



surveillance
VIH-Sida
IST
EN BRETAGNE
2020

Décembre 2021



CONTRIBUTIONS

COREVIH Bretagne

Dr Cédric ARVIEUX
Hadija CHANVRIL
Jean-Charles DUTHÉ
Thomas JOVELIN
Camille MORLAT
Magali POISSON-VANNIER
Karen TOUBOULIC

Santé publique France - Cellule Bretagne

Pierre GARY-BOBO
Dr Bertrand GAGNIÈRE
Dr Mathilde PIVETTE

ARS Bretagne

Dr Anne LE FÈVRE

ORS Bretagne

Léna PENNOGNON
Laurence POIRIER
Dr Isabelle TRON

MédiasLab

Élisabeth QUÉGUINER

Décembre 2021

ARS Bretagne
6 place des Colombes - CS 14253
35042 RENNES CEDEX
Tél : 02 90 08 80 00 - Fax : 02 99 30 59 03
Courriel : ars-bretagne-contact@ars.sante.fr
Site Internet : www.ars.bretagne.fr

Santé publique France - Cellule Bretagne
ARS Bretagne
6 place des Colombes - CS 14253
35042 Rennes cedex
Tél : 02 22 06 74 41 - Fax : 02 22 06 74 91
Courriel : cire-bretagne@santepubliquefrance.fr
Site Internet : www.santepubliquefrance.fr

COREVIH Bretagne
Bâtiment Le Chartier, 3^e étage - CHU Pontchaillou
35033 Rennes France
Tel : 02 99 28 98 75 - Fax : 02 99 28 98 76
Courriel : corevih.bretagne@chu-rennes.fr
Site Internet : www.corevih-bretagne.fr

ORS Bretagne
19 Avenue Charles Tillon
35000 Rennes
Tél : 02 99 14 24 24
Courriel : orsb@orsbretagne.fr
Site Internet : www.orsbretagne.fr

SOMMAIRE

Covid, Covid, Covid... L'année 2020 aura été bien particulière en termes de situation sanitaire ! On commence à mesurer aujourd'hui l'impact qu'a eu la pandémie sur la santé globale en France : une très forte augmentation de la consommation des anxiolytiques et des antidépresseurs, une nette baisse du niveau de vie des plus pauvres, qui fait que la santé ne peut plus être une priorité dans les choix de vie drastiques que ces populations doivent faire.

Si les périodes de confinement ont eu un impact important et démontré sur la santé mentale, l'impact est plus difficile à mesurer concernant la santé sexuelle : les premières enquêtes montrent une diminution globale de l'activité sexuelle pendant la période, et les premières données évoquent une diminution des situations à risque d'exposition aux IST. Il est encore trop tôt pour dire si cette situation transitoire va ensuite être compensée par une majoration des prises de risques (on pense notamment au CHEMSEX), si l'on va revenir à la situation antérieure, ou, en étant optimiste, si la crise va finalement avoir un impact positif à long terme sur les questions globales de prévention.

En parallèle de cet impact majeur sur la santé des français, nous avons constaté une très forte diminution du recours au dépistage au cours du premier semestre de l'année 2020, qui n'a pas été rattrapé quand la situation en termes de Covid a commencé à s'améliorer (même si cette amélioration a été transitoire). Les Centres gratuits de dépistage et de diagnostic des IST et du VIH (CeGIDD) de Bretagne accusent une diminution globale du nombre de dépistage de 32 % en 2020 par rapport à l'année 2019. Cette diminution des dépistages concerne surtout le VIH, un peu moins celui de la syphilis. Il concerne également les hépatites virales, tant B que C, avec des diminutions de recours au dépistage de 40 % pour l'une et 36 % pour l'autre.

Concernant la prévention pré-exposition du VIH (PrEP), la très forte diminution des initiations de PrEP observée en France au premier semestre 2020 se retrouve également en Bretagne (115 initiations versus 163 au premier semestre 2019). Mais l'activité a pu être en partie rattrapée lors du second semestre 2020 et du premier semestre 2021, avec une poursuite de la progression des nouvelles mises sous PrEP. On espère qu'avec l'élargissement de la prescription en ville depuis le 1^{er} juin 2021, le recours à la PrEP va enfin se généraliser auprès des populations qui sont susceptibles d'en bénéficier, permettant d'avoir un réel impact sur l'incidence du VIH.

L'expérimentation de « Guichet unique » dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) devrait permettre à terme d'améliorer également sensiblement dépistage et traitement des hépatites chez les personnes souffrant d'addictions. Cela est d'autant plus important que la Bretagne accuse un « retard » de dépistage des hépatites par rapport au niveau national.

La COVID a eu un impact sur la prévention, mais également sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Les équipes se sont fortement mobilisées pour rester en contact, notamment avec les personnes identifiées comme étant les plus fragiles. Des téléconsultations ont été mises en place pour ne pas perdre ce contact. On constate une diminution des personnes nouvellement prises en charge en Bretagne pour une découverte de séropositivité en 2020 (75 contre 94 en 2019 et 86 en 2018), probablement en partie liée à une diminution du nombre de dépistage. Mais, même si le nombre de nouveaux dépistés baisse, on est toujours frappé par la persistance du caractère tardif des dépistages en Bretagne, avec près d'un patient sur quatre découvrant son infection par le VIH à un stade considéré comme avancé. À l'échelle nationale, le délai médian entre infection et diagnostic est estimé à 3,6 ans sur la période 2014-2018 (données INSERM 2021).

