

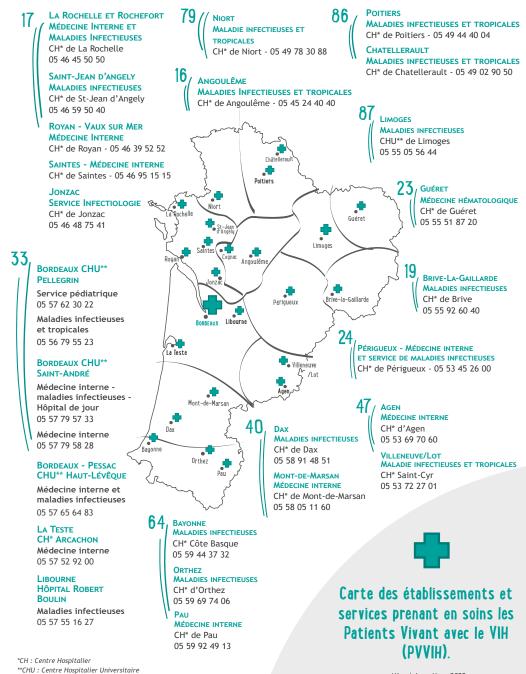
LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (PVVIH) EN NOUVELLE AQUITAINE EN 2021





INT	RODUCTIONP.2
1.	Files actives annuelles P.8
2.	Patients suivis
	Caractéristiques sociodémogra- phiques et épidémiologiques P.9
	Caractéristiques cliniques P.18
	Traitement antirétroviral (ARV) et profil viro-immunologique des patients traités
	Morbidité et mortalité
	Caractéristiques des patients uvellement diagnostiqués P.3 4
4.	Activité hospitalière P서2
COI	NSTATS ET PERSPECTIVES P.44

es informations présentées dans ce rapportsont issues du recueil de données sociodémographiques, épidémiologiques, cliniques, biologiques, thérapeutiques et médico-économiques des patients suivis dans les établissements de soins où un recueil des données était organisé entre 2017 et 2021 par le COREVIH Nouvelle-Aquitaine (NA).



Mise à jour Mars 2022

En 2021, les unités de soins participantes, leurs cliniciens et les technicien.ne.s impliqué.e.s dans le recueil et le traitement des données sont :



Unités participantes et cliniciens : Services de Maladies Infectieuses et/ou Médecine interne des centres hospitaliers publics.

CHU de Bordeaux - site Haut-Lévèque : F. CAMOU, C. COURTAULT, C. GREIB, E. LAZZARO, I. MACHELART, JL. PELLEGRIN, E. RIVIERE, JF. VIALLARD

CHU de Bordeaux - site Pellegrin: L. BARTHOD, C. CAZANAVE, FA. DAUCHY, A. DESCLAUX, M. DUCOURS, H. DUTRONC, J. LEITAO, M. LESCURE, JM. MALVY, D. NEAU, D. NGUYEN, T. PISTONE, M. PUGES, C. RUNEL-BELLIARD, G. SOUBRANE-WIRTH

CHU de Bordeaux - site Saint-André: N. BERNARD,
F. BONNET, D. BRONNIMANN, H. CHAUSSADE, D. DONDIA,
P. DUFFAU, I. FAURE, V. GUILLOTIN, M. HESSAMFAR-JOSEPH,
W. JOURDE, C. MARTELL, P. MERCIE, E. MERIGLIER,
A. MONIER, P. MORLAT, F. PACCALIN, M-C. PERTUSA,
E. RIBEIRO, C. RIVOISY, M-A. VANDENHENDE
CHU de Limoges: A. CYPIERRE, S. DUCROIX-ROUBERTOU,
H. DUROX, JF. FAUCHER, P. PINET, C. GENET, D. MORARASU
CHU de Poitiers: G. BERAUD, M. CATROUX, F. CAZENAVE-ROBLOT, M. GARCIA, V. GIRAUD, C. GODET, G. LE MOAL, JP. MARTELLOSIO

CH d'Agen : Y.IMBERT, E. KLEMENT FRUTOS, P. RISPAL, M. THIERRY-MIEG

CH d'Angoulême : M. GROSSET, S. MALES, E. NGO BELL, A. RICHE

CH d'Arcachon: A. BARRET, C. COURTAULT, M. VIDECOQ

CH de Bayonne : L. ALLEMAN, M. BOUET, S. FARBOS, M-O. VAREIL, H. WILLE

CH de Brive: B. ABRAHAM, P. DA SILVA, X. ENGALENC, M. GAUDIN CH de Châtellerault: A. ELSENDOORN

CH de Dax: K. ANDRE, L. CAUNEGRE, Y. GERARD, M. LAUDA-MAILLEN, F. OSORIO-PEREZ

CH de Guéret: D. DEVESA, D. MORARASU -

CH de Jonzac : T. PASDELOUP

CH de La Rochelle : E. BROTTIER-MANCINI, C. CHAPUZET, L. FABA, X. POUGET-ABADIE, M. RONCATO-SABERAN CH de Libourne : O. CAUBET, S. DE FAUCAL, H. FERRAND,

H. JANNIN, M. MATTS, S. TCHAMGOUE

CH de Mont-de-Marsan : Y. GERARD, F. LACASSIN-BELLER,

C. LASBASSE-DEPIS

CH de Niort : A. DOS SANTOS, V. GOUDET, K. SCHEPERS, S. SUNDER

CH d'Orthez: Y. GERARD -

CH de Pau: G. DUMONDIN, V. GABORIEAU

CH de Périgueux : B. CASTAN, J. KOFFI, M. PAZ, N. ROUANES,

A. SAUNIER, B. ZABBE

CH de Rochefort : C. CHAPUZET, X. POUGET-ABADIE,

M. RONCATO-SABERAN

CH de Royan: P. MOTTAZ, T. PASDELOUP CH de St Jean d'Angély: T. PASDELOUP

CH de Saintes: T. PASDELOUP

CH de Villeneuve-sur-Lot : I. CHOSSAT





Recueil et saisie de données

G. ARNOU, MJ. BLAIZEAU, P. CAMPS,
M. DECOIN, S. DELVEAUX, P. GOUGEON,
J. PASCUAL, D. PLAINCHAMP ET A. POUGETOUX
(technicien.ne.s d'études cliniques –
COREVIH NA);

- D. ARMA, F. DIARRA, L. GABREA, E. LENAUD, LW. HO ET K. ZARA (attachées de recherche clinique **COREVIH NA**);
- B. UWAMALIYA-NZIYUMVIRA (attachée de recherche clinique INSERM U1219);
- S. LAWSON-AYAYI (chargée de mission **COREVIH NA**).



