

Surveillance et prévention des infections à VIH et autres infections sexuellement transmissibles

SOMMAIRE

Édito p.1 Points clés p.1 Dépistage du VIH p.2 Surveillance des découvertes d'infection à VIH p.4 Surveillance des cas de Sida p.7 e-DO p.8 PVVIH pris en charge dans les hôpitaux publics de la Nouvelle-Aquitaine p.9 Premiers résultats de l'étude QuAliV p.10 Dépistage de la syphilis et des infections à *Chlamydia trachomatis* p.11 Surveillance des cas de gonococcie p.12 Surveillance des cas de syphilis récente p.13 Prévention p.14 Pour en savoir plus, remerciements et contacts p.16

ÉDITO

Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont fréquentes en France, et la Nouvelle Aquitaine n'échappe pas à ce fait épidémiologique. On a trop tendance à penser que les IST sont un problème de santé parisien et d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) et donc que les programmes de prévention, de dépistage et désormais de prophylaxie pré-exposition (PreP) sont avant tout conçus à leur bénéfice. La série d'articles qui composent ce bulletin de santé publique régional présente une image assez complète des différentes problématiques relatives à la santé sexuelle en région. La Nouvelle Aquitaine par beaucoup d'aspects est représentative de la situation épidémiologique en France métropolitaine hors Ile-de-France, avec une métropole régionale ayant adhéré au réseau international des Villes sans Sida. Le dépistage est plutôt à la hausse mais son rendement progresse peu, probablement parce que le dépistage ciblé hors-les-murs y est trop peu fréquent. L'épidémie à VIH est celle que l'on connaît aujourd'hui en France et on n'y décèle pas encore l'effet de l'utilisation des services de PreP. Alors qu'il faudrait des données de plus en plus exhaustives et colligées rapidement pour mieux détecter des tendances fines, la complétude de la e-DO est encore insuffisante. La prise en charge des personnes vivant avec le VIH est quant à elle globalement satisfaisante sur tout le territoire. Quant aux IST bactériennes, mieux surveillées, elles ont une fréquence méritant un renforcement de la prévention et du dépistage. Autant de chantiers que le COREVIH entend coordonner en fédérant tous les acteurs sur son territoire pour améliorer la santé sexuelle en Nouvelle Aquitaine.

François Dabis, président du COREVIH

POINTS CLÉS

VIH/Sida

- Le taux de dépistage VIH en 2018 a augmenté de +6 % par rapport à 2017 (LaboVIH).
- En 2018, le taux de découvertes de séropositivité dans la région est parmi les plus élevés en métropole (DO VIH).
- Le nombre de découvertes VIH a diminué entre 2017 et 2018. Les tendances sont différentes selon le mode de contamination et le lieu de naissance avec une diminution chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) nés en France, et une augmentation chez les HSH et les hétérosexuels nés à l'étranger (DO VIH).
- 95 % des déclarations de VIH réalisées en 2018 ont été réalisées via l'application [e-DO](#). Le nombre de déclarations complètes reste insuffisant (40 %) mais est en progression par rapport à 2017.
- 63 % des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) considèrent leur qualité de vie excellente ou très bonne, avec des scores moins élevés dans le domaine de la santé psychologique et chez les femmes (étude QuAliV, cohorte Aquitaine).
- Le nombre de cas de sida est en baisse avec des fluctuations selon les années. Par rapport à la période 2013-2017, une diminution du nombre de cas chez les personnes nées à l'étranger est observée ainsi qu'une baisse du nombre de cas ayant connaissance de leur séropositivité avant le diagnostic de sida (DO sida).

Infections à gonocoque, syphilis récente et Chamydia

- Le nombre d'infections à gonocoque déclarées en 2018 est en nette augmentation par rapport à 2017 (+50 %) principalement chez les hommes. Les cas sont observés majoritairement chez les hommes homo-bisexuels (ResIST).
- Le nombre de cas de syphilis déclarés en 2018 a augmenté de +9 % par rapport à 2017. Les cas déclarés chez les femmes hétérosexuelles a tendance à augmenter. Près d'un quart des cas de syphilis sont co-infectés VIH (ResIST).
- Le taux de dépistage des syphilis en 2018 est en légère diminution par rapport aux deux années précédentes.
- Le taux de dépistage des infections *Chlamydia trachomatis* en 2018 tend à augmenter par rapport aux deux années précédentes avec un taux plus important chez les femmes.

Prévention

- L'utilisation systématique du préservatif pour la pénétration anale est en baisse.
- Chez les HSH, le recours répété au dépistage VIH augmente (Enquête rapport au sexe 2019).

DÉPISTAGE DE L'INFECTION À VIH

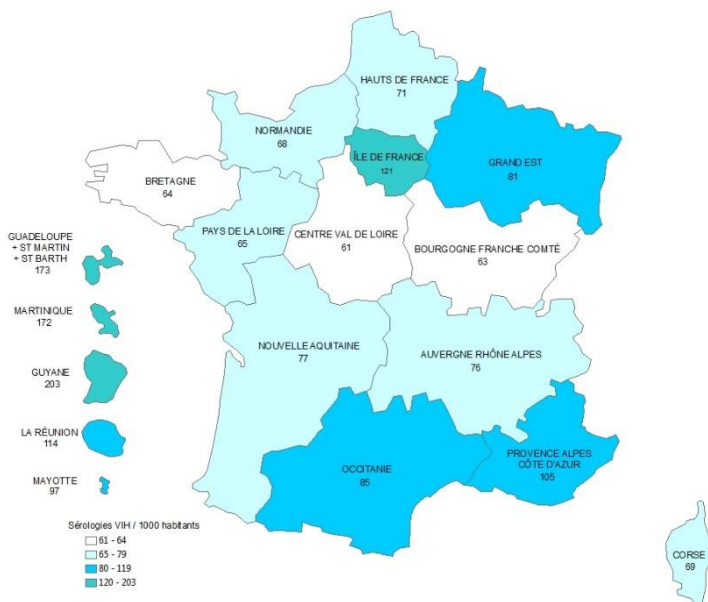
Données issues de l'enquête LaboVIH

En 2018, 460 016 (IC_{95%}: [444 531 – 475 501]) sérologies VIH ont été réalisées dans la région Nouvelle-Aquitaine, soit 77 pour 1 000 habitants (IC_{95%}: [74-80]). Le taux de dépistage VIH est en augmentation de +6 % par rapport à 2017. La Nouvelle-Aquitaine fait partie des régions présentant un taux de dépistage intermédiaire (figure 1). Le nombre de sérologies positives était de 1,3 pour 1 000 sérologies en Nouvelle-Aquitaine (figure 2).

En termes de tendance, le nombre de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants dans la région continue d'augmenter, comme au niveau national (figure 3). Après l'augmentation observée en 2017 (liée à l'augmentation du nombre de sérologies réalisées par un laboratoire lors de cette année), la proportion de sérologies positives a diminué et se situe au niveau de la métropole hors Île de France.

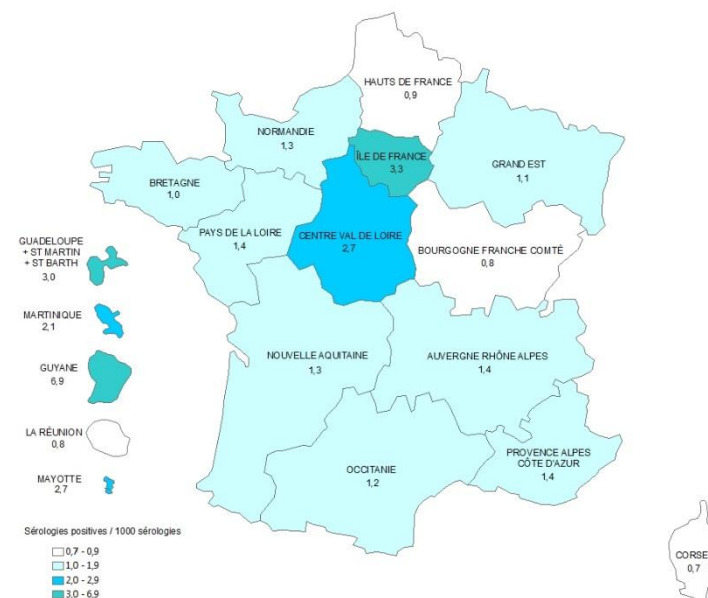
La participation à l'enquête LaboVIH en 2018 était hétérogène selon les régions. Elle était de 85 % en Nouvelle-Aquitaine (contre 81 % en France).

Figure 1 : Nombre de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants en France, par région, en 2018



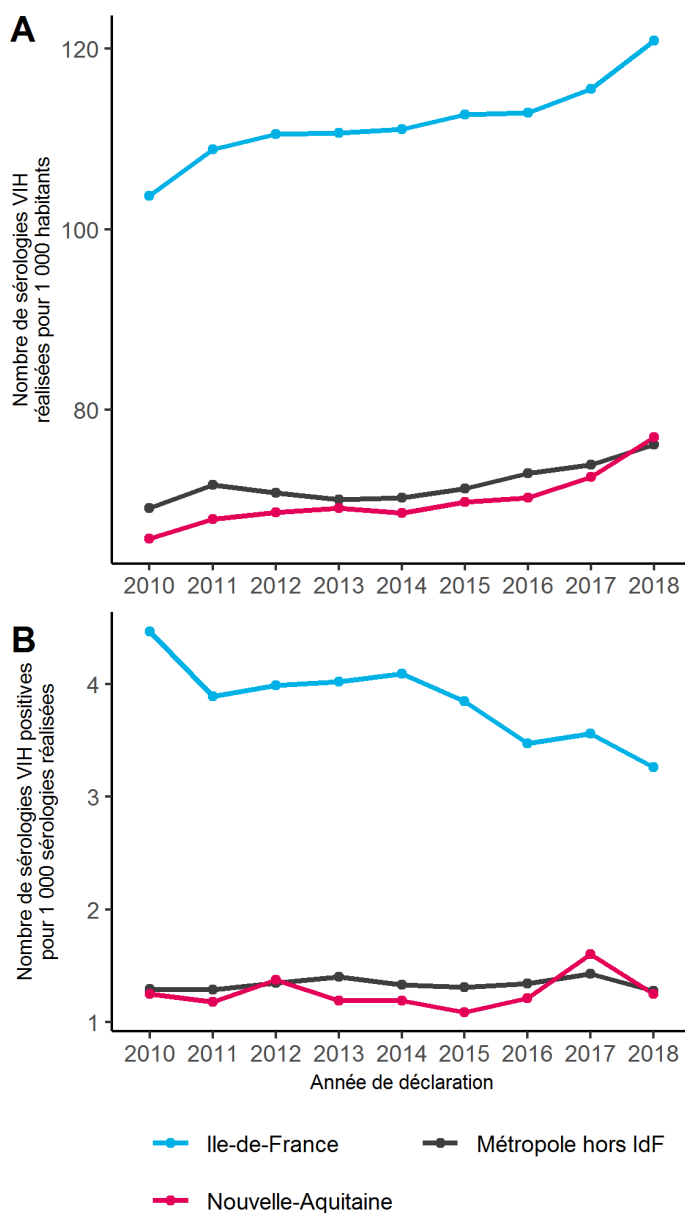
Source : LaboVIH 2018, Santé publique France.