Mais en 2020, les acteurs de la prévention se sont retroussés les manches pour essayer de délivrer de nouveaux services : télé-entretiens de prévention dans les associations, permanences sur les sites de rencontre, envois d'autotests à domicile... Et l'année 2021 sera également celle du retour des 4 semaines de santé sexuelle (une par département, plus de 40 actions réparties sur le territoire). Cette expérimentation régionale ayant montré son intérêt, une semaine nationale de santé sexuelle verra le jour en 2022, sur la base de l'expérience bretonne !

Malgré la crise sanitaire, tous ensemble, continuons à innover et à œuvrer pour une bonne santé sexuelle pour tous !

04 LE DÉPISTAGE DU VIH EN BRETAGNE

08 ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH

13 BILAN D'ACTIVITÉ DES CEGIDD 2020

14 HÉPATITES B ET C : DÉPISTAGE DANS LES LABORATOIRES PRIVÉS

15 SURVEILLANCE DES IST BACTÉRIENNES : DÉPISTAGE DANS LES LABORATOIRES PRIVÉS

16 UTILISATION DE LA PREP AU VIH EN CHIFFRES - « PRÉVENTION&DÉPISTAGE »

17 ACTUALITÉS RÉGIONALES

19 POUR EN SAVOIR PLUS



Dr Cédric ARVIEUX.
Président du COREVIH Bretagne.

Les données de surveillance du dépistage et du diagnostic de l'infection à VIH et du diagnostic de Sida, en Bretagne, sont obtenues à partir de trois systèmes coordonnés par Santé publique France.

La surveillance de l'activité de dépistage du VIH dans les laboratoires (LaboVIH) repose sur le recueil auprès de l'ensemble des laboratoires, en ville et à l'hôpital, du nombre de personnes testées pour le VIH et du nombre de personnes confirmées positives pour la première fois par le laboratoire sur www.e-do.fr.

La déclaration obligatoire (DO) de l'infection par le VIH est réalisée séparément par le biologiste et par le clinicien pour toute personne dont la sérologie est confirmée positive pour la première fois pour le laboratoire¹. La DO du Sida est réalisée par le clinicien pour

tout nouveau diagnostic de Sida. Le dispositif de DO de l'infection par le VIH et du Sida repose sur la transmission des informations via l'application e-DO (www.e-do.fr).

La surveillance virologique est couplée à la DO du VIH. Elle est réalisée par le Centre national de référence du VIH qui effectue des tests complémentaires à partir d'un échantillon de sérum sur buvard, déposé par le biologiste à partir du fond de tube ayant permis le diagnostic VIH. Elle ne concerne que l'adulte et l'adolescent, et elle est volontaire pour le patient comme pour le biologiste. Elle permet de déterminer la part des personnes contaminées depuis moins de 6 mois en moyenne parmi les découvertes de séropositivité.

NOTE MÉTHODOLOGIQUE

- Les analyses des diagnostics VIH et Sida sont issues de la DO des découvertes de séropositivité et des diagnostics de Sida.
- Ces données peuvent être brutes, limitées aux données parvenues à Santé publique France à la date du 30/06/2021. Celles de 2019 et 2020 ne sont pas encore consolidées et doivent être interprétées avec prudence. Les données brutes permettent de décrire les caractéristiques des cas. Dans les figures, les valeurs présentées sont calculées par rapport à l'ensemble des données y compris les cas pour lesquels l'information n'est pas disponible. En revanche, les données sont commentées dans le texte uniquement pour les cas pour lesquels l'information est disponible.
- Les données peuvent être corrigées pour tenir compte des délais de déclaration, de la sous-déclaration, et des valeurs manquantes sur les déclarations reçues. Elles sont

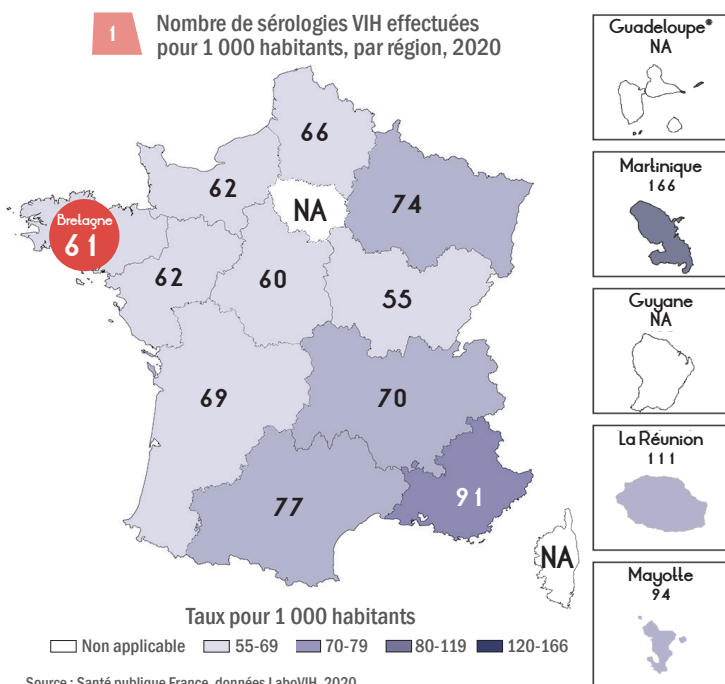
- utilisées pour connaître le nombre annuel de diagnostics, analyser les évolutions au cours du temps ou comparer les régions en rapportant les cas à la population.
- La diminution en 2020 des déclarations par les cliniciens, et la baisse de la participation à l'enquête LaboVIH, sont des limites importantes à prendre en compte pour interpréter ces données corrigées.
- L'analyse porte sur les cas d'infection à VIH et de Sida résidant en Bretagne. La région de déclaration est utilisée par défaut lorsque la région de domicile n'est pas renseignée.
- La définition des délais de diagnostic a été modifiée. Depuis 2018, un stade précoce est défini par une primo-infection ou un profil de séroconversion ou un test d'infection récente positif. Les personnes diagnostiquées uniquement avec un taux de CD4 >500/mm³, n'entrant pas dans un des trois critères précédents, ne sont plus comptées parmi les précoces.

