



JOURNEE DE PLANIFICATION PLURIANNUELLE COREVIH NOUVELLE AQUITAINE 2017-2021 Le 28/11/2017 à Angoulême

A l'occasion de la mise en place du Corevih Nouvelle Aquitaine, le Bureau a décidé de s'engager dans une planification pluriannuelle de « parcours VIH, santé sexuelle » qui va nous permettre de dégager les orientations à prendre pour les quatre ans à venir de notre COREVIH Nouvelle Aquitaine.

Cette planification va se décliner à travers 4 grands axes (IST, VIH):

- Prévention
- Dépistage
- Recours aux soins, prise en charge
- Vivre avec (vieillessement,...)

A partir de constats (données quantitatives, qualitatives) pour chaque axe seront identifiées des problématiques, puis des pistes de travail (sous forme d'objectifs)

L'objectif de cette journée est à partir de :

- ⇒ **l'état des lieux des actions des ex-Corevih,**
- ⇒ **du rapport des CeGIDD 2016**
- ⇒ **de ce document des constats/recommandations des 4 axes ci-après,**

d'identifier des problématiques puis de définir des pistes de travail (sous forme d'objectifs).

Pour cela nous pourrons alterner les travaux de groupes (d'après les 4 axes) et les restitutions en grand groupe.

Travail en sous-groupe sur les axes de travail

- ◇ Prévention – Animateurs : H. FERRAND - P. PINET – B. REILLER
- ◇ Dépistage – Animateurs : P. AUBRY – Q. JACOUX
- ◇ Recours aux soins, prise en charge – Animateurs : G. LE MOAL – G. MADELINE
- ◇ Vivre avec (Vieillessement, ...) – Animateurs : C. MERMOZ – D. LACOSTE

Consignes :

Dans chaque axe ci-après sont détaillés différents éléments regroupés dans 2 parties :

- ⇒ Orientations nationales, recommandations
- ⇒ Constats nationaux, régionaux, locaux

Ces éléments ont été compilés par le Bureau, l'équipe de coordination, le Président.

Comme chaque participant va travailler au sein d'un groupe de travail sur un seul axe certains éléments vont se retrouver dans plusieurs axes.

A partir de ces éléments, de l'état des lieux des activités des ex Corevih fourni, du rapport des CeGIDD 2016, il s'agit d'identifier des problématiques et définir des pistes de travail sous forme d'objectifs.

Puis définir des groupes de travail.

Ex : Pour l'axe dépistage :

Problématique identifiée : Forte prévalence du VIH chez les HSH

Pistes de travail :

- ⇒ Renforcer l'accès au dépistage dont le dépistage de proximité*
- ⇒ Communiquer sur l'offre de dépistage*

AXE Prévention

ORIENTATIONS NATIONALES, RECOMMANDATIONS

Stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS)

La SNSS a été lancée en mars 2017. Elle définit à l'horizon 2030 les grandes orientations nationales en faveur d'une meilleure santé sexuelle.

Les orientations stratégiques de la SNSS s'articulent autour de grandes priorités suivantes ::

Axe 1- Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive

Objectif 1 : Eduquer les jeunes à la sexualité, à la santé sexuelle et aux relations entre les personnes

Objectif 2 : Améliorer l'information en santé sexuelle en utilisant les nouveaux outils de communication

Objectif 3 : Renforcer la formation en santé sexuelle des professionnels de santé, du médico social, de l'éducation et de la justice et des médias intervenant dans le champ de la santé sexuelle et de l'éducation à la santé

Objectif 4 : Renforcer les compétences des parents

Axe 2- Améliorer le parcours de santé en matière d'IST dont le VIH et les hépatites virales : prévention, dépistage, prise en charge

Objectif 1 : Renforcer et diversifier la prévention des IST et du VIH

Objectif 2 : Augmenter la couverture vaccinale des IST à prévention vaccinale

Objectif 3 : Améliorer les dépistages des IST dans une approche globale de santé sexuelle

Objectif 4 : cf axe prise en charge

Objectif 5 : Améliorer l'accompagnement médico-social et social, favoriser l'accès aux droits et lutter contre les discriminations subies par les PVVIH et les populations vulnérables

Axe 4- Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables

Objectif 1 :

Renforcer la prévention, le dépistage, l'accès aux droits et la prise en charge à destination des populations les plus exposées au VIH et aux IST

Objectif 2 : Prendre en compte la sexualité des personnes en situation de handicap et des personnes âgées

Objectif 3 : Prendre en compte la sexualité des personnes ayant une maladie chronique

Axe 5- Promouvoir la recherche, les connaissances et l'innovation en santé sexuelle

Objectif 1 : Renforcer la surveillance par la mise en place des indicateurs de santé sexuelle

Objectif 2 : Promouvoir la recherche interventionnelle et l'innovation en santé sexuelle

Objectif 3 : Développer la connaissance en sciences psycho sociales

Objectif 4 : Poursuivre la recherche clinique dans le domaine de la santé sexuelle

Objectif 5 : Maintien d'un haut niveau de la recherche sur le VIH/SIDA et IST

D'après le projet de lettre d'instruction relative à la compétence territoriale et au fonctionnement des COREVIH, sous bien des aspects, ils auront à prendre à compte tous les axes mais **prioritairement** ils devront contribuer à la mise en œuvre des actions du :

⇒ 2^{ème} axe consacré à l'amélioration du parcours de santé (prévention, dépistage, prise en charge) en matière d'IST dont le VIH, les hépatites virales :

- Développer une approche globale et positive centrée sur toutes les dimensions et les déterminants de la santé sexuelle ;
- Développer et promouvoir la prévention diversifiée pour mettre fin à l'épidémie du VIH en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030 ;
- Identifier les personnes ignorant leur séropositivité au VIH et éloignée de l'offre de dépistage pour réduire rapidement "l'épidémie cachée" ;
- Inverser la courbe de l'épidémie des IST les plus fréquentes et/ou les plus graves (Syphilis, Gonococcies, Chlamydiae, Lymphogranulome vénérien (LGV)) ;

- Réduire le temps entre l'infection et la mise sous traitement en favorisant l'accès rapide aux dépistages VIH, VHB, VHC, IST...et aux traitements ;
 - Développer la vaccination VHB / HPV et le rattrapage à l'adolescence ;
 - Maintenir l'accès à des thérapeutiques efficaces contre les principales IST et lutter contre la résistance aux antimicrobiens ;
 - Améliorer les parcours de santé des PVVIH ou vulnérable à ce virus et aux IST
- ⇒ 4^{ème} axe consacré aux réponses aux besoins spécifiques à apporter aux populations les plus vulnérables aux VIH et IST :
- Garantir un accès aux soins adapté pour les populations clés ;
 - Renforcer la prévention, l'offre de dépistage et la prise en charge à destination des populations les plus exposées au VIH, VHB, VHC et aux IST ;
 - Prendre en compte la sexualité des personnes en situation de handicap, des personnes vieillissantes et des personnes ayant une maladie chronique.

Recommandations du Groupe d'Experts 2017

- Aucune approche préventive isolément n'est susceptible de faire régresser l'épidémie de manière durable et significative
- **La combinaison de l'ensemble des approches préventives est très synergique, et probablement suffisante pour réduire l'incidence des nouvelles infections VIH si leur utilisation se fait à des niveaux élevés et en l'adaptant aux différents contextes géographiques, populationnels et épidémiologiques.**
- Leur déploiement ne pourra probablement pas se faire sans **moyens supplémentaires**.

Le déploiement d'une telle politique volontariste à San Francisco associant à un accroissement du dépistage et au traitement universel la fourniture d'une offre de PrEP et la lutte contre la stigmatisation a permis d'atteindre des résultats significatifs en termes de réduction des nouveaux diagnostics d'infection VIH.

- **Investir dans les programmes de prévention en prenant en compte les différences épidémiologiques** entre :
 - population générale et populations clés
 - France, PACA, Rhône-Alpes et TFA par rapport au reste de la France
- **Soutenir des interventions préventives régulières, diversifiées et spécifiques envers les populations clés** (dont utilisateurs de Chemsex)
- Mettre en place des évaluations reposant sur:
 - une **utilisation régulière des données de surveillance épidémiologique** (nombre et caractéristiques des nouveaux diagnostics, activité de dépistage, utilisation des différentes modalités de prévention..)
 - une **meilleure surveillance des comportements notamment dans les populations clés** (enquêtes répétées).
- Domaines de recherche et expérimentation : notification des partenaires, dépistage par auto-prélèvement, prophylaxie des IST, dispositif de médiation en santé et réduction des risques liés au Chemsex.

PreP

La **prophylaxie préexposition (Prep)** est un nouveau moyen de prévention contre le VIH. Il repose sur la prise d'un médicament, Truvada®, par une personne non encore infectée par ce virus mais qui est fortement exposée au risque de le contracter. Il s'agit d'un outil complémentaire de la stratégie de prévention de l'infection par le VIH qui comprend le préservatif.

PreP en ex-Aquitaine :

Au 30 septembre 2017

13 services hospitaliers et CeGIDD hospitaliers ont ouvert une consultation PreP

10 ont déclaré avoir reçu des demandes pour une PrEP

- ⇒ CHU de Bordeaux (Tripode)
- ⇒ CHU de Bordeaux (Saint-André)
- ⇒ CH de Libourne
- ⇒ CH de Pau
- ⇒ CH de Bayonne
- ⇒ CH de Dax
- ⇒ CH de Mont de Marsan
- ⇒ CH d'Orthez
- ⇒ CH Villeneuve sur Lot
- ⇒ CeGIDD de Libourne

216 personnes ont demandé une prescription de PrEP

193 prescriptions effectuées

23 non éligibles (10,6%)

890 consultations de PrEP ont été réalisées au 30 septembre 2017.

Education à la sexualité pour les JEUNES

Elle est comprise dans les 2 premières missions du Corevih de coordination des acteurs selon une approche de santé sexuelle dans le domaine de l'éducation pour la santé. Et dans la seconde pour participer à l'amélioration de la qualité de la prévention.

