



Prise en charge hospitalière des PVVIH en Nouvelle-Aquitaine 2017 - 2021

Hôpital du Tondu – Groupe Hospitalier Pellegrin
Place Amélie Raba Léon – 33076 BORDEAUX Cedex
Tél : 05 56 79 56 06 – Fax : 05 56 79 60 87
corevih@chu-bordeaux.fr - www.corevih-na.fr

Systeme d'information

- **En 2017**

- Etablissements hospitaliers participants
3 CHU et 22 CH
- Outils informatiques de saisie des données
Arpège (61,3%)
Nadis (22,4%)
DomeVIH (16,3%)
- File active
7 725 PVVIH

- **En 2021**

- Etablissements hospitaliers participants
Transfert de l'activité hospitalière de Cognac vers Saintes et Angoulême en 2018
Données du CH de Mont-de-Marsan non analysées en 2021
- Outils informatiques de saisie des données
Arpège (75,4%)
Nadis (22,9%)
DomeVIH (1,7%)
- File active (non consolidée)
8 291 PVVIH

Contexte

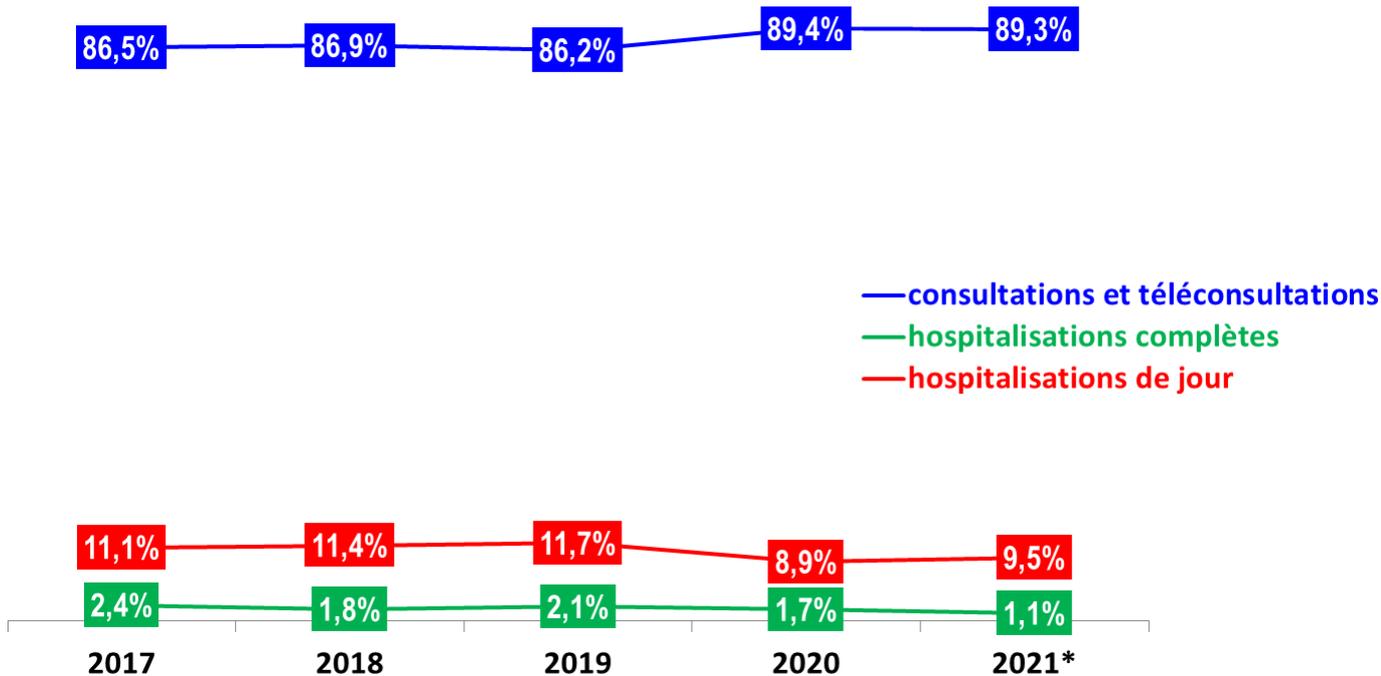
- **Entre 2017 et 2021**
 - Démarche qualité et harmonisation des pratiques de recueil des données
Procédures communes (recherche des PVVIH en rupture de soins et perdues de vue, validation des décès, ...)
Standardisation des définitions, consignes de codage
Partages d'expériences & concertation
 - Renforcement des activités de recherche clinique (cohortes, études non randomisées et randomisées)
 - e-DO et collaboration renforcée avec Santé Publique France (CIRE NA)
 - Regards croisés des acteurs Dépistage / Prévention / Soins
Groupe « Epidémiologie » sur les nouvelles découvertes VIH et les IST