Figure 2 : Nombre de sérologies VIH positives pour 1 000 sérologies effectuées en France, par région, en 2018



Source : LaboVIH 2018, Santé publique France.

Figure 3 : Evolution annuelle du nombre de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants (A) et du nombre de sérologies VIH positives pour 1 000 sérologies effectuées (B) en Nouvelle-Aquitaine, en France métropolitaine hors Ile-de-France et en Ile-de-France, 2010-2018



Source : LaboVIH 2018, Santé publique France.

ACTIONS DE « DÉPISTAGE COMMUNAUTAIRE »

Usage des TROD (Test rapide d'Orientation Diagnostique) VIH

Selon le bilan du dispositif national de dépistage communautaire par TROD VIH réalisé par la DGS, 3 187 TROD ont été réalisés par 7 associations en Nouvelle-Aquitaine en 2018, et 18 tests étaient positifs, soit un taux de positivité de 5,6 pour 1 000 tests réalisés. Ce taux est supérieur au taux de positivité des sérologies (données LaboVIH).

Vente d'autotests de dépistage de l'infection par le VIH

Les autotests sont en vente depuis septembre 2015 sans ordonnance en pharmacie.

Au cours de l'année 2018, en Nouvelle-Aquitaine, 4 931 autotests (AAZ) ont été vendus à un prix moyen de 25,85 €. En 2017, le nombre d'autotests vendus dans la région était de 4 806 (Source : Santé publique France).

Etude BaroTest

Etude visant à évaluer une nouvelle approche de **dépistage combiné des virus hépatites B et C, et du VIH en population générale** basée sur un **auto-prélèvement sanguin**, réalisé à domicile, utilisant un papier buvard.

Les résultats montrent une **bonne faisabilité** et **acceptabilité** de ce dépistage. De plus, ce type de dépistage est **attractif**, notamment pour les personnes résidant dans des villes de moins de 20 000 habitants et pour celles déjà acquises à la démarche d'un dépistage du VIH ou ayant des facteurs de risque documentés pour les hépatites B ou C.

Pour en savoir plus : Rahib D, Larsen C, Gautier A, Saboni L, Brouard C, *et al.* Acceptabilité et faisabilité d'un dépistage par auto-prélèvement à domicile des infections VIH, VHB et VHC en population générale en France en 2016 : l'étude BaroTest. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(24-25):478-90. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/24-25/2019_24-25_2.html

SURVEILLANCE DES INFECTIONS À VIH

Données issues des notifications obligatoires VIH

• Evolution du nombre de découvertes de séropositivité

Le nombre corrigé* de découvertes de séropositivité au VIH en Nouvelle-Aquitaine était de 60 (IC_{95%}:[50-69]) par million d'habitants en 2018 et de 77 (IC_{95%}:[60-94]) par million d'habitants en 2017. La région Nouvelle-Aquitaine présentait un taux de découvertes de séropositivité parmi les plus élevés en France métropolitaine en 2018 (figure 4).

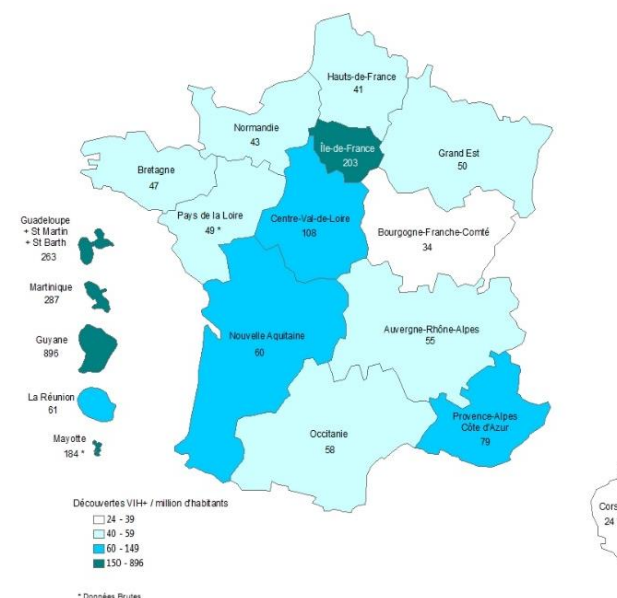
Depuis 2010, le nombre annuel corrigé* de découvertes de séropositivité au VIH a varié avec un taux stable entre 2010 et 2014, une diminution sur la période 2015-2016, suivie d'une nette augmentation en 2017. Cette augmentation est en partie liée à l'augmentation cette même année du nombre de sérologies positives VIH dans la mesure où l'exhaustivité de la déclaration obligatoire est calculée à partir des données LaboVIH. En 2018, le nombre de découvertes de séropositivité par million d'habitants a diminué par rapport à 2017 et est comparable au taux de la France métropolitaine hors Île-de-France (figure 5). *A noter que l'analyse des données brutes (non présentées ici) n'a pas mis en évidence de hausse marquée du nombre de DO VIH en 2017.*

En Gironde, le nombre corrigé* de découvertes de séropositivité au VIH était de 90 (IC_{95%}:[58-122]) par million d'habitants en 2018. Ce chiffre est à interpréter avec prudence étant donné l'intervalle de confiance large.

* Méthode de corrections des données :

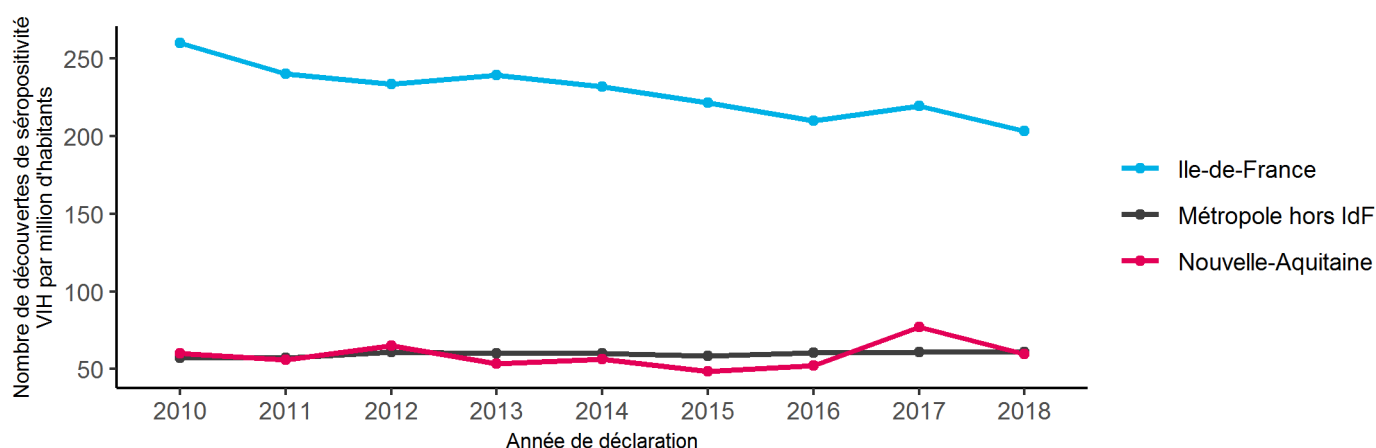
Les données relatives aux découvertes de séropositivité au VIH sont issues de la déclaration obligatoire (DO) de l'infection à VIH. Ces données reçues à Santé publique France sous-estiment le nombre réel de cas, en raison de la sous déclaration, des données manquantes et des délais de déclaration. Les données présentées sont donc corrigées pour ces trois facteurs. De plus, dans la mesure où les comportements de déclaration se sont modifiés suite au passage à la déclaration en ligne, la méthode de correction a été appliquée rétrospectivement à l'ensemble des cas diagnostiqués depuis 2010 (et non plus depuis 2003), d'où des estimations différentes présentées précédemment dans les bilans annuels. Les données corrigées sont disponibles uniquement pour la région et le département de Gironde.

Figure 4 : Nombre de découvertes de séropositivité au VIH par million d'habitants par région, France, 2018



Source : DO VIH, données au 31/03/2019 corrigées pour la sous-déclaration, les données manquantes et les délais de déclaration, Santé publique France.

Figure 5 : Evolution annuelle du nombre de découvertes de séropositivité au VIH par million d'habitants en Nouvelle-Aquitaine, en France métropolitaine hors Ile-de-France et en Ile-de-France, 2010-2018



Source : DO VIH, données au 31/03/2019 corrigées pour la sous-déclaration, les données manquantes et les délais de déclaration, Santé publique France.

• Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité en région

En 2018, les femmes représentaient 31,5 % des découvertes de séropositivité au VIH. La majorité des découvertes concernait les personnes âgées de 25 à 49 ans (64 %) ; 24 % des personnes découvrant leur séropositivité au VIH avaient 50 ans et plus et 12 % avaient moins de 25 ans. Par lieu de naissance, 57,5 % des découvertes concernaient des personnes nées en France et près de 30 % étaient nées en Afrique Sub-Saharienne (contre 25 % lors de la période 2013-2017). Les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2018 ont été contaminées par rapports hétérosexuels (51 %), rapports sexuels entre hommes (46 %), usage de drogues injectables (2 %), ou par un autre mode de transmission (transfusion, mère-enfant) (1 %). Plus d'une personne séropositive sur cinq (22 %) présentait une co-infection IST (tableau 1).

A noter que la définition d'un diagnostic précoce a été modifiée[£]. Ces résultats sont à interpréter avec prudence car ils dépendent de la complétude des déclarations. La proportion d'informations manquantes était élevée en 2018, il est possible que les cas pour lesquels les informations étaient manquantes aient un profil épidémiologique différent (tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité au VIH, Nouvelle-Aquitaine et France métropolitaine hors Ile-de-France, 2013-2017 vs 2018

	Nouvelle-Aquitaine		France métropolitaine hors Ile-de-France
	2013-2017 (n = 1 251)	2018 (n = 279)	2018 (n = 2 469)
Sexe masculin (%)	70,8	68,5	66,5
Classes d'âge (%)			
Moins de 25 ans	12,6	11,8	13,9
25-49 ans	62,0	63,8	63,6
50 ans et plus	25,3	24,4	22,6
Lieu de naissance (%)			
France	63,5*	57,5 *	48,9*
Afrique sub-saharienne	25,1*	29,4*	33,8*
Autres	11,3*	13,1*	17,3*
Mode de contamination selon le lieu de naissance - France/étranger (%)			
Rapports sexuels entre hommes, quel que soit le lieu de naissance	48,8*	46,0*	
Rapports sexuels entre hommes, nés en France	43,9*	37,9*	35,7*
Rapports sexuels entre hommes, nés à l'étranger	5,5*	7,6*	10,2*
Rapports hétérosexuels, quel que soit le lieu de naissance	47,0*	50,7*	
Rapports hétérosexuels, nés en France	21,2*	20,7*	16,3*
Rapports hétérosexuels, nés à l'étranger	27,0*	31,7*	36,4*
Injection de drogues, quelque soit le lieu de naissance	2,3*	2,1*	1,5*
Stade clinique (%)			
Primo-infection	14,3*	18,8*	12,4*
Asymptomatique	58,7*	50,0*	63,7*
Symptomatique non SIDA	14,6*	15,3*	10,9*
SIDA	12,4*	16,0*	13,0*
Taux de CD4 au moment du diagnostic (%)			
Inférieur à 200/mm ³ de sang	25,3*	NI	28,3*
Entre 200 et 349/mm ³ de sang	23,0*	NI	21,8*
Entre 350 et 499/mm ³ de sang	17,6*	NI	21,9*
500/mm ³ de sang et plus	34,1*	NI	28,0*
Délai de diagnostic (%)			
Diagnostic précoce [£]	30,6*	31,2*	22,5*
Diagnostic avancé [§]	23,2*	22,1*	27,6*
Infection récente[¥] (< 6 mois) (%)	34,2*	34,9*	28,0*
Co-infection hépatite C (%)	4,2*	NI	4,1*
Co-infection hépatite B (%)	5,6*	NI	4,5*
Co-infection IST (%)	20,8*	22,0*	19,9*

Données non consolidées pour 2017 et 2018. Calcul des proportions effectué en excluant les données manquantes.

* Part de données manquantes comprise entre 30% et 50%. NI : non interprétable (part de données manquantes supérieure ou égale à 50%).

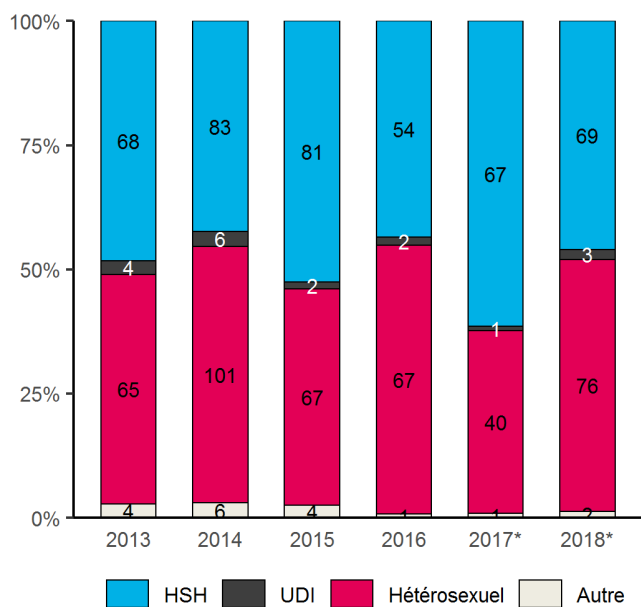
L'indicateur « délai diagnostique » (diagnostics précoce ou avancé) est un indicateur combiné. [£] Un **diagnostic précoce** est défini par une primo-infection **ou un profil de séroconversion ou un test positif d'infection récente**. Les personnes diagnostiquées uniquement avec un taux de CD4 supérieur à 500/mm³, n'entrant pas dans un des 3 critères cités, ne sont plus comptées parmi les « précoces ». [§] Un **diagnostic avancé** est défini par un stade clinique sida ou un taux de lymphocytes CD4 < 200/mm³ de sang lors de la découverte du VIH.

[¥]Résultat du **test d'infection récente** réalisé par le centre national de référence (CNR) du VIH à partir des buvards transmis par les biologistes.

• Evolution des découvertes de séropositivité selon le mode de contamination, le stade de l'infection et le lieu de naissance

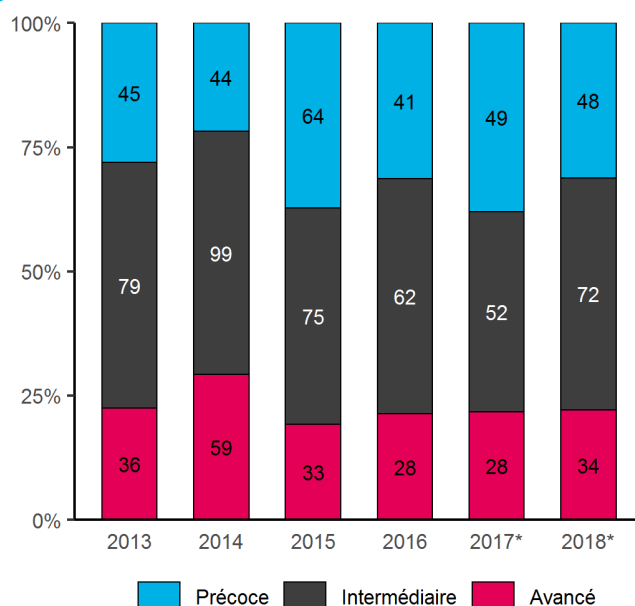
Par rapport à la période 2013-2017, le nombre de découvertes de séropositivité au VIH en 2018 a diminué globalement chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et augmenté chez les hétérosexuels (figure 6), mais les tendances diffèrent selon le lieu de naissance et le sexe avec : une diminution chez les HSH nés en France (43,9 % vs 37,9 %) et une augmentation chez les HSH nés à l'étranger (5,5 % vs 7,6 %), une stabilité chez les hétérosexuels nés en France (avec une tendance à la hausse chez les femmes et à la baisse chez les hommes) et une augmentation chez les hétérosexuels nés à l'étranger (quel que soit le sexe) (tableau 1).

Figure 6 : Évolution annuelle de la part des modes de contamination parmi les découvertes de séropositivité au VIH, Nouvelle-Aquitaine, 2013-2018



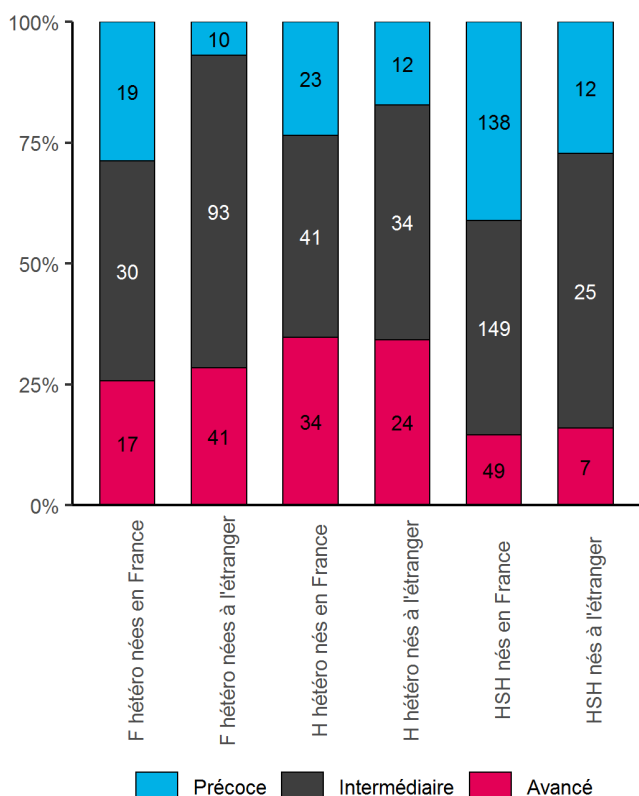
* Données non consolidées pour 2017 et 2018. Source : DO VIH, données brutes au 30/06/2019, Santé publique France.

Figure 7 : Évolution annuelle de la part des diagnostics à un stade avancé, intermédiaire et précoce de l'infection parmi les découvertes de séropositivité au VIH, Nouvelle-Aquitaine, 2013-2018



* Données non consolidées pour 2017 et 2018. Source : DO VIH, données brutes au 30/06/2019, Santé publique France.