Rapport relatif à l'éducation à la sexualité (Haut conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes – juin 2016. (30 recommandations)

- ⇒ Désigner dans chaque académie un.e délégué.e à l'éducation, à l'égalité et l'éducation à la sexualité.
- ⇒ Promouvoir la présence d'un volet « éducation à la sexualité » dans les projets d'établissement.
- ⇒ Penser les séances d'éducation à la sexualité pour favoriser une meilleure écoute des jeunes : interventions en binôme, contenu adapté, séances demi-groupe, écoute des jeunes, visite de terrain, partage d'expérience, prévention par les pairs...
- ⇒ Organiser une coordination des institutions (DRJSCS, ARS, Rectorat).
- ⇒ Conditionner l'agrément des associations intervenant sur l'éducation à la sexualité à la signature d'une charte d'intervention (élaborée avec les partenaires associatifs spécialisés).
- ⇒ Outiller les intervenants, les personnels éducatifs, les jeunes et les parents sur l'éducation à la sexualité.
- ⇒ Organiser une communication régulière à destination des parents afin de les informer sur l'éducation à la sexualité : constitution par exemple d'un réseau de parents d'élèves référents en matière d'éducation à la sexualité, formés et informés.
- ⇒ Responsabiliser les espaces clés de socialisation des jeunes hors écoles
- ⇒ Former et outiller les professionnels travaillant auprès des jeunes (PJJ, centres de vacances et loisirs, ML, fédérations sportives
- ⇒ s'appuyer sur les médias pour s'adresser aux jeunes

Code de l'éducation (article L121-1 et L312-16)

L'éducation à la sexualité est obligatoire aux trois niveaux de scolarité (école, collège, lycée)

Parcours éducatif de santé (LMSS et circulaire 28.01.2016)

- ⇒ Déclinaison de l'éducation à la sexualité au plus près des réalités du territoire dans le cadre du développement des CESC.
- ⇒ Apporter aux élèves des informations objectives et des connaissances scientifiques, mais aussi aborder les dimensions relationnelle, juridique, sociale et éthique de la sexualité, ainsi que le rapport à l'autre, les règles de vie en commun, le sens du respect.

Les violences sexuelles

L'enquête Violences et rapports de genre (Virage) réalisée par l'Institut national d'études démographiques en 2015 rapporte que

- ⇒ près de 580 000 femmes et 197 000 hommes de 20 à 69 ans sont victimes de violences sexuelles – hors harcèlement et exhibitionnisme – chaque année (62 000 femmes et 2 700 hommes ont été victimes de viol ou tentative de viol ; 553 000 femmes et 185 000 hommes ont été victimes d'autres agressions sexuelles).
- « Les femmes rapportent des viols et des agressions sexuelles dans des proportions très supérieures à celles des hommes. Pour elles, les violences dans le cadre des relations conjugales s'ajoutent aux violences subies dans la famille dès l'enfance et l'adolescence, ainsi que des agressions sexuelles vécues tout au long de la vie dans les différents espaces de vie (travail, espace public) ».

CONSTATS NATIONAUX, REGIONAUX, LOCAUX

VIH :

L'étude Préva gay de 2015¹ réalisée auprès des HSH fréquentant les lieux de convivialité gay de 5 villes françaises révèle que près d'un tiers des HSH (32%) n'avaient pas utilisé de préservatif systématiquement lors des pénétrations anales avec des partenaires de statut sérologique VIH différent ou inconnu. La consommation de produits psychoactifs avant ou pendant les rapports sexuels était rapportée par 21% des HSH. Par rapport aux séronégatifs, les séropositifs rapportaient davantage de partenaires au cours des 12 derniers mois, déclaraient plus fréquemment avoir eu au moins une pénétration anale non protégée avec un partenaire de statut sérologique VIH différent ou inconnu dans l'année, une consommation plus importante de produits psychoactifs lors des rapports sexuels et davantage d'infections sexuellement transmissibles (IST) dans l'année. Parmi les séronégatifs, un peu plus de la moitié (54%) connaissaient la prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP), dont 4% avaient fait usage dans l'année (avant l'obtention de l'autorisation temporaire d'utilisation du Truvada® pour la PrEP). Le recours au test de dépistage pour le VIH dans les 12 derniers mois parmi les HSH séronégatifs s'élevait à 63%.

En nouvelle Aquitaine :

- On évalue à 300 nouvelles infections par le VIH en 2013 (0,9 pour 1000) en Nouvelle Aquitaine
- Volet caché de l'épidémie VIH : environ 1315 PVVIH non diagnostiquées en NA dont 600 en Gironde.
- Les populations les plus affectées par le VIH sont les HSH et les femmes hétérosexuelles nées à l'étranger.
- Un taux annuel de découvertes de séropositivités VIH stable et comparable au niveau national : en 2015, le nombre corrigé de découvertes de séropositivité au VIH par million d'habitants résidant en Nouvelle-Aquitaine, s'élève à 46, soit un taux comparable au taux pour la France métropolitaine hors Ile-de-France.

IST

Les données des IST en général en NA sont fragmentaires, la déclaration est aléatoire avec une insuffisance en terme de réseaux sentinelle.

Infections à Chlamydia

Infections à *Chlamydia*

Comme rapporté dans le BEH de la journée mondiale du sida, 1^{er} décembre 2016² entre 2013 et 2015, le nombre d'infections à *Chlamydia* déclarées a augmenté de 10%. Cette augmentation est plus importante chez les hommes (progression de 19% versus 8% chez les femmes). Parmi les

cas pour lesquels on dispose de l'information (36%), la proportion de diagnostics chez des patients asymptomatiques a diminué, passant de 58% en 2013 à 46% en 2015 (et de 60% à 45% chez les femmes).

En 2015, la majorité des patients diagnostiqués pour une infection à *Chlamydia* étaient des femmes (64%).

Les classes d'âge les plus concernées étaient les 15-24 ans chez les femmes (65%) et les 20-29 ans

chez les hommes (61%). La proportion de patients asymptomatiques était d'environ 45%, mais variait

selon les lieux de consultation (de 22% en consultation de gynécologie hospitalière à 74% en CDAG/CIDDIST).

Gonococcies² : entre 2013 et 2015, le nombre a augmenté d'environ 100% chez les HSH, de 32% chez les femmes hétérosexuelles et de 8% chez les hommes hétérosexuels.

Parmi les gonococcies rapportées en 2015, 68% concernaient les HSH.

L'incidence annuelle des gonococcies à environ 15 000 cas en France, soit un taux d'incidence de 39/100 000 personnes de 15 à 59 ans⁴.

Lymphogranulomatoses vénériennes rectales²

Le nombre de LGV rectales a augmenté de 47% et celui des infections rectales à *Chlamydia* non L de 92% entre 2013 et 2015. L'épidémie touche quasi-exclusivement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), qui représentaient 98% des cas de LGV et d'infections rectales non L en 2015.

Les classes d'âge les plus touchées étaient les 30-49 ans pour les cas de LGV (66%) et les 20-39 ans pour les infections rectales non L (71%).

Syphilis précoces (de moins d'un an)²

Le nombre de syphilis précoces a augmenté de 56% chez les HSH entre 2013 et 2015.

Chez les hétérosexuels, malgré des effectifs relativement faibles, une augmentation du nombre de cas est aussi observée au cours de la même période (+85% chez les femmes et +75% chez les hommes).

Parmi les patients déclarés pour une syphilis précoce en 2015, 84% étaient des HSH, les femmes ne représentant que 5% des cas rapportés. Les hommes de 20-49 ans étaient les plus concernés (78%), quelle que soit l'orientation sexuelle, tandis que la majorité des femmes avaient moins de 29 ans (53%).

Le niveau de co-infections par le VIH reste très élevé malgré une diminution observée en 2015, la part de patients co-infectés par une syphilis et le VIH étant d'environ un quart en 2015.

Infections à VHB et VHC, VHA

- Chez les HSH, émergence depuis le début des années 2000 du VHC (hard-sexe, chemsex...) et augmentation des cas de VHA au plan national et régional en NA.

- Un taux de couverture vaccinale VHB, VHA et HPV faible. En 2015, la couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les enfants de 2 ans dans la région reste insuffisante avec une couverture de 86,4%, toujours inférieure à la moyenne nationale (88,1%) et en 2009, chez les adolescents de 15 ans de 43%.

- En 2016, la couverture vaccinale des jeunes femmes de 15 ans qui avaient initié la vaccination HPV était de 24,3 %, et celles des jeunes femmes de 16 ans qui avaient reçu le schéma complet (2 doses) était de 20,2 %³.

Quant à la vaccination / HPV chez les jeunes hommes, elle reste confidentielle et mal prise en charge.

Médecine générale :

Les questions de santé sexuelle sont insuffisamment évoquées en consultations médicales

Les patients ont souvent des difficultés à évoquer leurs troubles sexuels avec leur médecin. Ainsi, par exemple, seulement 10 à 20 % des hommes souffrant de dysfonction érectile évoquent leur problème sexuel avec un médecin⁴. Par ailleurs, les médecins se focalisent sur les comorbidités, les risques cardio-vasculaires (96,1%) et des dépistages des cancers (95,5%). Par contre les thèmes jugés les moins faciles à évoquer sont la consommation d'alcool (60,4%), la vie affective et sexuelle (58,7%) et l'usage de drogues (57,0%)⁵.

Un projet « Repérage précoce et intervention brève est en cours d'élaboration avec l'ISPED, le Réseau Agir 33, Université de Bordeaux

Education à la sexualité pour les JEUNES

Axe 1 SNSS : obj.1

Santé sexuelle et reproductive : Haut Conseil de la Santé Publique -2016.

- ⇒ Environ 30% des consommateurs de pornographie sont des adolescents âgés de 13 et 14 ans ; 80% des garçons de 14 à 18 ans et 45% des filles du même âge ont vu au moins un film X dans l'année écoulée. Les programmes d'éducation à la sexualité basés sur les données provenant de la recherche pouvaient, lorsqu'ils étaient menés par des éducateurs formés, accroître les connaissances en matière de sexualité et diminuer les pratiques sexuelles à risques
- ⇒ Les programmes fondés sur l'égalité des sexes dans les relations sexuelles sont cinq fois plus efficaces dans la réduction des IST et des grossesses non désirées que les programmes qui n'insistent pas sur cette égalité intrinsèque des deux partenaires.

ADSP : santé sexuelle et de la reproduction – septembre 2016.