LE DÉPISTAGE DU VIH EN BRETAGNE

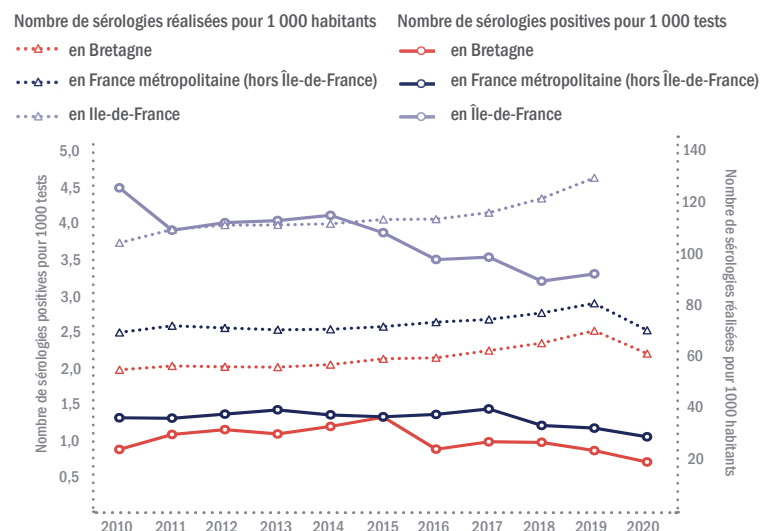
En 2020, dans un contexte de pandémie COVID, la participation à l'enquête LaboVIH a été inférieure à 80 % dans dix régions métropolitaines au total, ce qui rend les estimations qui y sont produites sujettes à caution. Elle était de 71 % en Bretagne et de 72 % en France métropolitaine. Aussi les données régionales bretonnes ne sont comparées qu'à celles de France métropolitaine hors Île-de-France et celles d'Île-de-France ne sont pas présentées pour l'année 2020.

En 2020, le nombre de sérologies VIH effectuées en Bretagne était de 61 pour 1000 habitants (IC95 %: [55-66]) (figure 1). Ce taux est équivalent à celui de 2017 alors qu'il avait augmenté de 2010 à 2019 et 1,15 fois inférieur à celui observé en France métropolitaine hors Île-de-France (70 pour 1 000 habitants) (figure 2).

Le nombre de sérologies positives pour 1 000 tests effectués, est estimé à 0,7 en 2020 en Bretagne et à 1,0 en France métropolitaine hors Île-de-France (avec les mêmes réserves que pour les taux de dépistages). Il est inférieur à l'ensemble des taux estimés depuis 2010 (figure 2).



2 Évolution du nombre de sérologies réalisées pour 1 000 habitants et du nombre de sérologies positives pour 1 000 tests en Bretagne, en Île-de-France et en France métropolitaine hors Île-de-France, 2010-2020



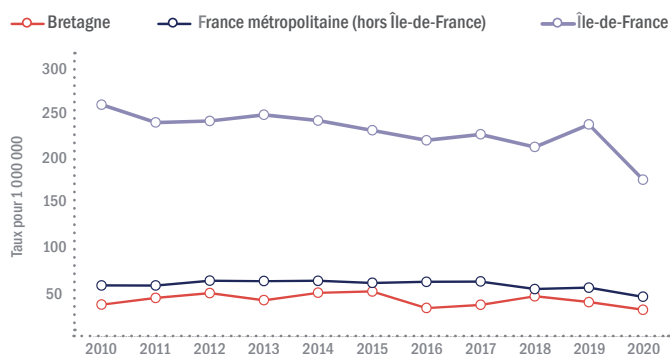
¹ À la différence du nombre de sérologies recueilli par LaboVIH (une personne ayant eu une sérologie positive dans plusieurs laboratoires compte pour plusieurs sérologies positives) la notification obligatoire permet de compter une personne une seule fois quand elle est déclarée par plusieurs déclarants, grâce au code d'anonymat qui est unique pour chaque personne.

SURVEILLANCE DES INFECTIONS À VIH ET DES DIAGNOSTICS DE SIDA

DÉCOUVERTE DE LA SÉROPOSITIVITÉ AU VIH

En 2020, 101 personnes ont découvert leur séropositivité en Bretagne (IC 95 % : [70 - 131]), soit 30 découvertes de séropositivité par million d'habitant (IC 95 % : [21 - 39]) (figure 3). Le taux de découvertes de séropositivité, était stable entre 2010 et 2020, et inférieur au taux de la France métropolitaine hors Île-de-France (figure 3).