Recours au soin et file active (FA)

- **Evolution entre 2017 et 2021**

- **Recours** : 19 692 à 18 604/an (tous recours confondus)

Effet crise sanitaire COVID : baisse de 5,5% en 2020-2021



- **File active** : en augmentation de 7,3% (de 7 725 à 8 291)

Effet crise sanitaire COVID : stabilité en 2020-2021

FA : caractéristiques socio-démographiques

- **Entre 2017 (N = 7 725) et 2021 (N = 8 291)**
 - PVVIH et genre : + 50% de transgenres suivis (n = 15)
 - PVVIH et âge : proportion croissante des 60 ans et plus

	2017	2018	2019	2020	2021*
< 60 ans	76,8%	74,6%	72,7%	70,0%	67,7%
≥ 60 ans	23,2%	25,4%	27,3%	30,0%	32,3%

- PVVIH et orientation sexuelle : augmentation modérée de la proportion des HSH

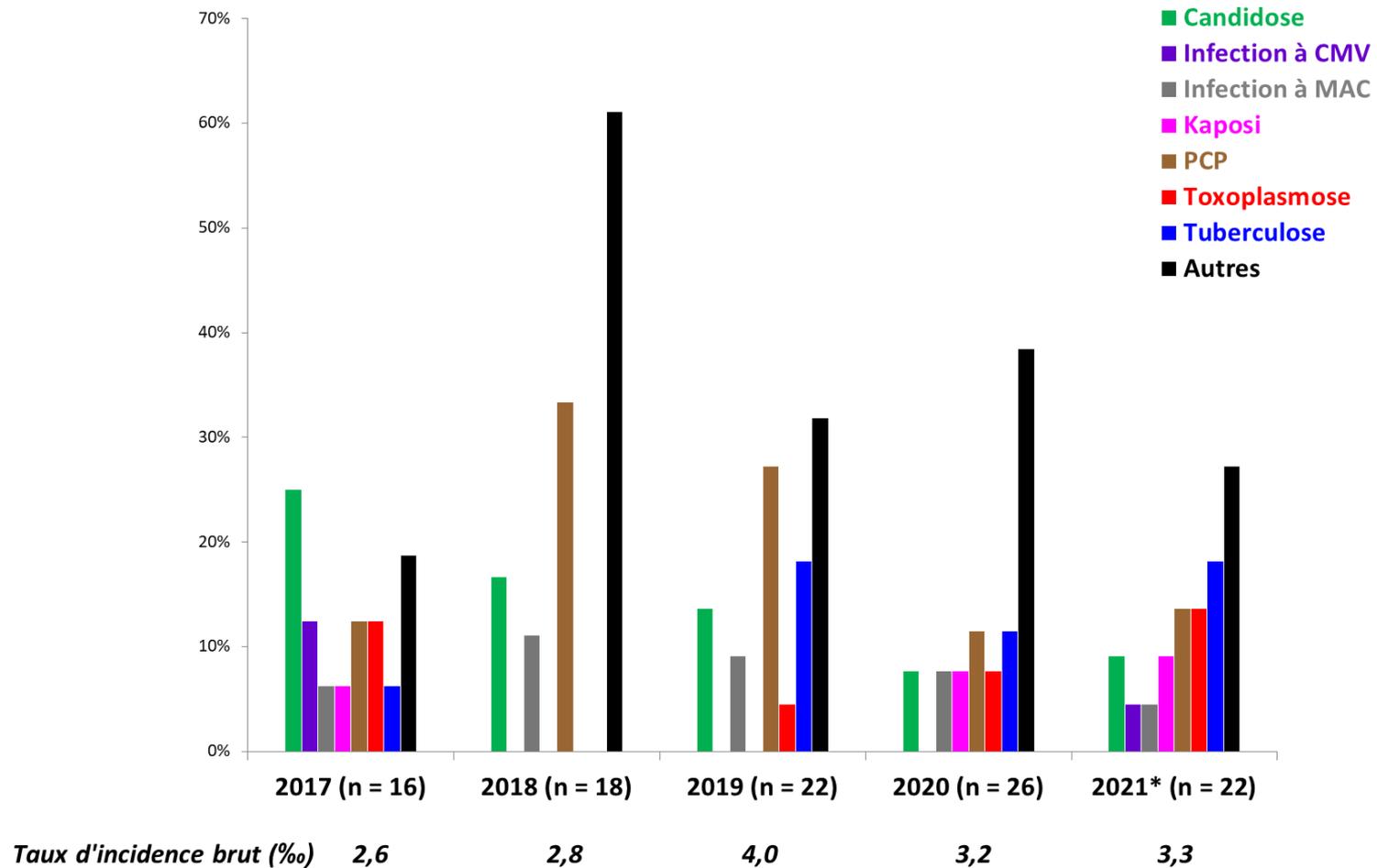
	2017	2018	2019	2020	2021*
HSH	41,6%	42,4%	42,3%	42,9%	43,4%
non HSH	52,9%	52,1%	52,2%	51,8%	51,5%
inconnu	5,6%	5,5%	5,5%	5,3%	5,1%

