

La prise en charge hospitalière des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en Nouvelle-Aquitaine en 2020

Février 2022

COREViH
Nouvelle Aquitaine

17 LA ROCHELLE
MÉDECINE INTERNE ET
MALADIES INFECTIEUSES
CH^{*} La Rochelle
05 46 45 50 50

SAINT-JEAN D'ANGELY
MALADIES INFECTIEUSES
CH^{*} St-Jean d'Angely
05 46 59 50 40

ROYAN - VAUX SUR MER
MÉDECINE INTERNE
CH^{*} Royan - 05 46 39 52 52

SAINTES - MÉDECINE INTERNE
CH^{*} Saintes - 05 46 95 15 15

JONZAC - SERVICE INFECTIOLOGIE
CH^{*} Jonzac
05 46 48 75 41

33 BORDEAUX CHU^{*} PELLEGRIN

Service pédiatrique
05 57 62 30 22

Maladies infectieuses et
tropicales
05 56 79 55 23

BORDEAUX CHU^{*}
SAINT-ANDRÉ

Médecine interne et
immunologie clinique
05 56 79 58 28

Maladies infectieuses
05 57 79 57 33

Maladies infectieuses et
tropicales
05 56 79 58 23

BORDEAUX - PESSAC
CHU^{*} HAUT-LÈVÊQUE

Médecine interne et
maladies infectieuses
05 57 65 64 83

LA TESTE
CH^{*} ARCACHON
Médecine interne
05 57 52 92 00

LIBOURNE
HÔPITAL ROBERT BOULIN
Médecine interne
05 57 55 35 77

79 NIORT
MALADIE INFECTIEUSES ET TROPICALES
CH^{*} Niort - 05 49 78 30 88

16 ANGOULÊME
MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
CH^{*} Angoulême - 05 45 24 40 40

86 POITIERS
MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
CH^{*} Poitiers - 05 49 44 40 04

CHATELLERAULT
MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
CH^{*} Chatellerault - 05 49 02 90 50

87 LIMOGES
MALADIES INFECTIEUSES
CHU^{*} Limoges
05 55 05 56 44

23 GUÉRET
MÉDECINE HÉMATOLOGIQUE
CH^{*} Guéret
05 55 51 87 20

19 BRIVE-LA-GAILLARDE
MALADIES INFECTIEUSES
CH^{*} Brive
05 55 92 60 40

24 PÉRIGUEUX - MÉDECINE INTERNE
ET SERVICE DE MALADIES INFECTIEUSES
CH^{*} Périgueux - 05 53 45 26 00

47 AGEN
MÉDECINE INTERNE
CH^{*} Agen - 05 53 69 70 60

VILLENEUVE/LOT
MALADIE INFECTIEUSES ET TROPICALES
Hôpital Saint-Cyr
05 53 72 27 01

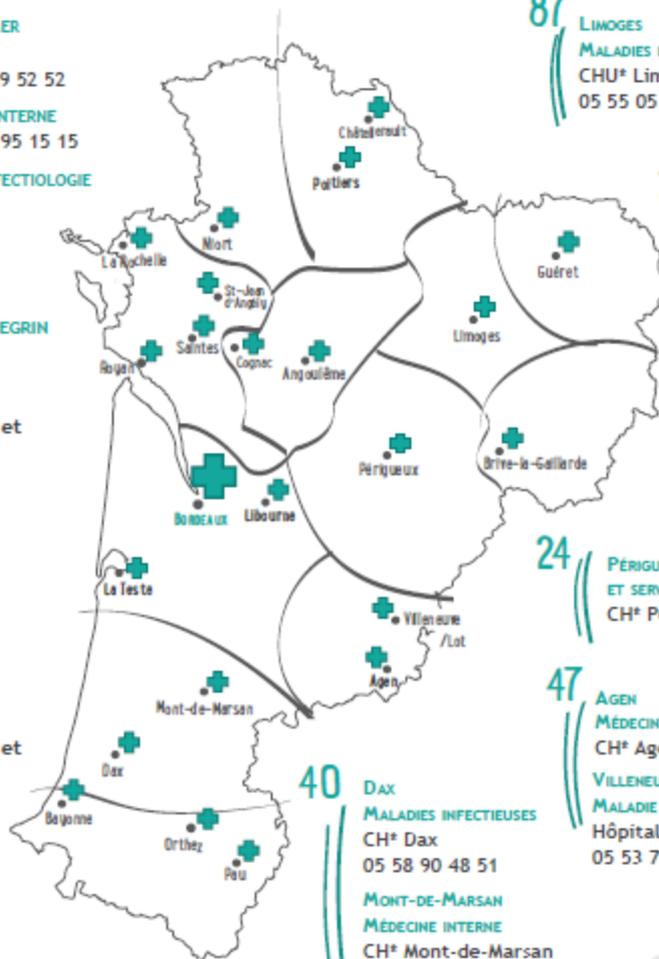
40 DAX
MALADIES INFECTIEUSES
CH^{*} Dax
05 58 90 48 51

MONT-DE-MARSAN
MÉDECINE INTERNE
CH^{*} Mont-de-Marsan
05 58 90 48 51
ou 05 58 05 12 73
ou 05 58 05 12 87

64 BAYONNE
MALADIES INFECTIEUSES
CH^{*} Côte Basque
05 59 44 37 32

ORTHEZ
MALADIES INFECTIEUSES
CH^{*} Orthez - 05 59 69 74 06

PAU
MÉDECINE INTERNE
CH^{*} Pau - 05 59 92 49 13



Carte des établissements et
services prenant en charge les
Patients Vivant avec le VIH
(PVIH).

*CH : Centre Hospitalier

*CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Mise à jour Juin 2019
Conception graphique www.boogiegraphie.fr

Sommaire

1. Organisation	4
2. File active annuelle	5
Tableau 1. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, files actives annuelles, années 2017-2020	5
3. Caractéristiques socio-épidémiologiques des patients suivis	5
Tableau 2. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, caractéristiques des sujets, année 2020	6
Tableau 3. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, durée de l'infection par le VIH, année 2020 - N = 8 340	7
Tableau 4. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine et tabagisme, année 2020 - N = 6 746*	7
Tableau 5. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine et consommation d'alcool, année 2020 - N = 5 972*	7
4. Caractéristiques cliniques des patients suivis	8
Tableau 6. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, prévalence de l'antigène Ag HBs, année 2020	8
Tableau 7. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, prévalence des anticorps anti-VHC et de l'ARC du VHC, année 2020	8
5. Profil viro-immunologique des patients sous traitement antirétroviral	9
Tableau 8. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine sous traitement antirétroviral (ARV), année 2020	9
Tableau 9. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, profil viro-immunologique sous traitement antirétroviral (ARV), année 2020	9
Figure 1. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine sous traitement ARV, succès virologique (charge virale < 40 copies/ml) et statut immunitaire satisfaisant (CD4 ≥ 350/mm ³), année 2020	10
6. Indicateurs de mortalité et de morbidité	11
Tableau 10. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine et décédées (N =78), causes de décès, année 2020	11
Tableau 11. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, évolution des indicateurs de morbidité et de mortalité, années 2017-2020	11
7. Activité hospitalière	12
Tableau 11. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, activité hospitalière et type de recours, année 2020	12

