

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

SOMMAIRE

Édito p.1 Points clés p.2 Dépistage du VIH p.3 Surveillance des découvertes d'infection à VIH p.5 Surveillance des cas de Sida p.9 e-DO p.10 Dépistage tardif des PVVIH p.11 Dépistage de la syphilis et des infections à *Chlamydia trachomatis* p.13 Surveillance des cas de gonococcie p.14 Surveillance des cas de syphilis récente p.15 Prévention p.16 Pour en savoir plus, remerciements et contacts p.18

ÉDITO

La stratégie nationale santé sexuelle agenda 2017-2030 affiche une ambition forte à l'horizon de 2030 notamment avec zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès lié au Sida et zéro discrimination.

L'un des objectifs du Projet Régional de Santé de Normandie est de « Promouvoir la santé sexuelle dans une approche globale et positive ». Il s'inscrit également dans la stratégie nationale de santé sexuelle, d'une part, dans 5 de ces 8 parcours de santé et de vie prioritaires : périnatalité et développement de l'enfant, santé des enfants et des jeunes, personnes en situation de handicap, personnes âgées en perte d'autonomie, psychiatrie et santé mentale et d'autre part au sein du Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis dans l'axe « prendre en compte les contraintes spécifiques de certains usagers », pour les personnes en situation de prostitution.

Toute personne devrait se faire dépister au moins une fois dans sa vie. Les idées reçues, la stigmatisation et la discrimination continuent de dissuader beaucoup de personnes de faire un test de dépistage du VIH. Chacun, quel que soit son âge, peut se rendre dans des structures de dépistage gratuit. Certains publics, plus exposés au plan épidémiologique au risque de transmission et/ou plus éloignés du système de soins doivent faire l'objet d'une stratégie d'accompagnement vers le dépistage plus ciblée et adaptée à leurs besoins.

La semaine du dépistage du VIH et des IST a lieu en Normandie du 25 au 30 novembre 2019, en parallèle de la campagne nationale de Santé Publique France. Une telle semaine n'est possible qu'avec la mobilisation des acteurs de terrain que sont par exemple les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH, des IST et des hépatites virales (CeGIDD).

L'ARS s'est appuyée sur le COREVIH et les acteurs de la prévention et du dépistage, notamment l'association ENIPSE pour décliner les objectifs de cette semaine normande, en lien avec les CeGIDD :

- faire connaître les enjeux du dépistage précoce et répété du VIH, des IST et des hépatites virales auprès du grand public.
- Inciter au dépistage des publics très exposés au risque d'IST et ceux qui restent éloignés des dispositifs de dépistage mis en place.
- réduire les retards au dépistage du VIH, des IST et des hépatites virales.
- améliorer la visibilité des structures et/ou lieux de dépistage.
- créer une dynamique de long terme entre les acteurs de la prévention et du dépistage sur les territoires, y compris les professionnels de 1er recours, afin de développer des approches efficaces en matière de dépistage ciblé, adaptées aux contextes épidémiologiques des territoires.

Disposer de données actualisées sur le Sida et les autres IST permet de contribuer à ce que chacun comprenne que les risques ne concernent pas que les autres.

Les données régionales permettent de confirmer que l'effort de communication sur l'usage du préservatif doit être renforcé, car il demeure à ce jour, le meilleur moyen de se protéger du VIH et des autres IST.

Une communication adaptée sur les lieux de dépistage doit être renforcée à destination des publics éloignés du système de santé. Les lieux de dépistage doivent être plus mobiles pour aller vers ces publics. C'est un enjeu majeur de réduction des inégalités territoriales et sociales de santé.

Murielle Sérèmes, ARS de Normandie

POINTS CLÉS

VIH/Sida

- **Dépistage LaboVIH**

Le taux total de sérologies VIH effectuées s'élevait à 68 pour 1 000 habitants en 2018. Il est en légère augmentation depuis 2016. La proportion de sérologies positives pour 1 000 tests varie entre 0,7 et 1,3/1 000 habitants en Normandie. Elle est de 1,3/1000 habitants en 2018 et est similaire à celle de la France métropolitaine hors Ile-de-France.

- **DO VIH**

Le taux de découverte de séropositivité pour le VIH en Normandie est stable et inférieur à celui de France métropolitaine hors Ile-de-France (43 par million d'habitants contre 61 en France métropolitaine hors Ile-de-France). Les rapports homosexuels chez les hommes nés en France, et ceux des hétérosexuels (nés en France ou à l'étranger) représentaient les modes de contamination les plus fréquents,

- **DO SIDA**

Le nombre de diagnostics de sida est estimé à 8 par million d'habitants en 2018 en Normandie. Il est stable depuis 2011. Parmi les personnes ayant un diagnostic de Sida, les contaminations hétérosexuelles représentaient le principal mode de contamination.

- **Utilisation d'e-DO**

En Normandie, en 2018, 95 % des déclarations étaient effectuées par voie électronique (e-DO).

Infections à gonocoque et syphilis récentes (ResIST)

- **Infections à gonocoque**

Après une diminution en 2017, le nombre de cas de gonococcie a augmenté en 2018. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) représentaient 50% des cas. Une diminution de l'usage systématique du préservatif lors des rapports sexuels a été remarquée en 2018.

- **Syphilis**

Le nombre de cas de syphilis récente déclarés au sein du réseau de cliniciens volontaires (ResIST) en 2018 est en diminution par rapport à 2017. Tendence à confirmer en 2019. La majorité des cas était des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (74%).

Les comportements sexuels sont globalement stables sur la période 2013-2018.

A noter une faible utilisation systématique du préservatif lors des pénétrations anales et vaginales.

Dépistage des IST (SNDS)

- **Syphilis** : l'année 2018 signe un infléchissement en Normandie (observé au niveau national) du taux de dépistage de la syphilis (hommes et femmes). Cette tendance sera à confirmer les prochaines années.

- **Infections à *Chlamydia trachomatis***: en 2018, le taux de dépistage en Normandie était de 27,9 pour 1 000 habitants (soit 76 234 dépistages), taux inférieur à celui observé en France (38,1 pour 1 000 habitants).

Prévention

À partir du 25 novembre, Santé publique France diffuse une campagne d'incitation au dépistage du VIH et des IST. Cette campagne accompagne cette année la semaine du dépistage lancée par le ministère chargé de la santé et animée par les agences régionales de santé et les COREVIH.