- PVVIH et origine géographique : proportion de nationalité française en baisse

	2017	2018	2019	2020	2021*
France Métropole	78,4%	78,6%	77,5%	77,5%	76,9%
Afrique sub-sahara	13,3%	13,5%	14,1%	13,4%	13,6%
autres	7,5%	7,8%	8,2%	7,9%	8,5%
inconnu	0,9%	0,1%	0,1%	1,2%	1,0%

FA : indicateurs cliniques (1)

- **Entre 2017 et 2021**
 - Passage au stade C/SIDA : événement devenu rare

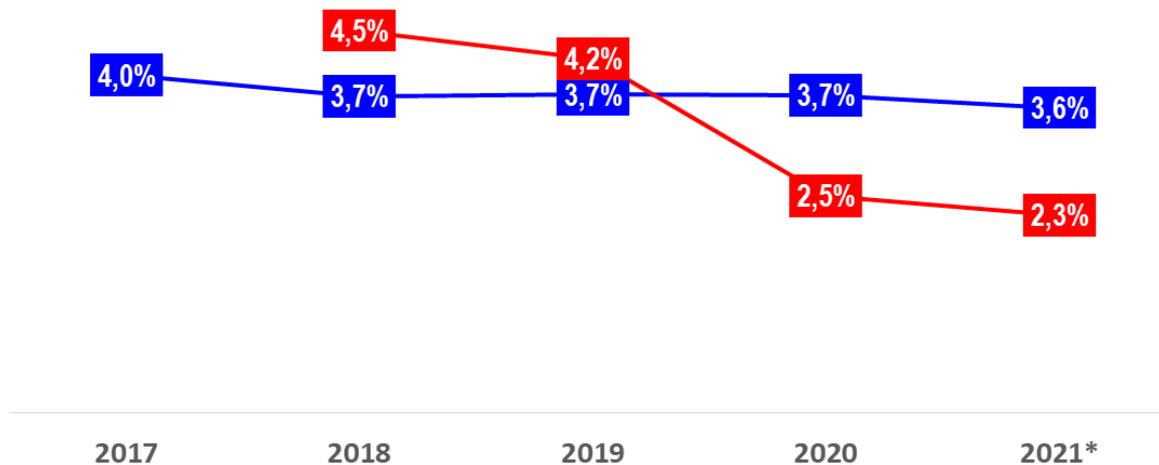


* les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année 2022

FA : indicateurs cliniques (2)

- **Entre 2017 et 2021**
 - Co-infection par le VHB en légère baisse
 - Co-infection par le VHC en nette diminution (dépistage + DAA)