Figure 2. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, répartition de l'activité hospitalière par type de recours, année 2020	12
Figure 3. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, durée de séjour en hospitalisation complète (en nombre de jours), année 2020	13
8. Caractéristiques des patients nouvellement pris en charge	14
Figure 4. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, patients nouvellement pris en charge à un stade clinique avancé ($CD4 < 200/m^3$ ou stade C/SIDA) ou tardif ($CD4 < 350/m^3$ ou stade C/SIDA), années 2017-2020	14
9. Caractéristiques des patients ayant découvert leur séropositivité	15
Tableau 12. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, caractéristiques des nouveaux diagnostiqués, année 2020	15
Tableau 13. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, âge selon l'origine des nouveaux diagnostiqués ($N^* = 105$), année 2020	16
Figure 5a. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, caractéristiques démographiques des nouveaux diagnostiqués, années 2017-2020	17
Figure 5b. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, caractéristiques épidémiologiques des nouveaux diagnostiqués, années 2017-2020	18
10. Devenir des patients non revus	19
Tableau 14. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, devenir des 213 PVVIH non revues, année 2020	19
11. Constats et perspectives	20

1. Organisation

Les informations présentées dans ce rapport sont 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 en 2020 par le COREVIH NA.

- Unités participantes et cliniciens : Services de Maladies Infectieuses et/ou Médecine interne des centres hospitaliers publics listés ci-dessous

- **CHU de Bordeaux - site Haut-Lévêque** : F. CAMOU, C. COURTAULT, C. GREIB, E. LAZZARO, I. MACHELART, D. NGUYEN, JL. PELLEGRIN, E. RIVIERE, C. JF. VIALLARD
- **CHU de Bordeaux - site Pellegrin** : C. CAZANAVE, FA DAUCHY, A. DESCLAUX, M. DUCOURS, M. DUPON, H. DUTRONC, J. LEITAO, M. LESCURE, JM. MALVY, L. MARTIN, D. NEAU, D. NGUYEN, T. PISTONE, M. PUGES, C. RUNEL-BELLIARD, G. SOUBRANE-WIRTH, M-O. VAREIL
- **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, C. MARTELL, P. MERCIÉ, E. MERIGLIER, A. MONIER, P. MORLAT, F. PACCALIN, M-C. PERTUSA, E. RIBEIRO, C. RIVOISY, M-A. VANDENHENDE
- **CHU de Limoges** : A. CYPRIERRE, S. DUCROIX-ROUBERTOU, H. DUROX, JF. FAUCHER, P. PINET, C. GENET, D. MORARASU
- **CHU de Poitiers** : G. BERAUD, M. CATROUX, F. CAZENAVE-ROBLOT, T. DELAYE, M. GARCIA, G. LE MOAL, A. MONIER
- **CH d'Agén** : Y. IMBERT, 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 Châtellerauld** : A. ELSEENDOORN
- **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, C. PROUX
- **CH de La Rochelle** : E. BROTTIER-MANCINI, L. FABIA, F. HOEFLER, X. POUGET-ABADIE, M. RONCATO-SABERAN
- **CH de Libourne** : O. CAUBET, S. DE FAUCAL, H. FERRAND, H. JANNIN, S. TCHAMGOUE
- **CH de Mont-de-Marsan** : Y. GERARD, G. ILLIES, 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, N. ROUANES, A. SAUNIER, B. ZABBE
- **CH de Rochefort** : M. RONCATO-SABERAN, X. POUGET-ABADIE, F. HOEFLER
- **CH de Royan** : P. MOTTAZ, T. PASDELOUP
- **CH de St Jean d'Angely** : T. PASDELOUP, C. PROUX
- **CH de Saintes** : T. PASDELOUP, C. PROUX
- **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), D. ARMA, F. DIARRA, E. LENAUD et K. ZARA (attachées de recherche clinique - COREVIH), B. UWAMALIYA-NZIYUMVIRA (attachée de recherche clinique - INSERM U1219), S. LAWSON-AYAYI (chargée de mission - COREVIH).

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

S. LAWSON-AYAYI (chargée de mission - COREVIH), F. LE MAREC (Statisticien, Inserm U.1219), O. LELEUX (Chef de Projet, Inserm U1219), A. PERRIER (Data manager Inserm U1219),

En 2020, 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 Médecine interne de NA. Les données saisies ont été agrégées par établissement hospitalier, par département ou par région, dans une matrice conçue à cet effet sous Excel®, en vue d’harmoniser la restitution des informations à mettre en commun.

Ainsi, **la base de données** comporte l’ensemble des informations issues du recueil de données des patients adultes infectés par le VIH-1, suivis dans les établissements hospitaliers publics de NA, participant au système d’information. Cette base de données ne comporte pas les données de plusieurs centaines de patients en attente d’inclusion (absence de consentement de participation) et ceux n’ayant pas donné leur consentement (refus de participation/rétractation, impossibilité de formuler un consentement éclairé).

2. File active annuelle

La file active annuelle d’un service hospitalier, d’un département ou d’une région correspond au nombre de PVVIH suivies ayant eu au moins un recours l’année considérée, 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. En 2020, 8 340 patients ont été rapportés comme suivis dans les hôpitaux publics de la NA soit une diminution de 1,2% par rapport à l’année précédente mais ces données ne sont que partiellement consolidées vu le contexte sanitaire bien particulier (tableau 1).

Tableau 1. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, files actives annuelles, années 2017-2020

	2017	2018	2019	2020*
File active annuelle	7 725	8 028	8 440	8 340
Evolution	-	+3,9%	+5,1%	-1,2%

*données non consolidées

3. Caractéristiques socio-épidémiologiques des patients suivis

Parmi les 8 340 PVVIH suivies en 2020, 71,1% étaient des hommes. Onze patients transgenres ont consulté, le reste était des femmes (tableau 2).