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

S. LAWSON-AYAYI (chargée de mission – **COREVIH NA**);

F. LE MAREC (Statisticien, Inserm U.1219);

O. LELEUX (Chef de Projet, Inserm U1219);

A. PERRIER (Data manager **Inserm U1219**).

ntre 2017 et 2021, trois applications informatiques (ARPEGE, NADIS et DomeVIH) ont permis de saisir les données de la prise en charge hospitalière des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans les services de Maladies Infectieuses et/ou de Médecine interne de NA. En 2021, une grande partie des données enregistrées sous DomeVIH a été transférée sous ARPEGE; seuls les centres de Châtellerault et Royan ont poursuivi l'utilisation de l'application DomeVIH qui devrait disparaitre à terme.

insi, la base de données comporte l'ensemble des informations issues du recueil de données anonymisées des patients adultes infectés par le VIH-1, suivis dans les établissements hospitaliers publics de NA, participant à l'un ou l'autre des systèmes d'information en cours d'utilisation. Cette base de données ne comporte pas les données de quelques centaines de patients, soit en attente d'inclusion (absence de consentement de participation), soit n'ayant pas donné leur consentement (refus de participation, rétractation, impossibilité de formuler un consentement éclairé).

l'analyse des données et les résultats qui en découlent concernent uniquement les PVVIH prises en charge ayant accepté de participer à l'un ou l'autre des systèmes d'information.

1. FILES ACTIVES ANNUELLES

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

la période annuelle. Après une évolution à la hausse en 2018 et 2019, et une année 2020 dans la continuité en dépit du début de la crise sanitaire, la file active des PVVIH suivies dans les hôpitaux publics de la NA (tableau 1) a diminué de 2,3% en 2021 mais ces chiffres sont impactés par le délai de report et ne seront consolidés que dans le rapport de l'année suivante.

TABLEAU 1

PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, files actives annuelles, années 2017 à 2021

	2017	2018	2019	2020	2021"
File active annuelle	7 725	8 028	8 440	8 485	8 291
Evolution	=	+3,9%	+5,1%	+0,5%	-2,3%

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

2. PATIENTS SUIVIS

Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques

n 2021, 8 291 patients déjà suivis ou nouvellement pris en charge, ont eu un recours hospitalier (consultation, téléconsultation, hospitalisation de jour ou hospitalisation complète).

Entre 2017 et 2021, le sex-ratio H:F des patients suivis a peu varié; soit sept hommes pour trois femmes. Le nombre de PVVIH transgenres s'élève désormais à 15, le maximum observé en cinq ans. La principale évolution est la tendance à la hausse des patients âgés de 60 ans et plus qui traduit une augmentation significative des découvertes de séropositivités VIH dans cette tranche d'âge (tableau 2).

En 2021, 2% des PVVIH suivies avaient été diagnostiquées depuis moins de 12 mois (tableau 3). Près de 70% d'entre elles étaient infectées depuis plus de 12 ans.

Lorsque les informations sur le tabagisme et la consommation d'alcool ont été renseignées, les fumeurs représentaient 43,9% des PVVIH suivies en 2021 (tableau 4). De même, 58,8% avaient déclaré avoir une consommation occasionnelle ou régulière d'alcool (tableau 5). La complétude des données relatives à l'hygiène de vie des PVVIH reste incomplète. Néanmoins, une tendance à la baisse des succès des cures de sevrage semblait se dégager.



TABLEAU?PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, files actives annuelles, années 2017 à 2021

	21	217	21	218	20	19	20	20	202	21*
	N	(%)								
FILE ACTIVE	7 725	(100,0)	8 028	(100,0)	8 440	(100,0)	8 485	(100,0)	8 291	(100,0)
Genre										
Hommes	5 493	(71,1)	5 712	(71,2)	5 987	(70,9)	6 030	(71,1)	5 871	(70,8)
Femmes	2 222	(28,8)	2 306	(28,7)	2 443	(29,0)	2 444	(28,8)	2 405	(29,0)
Transgenres	10	(0,1)	10	(0,1)	10	(0,1)	11	(0,1)	15	(0,2)
Âge (en années)										
< 30	316	(4,1)	331	(4,1)	360	(4,3)	321	(3,8)	310	(3,7)
30-39	914	(11,8)	911	(11,4)	937	(11,1)	943	(11,1)	881	(10,6
40-49	1 872	(24,2)	1 847	(23,0)	1 853	(21,9)	1 736	(20,4)	1 588	(19,2
50-59	2 828	(36,6)	2 899	(36,1)	2 987	(35,4)	2 942	(34,7)	2 830	(34,1
60-69	1 235	(16,0)	1 397	(17,4)	1 578	(18,7)	1 745	(20,6)	1 830	(22,1
70-79	463	(6,0)	533	(6,6)	585	(6,9)	655	(7,7)	704	(8,5)
≥ 80	97	(1,3)	110	(1,4)	140	(1,7)	143	(1,7)	148	(1,8)
Mode de contamination										
Relations sexuelles entre hommes (HSH)	3 210	(41,6)	3 401	(42,4)	3 571	(42,3)	3 641	(42,9)	3 598	(43,4)
Relations hétérosexuelles	3 034	(39,3)	3 151	(39,3)	3 347	(39,7)	3 375	(39,8)	3 304	(39,9)
Usage de drogues par voie IV (UDIV)	739	(9,6)	718	(8,9)	729	(8,6)	708	(8,3)	659	(7,9)
Relations HSH et UDIV	31	(0,4)	33	(0,4)	32	(0,4)	29	(0,3)	25	(0,3)
Transfusion	123	(1,6)	124	(1,5)	127	(1,5)	119	(1,4)	119	(1,4)
Hémophilie	44	(0,6)	41	(0,5)	42	(0,5)	41	(0,5)	36	(0,4)
Mère-enfant	82	(1,1)	83	(1,0)	94	(1,1)	90	(1,0)	90	(1,1)
Accident d'exposition au VIH (AES)**	32	(0,4)	33	(0,4)	38	(0,5)	36	(0,5)	35	(0,4)
Indéterminé	430	(5,6)	444	(5,6)	460	(5,4)	446	(5,3)	425	(5,1)