3 Évolution du taux annuel de découvertes de séropositivité VIH en France métropolitaine hors Île-de-France, Île-de-France et Bretagne de 2010 à 2020



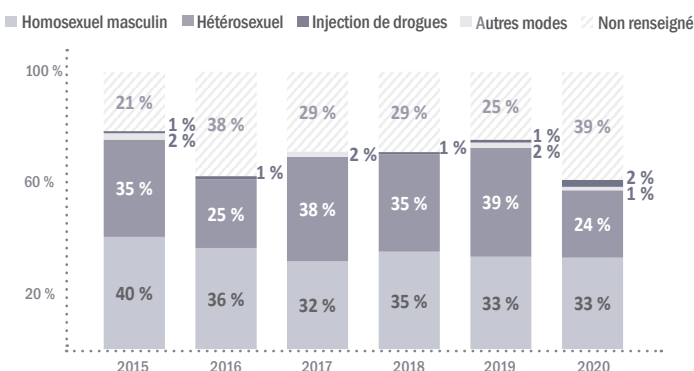
Source : Santé publique France, données DO VIH au 02/11/2021 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes.

MODE DE CONTAMINATION

En Bretagne en 2020, parmi les cas pour lesquels l'information était disponible, la proportion de personnes diagnostiquées séropositives et ayant été contaminées par des rapports homosexuels était supérieure à celle ayant été contaminées par des rapports hétérosexuels (54 % contre 40 %) (figure 4).

Sur la période 2015-2020, en Bretagne, le principal mode de contamination chez les hommes nés en France était les rapports homosexuels (81 %), alors que les rapports hétérosexuels prédominaient chez ceux nés en Afrique subsaharienne (79 %). Chez les femmes, le principal mode de contamination était les rapports hétérosexuels (98 %) quel que soit le pays de naissance.

4 Évolution de la part des principaux modes de contamination parmi les découvertes de séropositivité VIH déclarées en Bretagne de 2015 à 2020



Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2021.

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET SOCIO-ÉPIDÉMIologiques

En Bretagne comme au niveau national en 2020, près de trois diagnostics de séropositivité sur dix concernaient des femmes. L'âge médian était de 38 ans. En Bretagne en 2020, parmi les cas pour lesquels l'information était disponible, la proportion de personnes diagnostiquées séropositives nées en France était supérieure à celle observée au niveau national (69 % contre 47 %) (figure 5).

5 Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité VIH notifiées en Bretagne et en France métropolitaine

	Bretagne		France métropolitaine
	2015-2019 (%) n=533	2020 (%) n=82	2020 (%) n=2 733
ÂGE			
Moins de 25 ans	14	11	14
De 25 à 49 ans	65	67	64
50 ans et plus	21	22	22
SEXE			
Hommes	69	72	69
Femmes	31	28	29
Transgenres	0	0	2
PAYS DE NAISSANCE			
France	45	46	34
Afrique subsaharienne	23	11	24
Autres	8	10	14
Non renseigné	24	33	28
MODE DE CONTAMINATION			
Homosexuel masculin	36	33	31
Hétérosexuel	35	24	31
Injection de drogues	1	1	1
Autres	1	2	3
Non renseigné	28	39	34
CO-INFECTION HÉPATITE C			
Oui	2	1	2
Non	71	63	64
Non renseigné	27	35	34
CO-INFECTION HÉPATITE B			
Oui	2	0	3
Non	70	65	63
Non renseigné	28	35	34
CO-INFECTION IST			
Oui	13	11	14
Non	58	52	49
Non renseigné	29	37	36
INFECTION RÉCENTE * < 6 MOIS			
Oui	20	17	15
Non	53	50	47
Non renseigné	27	33	38
CD4 / mm³ AU DIAGNOSTIC VIH			
<200	19	22	19
200-349	16	6	14
350-499	17	15	14
>=500	20	20	17
Non renseigné	30	38	35
DIAGNOSTIC			
Précoce**	20	17	14
Intermédiaire	37	30	35
Avancé***	19	22	20
Inconnu	24	30	31

* Infection récente : résultat du test d'infection récente réalisé par le Centre national de référence du VIH à partir des buvards transmis par les biologistes.

** Diagnostic précoce : primo-infection ou profil de séroconversion ou test positif d'infection récente.

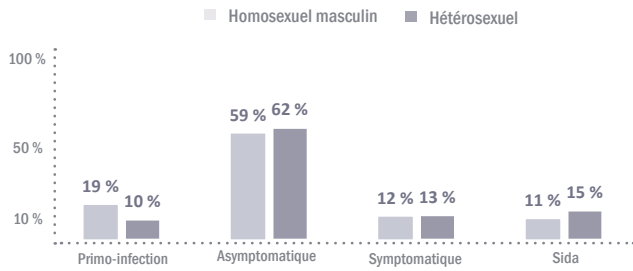
*** Diagnostic avancé : stade clinique Sida ou CD4 < 200/mm³ lors de la découverte du VIH.

Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2021.

STADE DE L'INFECTION AU MOMENT DU DIAGNOSTIC

Parmi les personnes diagnostiquées séropositives entre 2015 et 2020 en Bretagne et pour lesquelles l'information était disponible, 14 % l'ont été précocement au stade de primo-infection, 60 % à un stade asymptomatique, 13 % à un stade symptomatique non sida, et 13 % au stade sida. Les homosexuels ont été plus fréquemment diagnostiqués au stade de primo-infection que les hétérosexuels (19 % vs 10 %) (figure 6).

6 Stade clinique au moment de la découverte de la séropositivité selon le mode de contamination en Bretagne de 2015 à 2020

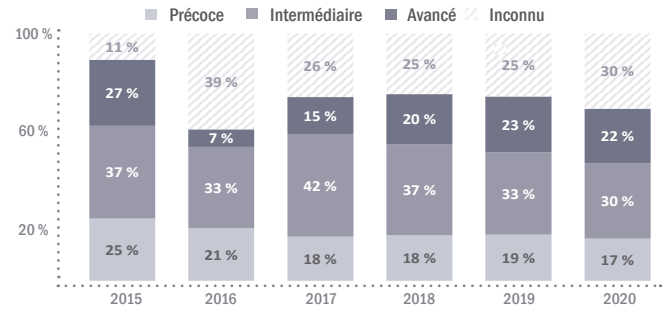


Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2021.