DÉPISTAGE DE L'INFECTION À VIH

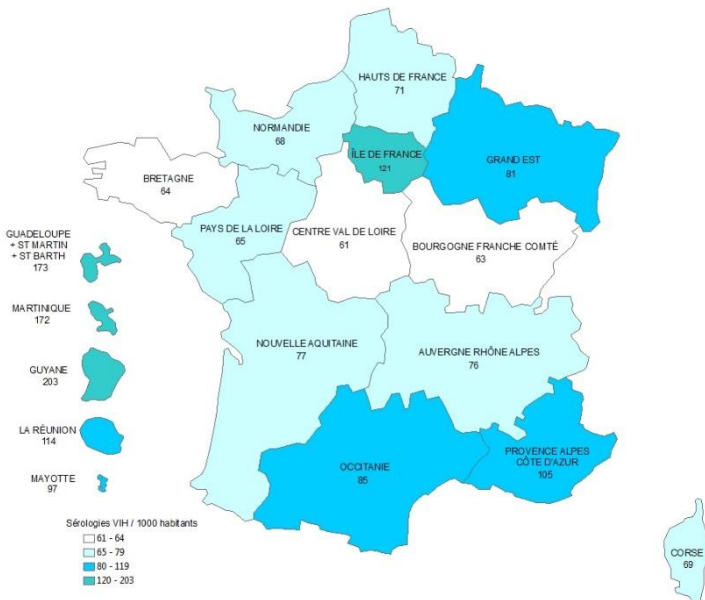
Données issues de l'enquête LaboVIH

En 2018, le nombre total de sérologies VIH effectuées s'élevait à 68 pour 1 000 habitants (IC95 % = 58-74) (Figure 1) et était en augmentation depuis 2016 (Figure 3 A). Il est inférieur à celui observé au niveau de la France métropolitaine hors Ile-de-France (76 p. 1 000 habitants) (Figure 3 A). En métropole les taux les plus élevés concernent l'Île-de-France et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, respectivement de 121 et 105 pour 1000 habitants (Figure 1).

En 2018, en Normandie, le nombre de sérologies VIH confirmées positives était estimé à 295 (IC95 % = 249-342) correspondant à un taux de positivité de 1,3 sérologie positive pour 1 000 sérologies réalisées (Figure 2 et 3 B). Cette proportion demeure similaire à celle retrouvée au niveau de la France métropolitaine hors Ile-de-France (Figure 3 B).

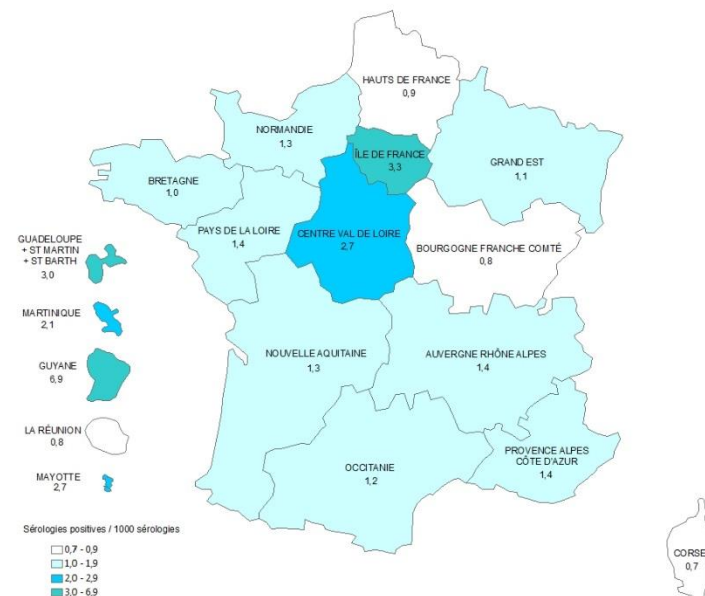
La participation des régions en 2018 à l'enquête LaboVIH est hétérogène. Elle était de 85 % en Normandie (contre 81 % en France).

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



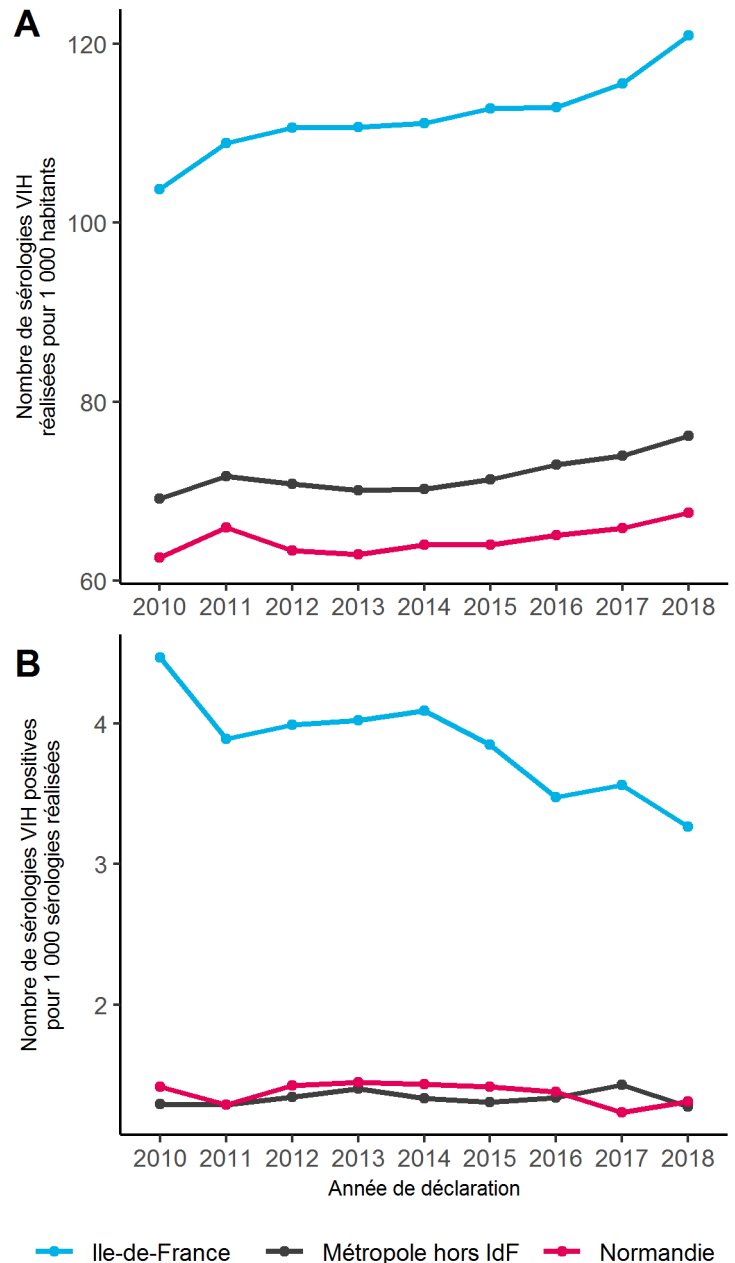
Source : LaboVIH 2018, Santé publique France.

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 Normandie, 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, 1 886 TROD ont été réalisés par 5 associations en Normandie en 2018, et 11 tests étaient positifs, soit un taux de positivité de 5,8 / 1 000 tests réalisés, 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 Normandie, 2 106 autotests ont été vendus à un prix moyen de 25,66 €. En 2017, le nombre d'autotests vendus était de 2 134 (*Source : Santé publique France*).