TABLEAU 2 SUITE

	N	2017		20	2018		2019		2020		1*
	N	(%)									
Origine géographique											
France métropolitaine	6 056	(78,4)	6 309	(78,6)	6 543	(77,5)	6 575	(77,5)	6 378	(76,9)	
Antilles / Guyane / autres DOM	37	(0,5)	47	(0,6)	56	(0,7)	55	(0,6)	58	(0,7)	
Afrique sub-Saharienne	1 025	(13,3)	1 083	(13,5)	1190	(14,1)	1 134	(13,4)	1 126	(13,6)	
Afrique du Nord	124	(1,6)	127	(1,6)	142	(1,7)	144	(1,7)	146	(1,8)	
Europe de l'Est	60	(0,8)	61	(0,8)	68	(0,8)	65	(0,8)	74	(0,9)	
Asie	68	(0,9)	75	(0,9)	77	(0,9)	80	(0,9)	79	(1,0)	
Autre	287	(3,7)	315	(3,9)	353	(4,2)	329	(3,9)	349	(4,2)	
Inconnu	68	(0,9)	11	(0,1)	11	(0,1)	103	(1,2)	81	(1,0)	
Stade clinique [†]											
C (SIDA)	1 582	(20,5)	1 634	(20,4)	1 694	(20,1)	1 666	(19,7)	1 610	(19,5)	

^{† 7} données manquantes en 2020 ; 17 en 2021



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

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

TABLEAU 3PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, durée de l'infection par le VIH,années 2017 à 2021

	20	117	20	18	201	19	202	0	202	.1*
	N	(%)								
Moins de 3 mois	49	(0,6)	49	(0,6)	44	(0,5)	35	(0,4)	20	(0,2)
[3 mois - 12 mois[124	(1,6)	172	(2,1)	172	(2,0)	117	(1,4)	92	(1,1)
[12 mois - 4 ans[626	(8,1)	606	(7,5)	613	(7,3)	628	(7,4)	583	(7,0)
[4 - 8 ans[910	(11,8)	893	(11,1)	935	(11,1)	920	(10,9)	885	(10,7)
[8 - 12 ans[941	(12,2)	918	(11,4)	935	(11,1)	937	(11,1)	915	(11,0)
[12 - 16 ans[1 030	(13,3)	1 083	(13,5)	1 101	(13,0)	1 065	(12,6)	973	(11,7)
Plus de 16 ans	4 044	(52,4)	4 307	(53,6)	4 640	(55,0)	4 777	(56,3)	4 813	(58,1)

^{*} les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année N+1 1 donnée manquante en 2017, 6 en 2020 et 10 en 2021

ኘለβLEAU ዛ PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, tabagisme, années 2017 à 2021

	20	117	20	18	201	19	202	Q	202	1 [*]
	N	(%)								
FILE ACTIVE	7 725	(100,0)	8 028	(100,0)	8 440	(100,0)	8 485	(100,0)	8 291	(100,0)
Statut tabagique connu	6 002	(77,7)	6 326	(78,8)	6 833	(81,0)	6 770	(79,8)	6 679	(80,6)
Jamais fumeurs	1 763	(29,4)	1 898	(30,0)	2 037	(28,9)	2 394	(35,4)	2 341	(35,1)
Fumeurs actifs	2 743	(45,7)	2 787	(44,1)	2 967	(43,4)	2 985	(44,1)	2 933	(43,9)
Fumeurs sevrés	1 496	(24,9)	1 641	(25,9)	1 829	(26,8)	1 391	(20,5)	1 405	(21,0)
Statut tabagique inconnu	1 723	(22,3)	1 702	(21,2)	1 607	(19,0)	1 715	(20,2)	1 612	(19,4)

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

TABLEAU 5

PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, consommation d'alcool, années 2017 à 2021

2017		20	2018 2019		19	202	Q	2021*	
N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
7 725	(100,0)	8 028	(100,0)	8 440	(100,0)	8 485	(100,0)	8 291	(100,0)
5 116	(66,2)	5 479	(68,2)	6 037	(71,5)	5 577	(65,7)	5 574	(67,2)
1 332	(26,0)	1 205	(22,0)	1 315	(21,8)	1 708	(30,6)	1 740	(31,2)
2 836	(55,4)	3 258	(59,5)	3 647	(60,4)	3 368	(60,4)	3 279	(58,8)
948	(18,5)	1 016	(18,5)	1 075	(17,8)	501	(9,0)	555	(10,0)
2 609	(33,8)	2 549	(31,8)	2 403	(28,5)	2 908	(34,3)	2 717	(32,8)
	7 725 5 116 1 332 2 836 948	N (%) 7 725 (100,0) 5 116 (66,2) 1 332 (26,0) 2 836 (55,4) 948 (18,5)	N (%) N 7725 (100,0) 8 028 5 116 (66,2) 5 479 1 332 (26,0) 1 205 2 836 (55,4) 3 258 948 (18,5) 1 016	N (%) 7 725 (100,0) 5 116 (66,2) 1 332 (26,0) 2 836 (55,4) 948 (18,5) N (%) 8 028 (100,0) 5 479 (68,2) 1 205 (22,0) 3 258 (59,5) 1 016 (18,5)	N (%) N (%) N 7 725 (100,0) 8 028 (100,0) 8 440 5 116 (66,2) 5 479 (68,2) 6 037 1 332 (26,0) 1 205 (22,0) 1 315 2 836 (55,4) 3 258 (59,5) 3 647 948 (18,5) 1 016 (18,5) 1 075	N (%) N (%) N (%) 7 725 (100,0) 8 028 (100,0) 8 440 (100,0) 5 116 (66,2) 5 479 (68,2) 6 037 (71,5) 1 332 (26,0) 1 205 (22,0) 1 315 (21,8) 2 836 (55,4) 3 258 (59,5) 3 647 (60,4) 948 (18,5) 1 016 (18,5) 1 075 (17,8)	N (%) N (%) N (%) N 7725 (100,0) 8 028 (100,0) 8 440 (100,0) 8 485 5 116 (66,2) 5 479 (68,2) 6 037 (71,5) 5 577 1 332 (26,0) 1 205 (22,0) 1 315 (21,8) 1 708 2 836 (55,4) 3 258 (59,5) 3 647 (60,4) 3 368 948 (18,5) 1 016 (18,5) 1 075 (17,8) 501	N (%) N (%) N (%) N (%) 7725 (100,0) 8 028 (100,0) 8 440 (100,0) 8 485 (100,0) 5 116 (66,2) 5 479 (68,2) 6 037 (71,5) 5 577 (65,7) 1 332 (26,0) 1 205 (22,0) 1 315 (21,8) 1 708 (30,6) 2 836 (55,4) 3 258 (59,5) 3 647 (60,4) 3 368 (60,4) 948 (18,5) 1 016 (18,5) 1 075 (17,8) 501 (9,0)	N (%) N (%) N (%) N (%) N 7725 (100,0) 8 028 (100,0) 8 440 (100,0) 8 485 (100,0) 8 291 5 116 (66,2) 5 479 (68,2) 6 037 (71,5) 5 577 (65,7) 5 574 1 332 (26,0) 1 205 (22,0) 1 315 (21,8) 1 708 (30,6) 1 740 2 836 (55,4) 3 258 (59,5) 3 647 (60,4) 3 368 (60,4) 3 279 948 (18,5) 1 016 (18,5) 1 075 (17,8) 501 (9,0) 555