Près d'un élève sur 5 (17.8%) en classe de 4e ou de 3e déclare avoir eu des rapports sexuels (22% garçons ; 13.7% filles)

Rapport relatif à l'éducation à la sexualité (Haut conseil à l'égalité (HCE) entre les hommes et les femmes – juin 2016 – Baromètre HCE)

- ⇒ 25% des écoles déclarent n'avoir mis en place aucune action ou séance en matière d'éducation à la sexualité
- ⇒ Les personnels de l'EN sont peu formés à l'éducation à la sexualité et peu nombreux...
- ⇒ Les séances ne concernant pas toutes les classes mais en priorité CM1 et CM2, 4e et 3e, 2nde.
- ⇒ Les questions de violences sexistes et d'orientation sexuelle sont les moins abordées.

Sondage réalisé par l'Ifop auprès des jeunes âgés entre 15 et 25 ans pour le Sidaction 2016

Selon les résultats de cette étude réalisée auprès d'un échantillon de 1 001 personnes âgées de 15 à 25 ans, le sentiment d'information global sur le VIH se détériore depuis 2014. En 2016, 82 % de la population ciblée se disent bien informés contre 89% en 2015. 16 % de jeunes considèrent être très bien informés sur le sida. Les jeunes interrogés se sentent de moins en moins bien informés sur la connaissance de lieux où se faire dépister (58 %,) ou sur l'existence d'un traitement d'urgence si on a pris un risque (relation sexuelle non protégée notamment) (47 %).

30 % des jeunes interrogés ont des représentations faussées de la maladie et de ses modes de transmission. Ainsi, ils sont aujourd'hui 20 % à déclarer que le virus du sida peut se transmettre

en embrassant une personne et 15 % en s'asseyant sur un siège de toilettes publiques. Au cours des douze derniers mois, 9 % des jeunes déclarent s'être exposés fréquemment à un risque de contamination, un pourcentage qui a progressé de 3 points en un an. Par ailleurs, seulement 45 % (contre 55 % en 2015) des jeunes ayant eu un rapport sexuel non protégé ont effectué un test de dépistage du VIH/sida. Ils sont 24 % à déclarer ne pas avoir peur du sida contre 17 % en 2015. Par manque d'information, les jeunes sous-estiment les menaces du virus et ne se sentent pas concernés par les risques liés à la maladie.

Bilan de la commission Prévention/Dépistage Corevih Aquitaine

Une enquête a été envoyée aux membres de la Commission Prévention/Dépistage pour avoir leur avis sur le bilan de cette commission et les perspectives. Ils préconisent de faire des sous-groupes de travail sur les publics les plus à risque (HSH, migrants) d'un côté et les jeunes et grand public de l'autre. Egalement un sous-groupe CeGIDD pr :

- Organiser des formations communes sur des thèmes cliniques (IST, sexologie, techniques d'entretien,...)
- Avoir un espace régional d'échanges notamment sur les initiatives locales, de formation, de travail commun pour harmoniser les pratiques, et pour discuter des enjeux et des problématiques.
- Harmoniser les protocoles (pop cible pr chacun des dépistages, prise en charge des infections, organigramme à suivre devant une demande de TPE, échanges sur les initiatives locales ...)
- Travail sur les épidémiologies, contexte locaux pour définir des priorités, des projets locaux.
- Coordonner des actions hors les murs en lien avec les associations
- Identifier des correspondants territoriaux (CeGIDD) afin de coordonner les actions au local, représentants qui ensuite participent à des commissions régionales afin de permettre une cohérence adaptée à chaque territoire.

Lieux de privation de liberté

SNSS : Axe 4, obj. 1

Prévention en milieu pénitentiaire Réduction des risques

L'enquête Prévacar (enquête nationale sur la santé des détenus (DGC/INVS) effectuée dans 168 UCSA) a montré concernant l'offre en matière de réduction des risques, que 18% des équipes des UCSA déclarent avoir eu connaissance de découvertes de seringues usagées dans l'établissement au cours des 12 derniers mois et 29% dans les établissements accueillant moins de 500 personnes détenues.

Le programme ANRS-Pri2de était de réaliser l'inventaire des mesures de réduction des risques infectieux auprès de l'ensemble des établissements pénitentiaires français. Le programme a notamment exploré l'existence et l'accès aux mesures de réduction des risques infectieux (eau de javel, TSO, préservatifs, prophylaxie post-exposition, dépistage, prévention). Les résultats de Pri2de ont mis en évidence, sur de nombreux plans, une insuffisance de mise en oeuvre du dispositif de réduction des risques infectieux préconisé tant sur le plan national (circulaire de 1996 et guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, dans sa version actualisée de 2004) qu'international (la référence retenue étant les recommandations émises par l'OMS en 2007). Les principaux points repérés comme déficients sont l'information fournie aux détenus (de ressort sanitaire) sur l'utilisation de l'eau de javel à visée de réduction des risques mais aussi sa mise à disposition en détention par l'administration pénitentiaire, la mise à disposition de lubrifiants avec les préservatifs pour hommes mais aussi celle de préservatifs féminins dans les établissements accueillant des femmes détenues, l'information sur l'accès à la prophylaxie post-exposition.

AXE DEPISTAGE

ORIENTATIONS NATIONALES, RECOMMANDATIONS

Principales recommandations de la HAS ⁶

Le dépistage de l'infection à VIH est un élément clé du contrôle de l'épidémie qui s'intègre dans une démarche préventive globale. Il doit être orienté vers des populations prioritaires, définies en fonction des données épidémiologiques, et s'appuyer sur les outils de prévention et de traitement efficaces, les différents types de tests de dépistage disponibles et les multiples acteurs présents sur le territoire.

La priorité doit être accordée au dépistage de l'infection à VIH au sein des populations clés.

Il convient ainsi de renforcer la fréquence du dépistage dans ces populations :

- tous les 3 mois chez les HSH ;
- tous les ans chez les UDI ;
- tous les ans chez les personnes originaires de zones de forte prévalence de l'infection à VIH, notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes.

Afin de permettre le diagnostic des personnes qui ignorent leur séropositivité et de réduire l'épidémie cachée, la proposition d'un test de dépistage de l'infection à VIH au moins une fois au cours de la vie entre 15 et 70 ans doit être maintenue et représente une approche complémentaire au dépistage au sein des populations clés.

Cette proposition de dépistage doit être principalement orientée en fonction de l'incidence de l'infection à VIH et de la prévalence de l'infection non diagnostiquée plus élevées dans certaines régions (IDF, PACA, DFA), ainsi que chez les hommes, qui ont un moindre recours au système de soins que les femmes.

Un test de dépistage de l'infection à VIH doit par ailleurs être systématiquement proposé dans différentes circonstances : diagnostic d'une IST, d'une hépatite B ou C, diagnostic de tuberculose, grossesse ou projet de grossesse, viol, prescription d'une contraception ou IVG, incarcération.

La démarche individuelle et volontaire de recours au dépistage de l'infection à VIH doit continuer d'être encouragée et facilitée.

La HAS considère par ailleurs que la recherche de l'infection à VIH peut être facilitée par la proposition conjointe de tests de dépistage de l'infection à VHB et VHC en fonction des facteurs de risque, inscrivant cette démarche dans une approche plus globale de santé sexuelle.

Recommandations du Groupe d'Experts 2017

- **Populations clés :**
 - **dépistage annuel** chez HSH, UDI et pour les personnes originaires d'une zone géographique à forte prévalence d'infection VIH (Afrique Sub-saharienne, DFA et en particulier en Guyane)
 - **dépistage tous les 3 mois** si HSH à haut risque d'exposition, particulièrement séjournant en Ile-de-France, PACA, Rhône Alpes et DFA.
 - En pratique, toute opportunité de dépistage devra être encouragée auprès de ces groupes
- **Dépistage en population générale au moins une fois dans la vie entre 15 et 70 ans.** (*Sans omettre les indications usuelles .. signes cliniques évocateurs d'immuno-dépression ou de primo-infection, tuberculose, IST..*), prise de risque, viols, incarcérations).
- **Les trois modalités de dépistage** (par un professionnel de santé, une association ou à l'initiative de l'individu lui-même) doivent toutes être encouragées.
- **La pluralité des lieux de dépistage est un atout :** structure associative, CeGIDD, médecins libéraux , séjours hospitaliers, urgences hospitaliers, médecine du travail, médecine universitaire, laboratoires d'analyse biologiques, lieu de privation de liberté, pharmacies, individus
- Dans tous les cas, le dépistage du partenaire sera un objectif.

- Dépistage conjoint VIH, VHB et VHC

Dépistage coordonné des IST en population générale

- Dépistage conjoint VIH-VHB-VHC au moins une fois au cours de la vie
- Dépistage VIH à chaque changement d'orientation de vie (dont multi-partenariat)
- Dépistage VIH lors de tout recours aux soins en l'absence de dépistage antérieur
- Dépistage VHB (AgHBs, Anti-HBs, Anti-HBc) en l'absence d'antécédent de vaccination (PCR delta en cas d'Ag HBs positif)
- Dépistage VHC (Ac anti-VHC) s'il n'a jamais été réalisé
- Test d'amplification des acides nucléiques pour Chlamydia trachomatis par auto-prélèvement vaginal chez les femmes de 15 à 30 ans et dans le 1^{er} jet urinaire chez les hommes de 15 à 30 ans, renouvelé tous les ans en cas de rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire. (l'utilisation d'une PCR mixte permet également le dépistage de l'infection à gonocoque)

Dépistage coordonné des IST au sein des populations clés

Travailleurs/ses du sexe

En complément des recommandations pour la population générale, renouveler tous les ans le dépistage de l'infection à VIH, de la syphilis et de l'hépatite B (en l'absence de vaccination), voire plus fréquemment en cas de prise de risque

HSH et personnes transgenres à risque élevé

- Sérologie VIH et VHC au minimum tous les six mois (ARN VHC si sérologie positive);
- Dépistage de la syphilis au moins une fois par an;
- Recherche de gonocoques et Chlamydia, par prélèvement urinaire, anal et pharyngé (du fait de la fréquence élevée du portage asymptomatique) tous les trois mois (la prise en charge plafonnée pour le dépistage de ces IST est aujourd'hui un frein à au diagnostic);
- Sérologie VHB et VHA suivies d'une vaccination en cas de sérologies négatives.

Utilisateurs de drogues intraveineuses

- Sérologie VIH et VHC tous les ans (ARN VHC si sérologie positive);
- Sérologie VHB suivie d'une vaccination en cas de sérologie négative

OMS : Objectifs 90-90-90

1 des objectifs de l'OMS pour les 15 prochaines années à venir : 90 % de personnes infectées par le VIH connaissant leur statut.