Figure 8 : Distribution de la part des diagnostics à un stade avancé, intermédiaire et précoce de l'infection selon le mode de contamination et le lieu de naissance, Nouvelle-Aquitaine, 2013-2018



Données non consolidées pour 2017 et 2018. Source : DO VIH, données brutes au 30/06/2019, Santé publique France.

La part des diagnostics précoces, définis par un profil virologique de séroconversion, un stade clinique de primo-infection ou un test d'infection récente positif, était de 31,2 % en 2018, relativement stable par rapport à la période 2013-2017 (30,6 %) avec des fluctuations selon les années (figure 7, tableau 1).

La part des diagnostics précoces varie selon le mode de contamination et le pays de naissance. Sur la période de 2013-2018, elle était plus élevée chez les HSH : 41,1 % chez ceux nés en France et 27,3 % chez ceux nés à l'étranger. Chez les hétérosexuels, cette part était plus importante parmi ceux nés en France, principalement chez les femmes (figure 8).

A noter que la définition d'un diagnostic précoce a été modifiée (cf définition p.5).

La part des diagnostics à un stade avancé de l'infection était de 22,1 % en 2018, relativement stable par rapport à la période 2013-2017 (23,2 %) (figure 7, tableau 1).

Sur la période 2013-2018, cette part était de 34,5 % chez les hommes hétérosexuels, 27,6 % chez les femmes hétérosexuelles, et 14,7 % chez les HSH, et variait peu selon le lieu de naissance (figure 8).

SURVEILLANCE DES DIAGNOSTICS DE SIDA

Données issues des notifications obligatoires de sida

• Evolution du nombre de diagnostics

Le nombre corrigé* de diagnostics de sida en Nouvelle-Aquitaine était estimé à 12 (IC_{95%} : [8-16]) par million d'habitants en 2018, et se situait au niveau de la France métropolitaine hors Île de France. En Nouvelle-Aquitaine, le nombre de diagnostics de sida par million d'habitants est en baisse depuis 2010, avec des fluctuations selon les années (figure 9).

*La méthode de correction diffère de celle des années précédentes. Les données sont corrigées pour la sous déclaration et les délais de déclaration, sous l'hypothèse que l'exhaustivité est la même que le sida soit diagnostiqué en même temps ou après le VIH. Ces estimations sont plus élevées que les précédentes (pour la France et la plupart des régions dont la Nouvelle-Aquitaine).

• Caractéristiques des cas de sida

En 2018, près de trois quart des cas de sida concernaient des hommes. Plus de la moitié (52 %) était âgée de 50 ans et plus, cette part est en augmentation par rapport à 2013-2017 et supérieure à ce qui est observé en métropole hors Île de France (*tendance à confirmer en raison de faibles effectifs*). Environ 18 % des cas déclarés en 2018 sont nés à l'étranger, contre 30 % lors de la période 2013-2017. Seulement 22 % des cas connaissaient leur séropositivité avant le diagnostic de sida, soit deux fois moins que sur la période 2013-2017 (tableau 2). Les rapports hétérosexuels ont représenté 54 % des cas de sida en 2018. Par rapport à 2013-2017, ce mode de contamination a progressé, ainsi que la contamination chez les HSH. Depuis 2017, aucune contamination par usage de drogues n'a été rapportée (figure 10).

Figure 9 : Évolution annuelle du nombre de diagnostics de sida par million d'habitants en Nouvelle-Aquitaine, en France métropolitaine hors Ile-de-France et en Ile-de-France, 2010-2018

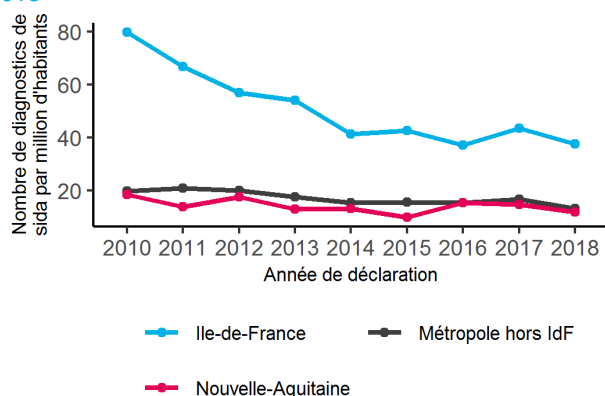
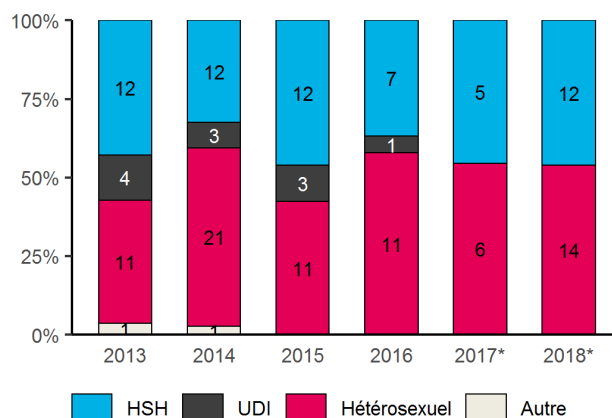


Figure 10 : Évolution annuelle de la part des diagnostics de sida selon le mode de contamination, Nouvelle-Aquitaine, 2013-2018



Source : DO sida, données au 31/03/2019, corrigées pour la sous-déclaration et les délais de déclaration, Santé publique France.

* Données non consolidées pour 2017 et 2018.

Source : DO sida, données brutes au 30/06/2019, Santé publique France.

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des diagnostics de sida, Nouvelle-Aquitaine et France métropolitaine hors Ile-de-France, 2013-2017 vs 2018

	Nouvelle-Aquitaine		France métropolitaine hors Ile-de-France
	2013-2017 (n=137)	2018 (n=27)	2018 (n=281)
Sexe masculin (%)	73,7	74,1	70,8
Classes d'âge (%)			
Moins de 25 ans	2,9	7,4	6,8
25-49 ans	56,9	40,7	56,6
50 ans et plus	40,1	51,9	36,7
Lieu de naissance (%)			
France	70,8	81,5	54,7
Afrique sub-saharienne	18,5	7,4	24,8
Autres	10,8	11,1	20,4
Mode de contamination (%)			
Rapports sexuels entre hommes	39,7	46,2	36,4
Rapports hétérosexuels	49,6	53,8	55,4
Injections de drogues	9,1	0,0	4,8
Connaissance séropositivité avant diagnostic de sida (%)	44,5	22,2	37,1
Traitement antirétroviral avant diagnostic de sida (%)	14,8	18,5	15,8
Pathologies inaugurales les plus fréquentes dans la région en 2018 (%)			
Pneumocytose	29,2	44,4	
Toxoplasmose cérébrale	16,1	18,5	
Infection à Mycobactérie atypiques	1,5	18,5	
Syndrome cachectique	3,6	14,8	
Leucoencéphalite multifocale progressive	2,9	11,1	

Données non consolidées pour 2017 et 2018. Calcul des proportions effectué en excluant les données manquantes. Source : DO sida, données brutes au 30/06/2019, Santé publique France.

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

• Évolution de l'envoi des volets « clinicien » et « biologiste » du formulaire de déclaration obligatoire des découvertes de séropositivité

En 2018, le nombre de déclarations complètes a progressé avec 40 % des déclarations avec les deux volets cliniciens et biologistes contre 30 % en 2017 (figure 11). La part des déclarations ne présentant que le volet biologiste était de 44 % (en baisse par rapport à 2017) et celles avec uniquement le volet clinicien était de 16 % (en légère hausse par rapport à 2017).

Avant 2016, année d'introduction de la déclaration en ligne via e-DO, environ 75 % des déclarations comprenaient les deux volets.

La surveillance des nouveaux diagnostics d'infection au VIH et de sida, et l'identification des groupes les plus à risque pour orienter les actions de prévention et améliorer la prise en charge, dépendent directement de la qualité des données issues des déclarations.

• Utilisation de l'e-DO dans les régions

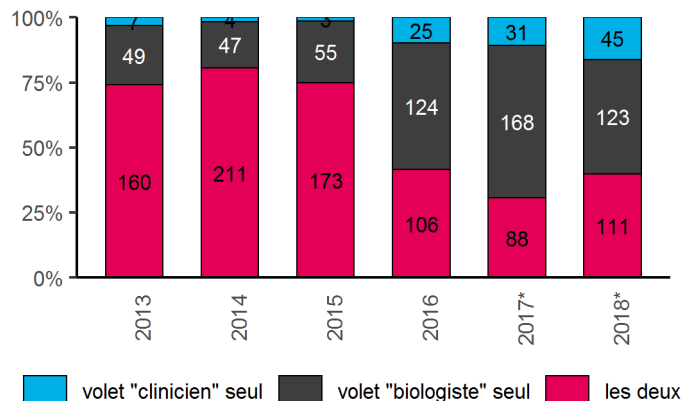
En Nouvelle-Aquitaine, en 2018, 95 % des déclarations de VIH ont été réalisées en ligne via l'application e-DO.fr (tableau 3).

A noter qu'une proportion élevée de DO électronique peut être observée si des sites/déclarants ont arrêté de déclarer (ne sont pas passés à e-DO mais ne déclarent plus *via* la version papier non plus).

Tous les déclarants, biologistes et cliniciens, doivent déclarer l'ensemble des cas diagnostiqués *via* l'application e-DO.fr (voir encadré ci-dessous).

La déclaration électronique permet d'améliorer l'exhaustivité et le délai de transmission des DO.

Figure 11 : Proportion annuelle des découvertes de séropositivité au VIH pour lesquelles les volets « biologiste » et « clinicien » ont été envoyés, Nouvelle-Aquitaine, 2013-2018



* Données non consolidées pour 2017 et 2018.

Source : DO VIH, données brutes au 30/06/2019, Santé publique France.