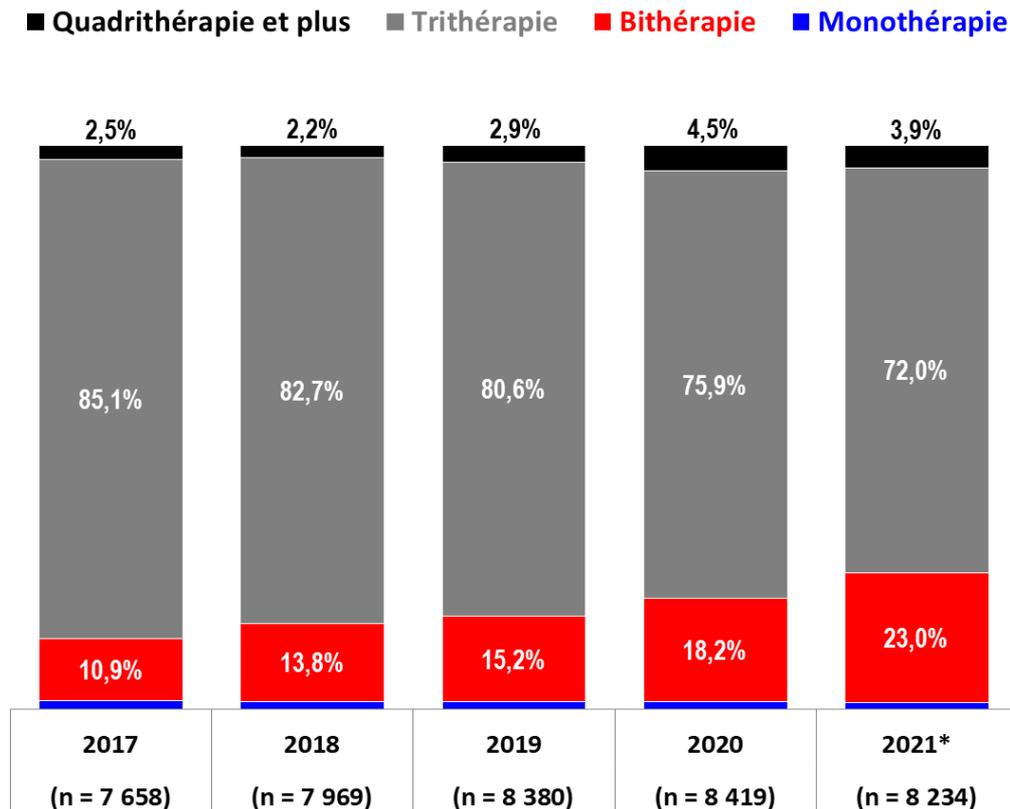
— Ag HBs positif — ARN du VHC positif



* les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année 2022

FA : mise sous traitement ARV (1)

- **Entre 2017 et 2021**
 - Régimes ARV : prescriptions de bithérapies ont doublé au détriment des trithérapies



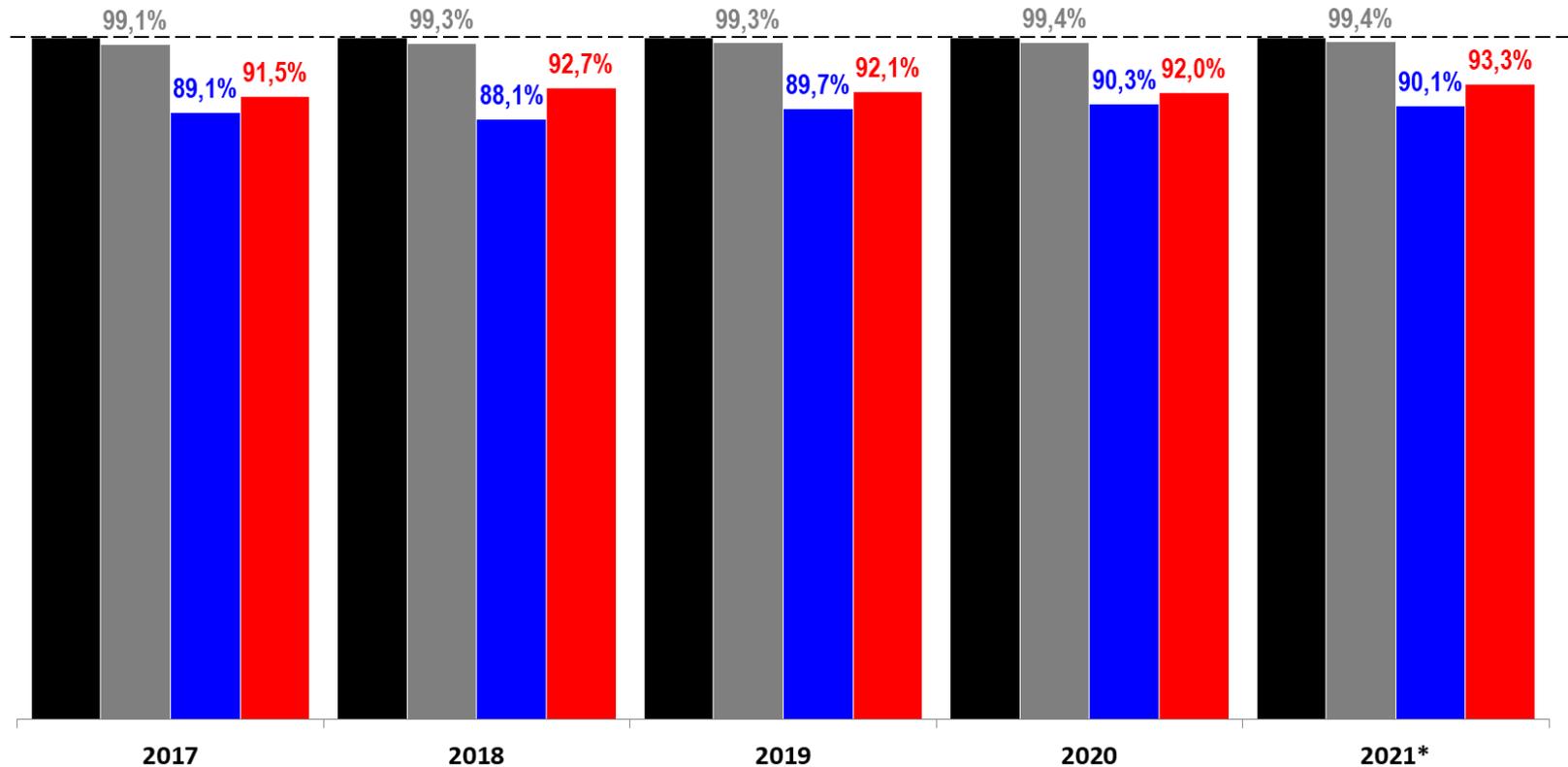
* les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année 2022