Ces objectifs dans notre contexte doivent être optimisés à 95-95-95...

CONSTATS NATIONAUX, REGIONAUX, LOCAUX

VIH

Tests VIH réalisés⁷

L'activité de dépistage de l'ensemble des Laboratoires de Biologie Médicale en 2015 est estimée à 5,35 millions [(IC95%: [5,20-5,33]) de sérologies VIH.

Rapporté à la population France entière, le nombre de sérologies était de 81 pour 1 000 habitants et de 70 pour 1000 habitants en Nouvelle Aquitaine.

En 2015, les laboratoires de ville ont réalisé environ 76% des sérologies VIH.

Parmi l'ensemble des sérologies, 6% ont été réalisées dans un cadre anonyme, soit environ 327 000 sérologies anonymes.

Les TROD réalisés par des structures associatives ou de prévention représentaient un nombre beaucoup plus faible de tests (environ 62 200 en 2015, stable par rapport à 2014).

Le public touché par ce dépistage communautaire s'est diversifié : les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), qui constituaient 40% des personnes dépistées par TROD en 2012, en représentent 30% depuis 2013. La part des usagers de drogues (4% en 2015) a progressivement diminué (7% en 2012, 5% en 2013 et 4% en 2014), tandis que celles

des migrants (31% en 2015) et des personnes en situation de prostitution (2% en 2015) sont restées stables depuis 2012.

Parmi les personnes ayant bénéficié d'un TROD VIH en 2015, 27% n'avaient jamais été dépistées auparavant.

Sérologies VIH positives⁵

Le nombre de sérologies VIH confirmées positives par les Laboratoires de Biologie Médicale en 2015 est estimé à 10 667 (IC95%: [10 117-11 218]).

Les laboratoires de ville sont à l'origine de 36% des sérologies VIH positives en 2015.

Environ 1 100 sérologies anonymes ont été confirmées positives en 2015, soient 10% des sérologies positives.

En 2015, 482 TROD communautaires se sont révélés positifs : 82% correspondaient à des découvertes de séropositivité, et 18% des personnes ainsi dépistées connaissaient déjà leur séropositivité. Les trois quarts de ces découvertes (75%) ont été contrôlées par un test classique, dont 2% se sont avérées être des faux positifs (5/297). Près des trois quarts (72%) des personnes ayant eu un TROD positif ont été orientées vers une prise en charge médicale dans les trois mois (ce pourcentage était de l'ordre de 60% les années précédentes), le devenir des 28% restants n'étant pas connu.

Sérologies VIH positives pour 1 000 sérologies réalisées⁵

En 2015, la proportion de sérologies confirmées positives à l'échelle nationale était de 2,0 pour 1 000 sérologies réalisées.

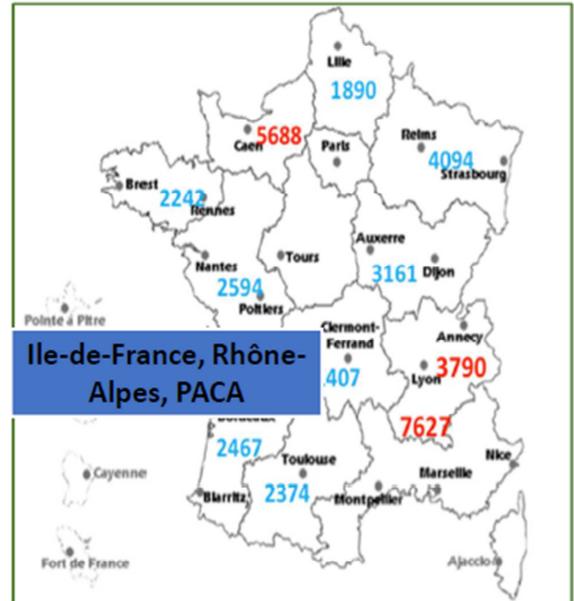
Comme les années précédentes, la proportion de sérologies positives était plus élevée dans le cadre d'un dépistage anonyme (3,3 pour 1 000) que dans celui d'un dépistage nominatif confidentiel (1,9 pour 1 000).

Le nombre de découvertes de séropositivité en Nouvelle Aquitaine en 2015 : 46/million d'habitants

La proportion de TROD communautaires positifs est restée plus élevée (7,7 pour 1 000 TROD en 2015) que la proportion de sérologies classiques positives. Ce taux était de 14,6 pour 1 000 pour les HSH (17,6 en 2014), 7,4/1 000 pour les migrants (9,6 en 2014), 7,2/1 000 pour les usagers de drogue (4,1 en 2014), 3,4/1 000 pour les personnes prostituées (11,4 en 2014), 2,5/1 000 pour les publics précaires (2,3 en 2014) et 1,1/1 000 pour les autres publics (1,7 en 2014).

Bilan 2015-17 de la mise à disposition des AT VIH

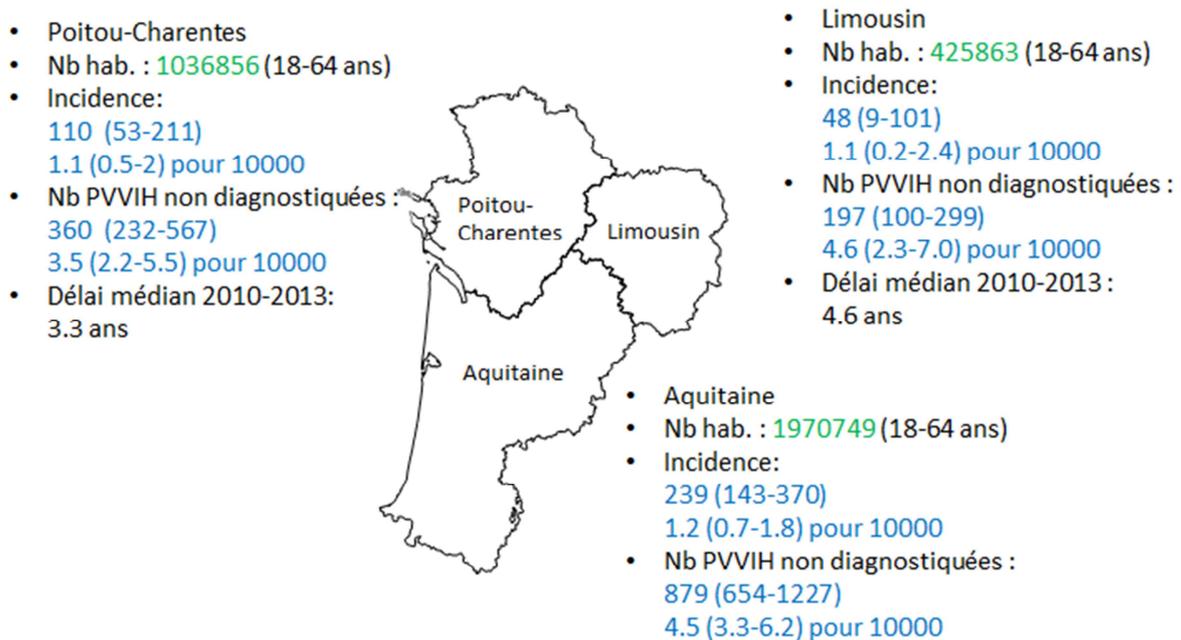
- Ventes d'AT VIH en 2 ans (09/15-09/17) :
 - **241 650** autotests AAZ à 11 000 pharmacies
- Dispensation d'AT VIH 2017
 - **7600 autotests** AAZ en moyenne mensuelle [6300-9200]
 - **Pics lors des événements** (*Sidaction, J. mondiale du Sida*)
 - **54 sites en ligne**, dont 5 vendent 90 à 400 AT/mois



Merci à Mylan pour les chiffres de ventes et la carte

Indicateurs VIH 2014 région Nouvelle Aquitaine

Nb PVVIH non diagnostiquées en NA: 1436



Bilan de la commission Prévention/Dépistage Corevih Aquitaine

Une enquête a été envoyée aux membres de la Commission Prévention/Dépistage pour avoir leur avis sur le bilan de cette commission et les perspectives. Ils préconisent de faire des sous-groupes de travail sur les publics les plus à risque (HSH, migrants) d'un côté et les jeunes et grand public de l'autre. Egalement un sous-groupe CeGIDD pr :

- Organiser des formations communes sur des thèmes cliniques (IST, sexologie, techniques d'entretien,...)
- Avoir un espace régional d'échanges notamment sur les initiatives locales, de formation, de travail commun pour harmoniser les pratiques, et pour discuter des enjeux et des problématiques.
- Harmoniser les protocoles (pop cible pr chacun des dépistages, prise en charge des infections, organigramme à suivre devant une demande de TPE, échanges sur les initiatives locales ...)
- Travail sur les épidémiologies, contexte locaux pour définir des priorités, des projets locaux.
- Coordonner des actions hors les murs en lien avec les associations
- Identifier des correspondants territoriaux (CeGIDD) afin de coordonner les actions au local, représentants qui ensuite participent à des commissions régionales afin de permettre une cohérence adaptée à chaque territoire.

AXE RECOURS AUX SOINS, PRISE EN CHARGE

ORIENTATIONS NATIONALES, RECOMMANDATIONS

Stratégie nationale de santé sexuelle

Axe 2- Améliorer le parcours de santé en matière d'IST dont le VIH et les hépatites virales : prévention, dépistage, prise en charge

Objectif 4 : Améliorer la prise en charge médicale des IST et du VIH

Axe 4- Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables

Objectif 1 : Renforcer la prévention, le dépistage, l'accès aux droits et la prise en charge à destination des populations les plus exposées au VIH et aux IST

OMS : Objectifs 90-90-90

Les objectifs de l'OMS pour les 15 prochaines années à venir : 90 % de personnes infectées par le VIH connaissant leur statut, 90 % sous traitement antirétroviral et 90 % avec une CV indétectable dès l'horizon 2020. A optimiser pour 95-95-95...

