faire connaître les différents modes de dépistage disponibles et leurs points forts.

Les visuels mettent en avant des points positifs de chaque technique de dépistage avec la signature « Les modes de dépistage du VIH s'adaptent à votre vie ». La campagne s'adresse à tous comme aux populations les plus exposées aux VIH (les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les migrants d'Afrique subsaharienne).

Elle est rediffusée en digital du 30 novembre au 20 décembre et en affichage publicitaire sur les lieux fréquentés par les migrants d'Afrique subsaharienne du 30 novembre au 20 décembre.

- Mise à disposition d'un kit de communication

Un kit de campagne pour déclinaison locale est proposé aux acteurs de terrain. Les fichiers électroniques de cartes postales, affichettes et d'un flyer A5 sont disponibles pour être personnalisés et imprimés par leur soins auprès de

[Lucile.bluzat@santepubliquefrance.fr](mailto:Lucile.bluzat@santepubliquefrance.fr)



Éléments du kit de communication locale

Les modes de DÉPISTAGE DU VIH s'adaptent à votre vie

NOM DE L'ÉVÈNEMENT Lieu de l'évènement JJ/MM/AAAA

Partez en 5 minutes, obtenez le résultat en 20 minutes sur [sida-info-service.org](http://sida-info-service.org)

LES MODES DE DÉPISTAGE DU VIH S'ADAPTENT À VOTRE VIE

ANONYME, GRATUIT, SANS RDV, ACCOMPAGNÉE

Autotest, Test rapide, Test au cabinet, Test en labo

LES MODES DE DÉPISTAGE DU VIH S'ADAPTENT À VOTRE VIE

ANONYME, GRATUIT, SANS RDV, ACCOMPAGNÉE

Autotest, Test rapide, Test au cabinet, Test en labo

LES MODES DE DÉPISTAGE DU VIH S'ADAPTENT À VOTRE VIE

ANONYME, GRATUIT, SANS RDV, DANS MON QUARTIER

Autotest, Test rapide, Test au cabinet, Test en labo

LES MODES DE DÉPISTAGE DU VIH S'ADAPTENT À VOTRE VIE

ANONYME, GRATUIT, SANS RDV, ACCOMPAGNÉE

Autotest, Test rapide, Test au cabinet, Test en labo



## COREVIH

### Indétectable = Non transmissible (U = U)

*Denis Lacoste et François Dabis*

Dix ans après « l'avis Suisse » et cinq ans après l'adoption en France de la recommandation du traitement universel, l'ONUSIDA a choisi comme thème de cette journée de lutte contre le VIH : « Connais ton statut »... Le dépistage est en effet un passage obligé pour proposer une prise en charge spécifique efficace à titre individuel et collectif.

Le dernier congrès de l'International Aids Society en juillet à Amsterdam a pointé les obstacles encore considérables à franchir pour un éventuel contrôle de l'épidémie dans des délais raisonnables... Dépistage (le premier « 90 ») et accès aux soins étant particulièrement ciblés comme des points nécessaires d'amélioration (1).

En 2018, il est acquis que la prévention comportementale est notoirement insuffisante et ne parvient pas à elle seule à empêcher la transmission. Le préservatif est certes utile avec une protection à 80%, mais on connaît les limites à son utilisation (2).

Si l'ONUSIDA propose ce thème pour la journée mondiale (une quasi-injonction au dépistage), c'est parce que l'on sait qu'une fois dépistée, une personne séropositive se verra proposer le plus rapidement possible et systématiquement un traitement ARV qui est le seul moyen efficace aujourd'hui pour casser la chaîne de transmission du VIH et constitue le meilleur garant d'une espérance de vie très proche de celle de la population générale comparable..

Bien sûr, encore faut-il que le dépistage soit suivi d'une proposition de soin immédiate, et pour cela vaincre d'autres types d'obstacles d'ordre souvent sociétaux mais aussi organisationnels. L'objectif ultime est l'obtention d'un statut « indétectable » (charge virale négative vérifiée à deux reprises) dans les six mois suivant la mise en route du traitement et bien sûr hors échec virologique... Ce résultat est aujourd'hui obtenu avec les nouvelles armes thérapeutiques dans la très grande majorité des cas et ceci permet d'envisager une réduction très efficace du risque de transmission à un niveau populationnel.