Etude BaroTest

Etude visant à évaluer une nouvelle approche de **dépistage combiné du VHB, VHC et VIH en population générale** basée sur un **auto-prélèvement sanguin**, réalisée 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

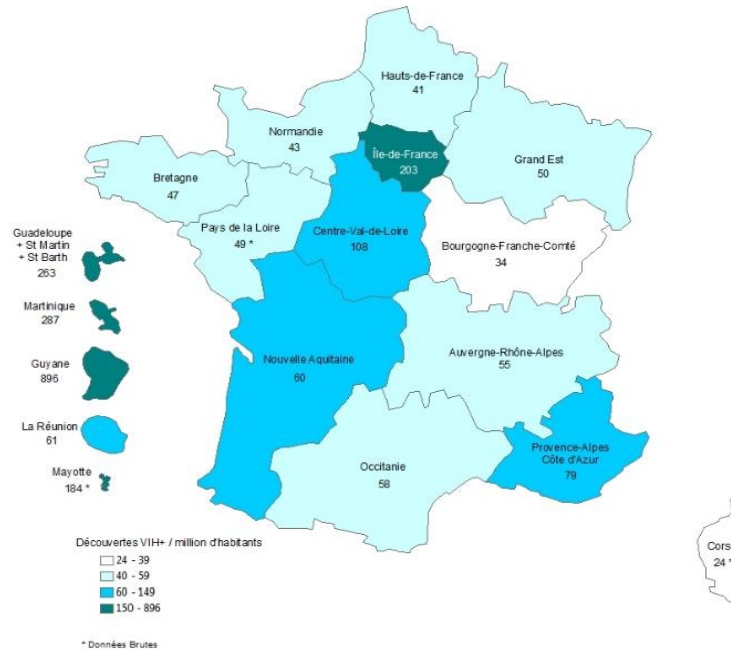
SURVEILLANCE DES INFECTIONS À VIH

Données issues des notifications obligatoires VIH

• Evolution du nombre de découvertes de séropositivité

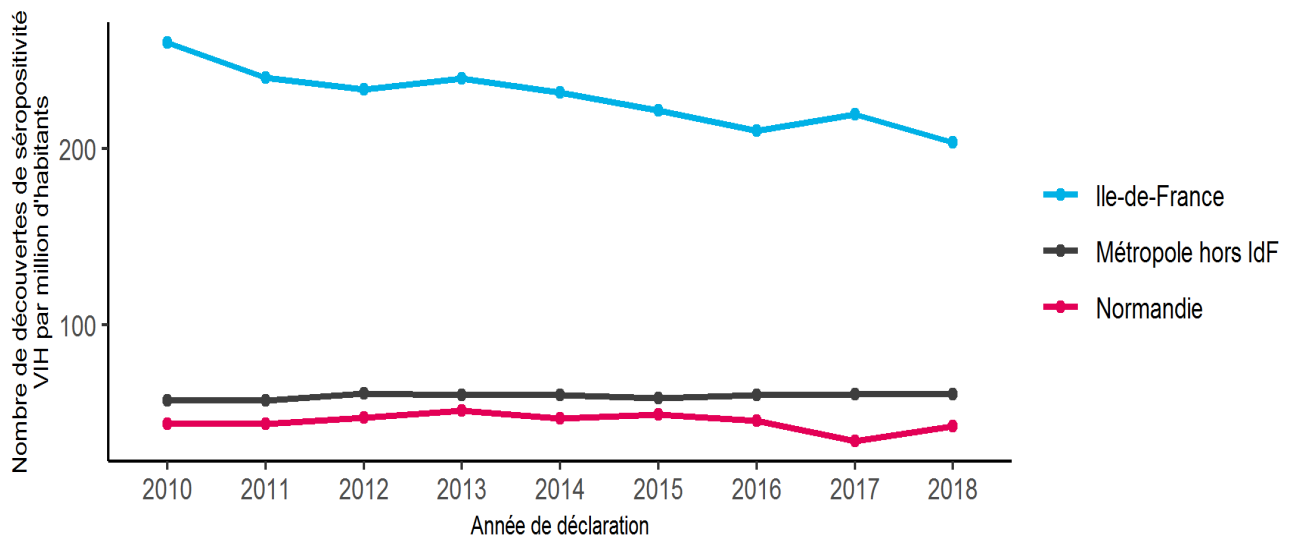
En 2018, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité dans la région est de 43 p. million d'habitants (IC95% : [34-51]) (figure 4). Il est stable et inférieur au taux de France métropolitaine hors Ile-de-France (61 p. million) (figure 5).

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 Normandie, 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/département

Age : Dans la région, l'âge médian des cas est presque le même en 2018 (37 ans) que sur la période 2013-2017 (36 ans). En 2018, la classe d'âge des 25-49 ans était majoritaire et représentait 64 % des cas (65% en 2013-2017). Les mêmes proportions sont observées au niveau départemental.

Sexe : La proportion d'hommes en 2018 (61%) est presque similaire à celle de la période 2013-2017(65%) (tableau 1). Ces proportions sont comparables à celle observée au niveau de France métropolitaine hors Ile-de-France (66%). Au niveau départemental, durant la période 2013-2018, c'est dans le Calvados qu'on observait la proportion d'hommes la plus élevée (71%) (tableau 2).

Pays de naissance : En 2018, 47 % des personnes découvrant leur séropositivité en Normandie étaient nées en France, proportion inférieure à celle de 2013-2017 (56%) (tableau 1). Au niveau départemental durant la période 2013-2018, cette proportion était plus basse en Seine Maritime (48%) par rapport au autres départements de la Normandie (tableau 2).

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

	Normandie		France métropolitaine hors Ile-de-France
	2013-2017 (n = 596)	2018 (n = 107)	2018 (n = 2 469)
Sexe masculin (%)	65	61	66
Classes d'âge (%)			
Moins de 25 ans	14	13	14
25-49 ans	65	64	64
50 ans et plus	21	23	23
Lieu de naissance (%)			
France	56	47	49*
Afrique sub-saharienne	36	35	34*
Autres	8	18	17*
Mode de contamination selon le lieu de naissance - France/étranger (%)			
Rapports sexuels entre hommes, nés en France	35*	29*	36*
Rapports sexuels entre hommes, nés à l'étranger	6*	10*	10*
Rapports hétérosexuels, nés en France	22*	24*	16*
Rapports hétérosexuels, nés à l'étranger	35*	34*	36*
Injection de drogues, quelque soit le lieu de naissance	2*	3*	2*
Stade clinique (%)			
Primo-infection	11*	19*	12*
Asymptomatique	68*	59*	64*
Symptomatique non SIDA	7*	11*	11*
SIDA	14*	11*	13*
Taux de CD4 au moment du diagnostic (%)			
Inférieur à 200/mm ³ de sang	26*	25*	28*
Entre 200 et 349/mm ³ de sang	22*	23*	22*
Entre 350 et 499/mm ³ de sang	22*	23*	22*
500/mm ³ de sang et plus	30*	29*	28*
Délai de diagnostic (%)			
Diagnostic précoce [£]	37*	43*	23*
Diagnostic avancé [§]	27*	25*	28*
Infection récente (< 6 mois) (%)	27*	31*	28*
Co-infection hépatite C (%)	3	1	4*
Co-infection hépatite B (%)	5	3	5*
Co-infection IST (%)	15	11	20*

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 diagnostic** » (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.