Recommandations du Groupe d'Experts 2017

Accès aux soins et qualité de vie

- de renforcer les moyens des services impliqués dans la prise en charge ambulatoire du VIH et de revaloriser les consultations des patients en situation complexe.
 - de mettre en place, dès le début de la prise en charge et au cours du suivi, une évaluation socio-juridique de l'accès aux droits, de l'insertion dans l'emploi et des ressources nécessaires aux besoins fondamentaux.
 - de promouvoir la mise en place d'études permettant de suivre l'évolution des indicateurs sociaux des PVVIH et des populations clés vulnérables au VIH et aux hépatites.
 - de faire en sorte que la rédaction du protocole de soins soit la plus complète possible, surtout en cas d'affections multiples et complexes, afin d'éviter les restes à charge.
 - aux MDPH, de respecter les délais légaux d'instruction des dossiers de 4 mois, de donner la motivation des décisions de taux de handicap et de s'adapter aux spécificités du VIH.
 - de faire en sorte que l'AME soit fusionnée avec l'Assurance maladie afin d'améliorer l'accès aux soins et à la prévention des étrangers en situation de vulnérabilité.
 - de relever le seuil de ressources des CMU-C, AME et ACS à la hauteur du SMIC.
 - d'assurer l'accès aux PASS à toute personne démunie, conformément à la loi, et de leur attribuer des financements à la hauteur des enjeux.
 - de faire en sorte que la prise en charge du VIH relève automatiquement du fonds pour les soins urgents et vitaux si elle ne peut pas être prise en charge par une couverture maladie de droit commun.
 - de mettre en place des formations en médiation en santé, de favoriser le recours à la médiation en santé et de permettre la création de postes de médiateurs par des moyens dédiés.
 - d'intégrer dans le suivi social des PVVIH l'information sur les dispositifs de ressources et d'hébergement ou de maintien à domicile afin de préserver des conditions de vie dignes aux PVVIH vieillissantes
 - de former les personnels des maisons de retraite et des EHPAD sur l'accueil des PVVIH en institution et que le financement des médicaments coûteux, dont les ARV, soit assuré dans les EHPAD afin de ne plus être un frein à l'admission des PVVIH.
 - de lutter contre les refus de soins dont font l'objet les bénéficiaires de l'AME, de la CMU-C et de l'ACS et les PVVIH du fait de leur pathologie.
 - d'améliorer l'entrée dans le parcours de santé des usagers de drogues par une mobilisation des acteurs de 1ère ligne et de soutenir le développement des actions « hors les murs » des CSAPA/CAARUD en leur en donnant les moyens financiers.
- de réviser certains éléments répressifs de la loi du 13 avril 2016 et de promouvoir un cadre légal

favorisant la protection sanitaire des travailleur-ses du sexe.

- de détacher de tout protocole psychiatrique les parcours de transition des personnes transgenres et d'instaurer pour elles une procédure de changement d'état civil déclarative, libre et gratuite.
- de veiller à l'application de la levée d'interdiction des soins funéraires de conservation au 1er janvier 2018, comme prévu par la loi.
- de garantir aux associations qui assurent cet accompagnement pluridisciplinaire un cadre juridique et financier favorisant la pérennité de leurs actions
- de dépénaliser la transmission du VIH et que les acteurs de la lutte contre le VIH intègrent la prévention du risque pénal dans leurs actions.
- d'abroger l'ensemble des dispositions excluant de manière disproportionnée et injustifiée les PVVIH de certaines professions et formations.
- de promouvoir et soutenir une approche pluridisciplinaire associative et institutionnelle et la mise en place d'initiatives communautaires de soutien par les pairs, dont les projets en santé sexuelle.

Suivi de l'adulte,

- De permettre à toute PVVIH l'accès à un programme d'éducation thérapeutique (ETP)
- D'élargir le périmètre de l'ETP à des composantes de santé mentale et sexuelle, de prise en charge des addictions et de prévention des principales morbidités
- De rechercher systématiquement tout au long du suivi les addictions et de proposer une prise en charge
- De réaliser, en coordination avec le médecin traitant une synthèse annuelle

Si toute PVVIH doit se voir proposer un bilan de synthèse annuel comme décrit ci-dessus, la prévention, le dépistage et la prise en charge précoce des complications et comorbidités concernent tout particulièrement les patients ayant plus de 50 ans, moins de 500 CD4/mm³)

Organisation des soins

- Développer les alternatives de suivi en particulier les **protocoles de coopération infirmière**
- Développer **les partenariats avec les associations** dans les parcours complexes des patients
- Faire entrer l'infection par le VIH dans les indications des **consultations « complexes ou à fort enjeu de santé publique »**
- A l'hôpital, promouvoir une consultation valorisée, dans le cadre du « **forfait prestation intermédiaire** »

Lieux de privation de liberté :

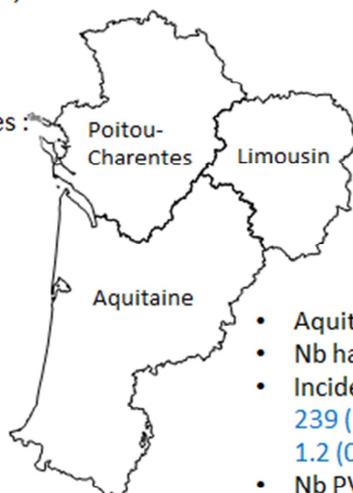
- Systématiser et renouveler la proposition de dépistage au cours de l'incarcération, y compris en collaboration avec le CEGIDD
- Faciliter la réalisation de TROD, y compris par des intervenants associatifs habilités
- Expérimenter et évaluer les autotests dans le dépistage dans les établissements pénitentiaires
- Respecter le principe d'équivalence avec le milieu ouvert pour les mesures de prévention et de réduction des risques, notamment par le respect de programmes d'échanges de seringue en détention, d'accès au TPE et à la PrEP.
- Respecter, chez les PVVIH, l'application de la loi sur l'aménagement et la suspension de peine pour raisons médicales
- Favoriser l'accompagnement des usagers de drogues en prison par les spécialistes de la prise en charge des addictions (CSAPA et CAARUD).
- Développer le dispositif de télé-médecine pour les consultations, ce qui permettrait de réduire les extractions, d'accéder aux spécialistes et d'éviter les ruptures de suivi de traitement.

CONSTATS NATIONAUX, REGIONAUX, LOCAUX

Indicateurs VIH 2014 région Nouvelle Aquitaine

Nb PVVIH non diagnostiquées en NA: 1436

- Poitou-Charentes
- Nb hab. : 1036856 (18-64 ans)
- Incidence:
110 (53-211)
1.1 (0.5-2) pour 10000
- Nb PVVIH non diagnostiquées :
360 (232-567)
3.5 (2.2-5.5) pour 10000
- Délai médian 2010-2013:
3.3 ans



- Limousin
- Nb hab. : 425863 (18-64 ans)
- Incidence:
48 (9-101)
1.1 (0.2-2.4) pour 10000
- Nb PVVIH non diagnostiquées :
197 (100-299)
4.6 (2.3-7.0) pour 10000
- Délai médian 2010-2013 :
4.6 ans

- Aquitaine
- Nb hab. : 1970749 (18-64 ans)
- Incidence:
239 (143-370)
1.2 (0.7-1.8) pour 10000
- Nb PVVIH non diagnostiquées :
879 (654-1227)
4.5 (3.3-6.2) pour 10000

Indicateurs VIH 2014 Limousin

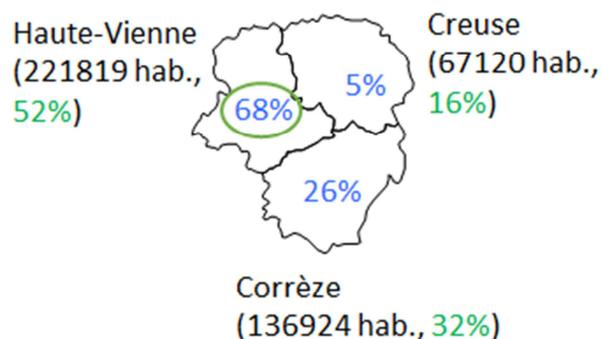
- Estimation 2014:
 - Incidence: 48 (9-101) soit 1.1 (0.2-2.4) pour 10000
 - Nb PVVIH non diagnostiquées : 197 (100-299) soit 4.6 (2.3-7.0) pour 10000
 - Délai médian: 4.6 ans
 - Nb hab. : 425863 (18-64 ans)

➤ Répartition des nx diagnostics sur 2010-2014:

Par groupe

HSH nés en France: 30%
 HSH nés à l'étranger: 5%
 Femmes hétéro nées à l'étranger: 21%
 Hommes hétéro nés à l'étranger: 8%
 Femmes hétéro nées en France: 14%
 Hommes hétéro nés en France: 13%
 UDI nés à l'étranger: 7%
 UDI nés en France: 1%

Par département



Indicateurs VIH 2014 Poitou Charentes

➤ Estimation 2014:

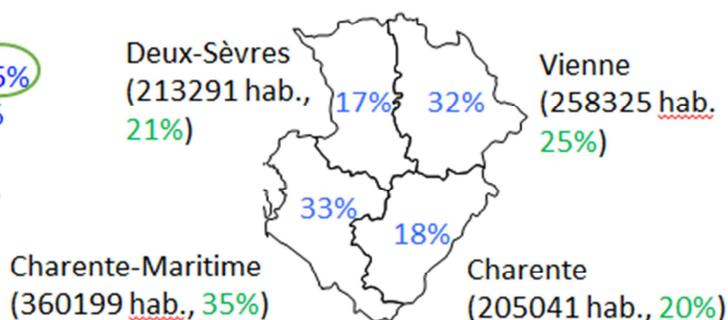
- Incidence: 110 (53-211) soit 1.1 (0.5-2) pour 10000
- Nb PVVIH non diagnostiquées : 360 (232-567) soit 3.5 (2.2-5.5) pour 10000
- Délai médian: 3.3 ans
- Nb hab. : 1036856 (18-64 ans)

➤ Répartition des nx diagnostics sur 2010-2014:

Par groupe

HSH nés en France: 46%
 HSH nés à l'étranger: 3%
 Femmes hétéro nées à l'étranger: 16%
 Hommes hétéro nés à l'étranger: 8%
 Femmes hétéro nées en France: 9%
 Hommes hétéro nés en France: 16%
 UDI nés en France: <1%
 UDI nés à l'étranger: 1%

Par département



Indicateurs VIH 2014 Aquitaine

➤ Estimation 2014:

- Incidence: 239 (143-370) soit 1.2 (0.7-1.8) pour 10000
- Nb PVVIH non diagnostiquées : 879 (654-1227) soit 4.5 (3.3-6.2) pour 10000
- Délai médian: 3.3 ans
- Nb hab. : 1970749 (18-64 ans)