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



Caractéristiques cliniques

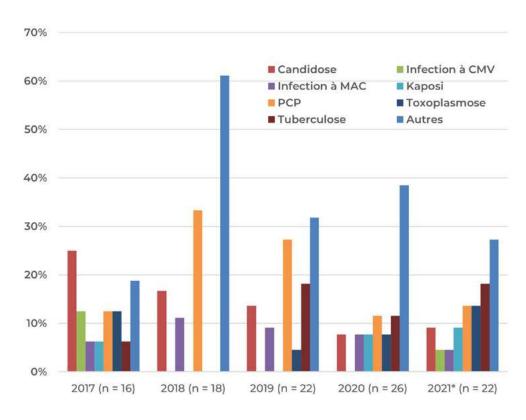
Sur le plan clinique, un patient suivi sur cinq était au stade le plus avancé de la maladie (stade C/SIDA) à son dernier recours de l'année 2021. Cette proportion n'a pas varié de manière significative au fil des cinq dernières années.

Dans le courant de l'année 2021, 22 patients sont passés au stade C/SIDA. Dans ce contexte de diagnostic devenu peu fréquent, les pathologies inaugurales du stade C/SIDA les plus couramment en cause étaient les différentes formes de tuberculose, les pneumopathies à Pneumocystis carinii (PCP), les toxoplasmoses, les candidoses - toutes localisations confondues - et les infections dues au complexe Mycobacterium avium (MAC) (figure 1). Les infections à cytomégalovirus (CMV) et les Kaposi ont été moins fréquentes sur la période 2017-2021.

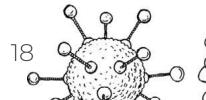
e dépistage des hépatites virales B et C au sein des PVVIH suivies s'est accru en 2018 par rapport à 2017 mais reste stable depuis. Ainsi en 2021, plus de neuf patients sur dix avaient eu une recherche du statut vis-à-vis de la co-infection par le virus de l'hépatite B (VHB) (tableau 6) ou de la co-infection par le virus de l'hépatite C (VHC) (tableau 7). Entre 2017 et 2021, la prévalence de l'hépatite C active a été réduite de moitié tandis que celle de l'hépatite B s'est stabilisée à 3,6% (figure 2).

FIGURE 1

PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, pathologies inaugurales du passage au stade C/SIDA, années 2017 à 2021



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











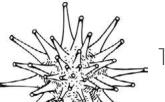


TABLEAU θPVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, statut vis-à-vis de laco-infection par le virus de l'hépatite B, années 2017 à 2021

	20	17	20	2018		2019		2020		1*
	N	(%)								
FILE ACTIVE ANNUELLE	7 725		8 028		8 440		8 485		8 291	
Patients ayant eu une recherche sérologique	6 175	(79,9)	7 372	(91,8)	7 807	(92,5)	7 817	(92,1)	7 724	(93,2)
Ag HBs positif**	245	(4,0)	274	(3,7)	292	(3,7)	292	(3,7)	277	(3,6)
Statut vis-à-vis de la co-infection inconnu	1 550	(20,1)	656	(8,2)	633	(7,5)	668	(7,9)	567	(6,8)

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

TABLEAU 7PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, statut vis-à-vis de laco-infection par le virus de l'hépatite C, années 2017 à 2021

	20	117	20	18	201	9	202	0	202	1 *
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
FILE ACTIVE ANNUELLE	7 725		8 028		8 440		8 485		8 291	
Patients ayant eu une recherche	5 855	(75,8)	7 568	(94,3)	7 982	(94,6)	7 972	(94,0)	7 840	(94,6)
Ac anti-VHC positif** dont ARN VHC positif	936 NR	(16,0)	1 032 340	(13,6) (4,5)	1 060 332	(13,3) (4,2)	1 062 203	(13,3) (2,5)	976 182	(12,4) (2,3)
Statut vis-à-vis de la co-infection inconnu	1 870	(24,2)	460	(5,7)	458	(5,4)	513	(6,0)	451	(5,4)

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

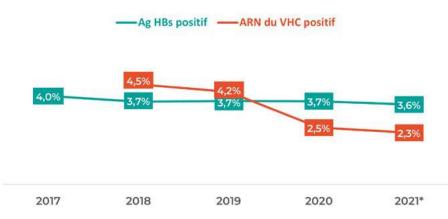
^{**}à la dernière recherche

^{**}à la dernière recherche

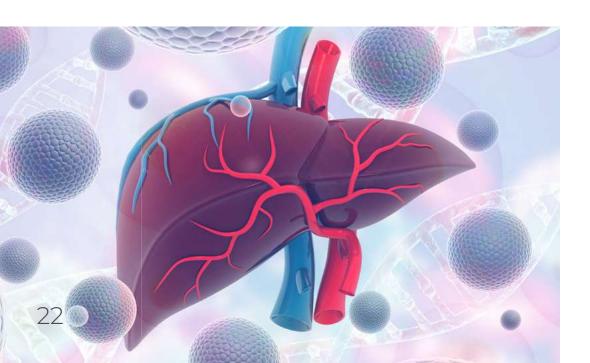
NR: informations non recueillies

FIGURE 2

PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, prévalence de l'Ag HBs du VHB et de l'ARN du VHC, années 2017 à 2021