L'avis Suisse présenté au congrès de Mexico (août 2008) par le Pr Bernard Hirschel n'est plus contesté puisque largement confirmé par plusieurs études et en particulier l'essai randomisé HPTN 072 et ses résultats à long terme (3).

A tel point qu'un slogan « Undetectable = Untransmissible » (U=U) ou Indétectable=Intransmissible, est diffusé de plus en plus largement pour faire évoluer les mentalités et représentations sur ce que représente le vivre avec ce virus pour soi et pour les autres...C'est bien vers une valorisation des PVVIH pour une meilleure intégration, et une lutte plus efficace contre les discriminations à tous les niveaux que ce message doit tendre.

S'il fallait encore convaincre, un travail de Virginie Supervie et Romulus Breban à paraître très prochainement dans JAIDS sur le calcul du risque de transmission par rapports sexuels non protégés dans les couples sérodifférents quand le partenaire infecté est sous traitement efficace (dans les conditions mentionnées plus haut) apporte une magistrale démonstration basée sur les 9 grandes études de traitement comme moyen de prévention (TasP) publiées à ce jour (4). Leurs calculs statistiques évaluent le risque à 4,7 transmissions pour 7 409 couples hétérosexuels/années de suivi (3,9 / 100 000 rapports) et à 35,1 pour 1 778 couples HSH/années de suivi (4,4 / 100 000 rapports). Dans ces neuf études, seul un cas de transmission aurait été observé dans des strictes conditions d'indétectabilité.

Il reste toujours malgré tout capital de tenir compte de l'état de santé global de chaque PVVIH sous traitement et de ne pas oublier les objectifs de prise en compte des comorbidités, de qualité de vie de l'individu dans la société, les addictions, les IST. Et pour lutter efficacement contre ce dernier problème, il reste toujours une place de choix pour le préservatif !

(1) Bekker LG, Alleyne G, Baral S et al. Advancing global health and strengthening the HIV response in the era of the Sustainable Development Goals: the International AIDS Society – Lancet Commission. *Lancet* 2018; 392: 312-58. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31070-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31070-5).

(2) Chapitre « Prévention et dépistage ». Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH : recommandations du groupe d'experts. CNS et ANRS, avril 2018. <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>

(3) Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. *N Engl J Med*. 2016; 375:830-9. doi: 10.1056/NEJMoa1600693.

(4) Supervie V, Breban R. Brief Report: Per Sex-Act Risk of HIV Transmission Under Antiretroviral Treatment: A Data-Driven Approach. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018;79(4):440-4. doi: 10.1097/QAI.0000000000001845.

## COREVIH

### Cohorte des PVVIH en Nouvelle-Aquitaine

*Olivier Leleux et Sylvie Ayayi*

Le système d'information du COREVIH Nouvelle Aquitaine sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) est composé des bases de données combinées de 25 centres hospitaliers sur les 32 que compte la région. Les données sont agrégées à partir de trois systèmes de recueil historiquement déployés sur le territoire : le DOMEVIH, NADIS et ARPEGE (Cohorte ANRS CO3 Aquitaine).

Mise en place en 1987, la Cohorte Aquitaine s'est mise en conformité dès 1991 avec le dispositif national de surveillance de l'infection par le VIH du Ministère de la Santé. Depuis elle a toujours participé aux instances de coordination régionale de lutte contre le VIH (au travers du CISIH créé en 1991, devenu COREVIH Aquitaine en 2008). La cohorte couvre 16 centres cliniques répartis sur le CHU de Bordeaux (6 centres) et sur 10 centres hospitaliers de l'ex-Aquitaine. En 2019, la cohorte sera élargie au reste du territoire de la région.

En plus de leur utilisation par le COREVIH, les données de la cohorte ANRS CO3 Aquitaine sont également exploitées à des fins scientifiques aux niveaux régional, national et international.

En 2017, plus de 7 500 PVVIH ont été pris en charge dans les hôpitaux publics de la Nouvelle Aquitaine. Les trois-quarts étaient de genre masculin et 23% d'entre eux avaient plus de 60 ans. La part des contaminations par des rapports homosexuels et hétérosexuels était globalement équivalente (autour de 40% chacune), même s'il existait des disparités infra-régionales selon les lieux de prise en charge.