Tableau 3 : Proportion de déclarations électroniques en 2018 par région

Auvergne-Rhône-Alpes	95%
Bourgogne-Franche-Comté	97%
Bretagne	81%
Centre-Val-de-Loire	87%
Corse	38%
Grand-Est	96%
Guadeloupe	72%
Guyane	93%
Hauts de France	76%
Île-de-France	85%
La Réunion	96%
Martinique	98%
Mayotte	98%
Normandie	95%
Nouvelle-Aquitaine	95%
Occitanie	95%
Pays de la Loire	81%
PACA	94%

Source : DO VIH, données brutes au 30/06/2019, Santé publique France.

E-DO VIH/SIDA, QUI DOIT DÉCLARER ?

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

ET

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

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

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

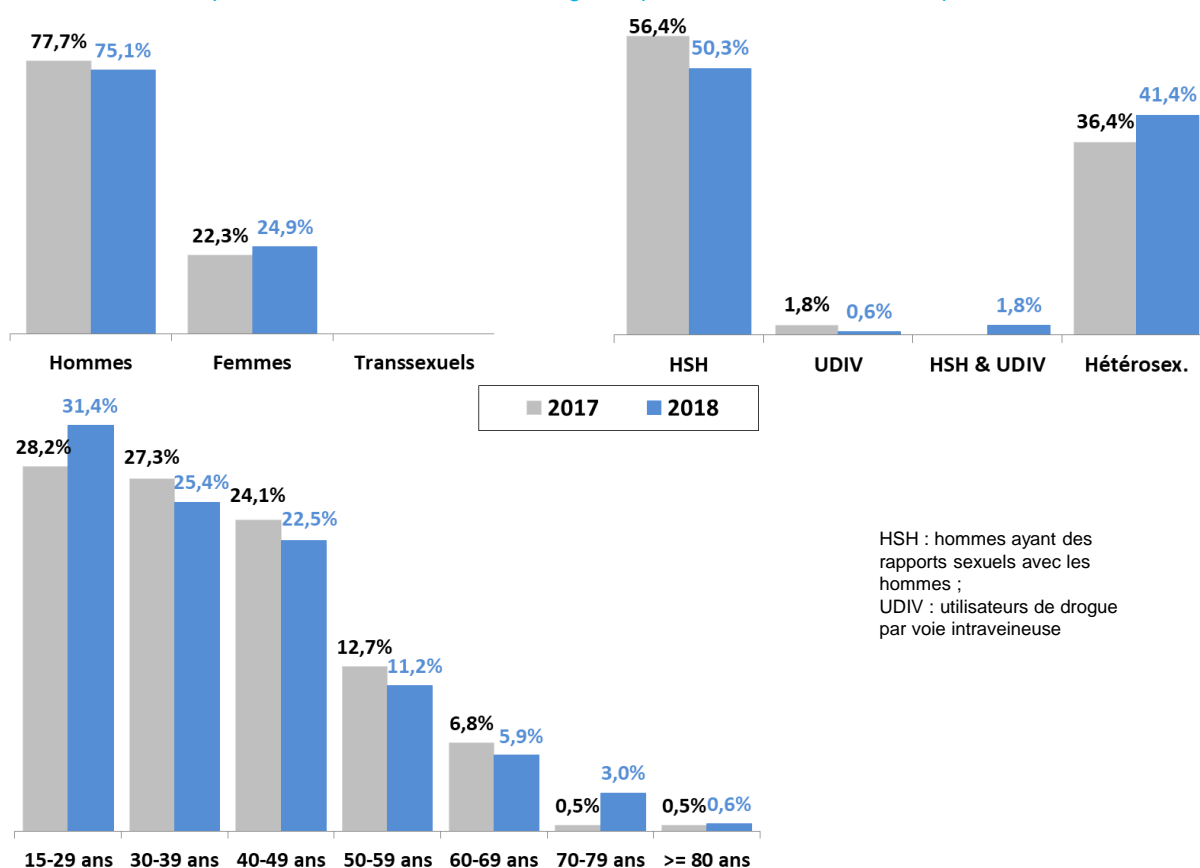
PVVIH PRIS EN CHARGE DANS LES HÔPITAUX PUBLICS DE LA NOUVELLE AQUITAINE

Sylvie Lawson-Ayayi pour le COREVIH Nouvelle Aquitaine

Le système d'information du COREVIH Nouvelle Aquitaine sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) est composé des bases de données combinées de 25 centres hospitaliers* sur les 32 que compte la grande région. Ces données sont agrégées à partir de trois systèmes de recueil historiquement déployés sur le territoire : le DOMEVIH, NADIS et ARPEGE. Ce dernier système génère la Cohorte ANRS CO3 Aquitaine. Cette cohorte scientifique recouvre les données recueillies dans 16 centres cliniques répartis sur le CHU de Bordeaux (6 centres) et sur 10 centres hospitaliers de l'ex-Aquitaine et intègre depuis juillet 2018 une e-cohorte relative à l'étude de la qualité de vie rapportée par les PVVIH.

En 2018, les données de 8 046 PVVIH pris en charge dans les hôpitaux publics de la Nouvelle Aquitaine et participant au système d'information, ont pu être analysées. Sept PVVIH sur 10 étaient de genre masculin (panel a), les contaminations par des rapports entre hommes (HSH) étaient en légère baisse (panel b) et la proportion de moins de 30 ans a augmenté (panel c) (figure 12).

Figure 12. Caractéristiques des PVVIH nouvellement diagnostiqués et suivis en Nouvelle Aquitaine en 2017 et 2018



La proportion de PVVIH qui avait été diagnostiquée dans les 12 mois précédents, est passée de 2,2% en 2017 à 2,6% en 2018. Sur les 421 PVVIH nouvellement pris en charge en 2018, 169 (40,1%) étaient des nouveaux diagnostics. Parmi eux, 105 (24,9%) ont été pris en charge tardivement ($CD4 < 350/mm^3$ ou stade clinique Sida) et 50 (11,9%) ont été pris en charge à un stade avancé ($CD4 < 200/mm^3$ ou stade clinique Sida)

Sur le plan clinique, un patient sur cinq était au stade SIDA à son dernier suivi de l'année ; 3,8% des PVVIH étaient co-infectés par le virus de l'hépatite B (*versus* 4,0% en 2017). Une infection par le virus de l'hépatite C, actuelle ou ancienne, était rapportée chez 13,9% des PVVIH, en baisse par rapport à 2017 (16,0%).

99,2% des PVVIH suivis dans les hôpitaux de la région étaient traités par antirétroviraux en 2018; 93,6% d'entre eux étaient sous combinaisons antirétrovirales depuis plus de six mois et avaient une charge virale indétectable, témoin d'une absence de réplication du virus sous traitement.

En 2018, 87 décès sont survenus au sein de cette population de PVVIH pris en charge (*versus* 82 en 2017) ; on estime (données non consolidées) à 75,9% la proportion de ces décès qui n'étaient pas liées au VIH.

* En 2018, l'équipe technique du COREVIH Nouvelle Aquitaine chargée du recueil et de l'analyse des données était composée de MJ. BLAIZEAU, P. CAMPS, M. DECOIN, S. DELVEAUX, F. DIARRA, P. GOUGEON, C. HANNAPIER, S. LAWSON-AYAYI, E. LENAUD, J. PASCUAL, D. PLAINCHAMP ET A. POUGETOUX, B. UWAMALIYA-NZIYUMVIRA, K. ZARA.

COREVIH : LA PRISE EN COMPTE DE LA VOIX DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH EN NOUVELLE AQUITAINE : PREMIERS RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALIV

Diana Barger, Fabrice Bonnet, François Dabis

Les recommandations du groupe d'experts français de prise en charge de l'infection par le VIH incitaient dès 2013 à rendre la vie des PVVIH « la plus harmonieuse possible tant sur le plan physique que psychique et social, permettant au plus grand nombre (...) de vivre dans un état de bonne santé au sens OMS du terme » [1]. La notion de la qualité de vie émerge d'un cadre théorique basé sur la définition holistique de l'état de santé. Il s'agit de « la perception qu'a l'individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ».

En Nouvelle Aquitaine, nous avons cherché à relever ce défi, en concevant un système d'information, au sein de la cohorte ANRS CO3 Aquitaine de PVVIH, destiné à mesurer la capacité des prestataires de soins à atteindre cet objectif de bonne santé des PVVIH qu'ils prennent en charge.

La première étape du projet a consisté à choisir un (des) indicateur(s) du bon état de santé au sens OMS du terme et de s'assurer que ceux-ci sont bien adaptés aux besoins des PVVIH. Lorsqu'on cherche à estimer à quel point une maladie chronique affecte la vie d'un patient, on parle de « qualité de vie liée à la santé (QVLS) ». Le choix de la QVLS comme critère de jugement est bien établi dans le champ de la recherche clinique. Il s'agit alors en général d'une donnée rapportée par le patient, souvent par un auto-questionnaire. Mais les données rapportées par les patients sur leur fonctionnement et leur bien-être font également de plus en plus l'objet d'un recueil standardisé en soin courant. Les services cliniques ont longtemps manqué de moyens pour recueillir et analyser ces données. Les soignants étaient souvent sceptiques sur les propriétés métriques des instruments de mesure ainsi que l'utilité d'un tel recueil standardisé. Les progrès récents en termes de technologies de l'information et de la communication facilitent potentiellement l'intégration des données rapportées par les patients pour la recherche en soins courants et la prise en charge.

La Cohorte Aquitaine a été mise en place en 1987 avec pour objectif général de recueillir de manière standardisée des informations cliniques, biologiques, thérapeutiques et épidémiologiques concernant les PVVIH. Depuis 2013, les données médicales relevant de la prise en charge courante sont toutes systématiquement saisies sur un formulaire en ligne (eCRF) sur le logiciel ARPEGE® par les techniciennes d'études cliniques dans les différents centres participants et un programme automatisé permet le transfert des données des examens biologiques entre les laboratoires centraux du CHU de Bordeaux et la base de données de la cohorte. Nous avons adossé à partir de 2018 un système de collecte de données rapportées par les patients basé sur les recommandations du groupe d'experts [1]. Selon la taxonomie des applications des données rapportées par les patients en pratique clinique, le système proposé vise à optimiser le bilan de santé annuel adapté en fonction de l'âge et du sexe en demandant au patient de remplir un questionnaire standardisé avant sa visite. Le but poursuivi est d'évaluer la privation sociale et matérielle de l'individu [2], la qualité de vie multidimensionnelle [3], la charge de traitement [4], l'activité physique, la consommation d'alcool et le dépistage des comportements de consommation à risque [5], la consommation de tabac et de nicotine et le dépistage de la dépendance au tabac, au cannabis et à la drogue, enfin la dépression [6]. Les patients peuvent également signaler d'autres problèmes liés au traitement dans un champ de texte libre.