^{*} les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année N+1 Informations non recueillies en 2017 pour la recherche de l'hépatite C active



Traitement antirétroviral (ARV) et profil viroimmunologique des patients traités

e 2017 à 2021, les PVVIH suivies dans les hôpitaux de la NA et traitées par des antirétroviraux (ARV) représentaient chaque année plus de 99% de la file active (tableau 8). Les combinaisons d'ARV les plus prescrites étaient des trithérapies. Toutefois les prescriptions de bithérapies ont doublé au cours de ces cinq années au détriment des trithérapies (figure 3).

orsque les patients traités avaient une mesure de la charge virale VIH disponible dans les six mois, l'infection était contrôlée (charge virale non détectable) chez plus de neuf personnes sur dix quelle que soit l'année considérée (figure 4). Lorsque les patients traités avaient une numération des lymphocytes CD4 disponible dans les six mois, la proportion de PVVIH traitées par ARV avec un statut immunitaire satisfaisant fluctuait aussi autour de 90% (tableau 9).

a complétude à 6 mois de ces deux paramètres viro-immunologiques a été en nette amélioration entre 2017 et 2019. En 2020, l'absence de ces marqueurs d'évolution de l'infection par le VIH sous traitement ARV est hélas repartie à la hausse (figure 5). En 2021, le taux de CD4 a été quatre fois moins renseigné que la charge virale VIH. Cette baisse des bilans lymphocytaires peut être interprétée en lien avec les pratiques médicales, en l'occurrence des bilans plus espacés et donc moins fréquents mais également avec le recours à la téléconsultation, la durée rallongée de prescription des ARV. Il peut aussi s'agir plus rarement de ruptures de suivi des patients. Les données consolidées pourraient améliorer ces résultats mais il faudra surtout attendre 2022 pour qu'on puisse voir ces pratiques de suivi retrouver leurs niveaux pré-COVID.

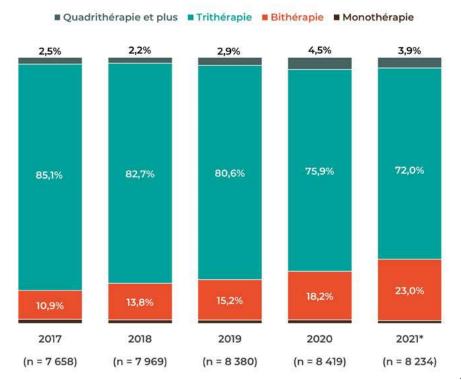
TABLEAU 8PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine sous traitement antirétroviral (ARV), années 2017 à 2021

	20	2017		2018		2019		2020		1*
	N	(%)								
Traitement ARV en cours**	7 658	(99,1)	7 969	(99,3)	8 380	(99,3)	8 419	(99,4)	8 234	(99,4)
ARV < 6 mois	272	(3,6)	235	(2,9)	203	(2,4)	210	(2,5)	173	(2,1)
ARV ≥ 6 mois	7 386	(96,4)	7 734	(97,1)	8 177	(97,6)	8 209	(97,5)	8 061	(97,9)
Pas de traitement ARV †	67	(0,9)	59	(0,7)	60	(0,7)	52	(0,6)	47	(0,6)

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

¹⁴ données manquantes en 2020 et 10 en 2021





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

^{**}au dernier suivi

[†] patients naïfs (jamais traités par ARV) ou en fenêtre thérapeutique ou en rupture de traitement ARV

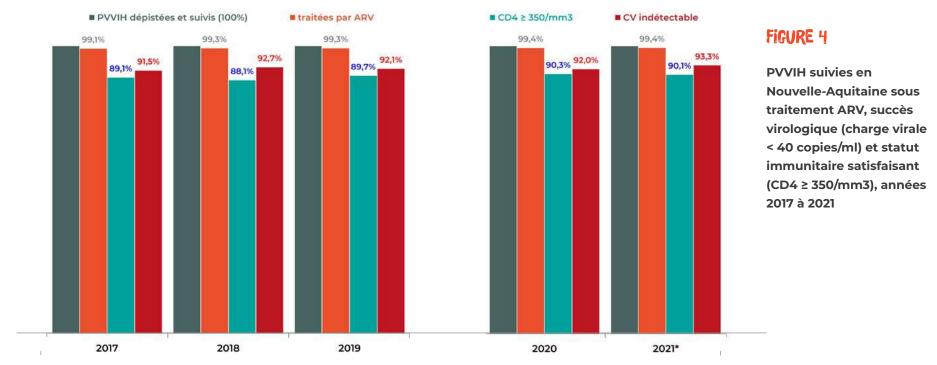
TABLEAU 9PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, profils viro-immunologiquessous traitement antirétroviral (ARV), années 2017 à 2021

	2017 N (%) 7 658 1 009 (13,2) 6 649 (86,8) 6 085 (91,5)	17	20	2018		2019		2020		1 *
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
atients ayant un traitement en cours**	7 6	558	7 9	969	8 3	80	8 4	119	8 23	84
esure de charge virale non disponible†	1 009	(13,2)	511	(6,4)	352	(4,2)	646	(7,7)	486	(5,9)
esure de charge virale disponible†	6 649	(86,8)	7 458	(93,6)	8 028	(95,8)	7 773	(92,3)	7 748	(94,1)
Charge virale VIH indétectable	6 085	(91,5)	6 910	(92,7)	7 397	(92,1)	7 154	(92,0)	7 229	(93,3)
umération des CD4 non disponible†	1 566	(20,4)	1 257	(15,8)	1 169	(13,9)	1 681	(20,0)	1 632	(19,8)
umération des CD4 disponible†	6 092	(79,6)	6 712	(84.2)	7 211	(86,1)	6 738	(80,0)	6 602	(80,2)
Taux de CD4 ≥ 350/mm³	6 085	(91,5)	6 910	(92,7)	7 397	(92,1)	7 154	(92,0)	7 229	(93,3)
Taux de CD4 ≥ 350/mm³	6 085	(91,5)	6 910	(92,7)	7 397	(92,1)	7 154	(92,0)	7 2	29

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

^{**} au dernier suivi

[†] Disponibilité de la CV et du taux de CD4 dans les 6 mois avant le suivi

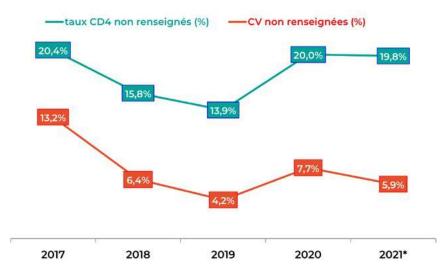


^{*} les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année N+1

TasP LA VALEUR SÜRE Charge Virale Indétectable

FIGURE 5

PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine sous traitement ARV, complétude des paramètres viro-immunologiques, années 2017 à 2021



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

Morbidité et mortalité

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

ntre 2017 et 2021, les causes de mortalité étaient inconnues pour un quart à un tiers des décès. Lorsque les causes de mortalité avaient été investiguées, l'infection par le VIH avait un lien direct

avec le décès des patients dans moins de 10% des cas (tableau 10). Les cancers non-classant et les pathologies cardio-vasculaires étaient les causes les plus fréquemment retrouvées (figure 6).