Un peu plus d’un tiers des patients avait moins de 50 ans (tableau 2). Les contaminations par voie sexuelle étaient largement représentées, avec 42,8% d’hommes ayant des rapports sexuels avec d’autres hommes (HSH) et 39,7% d’hétérosexuels. Le mode de contamination n’était pas connu pour 5,4% des PVVIH suivis. Les patients originaires d’Afrique sub-Saharienne représentaient 2/3 des étrangers de la file active de l’année 2020 (tableau 2).

Cinquante-neuf femmes enceintes ont été prises en charge, soit 7,7% des 763 femmes en âge de procréer (population féminine de 18 à 45 ans).

En 2020, 2,0% des PVVIH suivies avaient été diagnostiquées depuis moins de 12 mois (tableau 3).

Tableau 2. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, caractéristiques des sujets, année 2020

	N	(%)
File active	8 340	(100,0)
Sexe		
Homme	5 933	(71,2)
Femme	2 396	(28,7)
Transgenre	11	(0,1)
Age (en années)		
< 29	327	(3,9)
30-39	925	(11,1)
40-49	1 698	(20,4)
50-59	2 890	(34,6)
60-69	1 712	(20,5)
70-79	648	(7,8)
≥ 80	140	(1,7)
Mode de contamination		
Relation entre hommes (HSH)	3 571	(42,8)
Relation hétérosexuelle	3 312	(39,7)
Toxicomanie IV	691	(8,3)
Relation HSH et hétérosexuelle/Toxicomane IV	29	(0,3)
Transfusion	118	(1,5)
Hémophilie	41	(0,5)
Mère-enfant	92	(1,1)
Accident d'exposition au VIH*	36	(0,4)
Indéterminé	450	(5,4)
Origine géographique		
France métropolitaine	6 421	(77,0)
Antilles / Guyane / autres DOM	56	(0,7)
Afrique sub-Saharienne	1 197	(14,3)
Afrique du Nord	141	(1,7)
Europe de l'Est	73	(0,9)
Asie	76	(0,9)
Autre	363	(4,3)
Inconnu	13	(0,2)
Stade clinique**		
C (SIDA)	1 637	(19,6)

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

**1 donnée manquante

Tableau 3. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, durée de l'infection par le VIH, année 2020 – N = 8 340

Durée de l'infection	N	(%)
Moins de 3 mois	36	(0,4)
[3 mois - 12 mois[	132	(1,6)
[12 mois - 4 ans[	593	(7,1)
[4 - 8 ans[	914	(11,0)
[8 - 12 ans[	922	(11,1)
[12 - 16 ans[	1 051	(12,6)
Plus de 16 ans	4 692	(56,3)

Lorsque les informations sur le tabagisme et la consommation d'alcool ont été renseignées, les fumeurs représentaient 42,2% des PVVIH suivies (tableau 4). De même, 60,2% avaient déclaré avoir une consommation occasionnelle ou régulière d'alcool (tableau 5).

Tableau 4. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine et tabagisme, année 2020 – N = 6 746*

Tabagisme au dernier suivi	N	(%)
Jamais fumeurs	2 046	(30,3)
Fumeurs actifs	2 848	(42,2)
Fumeurs sevrés	1 852	(27,5)

*données manquantes pour 1 594 patients

Tableau 5. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine et consommation d'alcool, année 2020 – N = 5 972*

Consommation d'alcool au dernier suivi	N	(%)
Abstinentes	1 322	(22,1)
Buveurs actuels (occasionnels et réguliers)	3 595	(60,2)
Buveurs sevrés	1 055	(17,7)

*données manquantes pour 2 368 patients

4. Caractéristiques cliniques des patients suivis

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 2020.

Dans le courant de l'année, 22 patients sont passés au stade C/SIDA. Les pathologies inaugurales du stade C/SIDA les plus fréquemment diagnostiquées étaient les différentes formes de tuberculose (18,8%), les pneumopathies à *Pneumocystis carinii* (PCP) et les toxoplasmoses (13,6%). Les candidoses - toutes localisations confondues - et les infections à MAC sont survenues chez 9,1% des PVVIH passées au stade SIDA.

Le statut vis-à-vis de la co-infection par le VHB était disponible pour 7 774 patients, soit 93,2% de la file active annuelle. Parmi eux, 3,7% des patients avaient un Ag HBs positif (tableau 6).

Tableau 6. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, prévalence de l'antigène Ag HBs, année 2020

Statut vis-à-vis de la co-infection par le VHB*	N	(%)
Patients ayant eu une recherche sérologique	7 774	(100,0)
Ag HBs positif	286	(3,7)

*à la dernière recherche

Le statut vis-à-vis de la co-infection par le VHC a été documenté chez 94,9% des patients (N = 7 982) et la dernière recherche des anticorps Ac anti-VHC était positive chez 13,0% d'entre eux. Parmi les PVVIH présentant des Ac anti-VHC, 14,8% avaient un ARN du VHC témoin d'une infection active, positif à la dernière recherche, soit 157 patients au total (tableau 7).

Tableau 7. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, prévalence des anticorps anti-VHC et de l'ARN du VHC, année 2020

Statut vis-à-vis de la co-infection par le VHC*	N	(%)
Patients ayant eu une recherche	7 982	(100,0)
Ac anti-VHC positifs	1 060	(13,3)
dont ARN VHC positif	157	(14,8)

*à la dernière recherche

5. Profil viro-immunologique des patients sous traitement antirétroviral

En 2020, 8 283 (99,3%) patients suivis dans les hôpitaux de la NA étaient traités par des antirétroviraux (ARV) à leur dernier suivi (tableau 8). Les combinaisons ARV les plus prescrites étaient les trithérapies (78,0%) ; 18,4% étaient sous bithérapie d'ARV et 2,5% sous quadrithérapie ou plus.

Tableau 8. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine sous traitement antirétroviral (ARV), année 2020

Traitement antirétroviral (ARV)*	N	(%)
Traitement ARV en cours	8 283	(99,3)
ARV < 6 mois	191	(2,3)
ARV ≥ 6 mois	8 092	(97,7)
Pas de traitement ARV**	55	(0,7)
Total[†]	8 338	(100,0)

* au dernier suivi ; ** patients naïfs (non traités par ARV), en fenêtre thérapeutique ou en rupture de traitement ARV

† Pour deux autres dossiers, les informations sur le traitement sont manquantes

7 403 patients sous traitement ARV avaient une mesure de charge virale disponible dans les six mois (soit 89,4% des patients traités), et l'infection était contrôlée (charge virale non détectable) chez 92,2% d'entre eux. De même, parmi les 6 409 (77,4%) patients traités ayant une numération des lymphocytes CD4 disponible, 90,4% avaient un statut immunitaire satisfaisant (tableau 9).