A ce jour, le recueil (électronique et papier) de données rapportées par les patients est en cours dans cinq hôpitaux. Parmi les 1 681 PVVIH qui ont été invités à participer (juillet 2018 - mai 2019), 1 521 (90,5%) ont accepté, 119 (7,1 %) ont refusé et 41 (2,4 %) étaient non-éligibles. Parmi les 1 521 qui ont accepté, 1 246 (82%) pouvaient se connecter au nouveau système d'information tandis que 275 (18%) n'avaient pas d'adresse courriel personnelle.

Les propriétés métriques de l'instrument de mesure choisi pour évaluer la QVLS dans notre population ont été évaluées sur un échantillon de 586 PVVIH, âgées de 56 ans en moyenne. 73 % étaient des hommes, 85 % étaient d'origine française, 99% étaient traités par antirétroviraux et 93 % avaient une charge virale indétectable. La version française du WHOQOL-HIV BREF a des propriétés de mesure acceptables et sa conceptualisation large de la qualité de vie (au-delà de la santé physique et mentale) peut s'avérer particulièrement utile dans notre population. Globalement, 63% des répondants (366/586) ont considéré leur qualité de vie comme « excellente » (n=74 ; 12,6%) ou « très bonne » (n=292 ; 49,8%). Sur une échelle de 4 à 20, le domaine des croyances personnelles avait le score moyen (± 1 écart-type) le plus élevé ($15,04 \pm 3,35$) et le domaine de la santé psychologique le plus faible ($13,70 \pm 2,78$). Les aspects les plus altérés étaient les relations personnelles ($2,7 \pm 1,25$) et les ressources financières ($2,9 \pm 1,15$), sur un score de 1 à 5. Les femmes ont obtenu des scores nettement inférieurs à ceux des hommes pour 12 des 29 aspects explorés, y compris les cinq aspects spécifiques au VIH. Les personnes nées en Afrique du Nord ou en Afrique sub-Saharienne ont obtenu des scores plus faibles dans le domaine « environnement de vie » que celles nées en France ($13,19 \pm 2,10$ contre $14,52 \pm 2,56$, $p < 0,001$). Cette nouvelle démarche est la première étape dans l'établissement d'un nouveau rapport avec les PVVIH prises en charge dans la région. Elle a permis de mettre en lumière un certain nombre de domaines qui, selon nous, doivent être concrètement abordés par les professionnels en partenariat avec les chercheurs et le COREVIH afin de développer avec succès de nouveaux modèles de soins et de services sociaux qui tiennent compte des besoins globaux des PVVIH et y répondent efficacement.

[1] Ministère de la Santé et des Sports, Rapport 2013. *Recommandations du groupe d'experts "Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH"*. 2013. Chapitre « Suivi de l'adulte vivant avec le VIH, prévention et prise en charge des comorbidités ». [2] Labbe, E., et al., *A new reliable index to measure individual deprivation: the EPICES score*. *Eur J Public Health*, 2015. 25(4): p. 604-9. [3] O'Connell, K.A. and S.M. Skevington, *An international quality of life instrument to assess wellbeing in adults who are HIV-positive: a short form of the WHOQOL-HIV (31 items)*. *AIDS Behav*, 2012. 16(2): p. 452-60. [4] Tran, V.T., et al., *Development and description of measurement properties of an instrument to assess treatment burden among patients with multiple chronic conditions*. *BMC Med*, 2012. 10: p. 68. [5] Dawson, D.A., et al., *Effectiveness of the derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk drinking in the US general population*. *Alcohol Clin Exp Res*, 2005. 29(5): p. 844-54. [6] Kroenke, K., R.L. Spitzer, and J.B. Williams, *The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure*. *J Gen Intern Med*, 2001. 16(9): p. 606-13.

DÉPISTAGE DE LA SYPHILIS ET DES INFECTIONS À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

Syphilis, données issues du Système National des Données de Santé (SNDS)

Le taux de dépistage des syphilis en Nouvelle-Aquitaine était de 31,4 pour 1 000 habitants (soit 157 389 dépistages) en 2018, taux inférieur à celui observé en France (37,0 pour 1 000 habitants) (figure 13).

En Nouvelle-Aquitaine, en 2018, ce taux de dépistage était supérieur chez les femmes (39,8 pour 1 000 habitants vs 22,1 pour 1 000 chez les hommes). Ce taux est en légère diminution par rapport aux deux années précédentes avec des tendances différentes selon le sexe (diminution chez les femmes et stable chez les hommes).

Infections à *Chlamydia trachomatis*, données issues du SNDS

Le taux de dépistage en Nouvelle-Aquitaine était de 32,3 pour 1 000 habitants (soit 162 008 dépistages) en 2018, taux inférieur à celui observé en France (38,1 pour 1 000 habitants) (figure 14).

En Nouvelle-Aquitaine, en 2018, le taux de dépistage était nettement supérieur chez les femmes (48,1 pour 1000 habitants vs 14,9 pour 1 000 chez les hommes). Ce taux tend à augmenter par rapport aux années précédentes.

Figure 13 : Taux de dépistage des syphilis par région pour les 15 ans et plus (pour 1 000 personnes), France, 2018

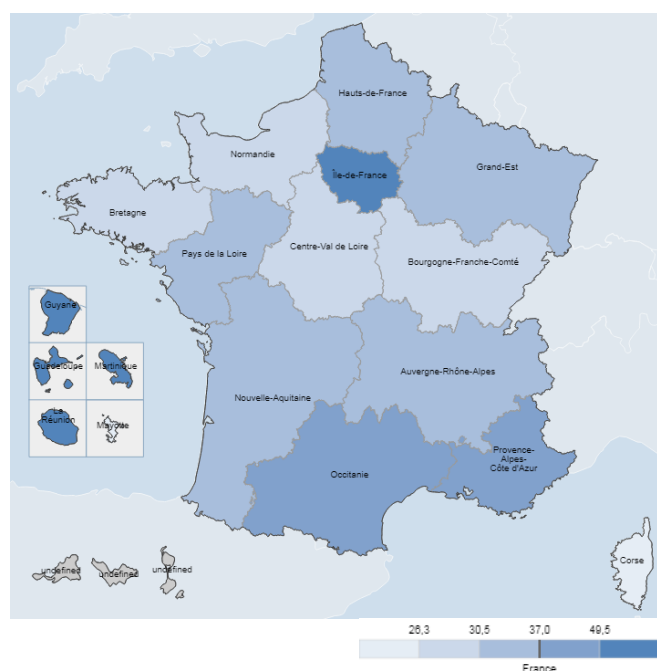
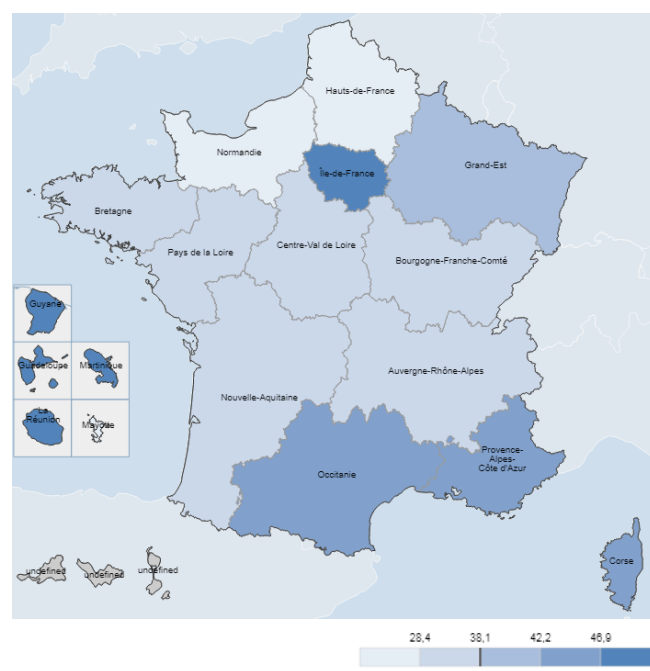


Figure 14 : Taux de dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* par région pour les 15 ans et plus (pour 1 000 personnes), France, 2018



Source : SNDS, exploitation Santé publique France

Source : SNDS, exploitation Santé publique France

Indicateurs :

Population : 15 ans et plus

Précisions : Les données de remboursement de l'assurance maladie permettent de connaître l'activité de dépistage dans les laboratoires privés (laboratoires de ville et établissements de soins privés).

Limites : Seuls les remboursements correctement géolocalisés sont pris en compte. Les tests réalisés gratuitement ne sont pas inclus dans ces données.

Les données relatives aux **gonococcies** pour 2019 seront présentées prochainement ; en effet, le remboursement des recherches de gonococcies *via* la PCR multiplexe n'a été effectif que courant 2018.

Les données de dépistage sont disponibles sur Géodes pour 2006-2018 pour les régions métropolitaines, pour 2009-2018 pour les DOM hors Mayotte et à partir de 2014 pour Mayotte ([lien](#)).