En Bretagne en 2020, parmi les personnes pour qui l'information sur le stade diagnostic était connu, 32 % des diagnostics ont été réalisés tardivement (cd4 < 200/mm3 ou SIDA au diagnostic), proportion légèrement plus élevée qu'au niveau national (29 %) (figure 7).

Sur la période 2015-2020 en Bretagne, les personnes nées en France ont été plus fréquemment diagnostiquées à un stade précoce (31 %) que celles nées en Afrique subsaharienne (10 %).

7 Distribution des stades diagnostics parmi les découvertes de séropositivité en Bretagne de 2015 à 2020

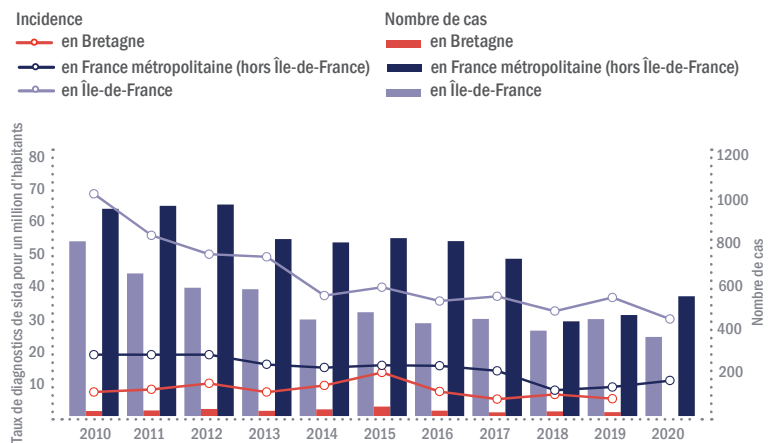


Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2021.

DIAGNOSTIC DE SIDA

Le taux de diagnostics de SIDA en Bretagne ne peut pas être estimé de manière fiable en 2020. En France métropolitaine hors Île-de-France, il était égal à 11 par million d'habitants. En Île-de-France, il était égal à 30 par million d'habitants en baisse par rapport à l'année 2019 (figure 8).

8 Évolution annuelle du taux de diagnostics de Sida et du nombre de cas en France métropolitaine hors Île-de-France, Île-de-France et Bretagne de 2010 à 2020



Source : Santé publique France, données DO Sida au 02/11/2021 corrigées pour les délais, la sous-déclaration et les valeurs manquantes.

CARACTÉRISTIQUES DES CAS DE SIDA SUR LA PÉRIODE 2015-2020

En Bretagne, sur la période 2015-2020, les hommes représentaient 72 % des 82 cas de SIDA diagnostiqués. Les moins de 25 ans représentaient 3 % des cas alors que les 25-49 ans en représentaient 54 % et les 50 ans et plus, 44 %.

Les personnes étaient majoritairement nées en France (64 %).

Les contaminations hétérosexuelles représentaient le principal mode de contamination (51 %) tous sexes confondus ; Chez les hommes, la contamination homosexuelle était majoritaire (53 %).

La grande majorité des cas de SIDA était diagnostiquée chez des personnes qui n'avaient pas reçu de traitement antirétroviral avant leur diagnostic de SIDA (85 % des diagnostics), le plus souvent parce qu'elles ignoraient leur séropositivité (86% des patients non traités n'étaient pas au courant de la séropositivité).

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

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. Tous les déclarants, biologistes et cliniciens, doivent déclarer l'ensemble des cas diagnostiqués via l'application e-DO.fr. La déclaration électronique permet d'améliorer l'exhaustivité et le délai de transmission des DO.

En Bretagne en 2020, la proportion de déclarations envoyées par voie électronique était de 97 %.

E-DO VIH/SIDA, Qui doit déclarer? Et Comment ?

▪ **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 feuillet rempli par le biologiste et l'autre par le 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

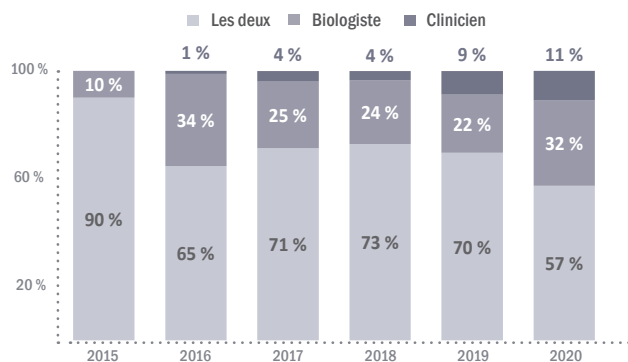
>> auprès de Santé publique France : ANSP-DMI-VIC@santepubliquefrance.fr

>> *Plus d'informations sur les modalités de déclaration sur le site web de Santé publique France.*

ÉVOLUTION DE L'ENVOI DES VOLETS « CLINICIEN » ET « BIOLOGISTE »

En 2020, la proportion de DO sans volet médical était en augmentation et était de 32 % en Bretagne (figure 9).