Tableau 9. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, profil viro-immunologique sous traitement antirétroviral (ARV), année 2020

Paramètres viro-immunologiques sous traitement ARV	N	(%)
Mesure de charge virale dans les 6 mois*	7 403	
Charge virale VIH indétectable	6 826	(92,2)
Numération des CD4 dans les 6 mois**	6 409	
Taux de CD4 > 350/mm ³	5 793	(90,4)

*pas de mesure de la charge virale dans les 6 mois pour 880 patients traités par ARV (10,6%)

**pas de numération de CD4 dans les 6 mois pour 1 874 patients traités par ARV (22,6%)

Avec la quasi-totalité des patients suivis sous ARV, dont 97,7% traités depuis plus de six mois, les objectifs de mise sous traitement sont bien atteints. Toutefois, 7,8% des PVVIH traités étaient en échappement virologique (3% si le succès virologique s'évaluait par une charge virale inférieure à 200 copies) et presque 10% présentaient un déficit immunitaire (figure 1).

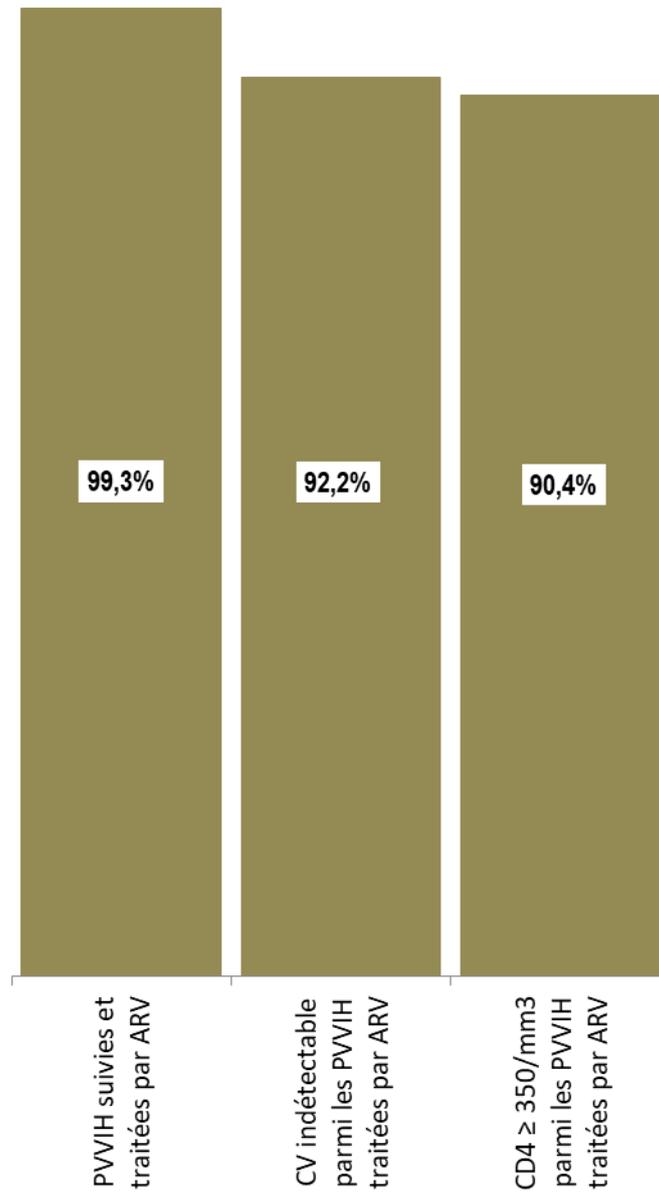


Figure 1. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine sous traitement ARV, succès virologique (charge virale < 40 copies/ml) et statut immunitaire satisfaisant (CD4 ≥ 350/mm³), année 2020

6. Indicateurs de mortalité et de morbidité

En 2020, les données de 78 patients dont le décès était connu ont été analysées.

Pour plus du tiers des décès, la cause était indéterminée. Lorsque les causes de mortalité avaient été investiguées, l'infection par le VIH n'avait pas de lien direct avec le décès du patient dans 60,2% des cas (tableau 10). Les cancers non-classant (n = 25) et les pathologies cardio-vasculaires (n = 8) étaient les plus fréquemment retrouvés.

Tableau 10. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine et décédées (N = 78), causes de décès, année 2020

Causes de décès*	N	(%)
non liées au VIH	47	(60,2)
liées au VIH	2	(2,3)
indéterminées	29	(37,2)

*données non consolidées

Sur la période 2017-2020 (tableau 11), l'augmentation des files actives annuelles coïncide avec une légère baisse des PVVIH au stade SIDA. L'état clinique des patients largement traités s'est amélioré au fil des années comme en témoignent les indicateurs de morbidité. Les signes de progression de l'infection (passage au stade SIDA, marqueur de réplication virale, ...) et la mortalité liée à la pathologie VIH reculent.

Tableau 11. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, évolution des indicateurs de morbidité et de mortalité, années 2017-2020

	2017	2018	2019	2020*
File active annuelle	7 725	8 028	8 440	8 340
Stade SIDA, %	20,5	20,4	20,1	19,6
PVIH traités, %	99,1	99,3	99,3	99,3
Charge virale VIH indétectable, %	91,5	92,6	92,1	92,2
Taux de CD4 > 350/mm ³ , %	89,1	88,1	89,7	90,4
Passage au stade SIDA	16	18	27	22
Décès (connus)	82	106	91	78
Non liées au VIH, %	76,8	77,4	73,6	60,2
Liées au VIH, %	3,7	7,5	6,6	2,6
Indéterminées, %	19,5	15,1	19,8	37,2