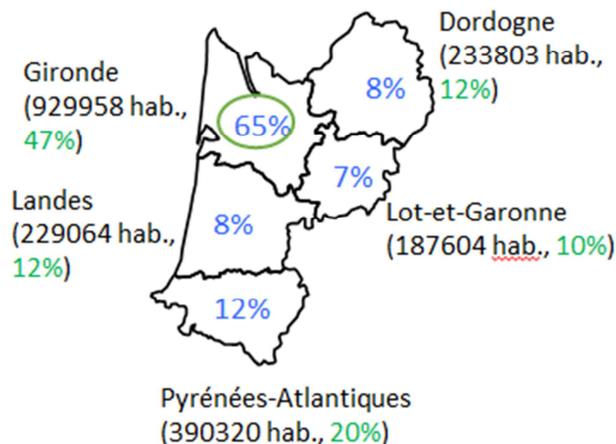
➤ Répartition des nx diagnostics sur 2010-2014:

528 (398-691) infections non diagnostiquées en Gironde

Par groupe

HSH nés en France: 42%
 HSH nés à l'étranger: 4%
 Femmes hétéro nées à l'étranger: 18%
 Hommes hétéro nés à l'étranger: 9%
 Femmes hétéro nées en France: 8%
 Hommes hétéro nés en France: 13%
 UDI nés à l'étranger: 2%
 UDI nés en France: 2%

Par département



Diagnostiques tardifs Nouvelle Aquitaine

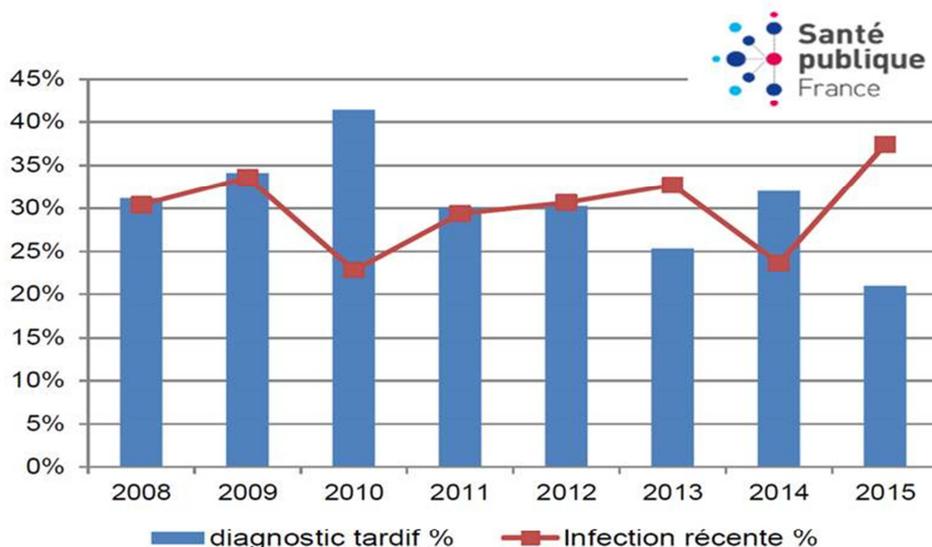


Figure 3. Pourcentage de diagnostic tardif et d'infection récente parmi les découvertes de séropositivité, Nouvelle-Aquitaine, 2008-2015 (données brutes)
(Def diag tardif $cd4 < 200/mm^3$ ou Sida au diagnostic)

16

Prise en charge des détenus

L'enquête Prévacar (enquête nationale sur la santé des détenus (DGC/INVS) effectuée dans 168 UCSA) a montré que concernant l'offre en matière de TSO, 100% des UCSA indiquent un accès à au moins un des deux types de TSO, soit par buprénorphine haut dosage, soit par méthadone. Quelques établissements ne proposent toutefois qu'un seul traitement : BHD seule dans 4 établissements, méthadone seule dans 4 autres. La continuité des soins à la sortie, en matière de TSO, ne concerne que la moitié des établissements (55%), 38% des établissements déclarant ne pas mettre en oeuvre de procédure formalisée.

IST

Infections à Chlamydia

Comme rapporté dans le BEH de la journée mondiale du sida, 1er décembre 2016⁸ entre 2013 et 2015, le nombre d'infections à Chlamydia déclarées a augmenté de 10%. Cette augmentation est plus importante chez les hommes (progression de 19% versus 8% chez les femmes). Parmi les cas pour lesquels on dispose de l'information (36%), la proportion de diagnostics chez des patients asymptomatiques a diminué, passant de 58% en 2013 à 46% en 2015 (et de 60% à 45% chez les femmes).

En 2015, la majorité des patients diagnostiqués pour une infection à Chlamydia étaient des femmes (64%).

Les classes d'âge les plus concernées étaient les 15-24 ans chez les femmes (65%) et les 20-29 ans chez les hommes (61%). La proportion de patients asymptomatiques était d'environ 45%, mais variait selon les lieux de consultation (de 22% en consultation de gynécologie hospitalière à 74% en

CDAG/CIDDIST).

Gonococcies : entre 2013 et 2015, le nombre a augmenté d'environ 100% chez les HSH, de 32% chez les femmes hétérosexuelles et de 8% chez les hommes hétérosexuels.

Parmi les gonococcies rapportées en 2015, 68% concernaient les HSH.

L'incidence annuelle des gonococcies à environ 15 000 cas en France, soit un taux d'incidence de 39/100 000 personnes de 15 à 59 ans².

Lymphogranulomatoses vénériennes rectales

Le nombre de LGV rectales a augmenté de 47% et celui des infections rectales à *Chlamydia* non L de 92% entre 2013 et 2015. L'épidémie touche quasi-exclusivement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), qui représentaient 98% des cas de LGV et d'infections rectales non L en 2015.

Les classes d'âge les plus touchées étaient les 30-49 ans pour les cas de LGV (66%) et les 20-39 ans pour les infections rectales non L (71%).

Syphilis précoces (de moins d'un an)²

Le nombre de syphilis précoces a augmenté de 56% chez les HSH entre 2013 et 2015.

Chez les hétérosexuels, malgré des effectifs relativement faibles, une augmentation du nombre de cas est aussi observée au cours de la même période (+85% chez les femmes et +75% chez les hommes).

Parmi les patients déclarés pour une syphilis précoce en 2015, 84% étaient des HSH, les femmes ne représentant que 5% des cas rapportés. Les hommes de 20-49 ans étaient les plus concernés (78%), quelle que soit l'orientation sexuelle, tandis que la majorité des femmes avaient moins de 29 ans (53%).

Le niveau de co-infections par le VIH reste très élevé malgré une diminution observée en 2015, la part de patients co-infectés par une syphilis et le VIH étant d'environ un quart en 2015.

Rupture de soins

L'étude sur les facteurs associés à la rupture de suivi (RDS) chez les PVVIH en Aquitaine, a révélé que parmi les 4360 patients suivis entre 2005 et 2012, 28% ont présentés une rupture de suivi.

L'incidence de la RDS a été estimée à 5,61 personnes année pour 100 personnes année depuis le début de la prise en charge hospitalière de la période considérée. Le risque de survenue d'une RDS à 5 ans était de 10,5%.

AXE VIVRE AVEC LE VIH

ORIENTATIONS NATIONALES, RECOMMANDATIONS

Recommandations du Groupe d'Experts 2013

En matière d'ETP :

Le groupe d'experts recommande :

- d'organiser des consultations spécifiquement dédiées à l'éducation thérapeutique au sein des établissements ou réseaux de santé ;
- de formaliser des programmes d'éducation thérapeutique en équipe, en impliquant les associations de patients sur la base du cahier des charges national et de former les acteurs.

Conditions de vie pour une réussite thérapeutique

En matière de prise en charge globale :

- A l'ensemble des acteurs médicaux, non médicaux et associatifs :
 - De préserver les acquis de l'approche globale, de continuer à promouvoir le patient-acteur et d'éviter une approche purement axée sur la performance des techniques médicales
 - De mettre en place une évaluation au début puis au cours du suivi de l'accès aux droits, de l'insertion dans l'emploi, des ressources nécessaires aux besoins fondamentaux et des liens sociaux
- **Aux associations**, de développer une composante d'autosupport et de convivialité prenant en compte la diversité des besoins et des publics pour favoriser l'inclusion des PVVIH dans la société, renforcer leur tissu relationnel, et de développer l'accompagnement et l'orientation vers le droit commun.

En matière d'enjeux éthiques et sociétaux, de droits fondamentaux, de lutte contre les discriminations :

- **A l'ensemble des acteurs médicaux, non médicaux et associatifs**, de renouveler la communication et la diffusion de l'information sur le VIH pour modifier le regard porté sur les personnes, en informant notamment sur l'intérêt préventif du traitement

Pour ce qui est des dispositifs de droit commun :

- **A l'Assurance Maladie**, d'améliorer l'accès aux soins de l'ensemble des PVVIH, notamment en renforçant l'accueil des personnes en situation de précarité, et en améliorant l'information et l'accessibilité aux couvertures complémentaires : CMU-c, aide pour une complémentaire de santé (ACS)
- **Aux autorités en charge des affaires sociales et de l'emploi**, d'améliorer l'accès aux dispositifs d'accompagnement en faveur de l'accès et du maintien dans l'emploi ou de la reprise d'activité (IRQTH) et aux professionnels de santé, d'anticiper la survenue de difficultés professionnelles
- **Aux pouvoirs publics**, d'améliorer et renforcer l'accès à l'offre d'hébergement et d'aides à domicile adaptés aux caractéristiques des PVVIH : appartements de coordination thérapeutique, centres d'hébergement et de réinsertion sociale, hébergements adaptés aux PVVIH vieillissantes (soins de suite, EHPAD)

Pour les populations particulièrement vulnérables :

- **Aux pouvoirs publics**, de garantir l'accès aux soins et aux droits des PVVIH étrangères en situation irrégulière au regard du droit au séjour, et généraliser le recours à l'interprétariat professionnel

- Aux pouvoirs publics d'améliorer la prise en charge sociale et médicale en mettant en œuvre les recommandations du rapport IGAS « Evolution des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et trans-sexualisme » de décembre 2011, pour améliorer l'accès à la santé des PVVIH transgenres.