9 Proportion annuelle des découvertes de séropositivité au VIH pour lesquelles les volets « biologiste » et « clinicien » ont été déclarés par voie électronique en Bretagne de 2014 à 2019



Source : Santé Publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2021.

POINTS CLÉS SUR LE VIH-Sida en Bretagne

▪ **Dépistage LaboVIH** : Le nombre de sérologies VIH effectuées en Bretagne est en baisse en 2020 et 1,15 fois inférieur à celui observé au niveau national. Depuis 2010, la proportion de sérologies positives varie entre 0,7 et 1,3 pour 1 000 tests. Cette proportion est en baisse en 2020 et 2,2 fois inférieure à celle estimée au niveau national. En 2020, dans un contexte de pandémie, la participation à l'enquête LaboVIH a été plus faible (71 % en Bretagne et de 72 % en France métropolitaine).

▪ **DO VIH** : en 2020, 101 (IC 95 % : 70 - 131) personnes ont découvert leur séropositivité en Bretagne. Le taux de découverte de séropositivité pour le VIH (30 par million d'habitant) était parmi les plus bas de France. Il était 2,4 fois inférieur au niveau national (72 par million d'habitant).

▪ 72 % des personnes nouvellement diagnostiquées étaient des hommes. 54 % des personnes ont été diagnostiquées séropositives lors de rapports homosexuels et 40 % lors de rapports hétérosexuels. Sur la période 2015-2020, le mode de contamination le plus fréquent pour les hommes nés en France était les rapports homosexuels (81 %) et celui pour les hommes nés à l'étranger était les rapports hétérosexuels (79 %).

▪ La majorité des résultats est à interpréter avec prudence en raison de la non consolidation des données pour 2019 et 2020.

Le Comité Régional de coordination de la lutte contre le VIH et les IST en Bretagne (COREVIH Bretagne) est une instance de santé régionale et collégiale qui tend à faciliter la prévention et la prise en charge globale auprès des personnes concernées par les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), en particulier le VIH. Ce travail se fait dans une approche de santé sexuelle globale. Ses missions ont été élargies en 2017, et le COREVIH Bretagne est en charge de :

- Coordonner les acteurs de la lutte contre le VIH et les IST.
- Participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des personnes concernées par le VIH.
- Aider à l'harmonisation des pratiques.
- Participer au recueil et à l'analyse des données épidémiologiques dans le domaine des IST, dont le VIH.
- Concourir à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques nationales et régionales dans le domaine de la santé sexuelle et de la lutte contre les IST.

ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH : DONNÉES GÉNÉRALES DE LA FILE ACTIVE

Plus de 3 900 personnes vivant avec le VIH suivies dans les hôpitaux en Bretagne

En 2020, 3 913 patients ayant eu au moins un recours dans les centres hospitaliers bretons¹ ont été comptabilisés dans la file active hospitalière du COREVIH. Sur la période 2011-2020, la file active hospitalière du COREVIH (à nombre de site constant, soit 10 sites sur 12)² a augmenté de +36 % au total, soit un accroissement moyen annuel de +3,2 %. Si la tendance évolutive globale des dix dernières années, comme en moyenne annuelle, était relativement constante et similaire dans les quatre départements bretons jusqu'en 2018, en revanche, la forte augmentation de la file active (+5,3 %) observée en 2019 s'est ralentie en 2020 avec un accroissement de +2,5 %.

Dont 2 patients sur 5 (40 %) suivis au CHU de Rennes

Les files actives des centres hospitaliers de Brest, Quimper, Saint-Brieuc, Vannes et Lorient, se situent à des niveaux intermédiaires qui varient de 14 % à 8 %. Enfin, les services implantés aux centres hospitaliers de Morlaix et Pontivy présentent des files actives inférieures à cent patients et celle de Saint-Malo les atteint presque en 2020 (figure 10).

Une forte progression des nouveaux patients (+35 %) en 2020 mais des découvertes de séropositivité (1^{er} dépistage) en baisse

Au total 262 nouveaux patients ont été pris en charge par les services participant à l'activité de recueil pour le COREVIH au cours de l'année 2020, dont trois sur dix (29 %) étaient dépistés pour la première fois dans l'année. Le nombre de décès a diminué (26 patients ont été concernés en 2020 contre 35 en 2019). Ces variations ne sont que peu significatives compte-tenu de la petite taille de la file active. Enfin, 68 patients ont quitté la cohorte en raison de la poursuite de leur suivi hors Bretagne, soit une variation en baisse des départs de -19 % (tableau 12). Le nombre de perdus de vue a peu varié : 202 en 2020 contre 222 en 2019. Pour rappel, cette année, la méthode de calcul des perdus de vue a été modifiée pour corriger la sous-estimation antérieure, ce nombre ne peut plus être comparé aux publications précédentes (figure 11).

Les recours

En moyenne, les patients suivis en Bretagne ont bénéficié de 2,9 recours auprès des services hospitaliers dans l'année. Il s'agit, pour l'essentiel de consultations (84 %), suivis de téléconsultations (3 %), puis à de rares exceptions par de l'hospitalisation de jour (1 %) ou conventionnelle (2 %), les autres types de recours³ représentent 11 %.