FA : mise sous traitement ARV (2)

- **Entre 2017 et 2021**

- La grande majorité des patients sont traités par ARV, mais $\approx 10\%$ avec un taux de CD4 peu satisfaisant et $\approx 7\%$ avec une charge virale VIH mal contrôlée

■ PVVIH dépistées et suivies (100%) ■ traitées par ARV ■ CD4 $\geq 350/\text{mm}^3$ ■ CV indétectable

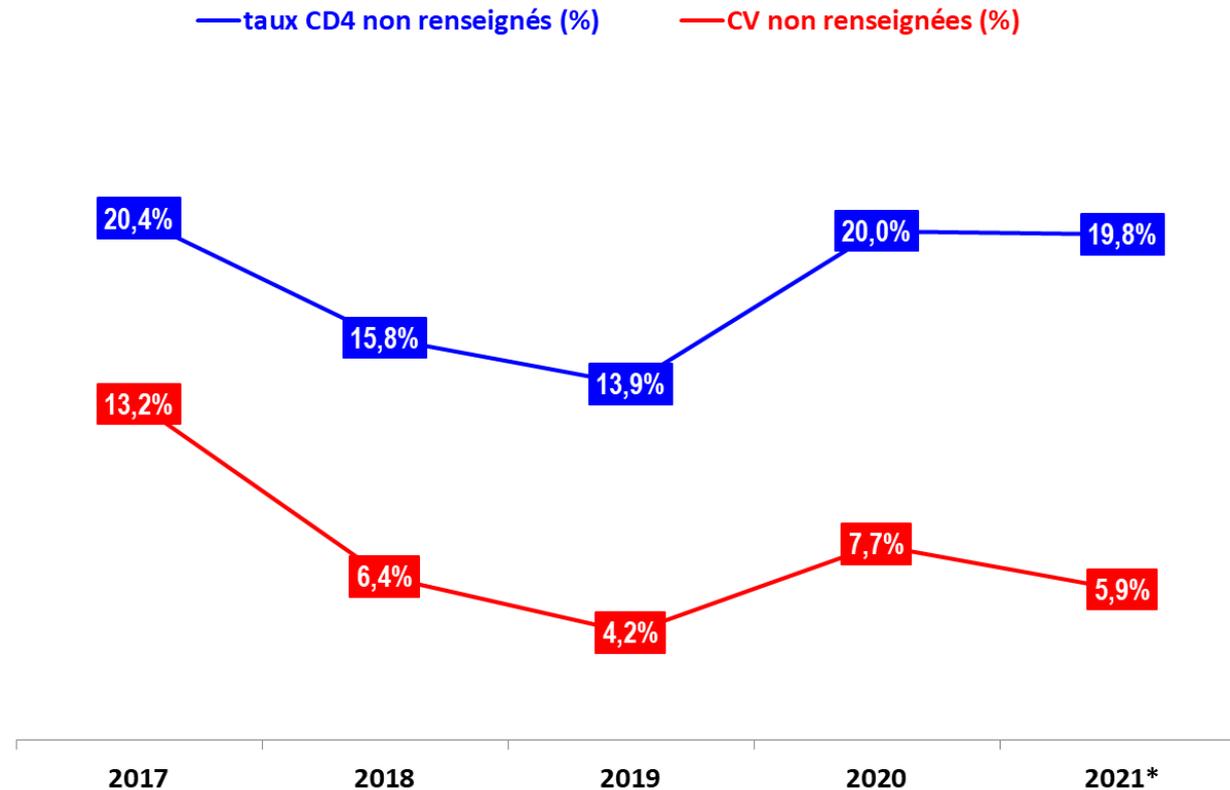


* les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année 2022

FA : paramètres viro-immunologiques

- En 2020-2021, une PVVIH traitée sur cinq n'a pas de mesure du taux de CD4 dans l'année (*versus* une sur sept avant) :

Effet crise sanitaire COVID ? Evolution des pratiques ?