Recommandations :

Dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* :

HAS, 2018 ([lien HAS, 2018](#))

Dépistage de la syphilis :

HAS, 2007 ([lien HAS, 2007](#))

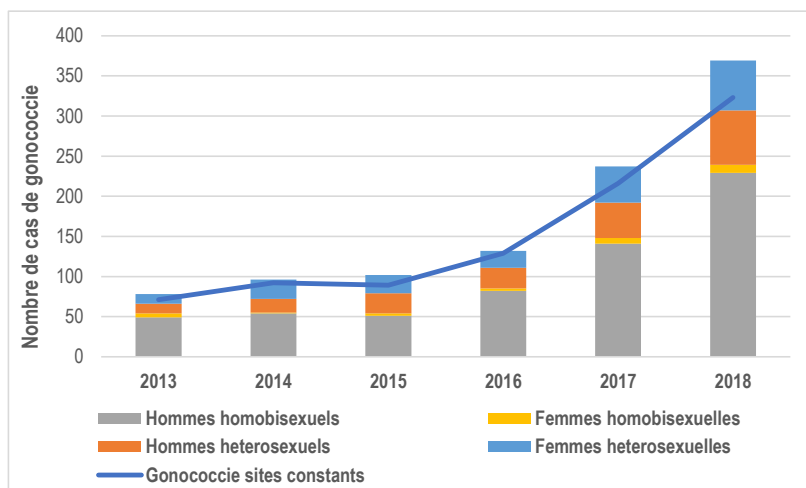
HAS, 2015 ([lien HAS, 2015](#))

HAS, 2017 ([lien HAS, 2017](#))

SURVEILLANCE DES IST (Infections sexuellement transmissibles)

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

Figure 15 : Evolution annuelle du nombre de cas de gonococcie selon l'orientation sexuelle (tous sites) et du nombre total de cas de gonococcie sur sites constants, Nouvelle-Aquitaine, 2013-2018



Source : RésiST, données intégrant les sites constants au 31/07/2019, Santé publique France.

Tableau 4 : Caractéristiques des cas de gonococcie, Nouvelle-Aquitaine et France métropolitaine hors Ile-de-France, 2013-2017 vs 2018

	Nouvelle-Aquitaine		France métropolitaine hors Ile-de-France
	2013-2017 (n = 650)	2018 (n = 373)	2018 (n = 2 845)
Sexe masculin (%)	77,5	80,7	84,5
Age médian (années)			
Hommes homo-bisexuels	26	29	29
Hétérosexuels (hommes et femmes)	22	22	23
Orientation sexuelle (%)			
Hommes homo-bisexuels	58,5	62,1	69,3
Hommes hétérosexuels	19,2	18,4	12,6
Femmes homo-bisexuelles	2,9	2,7	1,3
Femmes hétérosexuelles	19,4	16,8	13,7
Motif(s) de consultation initiale[§] (%)			
Signes d'IST	48,6	39,4	38,1
Dépistage systématique	27,4	27,6	35,4
Partenaire(s) avec une IST	9,8	18,8	15,4
Bilan autre	10,3	18,8	15,5
Statut sérologique VIH (%)			
Séropositivité connue	5,8	11,5	9,6
Découverte séropositivité	1,0	1,7	1,0
Négatif	90,8	83,6	81,7
Utilisation systématique du préservatif au cours des 12 derniers mois pour (%)			
Pénétration anale (hommes homo-bisexuels)	30,0*	25,8	21,7
Pénétration vaginale (hommes)	NI	NI	16,0
Pénétration vaginale (femmes)	NI	NI	8,5

[§]Réponses non mutuellement exclusives.

* Part de données manquantes comprise entre 30% et 50%. NI : non interprétable (part de données manquantes supérieure ou égale à 50%).

Source : RésiST, données au 31/07/2019, tous sites confondus, Santé publique France.

• Evolution des cas de gonococcie

En 2018, 373 cas de gonococcie ont été déclarés dans le réseau RésiST dont 86 % par les sites constants. La majorité des cas concernait des hommes homo-bisexuels (62 %), 18 % et 17 % concernaient respectivement des hommes et femmes hétérosexuels (figure 15).

L'augmentation des cas de gonococcie observée depuis 2016 se poursuit avec +50 % de cas déclarés en 2018 par les sites constants par rapport à l'année précédente. Cette augmentation a concerné particulièrement les hommes (+62 % contre +38 % de cas chez les femmes). Le nombre de sites constants a également augmenté avec 9 sites en 2018 (contre 6 en 2017). Ces sites sont localisés dans 7 départements (Charente-Maritime, Gironde, Landes, Deux-Sèvres, Vienne et Haute-Vienne).

Le nombre de sites déclarants est stable par rapport à 2017 avec 15 sites répartis sur 11 départements de la région. En 2018, 43 % des cas ont été rapportés en Gironde, et 10 % à 11 % dans les départements de Charente-Maritime, Charente et Deux-Sèvres.

• Caractéristiques des cas de gonococcie

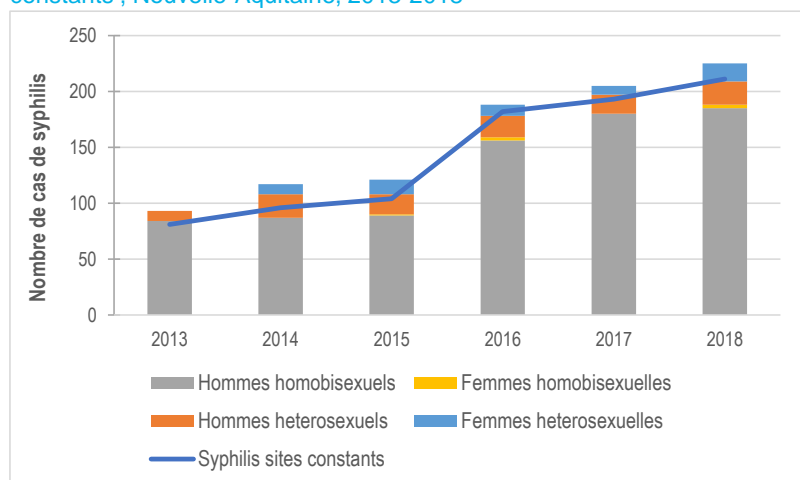
En 2018, 81 % des cas de gonococcie concernaient des hommes. Près de deux tiers des cas avaient moins de 30 ans. L'âge médian des cas homo-bisexuels était de 29 ans, soit plus élevé que celui des hétérosexuels. Le principal motif de consultation initiale était toujours le signe évocateur d'IST, toutefois, la part des cas diagnostiqués suite au diagnostic d'une IST chez le partenaire a doublé par rapport à la période 2013-17 (19 % vs 10 %).

En 2018, 11,5 % des cas avaient une séropositivité au VIH connue, soit deux fois plus que sur la période 2013-2017.

Par rapport à la période 2013-2017, l'utilisation systématique du préservatif chez les hommes homo-bisexuels en 2018 a diminué pour les pénétrations anales (tableau 4).

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

Figure 16 : Evolution du nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle (tous sites) et du nombre total de syphilis sur sites constants, Nouvelle-Aquitaine, 2013-2018



Source : RéSIST, données intégrant les sites constants au 31/07/2019, Santé publique France.

Tableau 5 : Caractéristiques des cas de syphilis récente, Nouvelle-Aquitaine et France métropolitaine hors Ile-de-France, 2013-2017 vs 2018

	Nouvelle-Aquitaine		France métropolitaine hors Ile-de-France
	2013-2017 (n = 737)	2018 (n = 229)	2018 (n=1 231)
Sexe masculin (%)	93,9	91,7	95,1
Age médian (années)			
Hommes homo-bisexuels	39	36	35
Hétérosexuels (hommes et femmes)	35	33	31
Orientation sexuelle (%)			
Hommes homo-bisexuels	82,3	82,2	83,4
Hommes hétérosexuels	11,6	9,3	8,4
Femmes homo-bisexuelles	0,5	1,3	0,7
Femmes hétérosexuelles	5,5	7,1	3,6
Motif(s) de consultation initiale[§] (%)			
Signes d'IST	42,2	45,4	45,0
Dépistage systématique	36,5	34,1	35,9
Partenaire(s) avec une IST	10,6	11,3	10,6
Bilan autre	6,2	14,4	12,3
Stade de la syphilis (%)			
Syphilis primaire	22,8	31,4	31,5
Syphilis secondaire	32,7	26,2	25,5
Syphilis latente précoce	44,5	42,4	43,0
Statut sérologique VIH (%)			
Séropositivité connue	25,4	25,0	26,2
Découverte séropositivité	3,1	1,9	2,2
Négatif	71,5	72,1	65,2
Utilisation systématique du préservatif au cours des 12 derniers mois pour (%)			
Pénétration anale (hommes homo-bisexuels)	25,8	17,3	17,3
Pénétration vaginale (hommes)	NI	NI	22,8
Pénétration vaginale (femmes)	NI	NI	10,6

[§]Réponses non mutuellement exclusives.

* Part de données manquantes comprise entre 30% et 50%. NI : non interprétable (part de données manquantes supérieure ou égale à 50%).

Source : RéSIST, données au 31/07/2019, tous sites confondus, Santé publique France.

• Evolution des cas de syphilis récente

En 2018, 229 cas de syphilis ont été déclarés dans le réseau ResIST dont 92 % par les sites constants. La majorité des cas concernait des hommes homo-bisexuels (82 %), 9,5 % et 7 % concernaient respectivement des hommes et femmes hétérosexuels. Le nombre de cas de syphilis déclarés par les sites constants en 2018 a augmenté par rapport à 2017 (+9 %). La proportion des cas chez les femmes hétérosexuelles a quasiment doublé par rapport à 2017 (*faibles effectifs*) (figure 16).

En 2018, 81 % des cas déclarés de syphilis ont été diagnostiqués dans une structure spécialisée (Ciddist/CDAG ou Cegidd). Le nombre de sites participants est stable par rapport à 2017 avec 16 sites participants (dont 10 sites constants) répartis dans 11 départements.

Concernant la tendance par département, à site constant, une augmentation des cas déclarés en Haute Vienne et en Corrèze a été observée (avec un doublement du nombre de cas), et une baisse a été observée dans les Deux Sèvres (-35% à site constant), ainsi que dans les Landes et les Pyrénées-Atlantiques (*faibles effectifs sur ces départements*).