5ur la période 2017-2021, dans un contexte d'augmentation des files actives annuelles et d'une proportion de patients traités en hausse, on a pu observer une stabilité de la proportion des PVVIH au stade SIDA et une infection par le VIH plus fréquemment contrôlée (tableau 11). La mortalité liée à la pathologie VIH est restée inférieure à 10% chez les patients décédés dont les causes ont été validées.

TABLEAU 10PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine et décédées, causes de décès, années 2017 à 2021

	20	2017		018	20	19	2020		2021*	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Décès rapportés	8	2		106	9	1	8	9**	8	1 †
Causes inconnues	16	(19,5)	16	(15,1)	18	(19,8)	14	(18,7)	5	(7,6)
Causes connues	66	(80,5)	90	(84,9)	73	(80,2)	61	(81,3)	61	(92,4)
non liées au VIH	63	(95,5)	82	(91,1)	67	(91,8)	56	(91,8)	55	(90,2)
liées au VIH	3	(4,5)	8	(8,9)	6	(8,2)	5	(8,2)	6	(9,8)

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

^{**14} décès survenus en 2020 sont en cours de validation

^{† 15} décès survenus en 2021 sont en cours de validation

FIGURE 6 PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine et décédées, causes de décès non liées au VIH, années 2017 à 2021

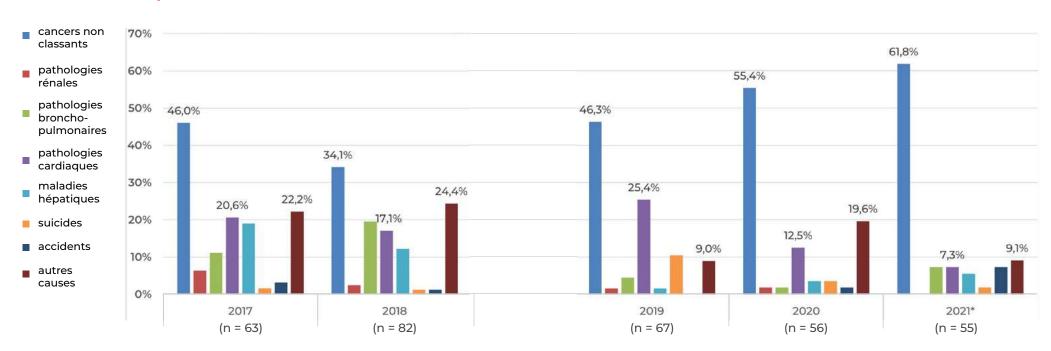


TABLEAU 11

PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, évolution des indicateurs de morbidité et de mortalité, années 2017 à 2021

	2017	2018	2019	2020	2021*
File active annuelle	7 725	8 028	8 440	8 485	8 291
Stade SIDA, %	20,5	20,4	20,1	19,4	19,5
PVIH traitées, %	99,1	99,3	99,3	99,4	99,4
Charge virale VIH indétectable, %	91,5	92,6	92,1	92,0	93,3
Taux de CD4 > 350/mm3, %	89,1	88,1	89,7	90,3	90,1
Co-infection par le VHB, %	4,0	3,7	3,7	3,7	3,6
Co-infection par le VHC, %	NR	4,5	4,2	2,5	2,3
Passage au stade SIDA	16	18	27	22	22
Décès (rapportés et validés)	82	106	91	89	81
Non liées au VIH, %	95,5	91,1	91,8	91,8	90,2
Liées au VIH, %	4,5	8,9	8,2	8,2	9,8

^{*} les données ne seront consolidées qu'à la fin de l'année N+1 14 décès survenus en 2020 et 15 décès survenus en 2021 sont en cours de validation

3. CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS NOUVELLEMENT DIAGNOSTIQUÉS

epuis 2017, le nombre annuel de PVVIH nouvellement diagnostiquées et prises en charge dans les hôpitaux publics de NA a été en diminution régulière (tableau 12). Ces patients sont en grande majorité pris en charge l'année de la découverte de leur séropositivité pour le VIH. Leurs caractéristiques sociodémographiques sont présentées dans le tableau 12.



uelle que soit l'année considérée durant la période 2017-2021, le sex-ratio H:F des PVVIH ayant découvert leur séropositivité a été largement en faveur des hommes (figure 7). Aucune personne transgenre n'a été rapportée. Une majorité est retrouvée dans les classes d'âge les plus jeunes, mais on a pu noter une tendance à l'augmentation des patients de « 50 ans et plus » nouvellement diagnostiqués, lesquels ont été proportionnellement de plus en plus représentés jusqu'en 2020 (figure 7).

a transmission a été quasi exclusivement sexuelle. Chaque année, le mode de contamination a été inconnu pour 5 à 10% des PVVIH découvrant leur séropositivité. Aucune infection post-transfusionnelle n'a été rapportée ; les contaminations mère-enfant et les infections contractées à la suite d'un accident d'exposition au risque de VIH ont été rares. L'écart entre le nombre de contaminations attribuées à des rapports HSH et celui attribué à des rapports hétérosexuels tendait à s'amoindrir (figure 7).

In tiers des nouveaux diagnostiqués était des PVVIH d'origine étrangère, sauf en 2020 où cette proportion a été réduite au quart des découvertes de séropositivité. Au sein de ces migrants, les ressortissants d'Afrique sub-saharienne ont été les plus nombreux (figure 7).