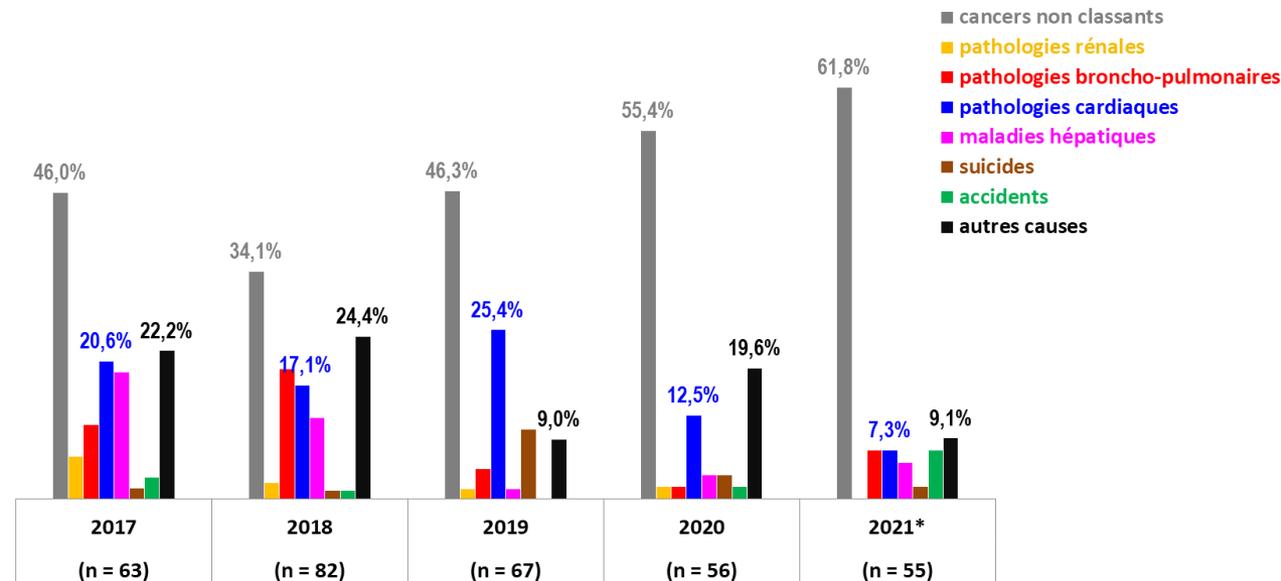
* les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année 2022

Mortalité

- **Entre 2017 et 2021**

- 1% de la file active décède chaque année
- Moins de 10% des décès en lien direct avec l'infection par le VIH avec une prédominance des cancers et des pathologies cardiaques

	2017	2018	2019	2020	2021*
Causes de décès**	82	106	91	89	81
<i>Non liées au VIH</i>	95,5%	91,1%	91,8%	91,8%	90,2%
<i>Liées au VIH</i>	4,5%	8,9%	8,2%	8,2%	9,8%



* les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année 2022

** répartition des causes lorsque les décès ont été validés (14 et 15 décès survenus respectivement en 2020 et 2021 sont en cours de validation)