* données non consolidées

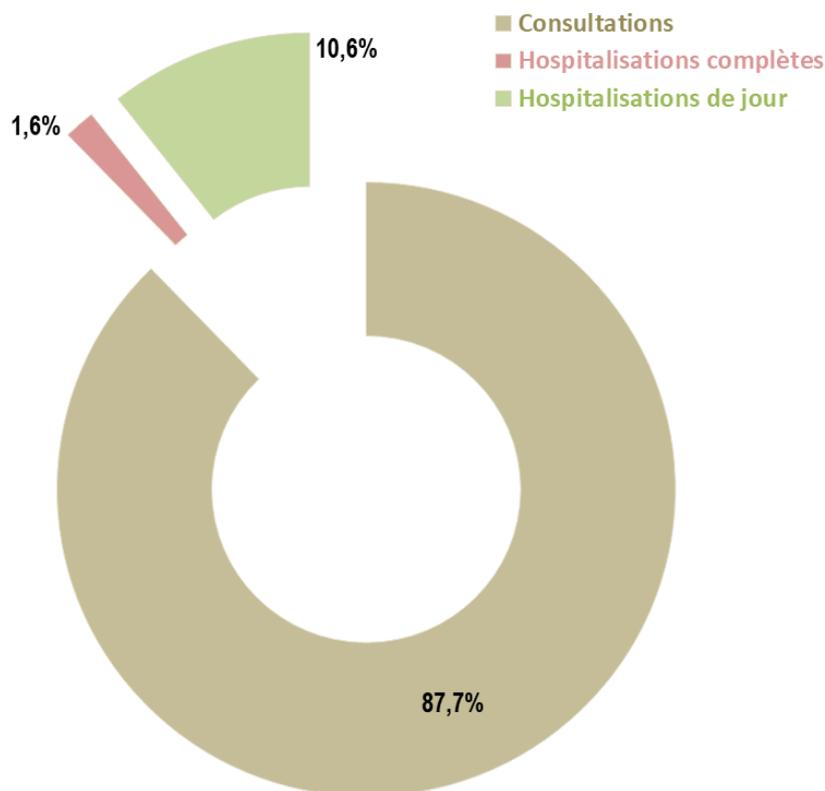
7. Activité hospitalière

En 2020, les consultations représentaient le mode de prise en charge des PVVIH le plus fréquent. 15 847 consultations ont été rapportées (tableau 11), soit 87,7% des recours (figure 2). Le nombre moyen de consultations, estimé en considérant la file active annuelle, s'établit à 2,1 par patient. 1 923 hospitalisations de jour et 290 hospitalisations complètes ont été comptabilisées. Moins de 5% des hospitalisations complètes ont duré plus d'un mois (figure 3).

Tableau 11. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, activité hospitalière et type de recours*, année 2020

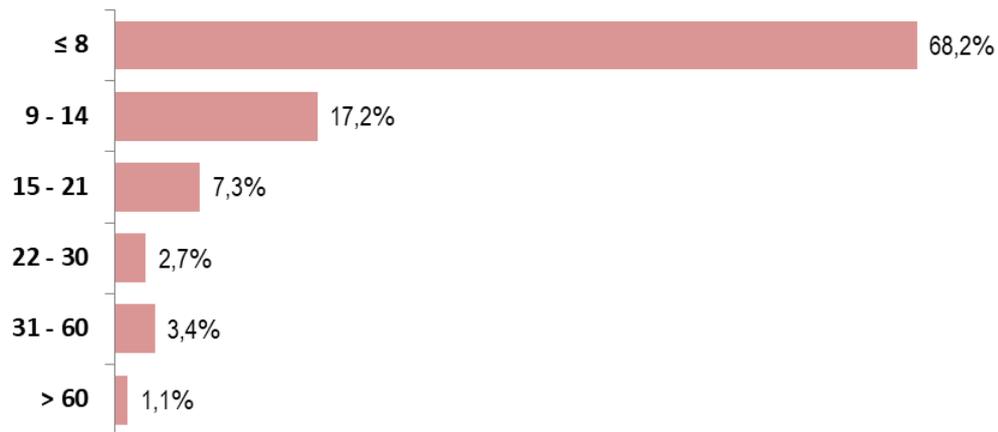
	2020
File active	8 340
Nombre de consultations	15 847
Nombre moyen de consultations par patient	2,1
Nombre d'hospitalisations de jour	1 923
Nombre d'hospitalisations complètes	290

*données manquantes pour deux hôpitaux



données manquantes pour deux hôpitaux

Figure 2. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, répartition de l'activité hospitalière par type de recours, année 2020



données manquantes pour deux hôpitaux

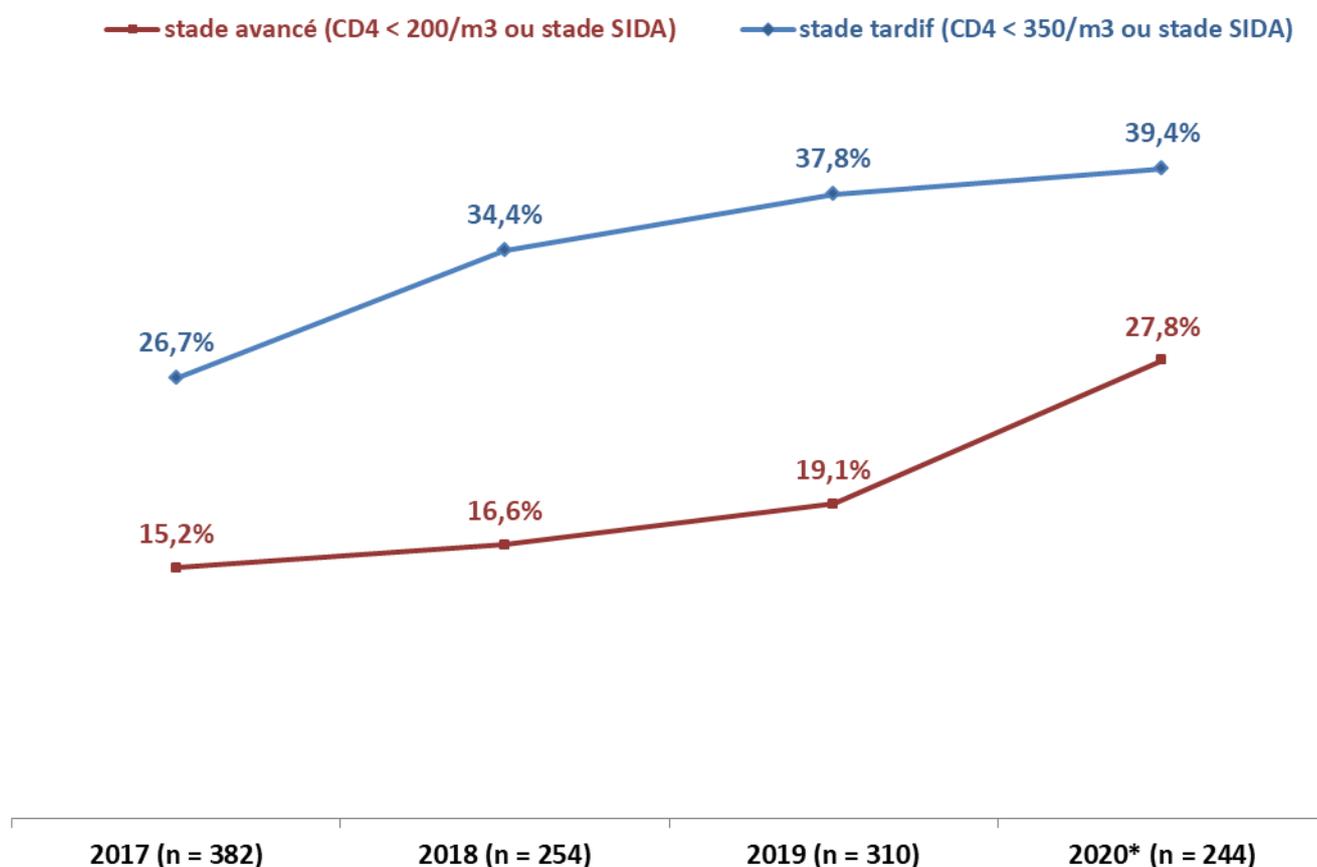
Figure 3. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, durée de séjour en hospitalisation complète (en nombre de jours), année 2020