TABLEAU 12

PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, caractéristiques des nouveaux diagnostiqué, années 2017 à 2021

	2017		2018		2019		2020		2021*	
	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)
Genre										
Hommes	171	(77,7)	149	(74,9)	152	(76,0)	113	(79,6)	63	(70,8)
Femmes	49	(22,3)	50	(25,1)	48	(24,0)	29	(20,4)	26	(29,2)
Âge (en années)										
< 30	62	(28,2)	58	(29,1)	47	(23,5)	43	(30,3)	27	(30,3)
30-39	60	(27,3)	47	(23,6)	59	(29,5)	32	(22,5)	23	(25,8)
40-49	53	(24,1)	50	(25,1)	38	(19,0)	26	(18,3)	21	(23,6)
50-59	28	(12,7)	28	(12,6)	36	(18,0)	19	(13,4)	12	(13,5)
60-69	15	(6,8)	12	(6,0)	15	(7,5)	14	(9,9)	5	(5,6)
70-79	1	(0,5)	6	(3,0)	2	(1,0)	7	(4,9)	1	(1,1)
≥ 80	1	(0,5)	1	(0,5)	3	(1,5)	1	(0,7)	0	-
Mode de contamination										
Relations sexuelles entre hommes (HSH)	124	(56,4)	101	(50,8)	127	(63,5)	68	(49,7)	42	(47,2)
Relations hétérosexuelles	80	(36,4)	85	(42,7)	57	(28,5)	59	(41,5)	43	(48,3)
Usage de drogues par voie IV (UDIV)	4	(1,8)	1	(0,5)	1	(0,5)	1	(0,7)	2	(2,2)
Mère-enfant	0	-	1	(0,5)	0	-	2	(1,4)	0	-
Accident d'exposition au VIH**	0	-	1	(0,5)	2	(1,0)	0	-	0	-
Indéterminé	12	(5,5)	10	(5,0)	13	(6,5)	12	(8,5)	2	(2,2)

TABLEAU 12 SUITE

	20	2017 2018		18	2019		2020		202	1*
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Origine géographique										
France métropolitaine	142	(64,5)	125	(62,8)	118	(59,0)	106	(74,6)	57	(64,0)
Antilles / Guyane / autres DOM	5	(2,3)	5	(2,5)	6	(3,0)	2	(1,4)	3	(3,4)
Afrique sub-Saharienne	50	(22,7)	47	(23,6)	53	(26,5)	24	(16,9)	19	(21,3)
Afrique du Nord	4	(1,8)	1	(0,5)	1	(0,5)	2	(1,4)	1	(1,1)
Europe de l'Est	3	(1,4)	3	(1,5)	8	(4,0)	2	(1,4)	3	(3,4)
Asie	3	(1,4)	3	(0,9)	4	(2,0)	3	(2,1)	0	-
Autre	13	(5,9)	15	(7,5)	3	(1,5)	2	(1,4)	4	(4,5)
Inconnu	0	-	0	-	7	(3,5)	1	(0,7)	2	(2,2)
Stade clinique †										
C (SIDA)	NR		NR		NR		23	(16,3)	10	(12,5)

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

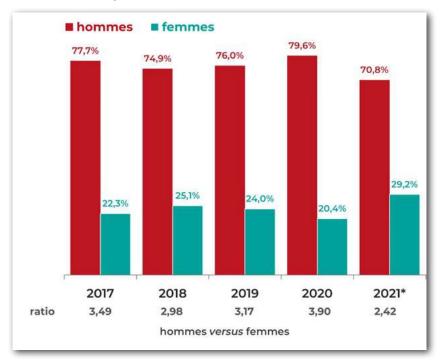
NR: informations non recueillies

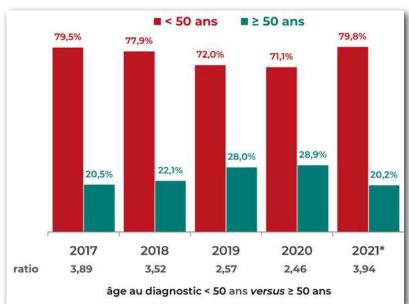


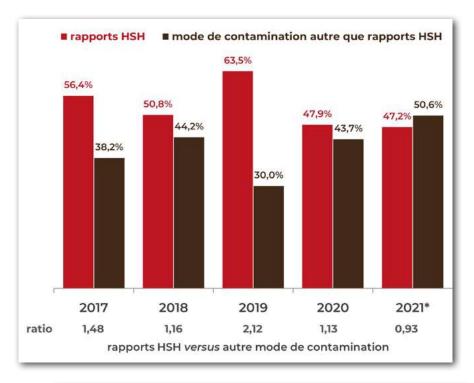
^{**} la distinction entre les AES professionnels et sexuels n'est pas généralisée dans tous les services hospitaliers

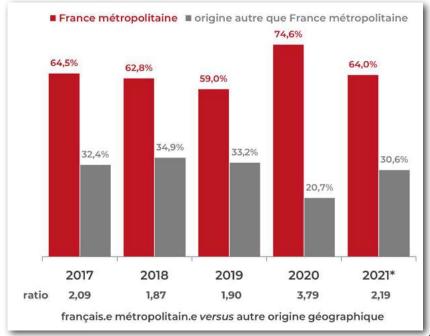
^{† 1} donnée manquante en 2021

FIGURE ? PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, caractéristiques sociodémographiques des nouvelles découvertes de séropositivité, années 2017 à 2021









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

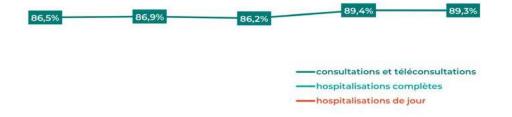


4. ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE

algré une baisse significative de l'activité hospitalière en 2020, les chiffres absolus montrent que les consultations, qu'elles soient en présentiel ou à distance, ont été le mode de prise en charge des PVVIH le plus fréquent (figure 8). La part de ce type de recours s'est accrue en 2020 au détriment des hospitalisations complètes et des hospitalisations de jour. Cette distribution a été maintenue en 2021.