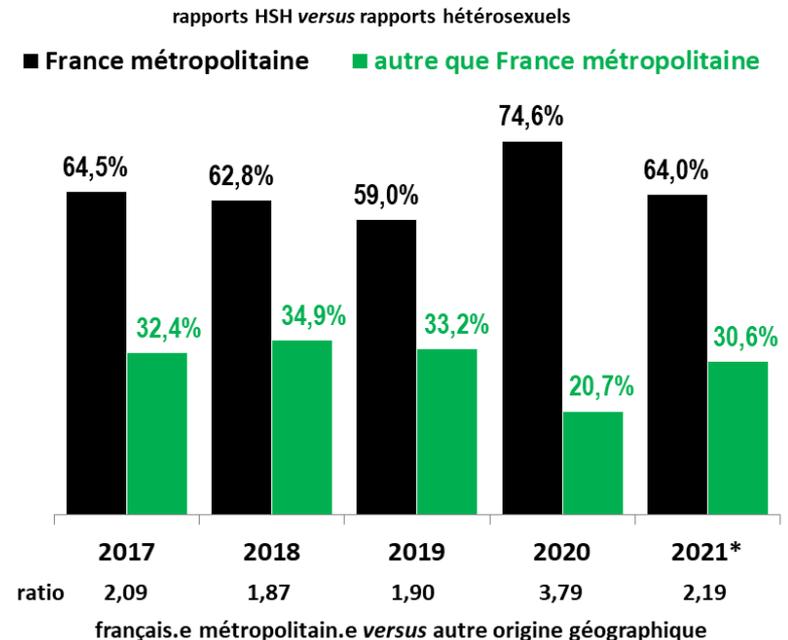
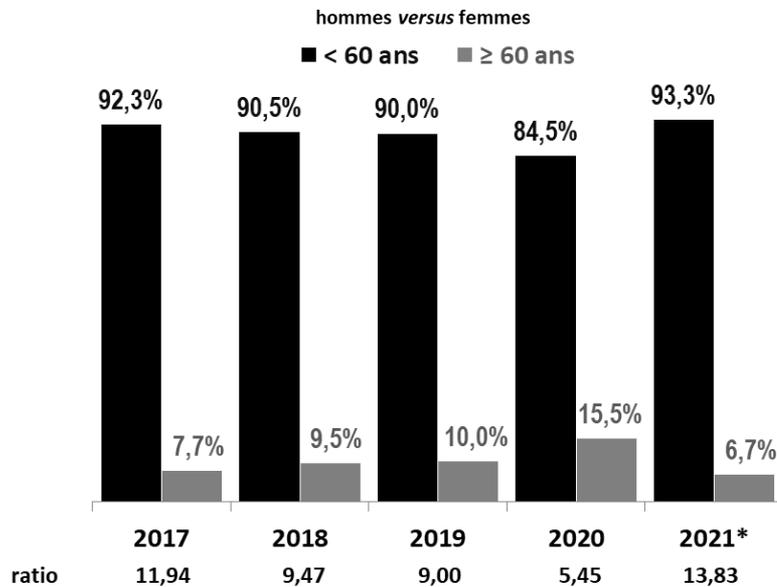
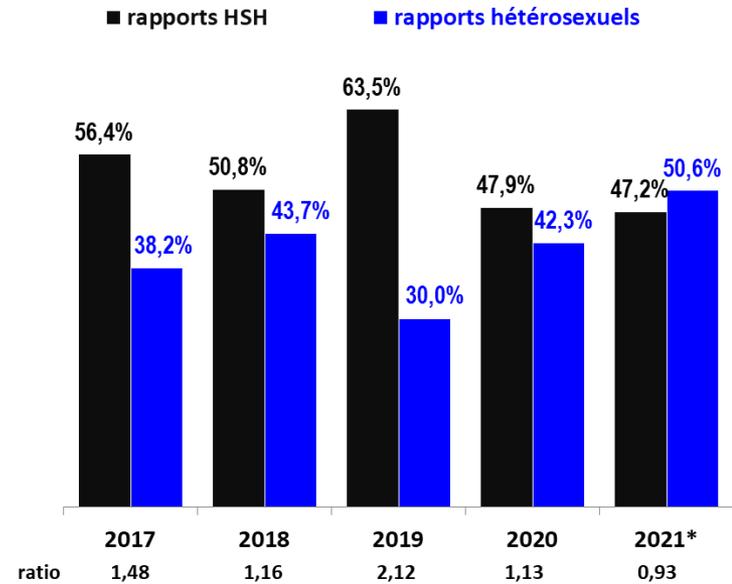
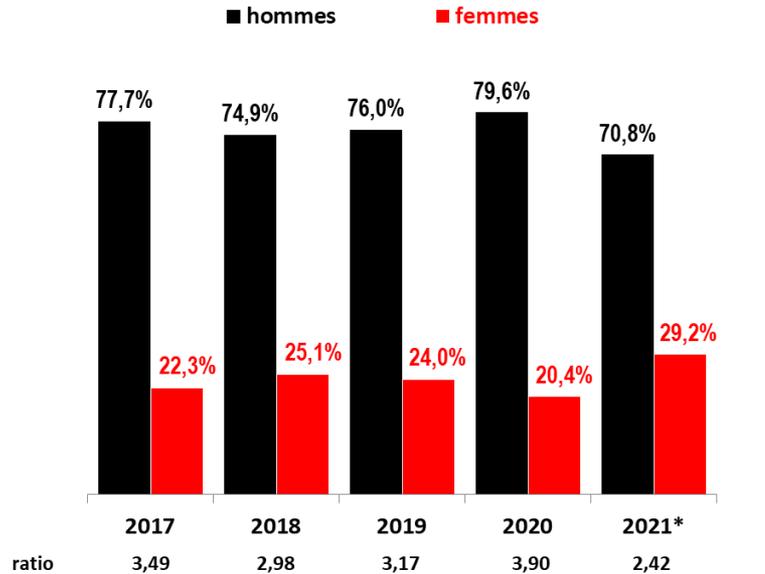
Découvertes de séropositivité (1)