8. Caractéristiques des patients nouvellement pris en charge

Les PVVIH nouvellement prises en charge sont des patients qui, à leur premier suivi dans le service sont :

- naïfs (sans antécédent de traitement ARV)
- non SIDA ou diagnostiqués au stade dans les trois mois précédents

Les données de 244 PVVIH nouvellement prises en charge en 2020 ont été analysées. 184 (75,4%) étaient de sexe masculin et 39 (16,0%) au stade C/SIDA. La proportion de patients à un stade avancé de la maladie (taux de CD4 < 200/m³ ou SIDA) s'accroît d'année en année (figure 4). La progression a été encore plus importante entre 2019 et 2020, passant de 19,1% à 27,8%, mais cette augmentation devra être confirmée sur les données consolidées.



*données non consolidées

Numération des CD4 manquante pour 7 PVVIH en 2017, 7 en 2018, 6 en 2019 et 46 en 2020

Figure 4. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, patients nouvellement pris en charge à un stade clinique avancé (CD4 < 200/m³ ou stade C/SIDA) ou tardif (CD4 < 350/m³ ou stade C/SIDA), années 2017-2020

9. Caractéristiques des patients ayant découvert leur séropositivité

Cent vingt-quatre patients ayant découvert leur séropositivité pour le VIH en 2020 ont été suivis. Il s'agit de PVVIH prises en charge l'année de la découverte de leur séropositivité et ayant accepté de participer au système d'information. Leurs caractéristiques sont présentées dans le tableau 12.

Tableau 12. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, caractéristiques des nouveaux diagnostiqués, année 2020

	2020*	
	N	(%)
Total	124	(100,0)
Sexe		
Hommes	100	(80,6)
Femmes	24	(19,4)
Age (en années)		
<29	38	(30,6)
30-39	33	(26,6)
40-49	22	(17,7)
50-59	17	(13,7)
60-69	8	(6,5)
70-79	5	(4,0)
80 et plus	1	(0,8)
Mode de contamination		
Relation entre hommes (HSH)	58	(46,8)
Relation hétérosexuelle	39	(31,5)
Toxicomanie IV	1	(0,8)
Relation HSH et hétérosexuelle/Toxicomane IV	12	(9,7)
Mère-enfant	3	(2,4)
Indéterminé	11	(8,9)
Origine géographique		
France métropolitaine	88	(71,0)
Antilles / Guyane / autres DOM	2	(1,6)
Afrique Sub-Saharienne	27	(21,8)
Europe de l'Est	2	(1,6)
Afrique du Nord	3	(2,4)
Asie	1	(0,8)
Autre	1	(0,8)

*données non consolidées en 2020

Ces patients étaient le plus souvent des hommes (sex-ratio H:F de 4:2), jeunes adultes (57,2% d'entre eux avaient moins de 40 ans). Une contamination par voie sexuelle avait été retrouvée pour la plupart d'entre eux. Aucun patient étranger n'avait plus de 50 ans (tableau 13). Trois-quarts des nouveaux diagnostiqués étrangers suivis en 2020 étaient originaires d'Afrique sub-Saharienne.

Aucune personne transgenre n'a été recensée. Les transmissions par voie sanguine (transfusion ou accident d'exposition au risque de transmission du VIH) étaient inexistantes. Pour 11 patients (8,9%), l'enquête n'a pas permis de déterminer le mode de contamination.

Tableau 13. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, âge selon l'origine des nouveaux diagnostiqués (N* = 105), année 2020

	Tranches d'âge						
	< 29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	≥ 80
France Métropolitaine (n = 76)	18 (23,7)	17 (22,4)	16 (21,1)	13 (17,1)	6 (7,9)	5 (6,6)	1 (1,3)
Antilles/Guyane/autres DOM (n = 1)	1 (100,0)						
Afrique Sub-Saharienne (n = 21)	8 (38,1)	8 (38,1)	4 (19,0)	1 (4,8)			
Europe de l'Est (n = 2)	1 (50,0)	1 (50,0)					
Afrique du Nord (n = 3)	2 (66,7)			1 (33,3)			
Asie (n = 1)	1 (100,0)						
Autre (n = 1)			1 (100,0)				

*données manquantes pour 19 patients

les effectifs sont présentés avec les pourcentages selon l'origine en italique

Entre 2017 et 2020 (figures 5a et 5b), la prédominance des hommes parmi les personnes nouvellement diagnostiquées se confirme. La part des contaminations après 50 ans se stabilise en 2020 après avoir connu une progression en 2019. La baisse des nouvelles découvertes parmi les HSH pourrait avoir été limitée par la hausse des HSH utilisateurs de produits psychoactifs.