11 Entrées et sorties dans la cohorte de personnes suivies en Bretagne

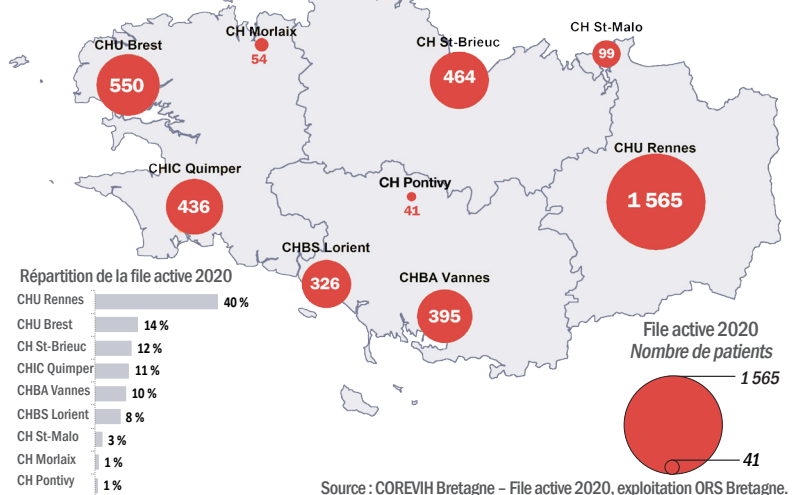
	2020	2019
Nouveaux patients	262	194
Dont nouveaux dépistés	75	94
Décès	26	32
Transfert de suivi ailleurs	68	84
Perdu de vue*	202	222

Source : COREVIH Bretagne – File active 2020.
* Perdu de vue : patients dont on est sans nouvelle malgré les relances 13 mois après le dernier passage en consultation.

¹ Ne sont pas compris la dizaine de patients pris en charge à l'Hôpital d'Instruction des Armées Clermont Tonnerre (HIA) ni ceux suivis par le service de dermatologie du CHU de Brest ainsi que tous ceux qui ont refusé l'exploitation de leurs données NADIS pour les sites de Saint-Brieuc, Lorient et Vannes.

Le COREVIH accompagne notamment l'agenda 2017-2030 de la stratégie nationale de santé sexuelle. Progressivement, le COREVIH a évolué de missions essentiellement centrées sur le soin autour des personnes vivant avec le VIH vers des missions de coordination de la prévention et du soin autour des IST de façon plus large, dans un objectif global de bonne santé sexuelle. Ces missions sont réalisées dans un esprit de démocratie sanitaire, avec une forte participation des associations d'usagers, des acteurs du soin et de la prise en charge psycho-sociale. Les données présentées dans la synthèse sont issues de la base de données « NADIS™ » dont l'implantation est effective depuis fin 2015 dans l'ensemble des centres de prise en charge de la région. Néanmoins, les modalités d'utilisation de la base sont variables d'un site à l'autre : elle est réellement utilisée comme dossier patient informatisé (DPI) par les soignants sur les sites de Rennes, Quimper, Brest, Vannes et St Malo, alors que ce n'est pour l'instant qu'un dossier épidémiologique complété par les techniciens d'étude clinique du COREVIH pour les sites de St Brieuc, Lorient, Morlaix et Pontivy.

10 Répartition de la file active du COREVIH selon les centres hospitaliers de prise en charge en 2020



Source : COREVIH Bretagne – File active 2020, exploitation ORS Bretagne.

Les conditions de saisie des données ont été particulièrement complexes en 2020, les équipes d'infectiologie prenant en charge les personnes vivant avec le VIH étant très fortement mobilisées par la lutte contre le SARS-COV-2. Il est possible que des recours, des conseils téléphoniques ou des téléconsultations n'aient pas été notifiés aux équipes en charge du recueil des données.

Ces consultations sont variées : médicales pour une bonne partie, ce peut être aussi des bilans biologiques réalisés par le personnel infirmier, des consultations d'assistante sociale ou de psychologue, ou encore d'éducation thérapeutique.

Le recours à l'hospitalisation de jour est devenu exceptionnel dans la plupart des services cliniques bretons, ces modalités de prise en charge très contraintes du point de vue réglementaire ne correspondant plus aux besoins des patients. De nouvelles modalités d'organisation des hospitalisations de jour, dont la mise en place est un peu retardée par la pandémie, devrait amener à une réflexion sur l'offre de recours en 2022 (plus de téléconsultations et de bilan annuel regroupés en hôpital de jour et moins de consultations « classiques »).

Le nombre moyen de recours annuel varie fortement selon les sites allant d'un minimum de 1,8 à un maximum de 3,5 par patient et par an. Ces écarts ne s'expliquent pas par les caractéristiques cliniques et biologiques des patients, mais essentiellement par des différences d'organisation de suivi (offre de service psychologue, d'éducation thérapeutique et assistant social par exemple) et d'habitudes médicales.

Historiquement, le suivi des personnes vivant avec le VIH a toujours été très hospitalo-centré, et le reste malgré la simplification progressive des contraintes de suivi clinique et biologique. Même si la tendance est difficile à chiffrer en 2020, le nombre de consultations médicales hospitalières a tendance à baisser, au profit de recours infirmiers, psychologues ou assistants sociaux.

Le système de recueil actuel ne permet malheureusement pas de chiffrer les suivis conjoints entre médecine de ville et médecine hospitalière, ni de bien différencier les différents types de recours (médicaux, infirmiers...) sur tous les sites.

² Pour corriger le défaut d'exhaustivité du recueil sur la période 2011-2020, l'évolution de la file active hospitalière du COREVIH a été calculée « à nombre de site constant ». Le CHU de Brest compte deux sites : le service des maladies infectieuses de la Cavale Blanche et celui de médecine interne de l'hôpital Morvan.
³ Les autres types de recours : séance d'éducation thérapeutique, contact téléphonique.