- **Entre 2017 et 2021**
 - Diminution régulière avec un fort infléchissement en 2020

	2017	2018	2019	2020	2021*
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
File active globale	7 725	8 028	8 440	8 485	8 291
Nouveaux patients diagnostiqués	220 (2,8)	199 (2,5)	200 (2,4)	142 (1,7)	89 (1,1)

La baisse des nouvelles prises en charge de PVVIH récemment diagnostiquées est cohérente avec la chute de l'activité de dépistage pendant la crise sanitaire

Découvertes de séropositivité (2)



* les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année 2022

Constats/Perspectives (1)

- Augmentation des files actives sur la période 2017-2021 avec une relative stabilité durant la crise sanitaire : malgré le fonctionnement dégradé, la prise en charge des patients a tenu
- Activité hospitalière en baisse car la fréquence des recours « conventionnels » a été réduite
- Objectifs thérapeutiques atteints pour la quasi-totalité des patients traités
- Comorbidités bien prises en charge mais tendent à limiter l'espérance de vie des PVVIH suivies
 - Co-infections par les hépatites virales en diminution, notamment pour le VHC
 - Tendance à une légère hausse des SIDA incidents, amortie en 2020
 - IST ?
- Cancers non-classants : première cause de mortalité des PVVIH

Constats/Perspectives (2)

- Focus sur les nouvelles découvertes de séropositivité dans le cadre de la prise en charge
 - Effet de la crise sanitaire observé, en lien avec la baisse du dépistage.
 - Des profils à risque qui émergent ? ⇒ Observatoire des nouveaux diagnostiqués en « temps réel »
 - Baisse de la proportion des HSH ⇒ prévention PrEP ? À évaluer
- Rapprochement des sources d'informations régionales et partage de données avec les autres acteurs de la prévention pour dépister plus vite et soigner plus rapidement

Établissements hospitaliers participants (2021)

CHU de Bordeaux (Haut-Lévêque, Pellegrin, Saint-André), Limoges, Poitiers
CH : Agen, Angoulême, Arcachon-La Teste, Bayonne, Brive, Châtelleraut, Dax, Guéret, Jonzac, La Rochelle, Libourne, Niort, Orthez, Pau, Périgueux, Rochefort, Royan, St Jean d'Angély, Saintes, Villeneuve-sur-Lot

Équipe de recueil · COREVIH Nouvelle-Aquitaine (2021)

G. ARNOU, MJ. BLAIZEAU, P. CAMPS, M. DECOIN, S. DELVEAUX, L. GABREA, P. GOUGEON,
S. LAWSON-AYAYI, J. PASCUAL, D. PLAINCHAMP, A. POUGETOUX,
D. ARMA, E. LENAUD, B. UWAMALIYA-NZIYUMVIRA, L. WEI-HO LAI, K. ZARA
(techniciens.nes d'étude clinique et attachés.es de recherche clinique)

Équipe projet de la cohorte ANRS CO3 AquiviH Nouvelle-Aquitaine (2021)

O. LELEUX *(chef de projet – INSERM U1219)*

A. PERRIER *(data manager – INSERM U1219)*

F. LE MAREC *(statisticien – INSERM U1219)*