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

• Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité en région/département

Mode de contamination : En 2018 et sur la période 2013-2018, les rapports homosexuels chez les hommes nés en France, et ceux des hétérosexuels (nés en France ou à l'étranger) représentaient les modes de contamination les plus fréquents (tableau 1 et 2). Au niveau départemental sur la période 2013-2018, la même tendance est observée (tableau 2).

Délai de diagnostic : En 2018, 25 % des diagnostics sont réalisés à un stade avancé de l'infection à VIH (CD4 < 200/mm³ ou sida au diagnostic) dans la région. Cette proportion est inférieure à celle observée sur la période 2013-2018 (27 %) (Tableau 1). Au niveau départemental, sur la période 2013-2018, elle était plus basse en Seine Maritime (25%) (tableau 2).

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité au VIH, par département, Normandie, 2013-2018

	Calvados	Eure	Manche	Orne	Seine Maritime
	2013-2018 (n = 182)	2013-2018 (n = 118)	2013-2018 (n = 46)	2013-2018 (n = 35)	2013-2018 (n = 322)
Sexe masculin (%)	71	62	59	60	62
Classes d'âge (%)					
Moins de 25 ans	15	11	7	6	17
25-49 ans	68	60	67	66	63
50 ans et plus	17	29	26	27	20
Pays de naissance (%)					
France	62	64	53	66	48
Afrique sub-saharienne	29	32	39	24	42
Autres	9	4	8	10	10
Mode de contamination, selon le lieu de naissance (%)					
Rapports sexuels entre hommes, nés en France	42	37	19	32	31
Rapports sexuels entre hommes, nés à l'étranger	5	3	7	4	8
Rapports hétérosexuels, nés en France	19	30	42	29	19
Rapports hétérosexuels, nés à l'étranger	31	31	32	25	40
Injection de drogues, quelque soit le pays de naissance	3	0	0	11	2
Stade clinique (%)					
Primo-infection	15	17	6	8	11
Asymptomatique	71	62	63	72	65
Symptomatique non SIDA	3	10	14	4	10
SIDA	11	10	17	16	14
Délai de diagnostic (%)					
Diagnostic précoce [£]	34	41	27	24	41
Diagnostic avancé [§]	27	28	33	40	25
Infection récente (< 6 mois) (%)	31	30	18	35	25
Co-infection hépatite C (%)	3	2	0	8	2
Co-infection hépatite B (%)	7	1	0	12	4
Co-infection IST (%)	9	20	17	17	16

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 diagnostic** » (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.

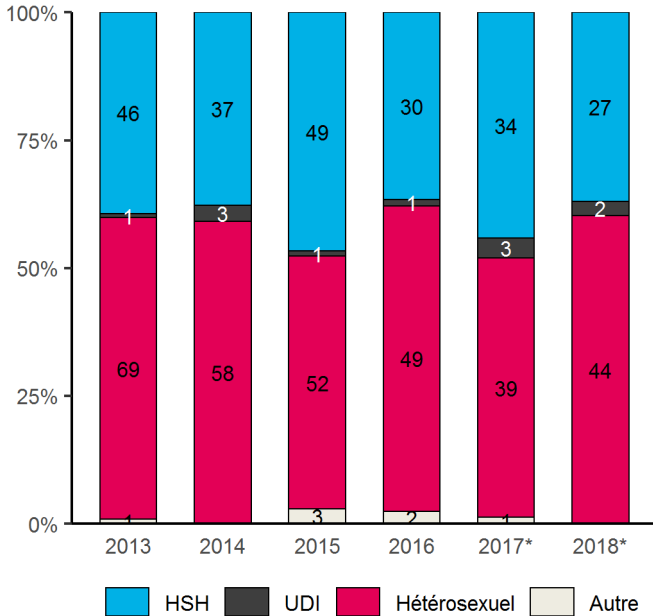
¥ Résultat du **test d'infection récente** réalisé par le centre national de référence (CNR) du VIH à partir des buvards transmis par les biologistes.

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

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

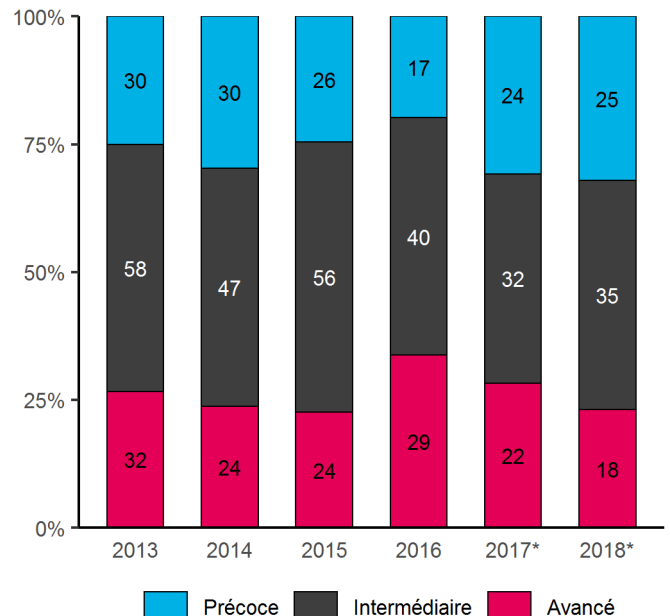
La proportion d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) est relativement stable depuis 2013 (figure 6). En 2018, le mode de contamination des cas était comme suit : HSH 58% ; hommes hétérosexuels 39%, usagers de drogue intraveineuse 3% (tableau 1).

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



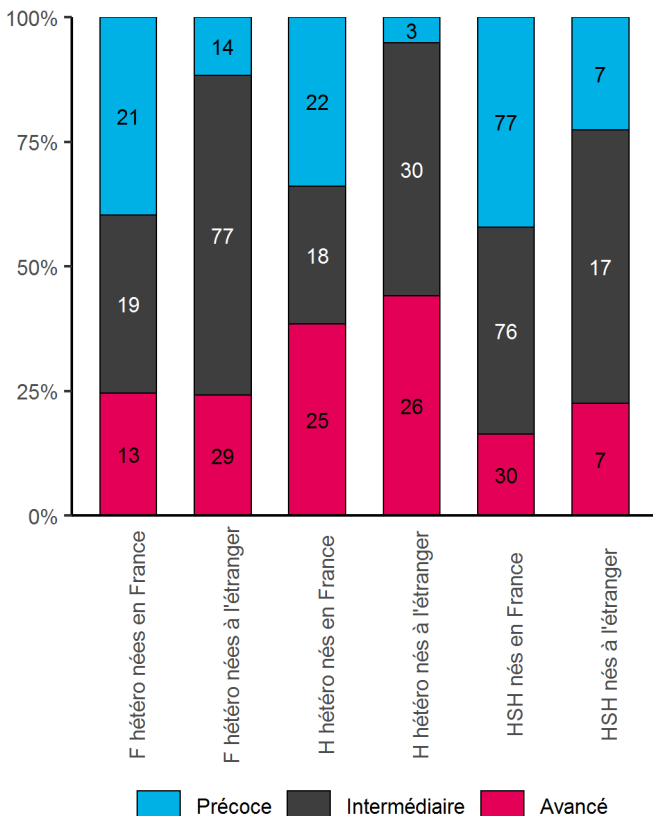
* Données non consolidées pour 2017 et 2018.
Source : DO VIH, données brutes au 30/06/2019, Santé publique France.