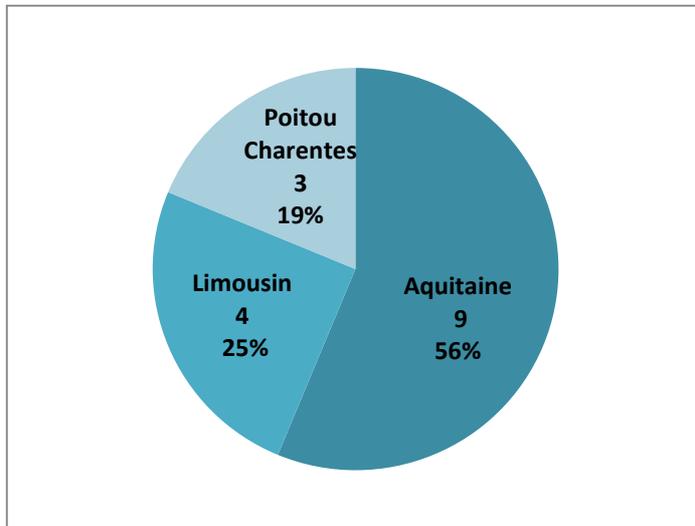
CONSTATS NATIONAUX, REGIONAUX, LOCAUX

Programmes d'éducation thérapeutique (ETP) VIH/SIDA et/ou Hépatites autorisés au 10/08/2017 par l'ARS NA

Région	N°	Dpt	Intitulé du programme	Structure	Date d'autorisation initiale
Limousin	1	19	ETP pour les PVVIH et/ou le virus des hépatites	CH BRIVE	26/08/2013
	2	19	Patient porteur d'une maladie infectieuse en Prison	CH TULLE/UCSA	26/01/2017
	3	87	VIH/SIDA	CHU LIMOGES	24/02/2011
	4	87	Hépatites virales chroniques	CHU LIMOGES	25/02/2011
Aquitaine	5	24	ETP au sein du réseau VIH Dordogne	Maison des réseaux	06/12/2010
	6	33	Etre bien dans sa vie	CHU St André	06/12/2010
	7	33	ETP pr les PVVIH et/ou une hépatite	CHU Haut-Lévêque	07/02/2011
	8	33	ETP et accompagnement du patient atteint d'une hépatite virale	CHU Haut-Lévêque	07/02/2011
	9	33	ETP des PVVIH	CHU Pellegrin	06/12/2010
	10	40	Patient infecté par le VIH	CH DAX	29/03/2013
	11	47	Patients vivant avec le VIH	Pôle de santé du Villeneuvois CH SAINT CYR	01/12/2011
	12	64	ETAPE VIE : ETP pour Accompagner les PVVIH et leur Entourage, Vaincre, l'Isolement Ensemble	CH COTE BASQUE	24/09/2015
	13	64	Education thérapeutique auprès des patients atteints du VIH	CH PAU	10/03/2011
Poitou Charentes	14	79	ETP pr les PVVIH et/ou le VHC	CH NIORT	28/02/2011
	15	16	ETP PVVIH ou les hép B et C	CH ANGOULEME	22/02/2011
	16	86	PEC des patients atteints d'Hépatites C	CHU POITIERS	28/02/2011

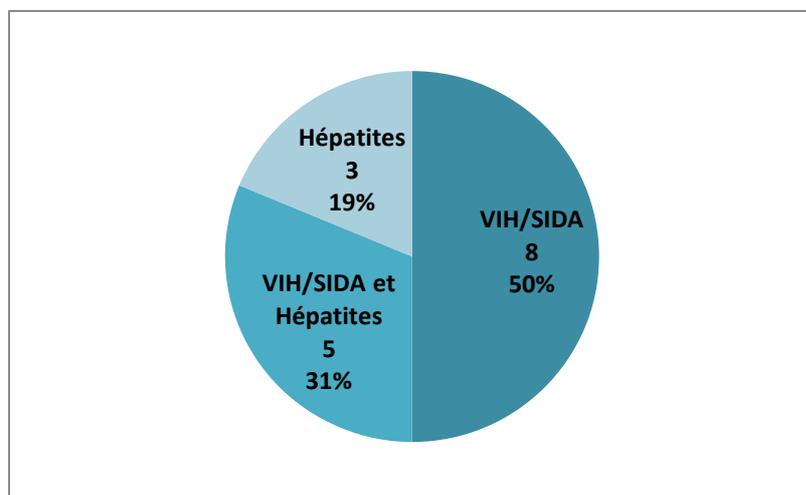
16 programmes ETP VIH/SIDA et/ou hépatites ont été autorisés en aout 2017 par l'ARS Nouvelle Aquitaine

Répartition géographique des programmes ETP VIH/SIDA et/ou Hépatites NA par ex régions autorisés par l'ARS au 18/08/2017



Parmi les 16 programmes, plus de la moitié se trouvent en ex-Aquitaine, 4 en ex-Limousin et 3 en ex-Poitou Charentes

Répartition par thématique des programmes ETP VIH/SIDA et/ou Hépatites NA autorisés par l'ARS au 18/08/2017



Parmi les 16 programmes, 8 sont spécifiquement sur le VIH/SIDA, 5 sur les VIH/SIDA et les Hépatites et 3 exclusivement sur les Hépatites

Qualité de vie

Enquête ANRS Vespa 2⁸ :

Les informations reposent sur l'enquête ANRS-Vespa2, enquête nationale représentative auprès des PVVIH suivies à l'hôpital en 2011, qui fait suite à une première enquête réalisée en 2003 selon un protocole similaire.

L'ancienneté du diagnostic en 2011 est en médiane de 12 ans, avec des différences marquées selon les groupes socio-épidémiologiques. Plus de 9 patients sur 10 (93.3%) reçoivent un traitement antirétroviral en 2011. Parmi eux, 56.7% ont plus de 500 CD4/mm³ et 88.5% ont une charge virale contrôlée, paramètres en net progrès par rapport à 2003. Globalement, 16.3% des patients ont été infectés par le VHC, 17.5% ont un traitement hypolipémiant, 17.1% un traitement antihypertenseur, 4.2% un traitement hypoglycémiant et 12.9% rapportent un épisode dépressif majeur dans l'année.

Presque un quart (24.0%) ont été hospitalisés dans l'année.

Parmi les personnes nouvellement diagnostiquées depuis 2003, 36.4% sont des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 39.7% des immigrés d'Afrique subsaharienne, 2.4% des usagers de drogues et 21.5% d'autres hommes et femmes hétérosexuels. Les caractéristiques sociodémographiques, les circonstances du diagnostic VIH et l'avancée de l'infection au moment du diagnostic diffèrent fortement entre ces groupes.

Etude qualitative des ruptures du parcours de soins chez les PVVIH en Aquitaine, 2016⁹

L'étude qualitative des ruptures du parcours de soins chez les PVVIH en Aquitaine de Caroline Giacomoni, anthropologue de 2016 au COREVIH sur les ruptures du parcours de soins chez les PVVIH en Aquitaine met en exergue plusieurs facteurs agissant sur la rupture du parcours de soins.

La majorité des facteurs identifiés ne relèvent pas de l'individu lui-même, mais d'un ensemble d'éléments propres à la thérapie, à la prise en charge et au parcours de soins tels que :

- Effets secondaires des traitements.
- Contraintes des examens biologiques et de la prise médicamenteuse.
- Diminution de la qualité de vie (facteurs indirects)
- Changements (identifiés par l'étude) préjudiciables au patient.
- **Aléas du parcours de soins d'ordre relationnel et organisationnel, pouvant fragiliser le lien hôpital-patient et engendrer des ruptures de parcours.**
- **Dysfonctionnements dans la gestion du parcours de soins pouvant impacter la santé des patients.**
- **Relation médecin-patient (plus généralement soignant-soigné) défavorable au suivi.**
- Incohérences de la prise en charge lors des « temps clés » du parcours de soins.

Les pistes non exhaustives, semblant favorables à l'amélioration de la prise en charge des PVVIH sont :

- La prise en considération et l'anticipation des effets indésirables de la maladie et de ses traitements grâce à un « espace-temps » d'écoute (ETP par exemple).
- La prise en charge systématique des conséquences du VIH, en envisageant notamment des solutions alternatives à la médecine moderne conventionnelle.
- La révision de l'organisation et du fonctionnement de la prise en charge afin de « corriger » les dysfonctionnements institutionnels ; axée notamment sur les trois temps clés du parcours de soins identifiés.
- L'objectivisation des pratiques médicales, à travers l'aménagement de formations afin de permettre aux médecins d'adapter leurs discours, leurs postures et leurs pratiques.
- La prise en compte des « failles » perçues par les patients au sujet de la consultation (durée, relation au corps, etc.).
- Le développement d'une collaboration entre les différents acteurs de soins jalonnant le parcours de soins (acteurs médico-sociaux, médecin traitant) et de la disponibilité de ces acteurs dans les structures de soins, avec le soutien des associations.
- L'actionnement des leviers représentationnels à travers une transmission plus large des informations concernant la maladie et ses traitements, et une limitation de l'utilisation des notions contreproductives (à travers une réflexion autour du jargon employé dans certains milieux dont le milieu hospitalier).

Rapport VIH/hépatites, la face cachée des discriminations, 2016, AIDES,

<http://www.aides.org/publication/rapport-discriminations-2016>

Les personnes touchées par le VIH ou une hépatite deux fois plus discriminées que la population générale

Lorsque l'on demande aux personnes séropositives au VIH ou aux hépatites si elles ont été victimes de discriminations au cours des 12 derniers mois, 30 % d'entre elles répondent positivement.

Pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), la séropositivité apparaît clairement comme le principal motif de discrimination : 80 % des personnes concernées font un lien direct entre leur infection et la discrimination subie.

La sphère affective et sexuelle, premier domaine de discriminations

49,1 % des personnes séropositives au VIH et 63,6 % des personnes séropositives aux hépatites déclarent avoir été victimes de rejet dans un contexte sexuel.

43,6 % des personnes vivant avec le VIH et 36,4 % des personnes vivant avec une hépatite faisant état de discriminations déclarent qu'elles ont lieu dans la sphère familiale ou amicale.

Ces données corroborent les conclusions de l'enquête KABP menée dans le grand public par l'ANRS en 2010 : « plus les circonstances impliquent un degré d'intimité élevé avec une personne séropositive, moins les répondants ont une attitude favorable ».