• Caractéristiques des cas de syphilis récente

En 2018, les cas de syphilis étaient majoritairement des hommes (92 %) et d'orientation homosexuelle (82 %). L'âge médian des cas chez les hommes homo-bisexuels était de 36 ans et de 33 ans chez les hétérosexuels (en baisse par rapport à la période 2013-17). Le principal motif de consultation reste la présence de signes évocateurs d'IST. Le diagnostic de syphilis lors d'un bilan autre a augmenté (14,5 % en 2018 vs 6 % en 2013-2017). La proportion de cas de syphilis diagnostiqués au stade primaire était de 31 % en 2018, soit en augmentation par rapport à la période 2013-2017. Un quart des cas avait un statut séropositif VIH connu.

L'utilisation systématique du préservatif chez hommes homo-bisexuels pour pénétration anale a diminué en 2018 par rapport à 2013-2017 (tableau 5).

RéSIST :

- Réseau de cliniciens volontaires exerçant en grande majorité dans les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD).
- Surveillance sentinelle dont les données ne permettent pas de calculer des taux d'incidence ; seule la **tendance** évolutive peut être appréhendée en restreignant l'analyse aux données des sites ayant participé de façon constante sur la période d'intérêt.
- Surveillance non exhaustive ; données concernant principalement les personnes accueillies en CeGIDD, et donc non représentatives de la situation en population générale.

PRÉVENTION

Données de vente de préservatifs

Au cours de l'année 2018, en Nouvelle-Aquitaine, 7 715 802 préservatifs masculins ont été vendus en grande distribution (stable par rapport à 2017), et 1 836 111 en pharmacie (hors parapharmacie) (en baisse de 6 % par rapport à 2017) (Source : Santé publique France). Par ailleurs, des préservatifs ont été mis à disposition gratuitement par Santé publique France, l'agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine, le CoreVIH et le Conseil Général.

En pharmacie, 1 470 préservatifs féminins ont été vendus en 2018 en Nouvelle-Aquitaine (stable par rapport à 2017) (source : Santé publique France).

Données comportementales des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, France : Enquête Rapport au Sexe (ERAS), 2017 et 2019

ERAS est une enquête en ligne transversale, anonyme, auto-administrée et basée sur le volontariat auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH). Les résultats de la première édition d'ERAS 2017 indiquaient que la moitié des HSH avait réalisé au moins un test de dépistage du VIH dans la dernière année ; 17% d'entre eux n'avaient jamais eu recours au dépistage au cours de leur vie.

Les résultats de l'enquête menée en 2019 mettent en évidence une augmentation du recours répété au dépistage VIH parmi les HSH.

Les résultats 2017 ont été valorisés dans :

- un article du BEH de novembre 2017 accessible *via* ce [lien](#),
- 3 communications lors de la Conférence internationale francophone VIH/Hépatites en avril 2018 (chaîne Youtube de l'AFRAVIH 2018 <https://www.youtube.com/channel/UckH4yBUOlv7XmxSEx02jOxA>).

Les résultats 2019 sont disponibles dans :

- un article du BEH de novembre 2019 accessible *via* ce [lien](#)
- un résumé en anglais accessible *via* ce lien <http://www.aidsimpact.com/>

Données d'utilisation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP)

L'Agence nationale de sécurité et des produits de santé (ANSM) actualise pour la 3^{ème} année consécutive, les données sur l'utilisation de la prophylaxie pré-exposition au VIH par Truvada (ou génériques).

Des données **nationales et régionales** actualisées sont disponibles sur le site de l'ANSM le 27 novembre 2019 : [lien](#)

PRÉVENTION

Campagne nationale d'incitation au dépistage

À l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida, Santé publique France diffuse une **campagne d'incitation au dépistage du VIH et des IST**. Cette campagne **accompagne** cette année **la semaine du dépistage coordonnée par la DGS et déployée en région par les ARS et leur CoreVIH**.

L'objectif est **d'augmenter le recours au dépistage** grâce à une **stratégie de banalisation** de ce dernier hors de tout contexte de prise de risque.

Les visuels mettent ainsi en scène une galerie de portraits positifs de personnes se trouvant à différentes étapes de leur vie. Qu'ils **soient** « **Amoureux** », « **Indépendante** », « **Engagés** », « **Décidé** » ou simplement « **Dignes de confiance** », ils font tous les tests du VIH et des autres IST.

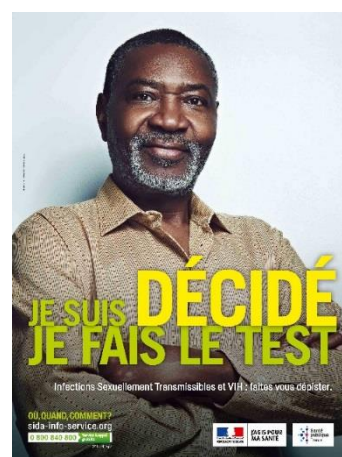
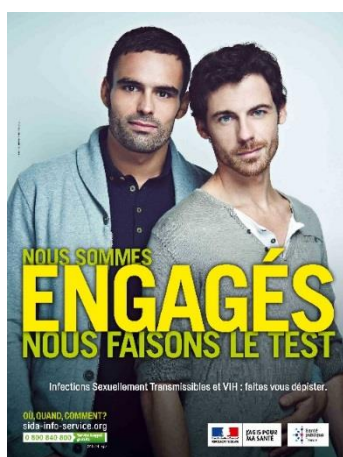
La campagne **s'adresse au grand public comme aux populations prioritaires** dans les stratégies de dépistage du VIH (les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les migrants d'Afrique sub-saharienne et les habitants des départements d'Outre-Mer).

Elle est **diffusée du 25 novembre au 15 décembre** :

- **en télévision** en métropole et dans les DOM,
- **en affichage** :
 - dans les commerces de proximité, les gares, les centres commerciaux,
 - dans les bars, restaurants, salles de sport et saunas fréquentés par les HSH,
 - dans les commerces de 5 grandes agglomérations fréquentés par les personnes migrantes,
 - sur les grands axes de trafic routier des DOM,
- **sur Internet**.

Des outils seront mis à disposition des acteurs de terrain :

- **affiches personnalisables et vidéos à télécharger**,
- **affiches et brochure** (« *Etes-vous surs de tout savoir sur le VIH et le Sida ?* ») à **commander** (<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/etes-vous-surs-de-tout-savoir-sur-le-vih-et-le-sida-edition-2017>).



POUR EN SAVOIR PLUS

Infections sexuellement transmissibles (IST) : [lien IST](#)

- VIH/sida (surveillances épidémiologique/virologique, dépistage, DO disponibles via l'onglet **Notre Action**) : [lien VIH Sida](#)
- Sida info service : <https://www.sida-info-service.org/>
- Déclaration obligatoire en ligne de l'infection par le VIH et du sida : [e-do](#)
- Syphilis : [lien syphilis](#)
- Gonococcie : [lien gonococcie](#)
- Chlamydia : [lien chlamydiae](#)



Actions de prévention sur la Santé sexuelle (VIH, contraception...) : [La santé sexuelle](#)

Dispositifs de marketing social

- Grand public : [info-ist.fr](#) (dédié aux IST), [choisirsacontraception.fr](#) (dédié aux différentes méthodes contraceptives)
- Jeunes (12-18 ans) : [onsexprime.fr](#)
- Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : [sexosafe.fr](#)
- Migrants : description sur la page suivante [favoriser la santé](#)

Données nationales, bulletins et points épidémiologiques

- [Observatoire cartographique - Géodes](#) : vous y trouverez les données nationales et régionales dépistage VIH/IST (Chlamydia et Syphilis), données brutes des découvertes VIH ou Sida selon lieu de domicile/déclaration : [lien](#)
- Bulletin de santé publique. VIH/sida. Octobre 2019 : [lien](#)
- Bulletin de santé publique. Infection à VIH. Mars 2019 : [lien](#)
- Bulletin de santé publique. Surveillance de l'infection à VIH (Dépistage et déclaration obligatoire), 2010-2017. 27 mars 2019 : [lien](#)
- BEH Thématique 2019. Situation épidémiologique et dépistage du VIH et des autres IST. Novembre 2019 : [lien](#)
- Bulletin de santé publique Nouvelle-Aquitaine, surveillance des infections à VIH/Sida et sexuellement transmissibles. Décembre 2018 : [lien](#)
- Bulletins de santé publique régionaux. VIH et autres IST. Novembre 2019 : [lien](#)

REMERCIEMENTS

Santé publique France Nouvelle-Aquitaine tient à remercier :

- le CoreVIH Nouvelle-Aquitaine : Julie Lamant, Isabelle Crespel, Denis Lacoste, Olivier Leleux, Sylvie Ayayi, Diana Barger, François Dabis, les techniciens d'études cliniques et les attachés de recherche clinique ;
- l'ARS Nouvelle-Aquitaine ;
- les laboratoires en Nouvelle-Aquitaine participant à l'enquête LaboVIH et à la déclaration obligatoire du VIH ;
- les cliniciens et TEC participant à la déclaration obligatoire du VIH/sida ;
- les membres participant au réseau RésIST en Nouvelle-Aquitaine : CH Angoulême, CH Saintonge, CH St Angely, CH La Rochelle, CH Brive, CH Périgueux, CHU Bordeaux, Maison départementale de la santé, CH Libourne, CH Mont de Marsan, CH Dax, CH Agen, CH Côte Basque Bayonne, CH Niort, CHU Poitiers, CHU Limoges ;
- les équipes de Santé publique France participant à l'élaboration de ce bulletin : l'unité VIH-hépatites B/C-IST de la direction des maladies infectieuses (DMI), l'unité santé sexuelle de la direction de la prévention et de la promotion de la santé (DPPS), la direction appui, traitement et analyses des données (DATA), la direction des systèmes d'information (DSI) et les cellules régionales de la direction des régions (DiRe) ;
- l'Agence nationale de recherches sur le Sida et les hépatites virales (ANRS) ;
- l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

CONTACTS

Santé publique France Nouvelle-Aquitaine : NouvelleAquitaine@santepubliquefrance.fr

Corevih Nouvelle-Aquitaine : corevih@chu-bordeaux.fr