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, Normandie, 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 de diagnostics à un stade avancé, intermédiaire et précoce de l'infection selon le mode de contamination et le lieu de naissance, Normandie, 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, varie en fonction des années.

La part des diagnostics réalisés à un stade avancé de l'infection à VIH est relativement stable depuis 2013 (figure 7). En 2018, parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité, 19 % ont été diagnostiqués au stade de la primo-infection, 59 % à un stade asymptomatique, 11% à un stade symptomatique non sida et 11 % au stade sida (figure 7 et tableau 1).

Les personnes nées à l'étranger, quel que soit le mode de contamination rapporté, étaient diagnostiquées moins précocement que les personnes nées en France (figure 8).

SURVEILLANCE DES DIAGNOSTICS DE SIDA

Données issues des notifications obligatoires de sida

• Evolution du nombre de diagnostics

Le nombre de diagnostics de sida en Normandie, corrigé pour la sous-déclaration et les délais de déclaration, était estimé à 8 (IC_{95%} : [4-12]) par million d'habitants en 2018. En Normandie, le nombre de diagnostics de sida par million d'habitants était stable depuis 2011 (figure 9). Parmi les personnes ayant un diagnostic de Sida, les contaminations hétérosexuelles représentaient le principal mode de contamination sur la période 2013-2018 (figure 10).

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

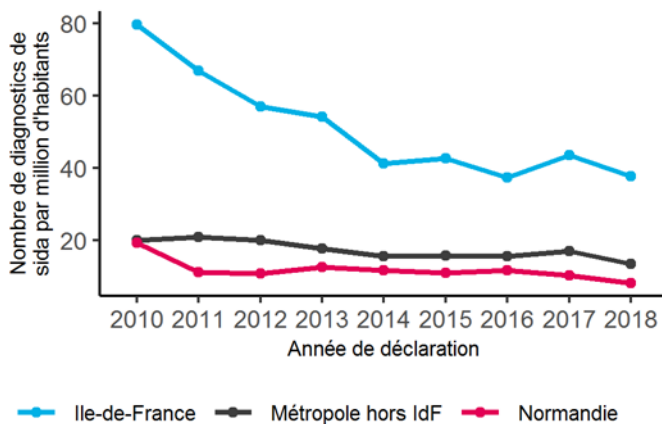
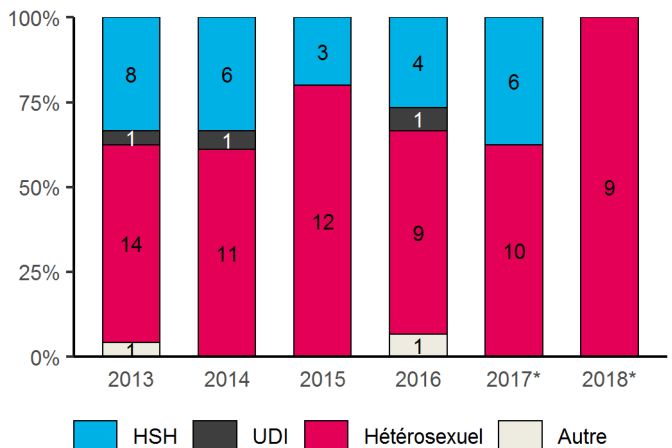


Figure 10 : Évolution annuelle de la part des diagnostics de sida selon le mode de contamination, Normandie, 2013-2018



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.

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, 81% des formulaires étaient complets, contenant à la fois le feuillet rempli par le biologiste et le feuillet rempli par le clinicien (figure 11).

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

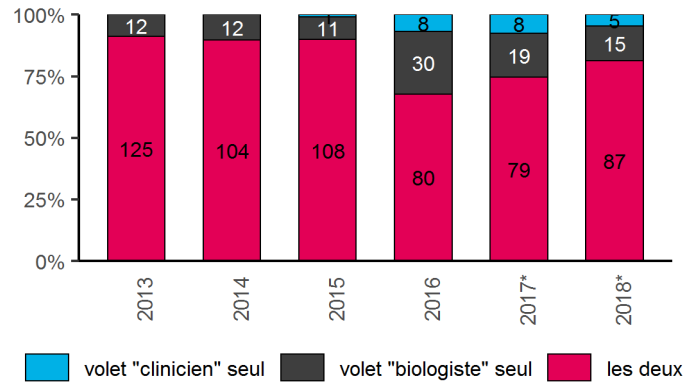
En 2018, 95 % de déclarations électroniques étaient effectuées en Normandie (tableau 3). Le restant des notifications ayant été effectué via le formulaire papier.

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, Normandie, 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

FACTEURS ASSOCIÉS AU DÉPISTAGE TARDIF ET À UNE PRISE EN CHARGE TARDIVE DES SUJETS INFECTÉS PAR LE VIH DANS L'EURE ET LA SEINE-MARITIME, 2009-2018.

Aurélien Zhu-Soubise¹ Guillemette UNAL^{2,4} Anaïs LESOURD^{2,3}, Stéphanie Robaday-Voisin³, Véronique Lemée⁵ Nathalie NICOLAY¹ Manuel ETIENNE^{2,3,4}

1 Santé Publique France, France.

2 COREVIH de Normandie, Rouen University Hospital, France.

3 Maladies infectieuses, Rouen University Hospital, Rouen, France.

4 GRAM, Rouen University, Rouen, France

5 Laboratoire de virologie, Rouen University Hospital, Rouen, France

• Introduction :

L'objectif 95-95-95 (95 % de personnes infectées par le VIH connaissent leur diagnostic, 95 % des personnes diagnostiquées sont traitées et 95 % des personnes traitées sont durablement indétectables) mis en avant par la stratégie nationale de santé sexuelle est devenu l'objectif national à atteindre d'ici 2023 pour espérer mettre fin à l'épidémie de VIH à l'horizon 2030¹. Atteindre le premier 95 % et ainsi réduire le nombre de personnes qui ignorent leur séropositivité nécessite d'orienter les politiques de dépistage et de prévention vers des personnes dont, par définition, les caractéristiques épidémiologiques sont méconnues. Néanmoins, décrire les personnes diagnostiquées à un stade avancé de l'infection par le VIH permet une estimation des caractéristiques épidémiologiques des personnes qui échappent aux stratégies de dépistage. Augmenter la précocité du diagnostic apporte un bénéfice individuel majeur en réduisant le risque de complications liées au VIH, mais également collectif en interrompant la chaîne de transmission. En effet les patients VIH traités et indétectables depuis plus de 6 mois ne sont plus contaminants. En France, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en 2018 est estimée à 6 155 (IC95% (5897 – 6412)² et 44 % d'entre elles ont été diagnostiquées à un stade avancé de la maladie (taux de CD4 <350 mm³ et/ou à un stade SIDA)³. Mais la mise en œuvre des politiques de prévention et de dépistage en direction des populations vulnérables au risque d'infection par le VIH étant variables d'un territoire à l'autre, une analyse à l'échelle régionale est susceptible d'apporter des informations plus précises.