Un quart des discriminations déclarées par les personnes séropositives ont lieu dans le milieu médical

Celles-ci peuvent prendre des formes très diverses : refus de soins directs ou déguisés, traitements différenciés, non-respect de la confidentialité ou du secret médical, attitudes humiliantes.

En 2016, l'enquête VIH, Hépatites et Vous (VHV) montre que :

- ⇒ 23,6 % des personnes vivant avec le VIH et 27,3 % des personnes vivant avec une hépatite ayant subi des discriminations ont été victimes de telles pratiques lors des 12 derniers mois.
- ⇒ 10,2 % des répondants-es (toutes sérologies confondues) déclarent avoir été confrontés-es à des refus de soins au cours des 24 derniers mois. Ce sont les dentistes les plus fréquemment cités dans les cas de refus de soins.
- ⇒ À la question : « comment trouvez-vous votre qualité de vie ? », les personnes vivant avec le VIH ont un ressenti nettement inférieur aux autres enquêtés-es. Elles sont par exemple deux fois plus nombreuses que les personnes séronégatives à considérer leur qualité de vie comme « très mauvaise ».

Le sentiment d'isolement est également nettement plus élevé parmi les personnes séropositives au VIH : près de 39 % d'entre elles disent se sentir « plutôt seules » ou « très seules » contre 23,8 % parmi les autres enquêtés-es. Les personnes se sentant « très seules » sont même deux fois plus nombreuses parmi les enquêtés-es vivant avec le VIH : 8,4 % contre 4,1 % parmi les autres enquêtés-es.

Des discriminations qui se combinent, des vulnérabilités qui se cumulent

On relève que 80 % des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes interrogés dans VHV déclarent avoir subi des discriminations en raison de leur orientation sexuelle au cours des 12 derniers mois.

L'enquête testing de AIDES, 2015

L'enquête testing téléphonique d' AIDES, 2015 Parmi les 440 cabinets de chirurgiens-dentistes contactés, 33,6 % ont invoqué un refus de soins (directs ou déguisés) imputables au VIH ; 16,8 % de discriminations et de disparités de traitement en raison du statut sérologique.

Projet QuAliV, Diana Barger, doctorante en santé publique, INSERM U1219 / ANRS, Université de Bordeaux, ISPED :

QuAliV est un projet scientifique de [la cohorte ANRS Co3 Aquitaine](#), qui va bientôt démarrer et vise à améliorer la recherche sur la qualité de vie des personnes qui vivent avec une maladie chronique, l'infection à VIH, en impliquant plus directement les PVVIH dans la connaissance et l'analyse de leur situation personnelle et de leur état de santé global afin d'apporter des solutions pratiques.

Les patients vivant avec le VIH vont être invités à répondre à **des questionnaires une fois par an sur leurs habitudes, leurs symptômes, leur qualité de vie et leur prise en charge** à partir d'un ordinateur, d'une tablette ou d'un smartphone.

Ils **contribueront ainsi au développement de nouvelles solutions mieux adaptés à leurs besoins et à leur état de santé globale.**

Vieillir avec le VIH

Les études de cohortes objectivent le vieillissement des PVVIH(âge médian à 52 ans pr la Cohorte Aquitaine). Ce constat a pr conséquence l'obligation de tenir compte dans les objectifs de prise en charge des comorbidités (cancers, maladies cardiovasculaires, troubles cognitifs....).

D'autre part, l'organisation des parcours de santé doit en tenir compte :

Problèmes d'hébergement, structure de soins de suite et de réadaptation, implication des gériatres.

Le vieillissement a déjà été évoqué dans les axes ci-dessus.

Prise en compte des Co-morbidités

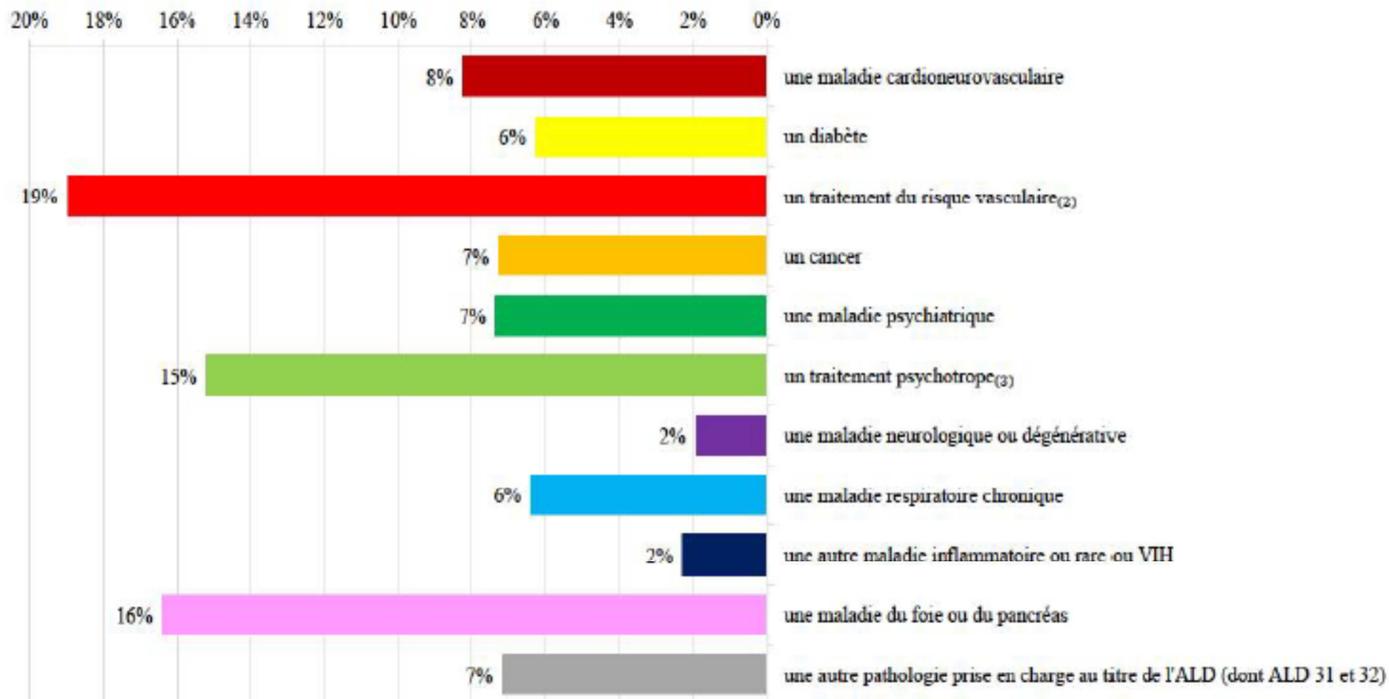
Allant de pair avec le vieillissement des PVVIH, et liées au contexte de « maladie chronique » :

Elles sont abordées dans le Rapport d'Experts 2017 **et guident les recommandations pour le suivi des patients. Les tableaux ci-dessous illustrent ces notions :**

Facteurs de risques et morbidités chez les PVVIH suivies en France

- **Données combinées 2015 de la Cohorte Aquitaine (ANRS CO3) et de la FHDH (ANRS CO4) [n = 44781 ; âge médian = 50 ans]**
 - Coinfection VHC 14 % ; Coinfection VHB 6%
 - Tabagisme actif 43,2%
 - **Surpoids** (25 < IMC < 30 kg/m²) **25,4%** ; **obésité** (IMC >= 30) **7,8 %**.
- **Données 2014 de la Cohorte Aquitaine [n = 4066 ; âge médian = 53 ans]**
 - **HTA : 47,9%** ; diabète 14,2 % ; LDL-cholestérol > 1,6 g/L 20,2 %
 - **22,2 % ont 5 à 10 % de probabilité de survenue d'un évènement cardiovasculaire dans les 5 ans et 15,5% ont > 10 % de risque.**
 - Insuffisance rénale chronique (< 60 ml/mn : 14,3 % ; < 30 ml/mn: 1,4 %)
 - **ATCD** d' évènement cardiovasculaire 11,1% (coronaropathie 6,5 % , AVC 3,1 %) ; cancer : 11,5 % ; fracture pathologique : 5,1% ; dépression: 12,8 %

Pourcentage de PVVIH avec au moins une des pathologies listées (SNIIRAM 2014)



Source : SNIIRAM / Régime Général + Sections Locales Mutualistes

Note : une personne peut être atteinte par plusieurs pathologies (prévalences non sommables)

⁽²⁾ Hors personnes identifiées comme ayant une maladie coronaire ou accident vasculaire cérébral - ni aigus ni chroniques -, ou artériopathie oblitérante des membres inférieurs, ou insuffisance rénale chronique traitée, ou diabète

⁽³⁾ Hors personnes identifiées comme ayant une maladie psychiatrique

et sous l'égide du CNS e

References

- ¹ Velter A, Sauvage C., Saboni L., et al. Estimation de la prévalence du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes fréquentant des lieux de convivialité gay de cinq villes françaises-Prévagay 2015. Bull Epidémiol Hebd. 2017 ;(18) :347-54.
- ² Ndeikoundam Ngangro N., Viriot D., Fournet N., *et al.* Les infections sexuellement transmissibles bactériennes en France : situation en 2015 et évolutions récentes. Bull Epidémiol Hebd. 2016 ;(41-42) :738-44.
- ³ BVS Bulletin de Veille Sanitaire n°11 – Avril 2017 « Bilan de la couverture vaccinale en Nouvelle-Aquitaine au 31/03/2017 »
- ⁴ Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors JAMA. 1999 Feb 10;281(6):537-44
- ⁵ Gautier A, dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009 [En ligne]. Saint-Denis La Plaine (FR) : Inpes, coll. Baromètres santé ; 2011 : 266 p. Disponible : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>
- ⁶ « Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France » - HAS, Mars 2017
- ⁷ Cazein F., Le Strat Y., Aminata Sarr A., *et al.* Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2015. Bull Epidémiol Hebd. 2016 ;(41-42) :745-8.
- ⁸ Lert F., Danet S., Therre H., Vivre avec le vih : premiers résultats de l'enquête anrs-vespa2. Bull Epidémiol Hebd. 2013 ;(26-27) :2833248.
- ⁹ Giacomoni C., Etude qualitative des ruptures du parcours de soins chez les PVVIH en Aquitaine, Rapport 2016