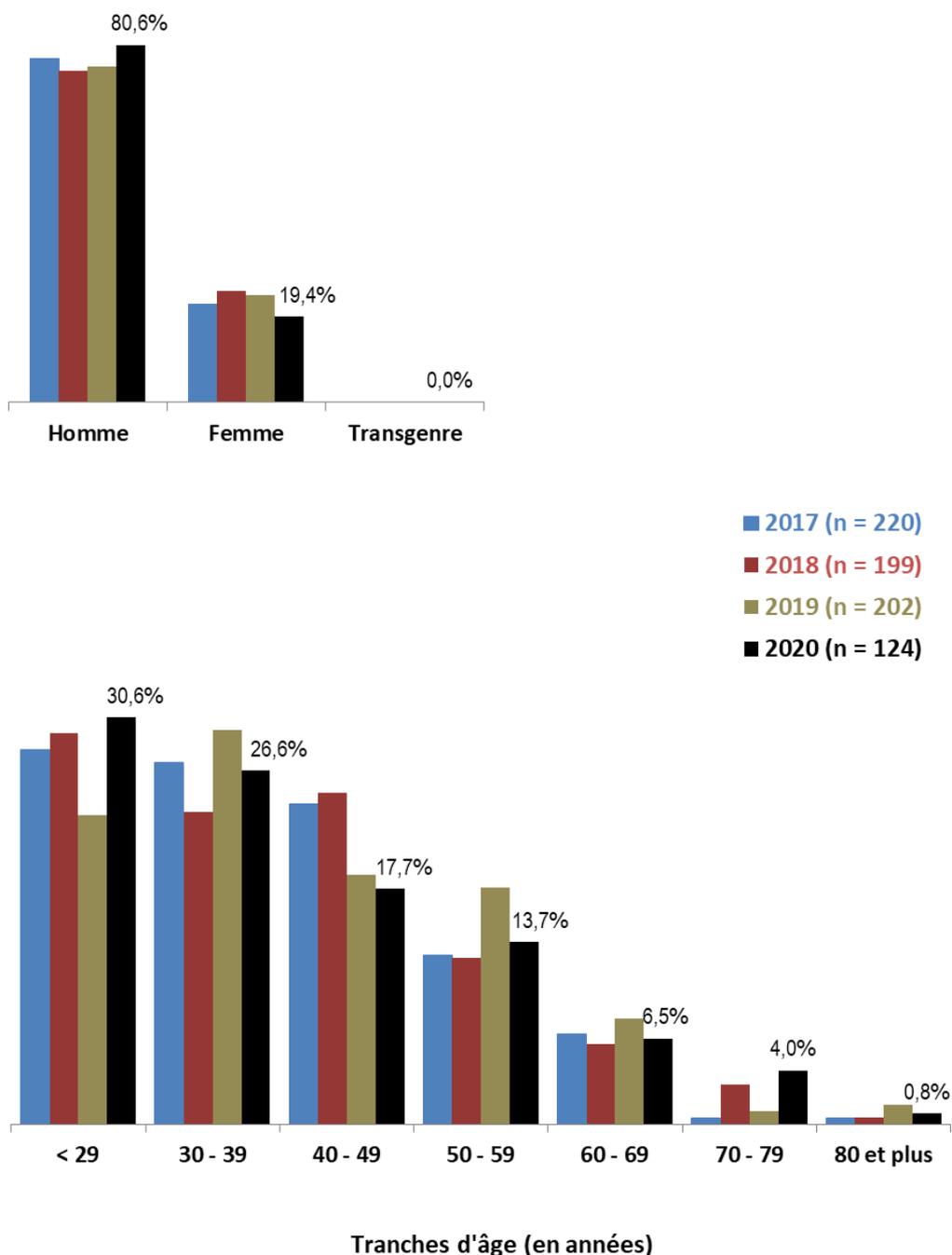


Figure 5a. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, caractéristiques démographiques des nouveaux diagnostiqués, années 2017-2020

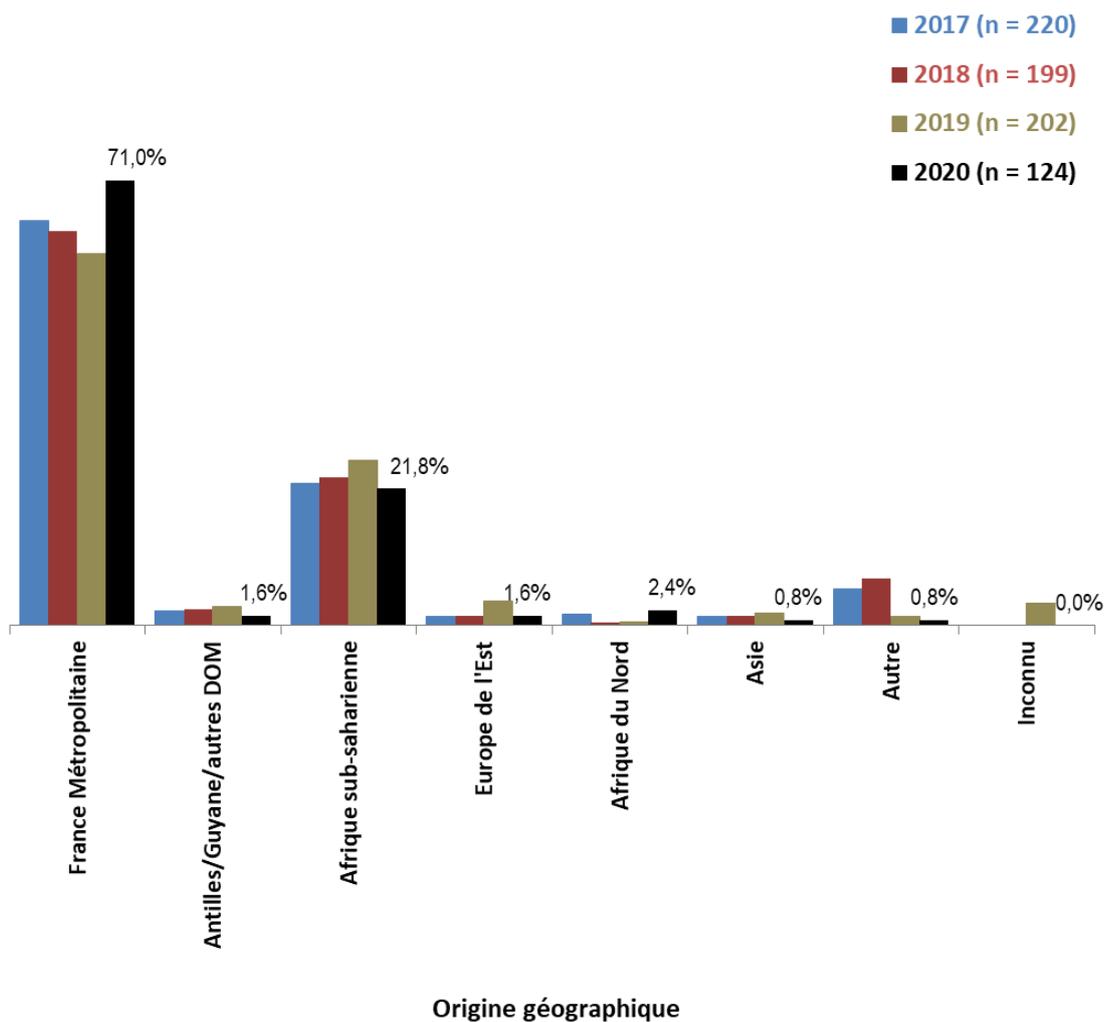
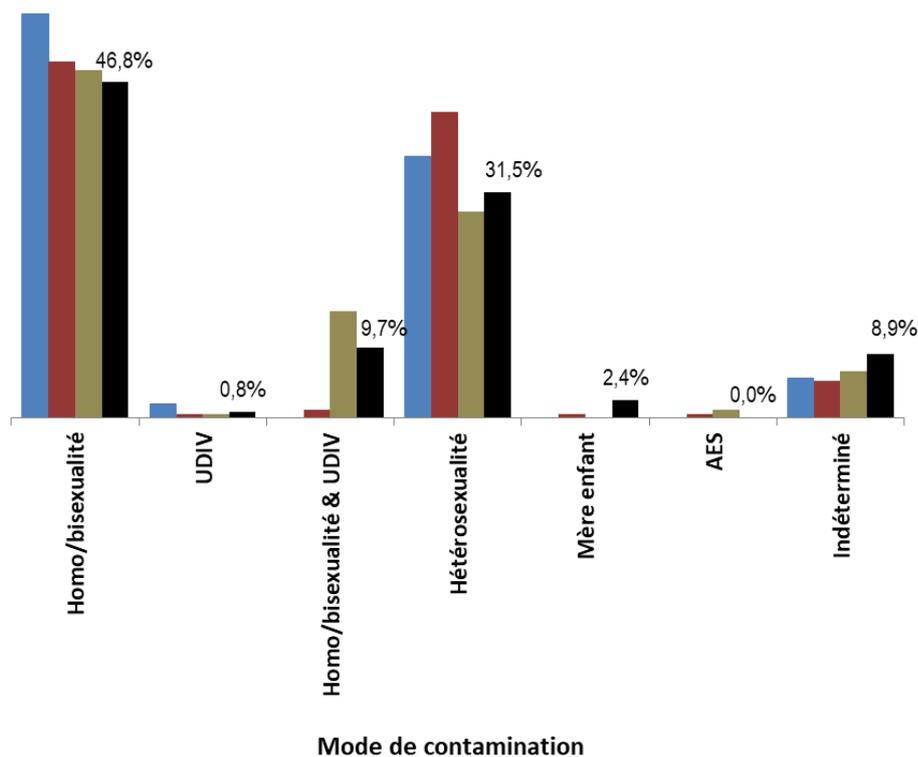