Ainsi, l'objectif de notre travail a été d'identifier les facteurs associés, d'une part à un diagnostic tardif de l'infection via les données de la déclaration obligatoire (DO), et d'autre part à une prise en charge dans un service de soins à un stade tardif de l'infection, via les données du dossier médical informatisé de suivi des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), entre 2009 et 2018, dans le territoire correspondant antérieurement à la Haute Normandie.

• Méthodes :

Cette étude de cohorte rétrospective a été réalisée à partir des données extraites de la base nationale de déclaration obligatoire (DO) du VIH ainsi que de celles extraites du dossier médical informatisé des patients vivant avec le VIH de la région (Nadis[®]). Ces données permettent de caractériser respectivement les patients diagnostiqués tardivement et les patients pris en charge tardivement dans un service de soins. Un diagnostic était considéré comme réalisé à un stade tardif si la déclaration obligatoire mentionnait un taux de lymphocytes T CD4 (CD4) inférieur à 350/mm³ et/ou une pathologie classant SIDA. Lors du premier recours aux soins, une prise en charge était considérée comme tardive selon les mêmes critères. Les diagnostic et prise en charge précoces étaient définie à l'inverse (absence de complication classant SIDA et CD4>350/mm³

Les caractéristiques des patients avec un dépistage tardif et celles des patients avec un recours aux soins tardif ont été comparées respectivement à celles des patients diagnostiqués et/ou avec un recours aux soins plus précoce. Les variables communes aux 2 bases caractérisant les patients ont été analysées par régression logistique multivariée afin d'identifier les facteurs associés à un dépistage tardif et ceux associés à une prise en charge tardive. Les forces de l'association étaient estimées à l'aide d'odds ratio ajustés (ORa) avec un intervalle de confiance à 95 % (IC95%).

• Résultats :

Parmi les 762 patients nouvellement diagnostiqués et identifiés dans la base des déclarations obligatoires entre 2009 et 2018, 510 (67%) n'avaient aucune valeur manquante pour les données suivantes : nombre de CD4, pathologie classant SIDA, données démographiques, mode de contamination, et ont été inclus dans notre étude. L'âge médian était de 36 ans et 61,6% (n = 314) étaient des hommes. La majorité de la population étudiée était originaire de France (56,3 %, n = 287) et le mode de transmission le plus fréquent était le mode hétérosexuel (58,8 %, n = 300). Au total pour 48 % (n = 243) d'entre eux, le diagnostic était réalisé à un stade tardif de l'infection par le VIH, avec des complications les classant au stade SIDA pour 30,5% (n=74) et/ou avec un taux de lymphocytes CD4< 350/mm³ pour 99% (n=240). Au moment du diagnostic, 36 % (n=88) d'entre eux avaient plus de 45 ans. En analyse multivariée, l'appartenance aux groupes d'âge 45-54 ans et > 55 ans était associée à un risque accru de diagnostic tardif avec des ORa respectivement de 2,7 [1,42 – 5,3] et 4,7 [2,1 – 40,4].

Parmi les 721 patients pris en charge dans un service hospitalier de la région pour une découverte d'infection par le VIH, 571 (80%) n'avaient aucune valeur manquante pour les mêmes variables et ont été inclus dans l'étude. Parmi eux, l'âge médian était de 36 ans et 66,9% (n = 382) étaient des hommes. La majorité de la population étudiée était originaire de France (57,4%, n = 328) et le mode de transmission le plus fréquent était également le mode hétérosexuel (53,6%, n = 306). Pour 45% (n = 259) le diagnostic était réalisé à un stade tardif de l'infection par le VIH, en lien avec des complications les classant au stade SIDA pour 33 % (n= 85), et/ou un taux de lymphocytes CD4< 350/mm³ pour 97% (n=250). Au moment de la prise en charge 37 % (n=95) des patients avaient plus de 45 ans. En analyse multivariée, l'appartenance aux groupes d'âge 45-54 ans et > 55 ans était associée à une prise en charge tardive avec des ORa respectivement pour chacune des tranches d'âge de 2,94 [1,52-5,70] et 2,43 [1,18-5,00]. Être un homme ou une femme d'origine africaine était également un facteur de risque de présentation tardive au soin (ORa 3,42 [1,86-6,30] et 2,43 [1,53-3,85], respectivement. Parmi les hommes nés en France, les hommes hétérosexuels étaient pris en charge plus tardivement que les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, même si cette différence n'était pas significative : ORa de 1,73 [0,98 – 3,06].

• Discussion / Conclusion

Les proportions de patients dépistés tardivement (47 %) et se présentant tardivement aux soins (45 %) dans les départements de l'Eure et de la Seine Maritime sont à des niveaux élevés, comme globalement en France (44 % de dépistage tardif en 2016)³. Les personnes de plus de 45 ans, a fortiori d'origine africaine avaient un risque accru de méconnaître durablement leur séropositivité. Ces résultats peuvent être analysés au regard des stratégies de prévention et de dépistage actuelles qui utilisent fréquemment des vecteurs communautaires pour cibler prioritairement des populations identifiées comme les plus vulnérables au risque d'infection par le VIH : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, jeunes... Or, les personnes diagnostiquées tardivement identifiées dans notre travail semblent plus âgées et pourraient dès lors ne pas se sentir concernées par ces campagnes de prévention et de dépistage ciblées. Néanmoins, l'histoire naturelle de l'infection à VIH chez une personne non traitée permet d'estimer que les PVVIH dont le diagnostic est réalisé tardivement se sont contaminées entre 5 et 10 ans avant le diagnostic. Ainsi, ces personnes ont échappé aux stratégies de prévention et de dépistage menées jusqu'à 10 ans auparavant. D'autres méthodes de quantification et de description de l'épidémie cachée d'infection par le VIH sont prévues pour compléter cette description et contribuer à compléter les stratégies actuelles de prévention et de dépistage⁴. En conclusion, sur notre territoire, 47% des infections par le VIH sont diagnostiquées à un stade tardif de l'infection par le VIH. Il s'agit majoritairement de personnes de plus de 45 ans, diagnostiquées et traitées tardivement, et qui participent à l'épidémie cachée d'infection par le VIH. Réduire la proportion de personnes ignorant leur séropositivité impose d'étendre les stratégies de dépistage aux personnes de plus de 45 ans et une réflexion sur une évolution des stratégies de prévention.

Références bibliographiques :

¹ Stratégie nationale de santé sexuelle agenda 2017-2030, Ministère des affaires sociales et de la santé)

² Santé publique France, BSP, 9 Octobre 2019

³ Santé publique France, DO VIH au 30/06/2017, données corrigées pour les délais, la sous déclaration et les valeurs manquantes

⁴ Marty L, Cazein F, Panjo H, Pillonel J, Costagliola D, Supervie V and the HERMETIC Study Group (2018) Revealing Geographical and Population Heterogeneity in HIV Incidence, Undiagnosed HIV Prevalence and Time to Diagnosis to Improve Prevention and Care: Estimates for France. Journal of the International AIDS Society. 21:e25100.