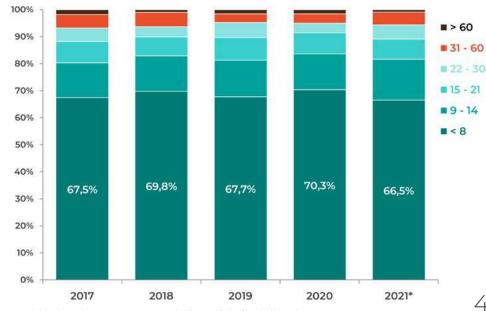
l orsqu'elles ont été nécessaires, les hospitalisations complètes ont été de courte durée. Pour plus des 2/3 d'entre elles, le patient a été hébergé moins de huit jours dans la structure hospitalière (figure 9).

FIGURE 8 PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, répartition de l'activité hospitalière par type de recours, années 2017 à 2021





PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, durées de séjour en hospitalisation complète (en nombre de jours), années 2017 à 2021



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



Les données concernant les PVVIH suivies dans les hôpitaux publics de NA et ayant accepté de participer au système d'information du COREVIH NA ont été recueillies de façon anonyme. L'analyse des données d'environ 8 000 patients par an a permis de décrire leur prise en charge hospitalière et son évolution au fil des cinq années. Cette analyse a porté sur un échantillon très important mais qui exclut environ un millier de PVVIH en attente de signature d'un consentement de participation. La représentativité est cependant garantie. Les données de l'année 2021 devront être consolidées.

e fait marquant durant la période 2017-▲ 2021 a été la crise sanitaire liée à la COVID-19 qui a profondément modifié le fonctionnement des services de maladies infectieuses et de médecine interne, et fait évoluer les modalités de prise en charge des patients. Les files actives annuelles, en hausse depuis 2017, se sont maintenues malgré la baisse d'activité hospitalière. Les indicateurs de morbimortalité se sont améliorés sur la période. Le suivi de l'infection par le VIH étant, dans une certaine mesure, centré sur le contrôle des marqueurs de progression de la pathologie VIH, les données recueillies montrent que l'état clinico-biologique des

patients en cours de suivi n'a été que faiblement impacté par les changements d'organisation de la prise en charge. Les chiffres de mortalité des PVVIH sont difficilement exploitables en temps réel en raison des délais d'enregistrement des certificats de décès, de la recherche et de la validation préalable de ces informations. Néanmoins les données analysées montrent que la mortalité liée à la pathologie VIH est restée inférieure à 10% chez les patients dont les causes ont été validées.

5 prescrits, permettant à plus de 99% des patients suivis de bénéficier d'un traitement. **Les objectifs de mise sous traitement ont donc été atteints.** Depuis 2017, on observe une tendance à la substitution des trithérapies d'ARV par des bithérapies d'ARV.

La persistance d'une réplication virale et un défaut de restauration du statut immunitaire ont été observés chez 7 à 10% des patients traités par ARV, d'où la nécessité de décrire le profil de ces PVVIH, de comprendre les causes des échappements thérapeutiques et de réduire les risques de progression de l'infection. La moindre complétude des paramètres viro-biologiques décrite en 2020 doit être surveillée et explorée si elle se prolonge dans le temps. De même, elle devra être mise en perspective avec l'évolution des recommandations et des pratiques médicales.

Au fur et à mesure qu'une part des patients suivis est décédée, des PVVIH nouvellement diagnostiquées ont été prises en charge. La plupart de ces patients a découvert sa séropositivité dans les mois précédant le premier recours en service de maladies infectieuses ou de médecine interne, ou est arrivée d'une autre région française, voire de l'étranger. Les nouvelles découvertes de séropositivité VIH ont été décrites sur des effectifs qui tendent à

se réduire sans qu'on ne puisse expliquer cette tendance par une baisse des nouvelles contaminations ou la relier à une diminution des inclusions dans le système d'information (par non signature du consentement de participation). Cette baisse des nouvelles prises en charge des PVVIH récemment diagnostiquées parait cohérente avec la chute de l'activité de dépistage pendant la crise sanitaire.

Entre 2017 et 2021, l'épidémie par le VIH a largement touché les hommes et les jeunes, qui représentent la majorité des nouveaux diagnostiqués chaque année. Aucune personne transgenre n'a été rapportée et la proportion de PVVIH de « 50 ans et plus » a significativement augmenté. La transmission est quasi exclusivement sexuelle avec une disparition des VIH post-transfusionnels et dans un contexte de toxicomanie. Vers la fin de la période analysée, notamment après la crise sanitaire de 2020, les contaminations attribuées à des rapports HSH semblaient s'amenuiser au détriment de celles causées par des rapports hétérosexuels. De même la proportion de PVVIH étrangères originaires d'Afrique sub-Saharienne s'était infléchie.

Les caractéristiques sociodémographiques, épidémiologiques, cliniques et biologiques permettent une description des tendances de l'épidémie à VIH en NA, mais elles sont insuffisantes pour identifier les publics au sein desquels l'infection est moins maitrisée. Dans notre échantillon de PVVIH nouvellement diagnostiquées, près d'un patient sur cinq est au stade le plus avancé de la maladie (stade SIDA) en 2020 ; ce qui traduit soit un dépistage tardif, soit un recours aux soins tardif qui peut survenir dans un contexte d'éloignement, volontaire ou non, des struc-

tures hospitalières. Ces circonstances sont également le résultat d'un manque de connaissances, voire de représentations socioculturelles erronées de la pathologie VIH, que les stratégies de prévention locales doivent anticiper. Par ailleurs, il est nécessaire de comprendre les circonstances locales de contamination pour éviter la transmission du VIH d'une part et mieux agir en vue de réduire les délais de recours au dépistage et de prise en charge après un test positif d'autre part.

Les tendances observées chez les PVVIH nouvellement diagnostiquées ont pu être confirmées à partir des données recueillies dans le cadre de l'e-déclaration obligatoire des nouveaux diagnostics de VIH assurée par Santé Publique France. Ainsi l'augmentation de la proportion des « plus de 50 ans » a pu être révélée en temps réel par le système d'information du COREVIH NA avant d'être interprétée par des items complémentaires provenant d'autres sources de données.

Le recueil et l'analyse des données hospitalières pertinentes, cohérentes et standardisées, et leur mise à disposition dans les réseaux de partenaires publics et privés impliqués dans la prévention et la prise en charge, participent à une meilleure compréhension des indicateurs spécifiques régionaux par l'ensemble des acteurs du territoire.

NOUS REMERCIONS L'ENSEMBLE DES STRUCTURES AYANT FOURNI LEURS DONNÉES, PERMETTANT AINSI LA RÉDACTION DE CE RAPPORT.