Figure 5b. PVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, caractéristiques épidémiologiques des nouveaux diagnostiqués, années 2017-2020

10. Devenir des patients non revus

L'application de la procédure régionale de recherche des patients ayant interrompu leur suivi dans les services hospitaliers de NA a permis de recenser 113 PVVIH non revues dans les 24 mois suivant leur dernier suivi en 2018. Aucune nouvelle relative à la prise en charge de leur pathologie VIH n'étant parvenue dans les services de soins de la région ou ailleurs, elles ont été considérées perdues de vue définitivement en 2020 (tableau 14). Cette même année, pour 100 autres patients, le motif de l'interruption de suivi était une prise en charge dans un hôpital en dehors de la NA.

Tableau 14. PVVIH suivies en Nouvelle-Aquitaine, devenir des 213 PVVIH non revues, année 2020

	2020*
PVVIH perdues de vue définitivement (non revues depuis 24 mois)	113
PVVIH prises en charge en dehors de la NA	100

*données non consolidées (en attente de recherche active en 2021)

11. Constats et perspectives

Les données de 8 340 patients suivis en 2020 dans les hôpitaux publics de NA, et ayant accepté de participer au système d'information du COREVIH NA ont été recueillies de façon anonyme. Leur analyse a permis de décrire la prise en charge hospitalière des PVVIH l'année courante et d'observer les évolutions avec les années précédentes.

En 2020, la crise sanitaire liée à la Covid-19 a contraint les services de maladies infectieuses et de médecine interne à adapter leur fonctionnement, afin de proposer aux PVVIH une continuité de prise en charge. Des téléconsultations ont été proposées aux patients, dans l'urgence, pour pallier les restrictions du confinement généralisé. Ces consultations à distance n'ont été que partiellement comptabilisées. L'activité hospitalière a néanmoins été maintenue en 2020 comme en témoignent la faible diminution de la file active par rapport à l'année précédente et la stabilisation du nombre de consultations par patient (en attendant la consolidation des données).

Les traitements ARV ont été largement prescrits, permettant à plus de 99% des patients suivis de bénéficier d'une prise en charge thérapeutique de leur infection. Toutefois, les diagnostics de SIDA survenus en cours de suivi (SIDA incidents) ont progressé. Une persistance d'une répllication virale et un retard de restauration du statut immunitaire ont été observés chez 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.

Les co-infections par le VHB et le VHC restent non documentées chez 5% des patients, parmi lesquels certains sont suivis sur la durée. Malgré la baisse continue de la proportion de patients suivis et dont le statut vis-à-vis des hépatites B et C est méconnu, un travail d'harmonisation ou d'amélioration des pratiques doit être envisagé en adéquation avec les recommandations nationales.

Enfin, les chiffres de mortalité des PVVIH sont difficilement exploitables en temps réel en raison des délais d'enregistrement des décès et de la nécessité d'une harmonisation de la validation des causes. Cette problématique doit être traitée sous la forme d'une procédure régionale à l'instar de la recherche des patients ayant interrompu leur suivi.

La file active s'accroît tous les ans de 3 à 4% de PVVIH nouvellement prises en charge parmi lesquels plus d'un patient sur quatre est toujours vu à un stade avancé (SIDA ou immunodépression sévère avec des $CD4 < 200/mm^3$). Ces recours aux soins tardifs surviennent dans un contexte d'éloignement volontaire ou non des structures hospitalières. Ils 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.

Dans l'attente de la consolidation des données, les caractéristiques des PVVIH ayant découvert leur séropositivité en 2020 ont été décrites sur un faible effectif. On observe une prédominance d'hommes, de jeunes sujets, avec une origine française pour les 2/3 de cette population. La baisse des nouveaux diagnostics au sein des HSH est limitée par l'augmentation de la catégorie d'HSH amateurs de consommation de produits dans un contexte sexuel. Les contaminations récentes observées chez les personnes originaires d'Afrique sub-Saharienne progressent depuis 2017 et concernent plus d'un patient sur cinq.

Toutes ces caractéristiques sociodémographiques, épidémiologiques, cliniques et biologiques contribuent à décrire les tendances de l'épidémie à VIH en NA, mais elles sont insuffisantes pour identifier les publics au sein desquels l'infection est moins maîtrisée. 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. Dans ce second cas de figure, la coordination du parcours de soins des PVVIH récemment diagnostiqués permet de garantir un accompagnement adapté.

Enfin, 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, participeront à une meilleure compréhension des indicateurs spécifiques régionaux par l'ensemble des acteurs du territoire.