Sur le plan clinique, un patient sur cinq est au stade SIDA à son dernier suivi de l'année ; 4% d'entre eux étaient co-infectés par le virus de l'hépatite B et une infection par le virus de l'hépatite C, actuelle ou ancienne, était présente chez 14% d'entre eux.

98% de ces PVVIH suivis dans les hôpitaux de la région sont traités par les combinaisons antirétrovirales ; 95% de ces PVVIH sous traitement ont une charge virale indétectable, témoin d'une absence de répllication du virus sous traitement antirétroviral.

En 2017, 67 décès sont survenus au sein de cette population de PVVIH pris en charge ; on estime (données non consolidées) que 12% de ces PVVIH pris en charge ont interrompu leur suivi et ont pu se retrouver en rupture de traitement. Cette situation est préjudiciable car elle impacte sur la qualité de vie des PVVIH et favorise des contaminations à autrui qui auraient pu être évitées.

300 de ces PVVIH ont été nouvellement diagnostiqués en 2017, parmi lesquels un tiers a été pris en charge tardivement (alors que leur taux de lymphocytes CD4+ était déjà en dessous de 200/mm<sup>3</sup> ou qu'ils avaient déjà atteint le stade de sida clinique).

## POUR EN SAVOIR PLUS

### Surveillance VIH/sida

- Déclaration obligatoire et surveillance virologique VIH/sida
- Modalités de déclaration : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Declaration-obligatoire-de-l-infection-a-VIH-et-du-sida>
- Informations sur les données brutes et corrigées : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Declaration-obligatoire-de-l-infection-a-VIH-et-du-sida/Donnees-epidemiologiques>
- Activité de dépistage du VIH/sida

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Depistage-du-VIH>

### Surveillance des IST

- Modalités de surveillance des IST : <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr..//Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles/Comment-surveiller-les-IST>
- Information sur le réseau de surveillance RésIST : [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/2016\\_41-42\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/2016_41-42_1.html)
- Surveillance via les CeGIDD : <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Surveillance-epidemiologique-au-sein-des-CEGIDD>

### Bulletins et points épidémiologiques

- Bulletins des réseaux de surveillance des IST : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>
- **Point épidémiologique des infections par le VIH et les IST** : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes.-Point-epidemiologique-du-26-novembre-2018>
- Numéro thématique, Journée mondiale du sida, 1<sup>er</sup> décembre 2017 : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2017/BEH-n-29-30-2017>
- **Numéro thématique, Journée mondiale du sida, 1<sup>er</sup> décembre 2018, « connais ton statut »** : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2018/BEH-n-40-41-2018>

## REMERCIEMENTS

Santé publique France Nouvelle-Aquitaine tient à remercier :

- les participants au réseau RésIST en Nouvelle-Aquitaine : CH Agen, CH Angoulême, CH Bergerac, CHU Bordeaux, CH Brive, CH Côte Basque, CH Dax, CH La Rochelle, CH Libourne, CHU Limoges, Maison départementale de la santé de Bordeaux, CH Mont-de-Marsan, CH Niort, CH Périgueux, CHU Poitiers, Relais Charbonnier de Poitiers, CH Rochefort, CH Saintonge
- les membres des équipes de la direction des maladies infectieuses (DMI) et de la direction de la prévention et de la promotion de la santé (DPPS) de Santé publique France : Lucile Bluzat (DPPS), Françoise Cazein (DMI), Florence Lot (DMI), Nathalie Lydié (DPPS), Anna Mercier (DPPS), Ndeindo Ndeikoundam (DMI), Corinne Pioche (DMI), Annie Velter (DPPS), Delphine Viriot (DMI) ;
- Isabelle Crespel, Denis Lacoste, Olivier Leleux, Sylvie Ayayi et François Dabis (Corevih Nouvelle-Aquitaine).

## CONTACT

Santé publique France Nouvelle-Aquitaine : [nouvelle-aquitaine@santepubliquefrance.fr](mailto:nouvelle-aquitaine@santepubliquefrance.fr)