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 en Normandie était de 28,1 pour 1 000 habitants (soit 76 907 dépistages) en 2018, taux inférieur à celui observé en France (37,0 pour 1 000 habitants) (figure 12).

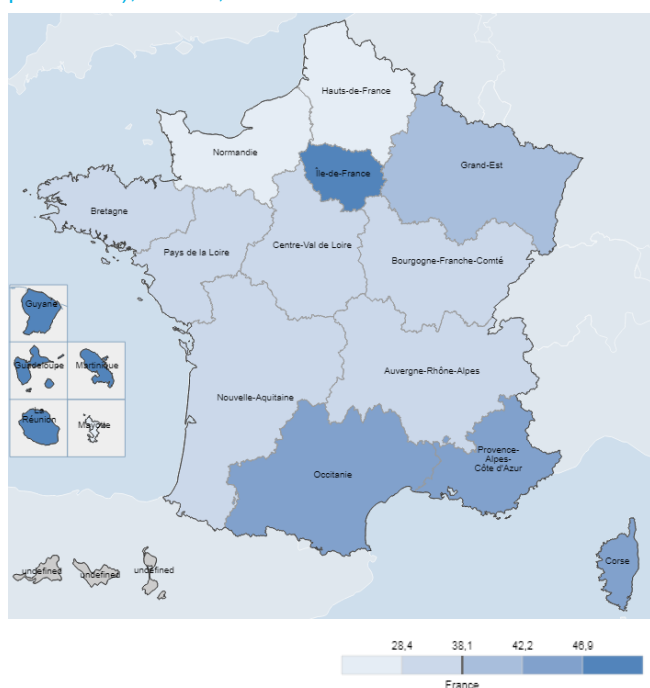
En Normandie, le taux de dépistage était supérieur chez les femmes en 2018, et en diminution par rapport à 2017, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Infections à *Chlamydia trachomatis*, données issues du SNDS

Le taux de dépistage en Normandie était de 27,9 pour 1 000 habitants (soit 76234 dépistages) en 2018, taux inférieur à celui observé en France (38,1 pour 1 000 habitants) (figure 13).

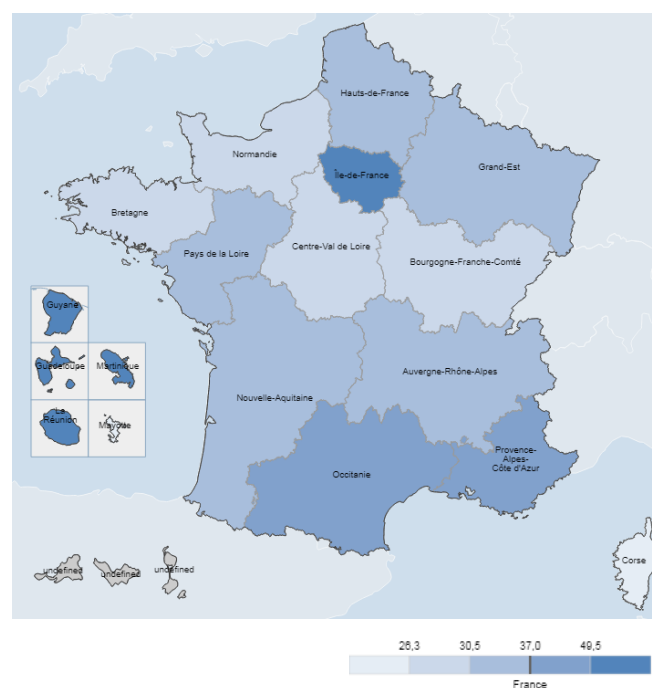
En Normandie, le taux de dépistage était supérieur chez les femmes en 2018, et en augmentation par rapport aux années précédentes, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Figure 12 : 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

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



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](#))

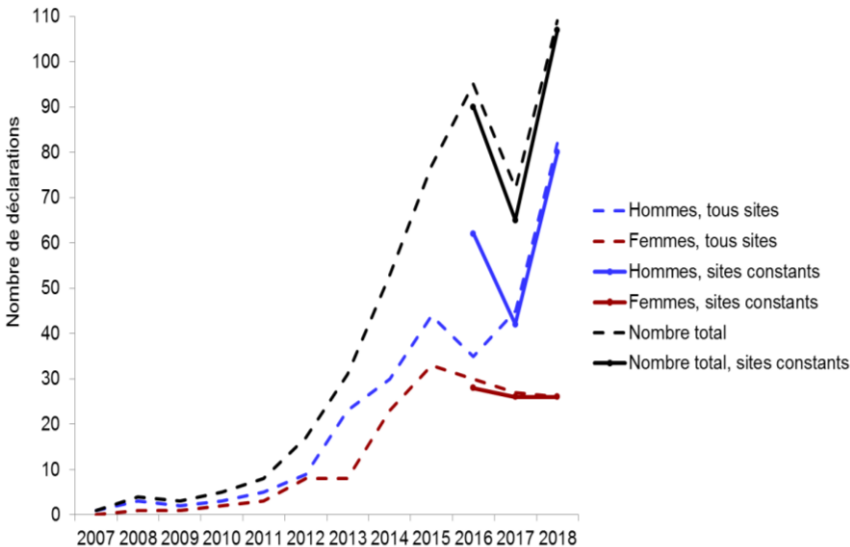
HAS, 2015 ([lien HAS, 2015](#))

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

SURVEILLANCE DES IST (Infections sexuellement transmissibles)

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

Figure 14 : Evolution annuelle du nombre de cas de gonococcie, Normandie, 2013-2018



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

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

	Normandie		France métropolitaine hors Ile-de-France
	2013-2017 (n = 328)	2018 (n = 109)	2018 (n= 2 845)
Sexe masculin (%)	63	76	85
Age médian (années)			
Hommes homo-bisexuels	27	30	29
Hétérosexuels (hommes et femmes)	22	22	23
Orientation sexuelle (%)			
Hommes homo-bisexuels	39	50	69
Hommes hétérosexuels	26	26	13
Femmes homo-bisexuelles	2	2	1
Femmes hétérosexuelles	33	22	14
Motif(s) de consultation initiale^s (%)	33	22	1
Signes d'IST	51	41	38
Dépistage systématique	21	40	35
Partenaire(s) avec une IST	12	11	15
Bilan autre	4	6	16
Statut sérologique VIH (%)			
Séropositivité connue	1	7	10
Découverte séropositivité	1	0	1
Négatif	98	93	82
Utilisation systématique du préservatif au cours des 12 derniers mois pour (%)			
Pénétration anale (hommes homo-bisexuels)	7	12	22
Pénétration vaginale (hommes)	17	19	16
Pénétration vaginale (femmes)	0	2	9

^sRéponses 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

La diminution du nombre de cas déclarés, observée en 2017 ne s'est pas poursuivie en 2018, année où le nombre de cas a augmenté (figure 14). L'analyse à « centres déclarants constants » pour les années 2016 à 2018 confirme une augmentation du nombre de cas de gonococcie en 2018. La même tendance est observée au niveau national en 2018.

• Caractéristiques des cas de gonococcie

En 2018, la proportion de gonococcie chez les femmes était de 24 % (37 % en 2013-2017) (Tableau 4/5). Cette proportion est plus faible que celle observée au niveau national (15 %).

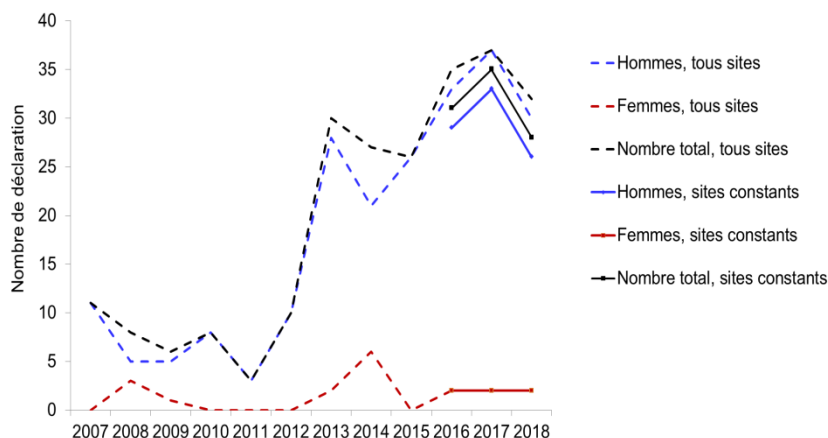
Les Hommes homo-bisexuels représentaient 50 % des cas de gonococcie en 2018 (Tableau 4). La proportion des Hommes homo-bisexuels est plus faible dans la région par rapport au national (69 %).

En 2018, l'existence de signe clinique d'IST motive 41% des consultations (38% au niveau national) et le dépistage systématique lors des consultations concerne 40% des cas (35% au niveau national). Une augmentation de la proportion de personnes dépistées systématiquement était observée entre 2013-2017 (21%) et 2018 (40%).

Les comportements sexuels sont globalement stables sur la période 2013-2018 (tableau 4). En 2018 le préservatif est utilisé de manière systématique lors des pénétrations anales (hommes homo-bisexuels) et vaginales (hommes) respectivement par 12% (contre 7% en 2013-2017) et 19% (contre 17% en 2013-2017) des cas (tableau 4). A noter, une très faible utilisation systématique du préservatif lors des pénétrations vaginales chez les femmes.

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

Figure 15 : Evolution du nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, Normandie, 2013-2018



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

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

	Normandie		France métropolitaine hors Ile-de-France
	2013-2017 (n = 100)	2018 (n = 32)	2018 (n=1 231)
Sexe masculin (%)	96	94	95
Age médian (années)			
Hommes homo-bisexuels	35	31	35
Hétérosexuels (hommes et femmes)	30	42	31
Orientation sexuelle (%)			
HSH	72	74	83
Hommes hétérosexuels	24	20	8
Femmes hétérosexuelles	4	3	4
Motif(s) de consultation initiale^s (%)			
Signes d'IST	44	69	45
Dépistage systématique	26	16	36
Partenaire(s) avec une IST	10	3	11
Bilan autre	8	13	12
Stade de la syphilis (%)			
Syphilis primaire	29	53	32
Syphilis secondaire	30	25	26
Syphilis latente précoce	41	22	43
Statut sérologique VIH (%)			
Séropositivité connue	15	24	26
Découverte séropositivité	5	0	2
Négatif	80	76	65
Utilisation systématique du préservatif au cours des 12 derniers mois pour (%)			
Pénétration anale (hommes homo-bisexuels)	36	36	17
Pénétration vaginale (hommes)	16	29	23
Pénétration vaginale (femmes)	0	0	11

^sRéponses 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

Le nombre de cas de syphilis récente déclaré en 2018 par les CeGIDD du réseau a diminué par rapport à 2017 (figure 15). Cette tendance devra se confirmer en 2019. L'année 2018 signe un infléchissement en Normandie (observé au niveau national avec les données SNDS).

• Caractéristiques des cas de syphilis récente

En 2018, les cas de syphilis récente ont été déclarés majoritairement parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) (74%) contre 72% en 2013-2017 (tableau 5). Les hommes hétérosexuels représentaient 20 % des déclarations.

En 2018, la présence de signes cliniques d'IST était le motif de consultation le plus fréquemment rapporté (69 %). La majorité des déclarations (53 %) concernait des cas de syphilis primaire. Un cinquième (24%) des déclarations concernait des personnes co-infectées par le VIH (tableau 5).

En 2018, la proportion d'utilisation systématique du préservatif est la même lors des pénétrations anales (hommes homo-bisexuels) que durant 2013-2017. Par contre la part d'utilisation systématique du préservatif chez les femmes lors des pénétrations vaginales a augmenté en 2018 (29%) par rapport en 2013-2019 (16%) (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 Normandie, 3 752 606 préservatifs masculins ont été vendus en grande distribution, 841 411 en pharmacie (hors parapharmacie) (Source : Santé publique France). Par ailleurs, des préservatifs ont été mis à disposition gratuitement par Santé publique France, l'agence régionale de santé (ARS) Normandie, le CoreVIH et le Conseil Départemental.

En pharmacie, 553 préservatifs féminins ont été vendus en 2018 en Normandie (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/UCkH4yBUOl7XmxSEx02jOxA>).

Les résultats 2019 sont disponibles dans :

- un article du BEH de novembre 2019
- 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 fin 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.

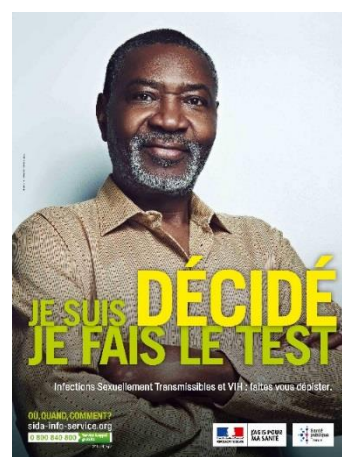
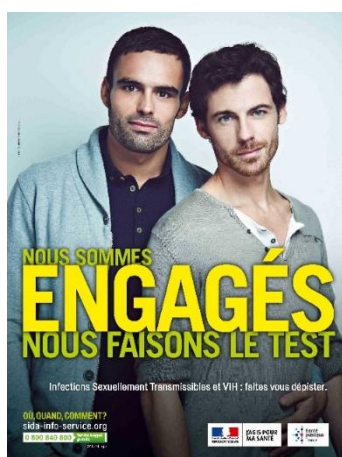
La campagne **s'adresse au grand public comme aux populations prioritaires** dans les stratégies de dépistage du VIH (les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les migrants d'Afrique subsaharienne et les habitants des départements d'Outre-Mer).

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
- 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 : « Situation épidémiologique et dépistage du VIH et des autres IST » : [lien](#)
- [Journée mondiale du sida, 1er décembre 2019 : intensifier encore le dépistage du VIH et des IST](#)

REMERCIEMENTS

Santé publique France Normandie tient à remercier :

- le CoreVIH Normand ;
- l'ARS Normandie ;
- les laboratoires en Normandie 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 Normandie ;
- 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 Normandie : cire-normandie@santepubliquefrance.fr

Corevih Normandie : Corevih.president@chu-rouen.fr