CARACTÉRISTIQUES DES CAS PRÉVALENTS

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

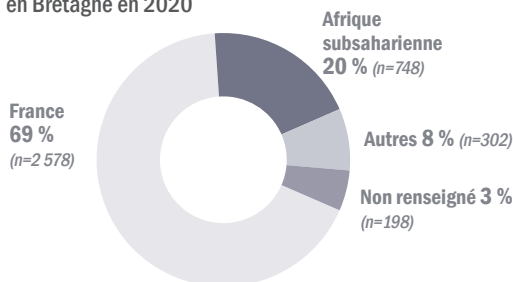
Une prédominance masculine

En cohérence avec les données issues de la notification obligatoire des découvertes de séropositivité au VIH présentées en pages 5 et 6, la population suivie pour le VIH est à très forte prédominance masculine (66 % d'hommes pour 34 % de femmes) (figure 12).

53 ans, l'âge médian des patients suivis

Six patients de la file active sur dix (60 %) ont 50 ans ou plus et les hommes sont globalement plus âgés que les femmes. En 2020, l'âge médian des hommes atteint 55 ans tandis que chez les femmes il est de 48 ans. Par ailleurs, l'ancienneté du suivi est importante : elle est supérieure à 15 ans pour plus d'un patient sur deux (57 %) (figure 13). Ce « vieillissement global » de la cohorte doit être pris en compte dans le parcours de santé du patient, avec notamment l'apparition de comorbidités dont les études montrent qu'à âge égal, elles sont plus nombreuses chez les personnes vivant avec le VIH que dans la population générale. Le VIH ne devient alors qu'une « pathologie parmi d'autres » chez ces patients, et n'est le plus souvent pas la plus difficile à gérer, surtout en cas de diabète, de cancer ou de maladie vasculaire associée. Ce vieillissement doit également nous rendre vigilants pour que les personnes concernées par le VIH effectuent bien les dépistages habituels de la population des plus de 50 ans (cancer du sein, du colon, de la prostate...). L'étude SEPTAVIH, menée par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida, le VIH et les hépatites (ANRS), s'intéresse aux personnes vivant avec le VIH âgées de plus de 70 ans et devrait permettre de mieux cerner les besoins de cette population quand les premiers résultats seront disponibles en 2022-2023.

14 Répartition de la file active selon l'origine géographique en Bretagne en 2020



Source : COREVIH Bretagne – File active 2020, exploitation ORS Bretagne.

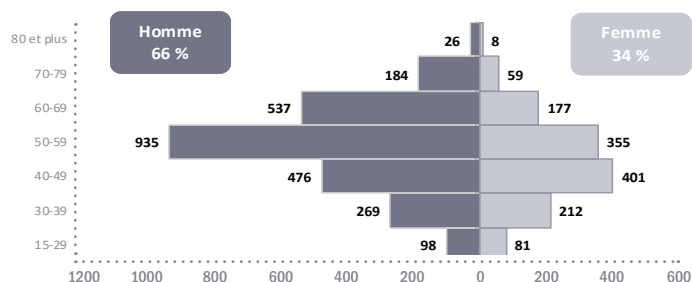
MODES DE TRANSMISSION

Des modes de transmission différenciés chez les hommes et les femmes

Sur l'ensemble de la file active, l'infection par rapports hétérosexuels est la plus fréquente (45 %) suivis par les rapports homo/bisexuels (39 %), cependant ce constat diffère fortement selon le sexe. En effet, l'infection par rapports homo/bisexuels est majoritaire chez les hommes (58 %) alors que chez les femmes l'infection par rapports hétérosexuels prédomine largement (82 %). Chez les hommes comme chez les femmes, un peu moins d'un patient suivi sur dix (7 %) a été infecté lors de l'usage de drogues par voie intraveineuse (figure 15).

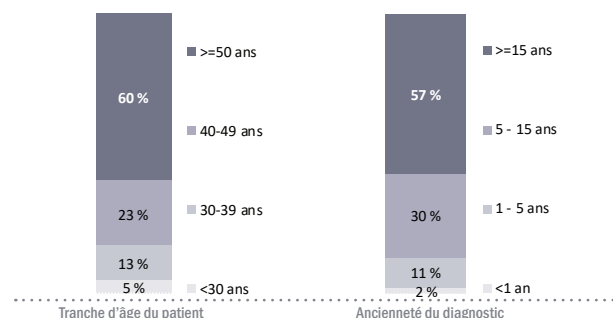
¹ Insee, RP2018, exploitation principale.

12 Pyramide des âges de la file active en 2020



Source : COREVIH Bretagne – File active 2020, exploitation ORS Bretagne.

13 Répartition selon l'âge du patient et selon l'ancienneté de la file active en Bretagne en 2020

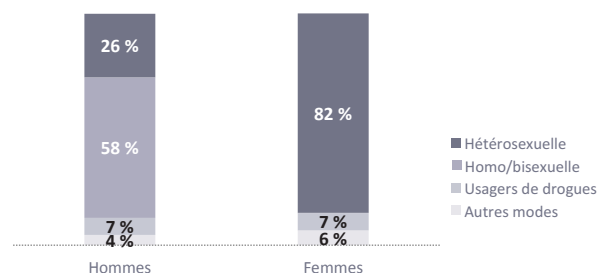


Source : COREVIH Bretagne – File active 2020, exploitation ORS Bretagne.

Des personnes d'origine étrangère surreprésentées, notamment ceux d'origine subsaharienne

En 2020, sept patients sur dix (69 %) de la file active, sont originaires de France et près d'un sur trois (28 %) est né à l'étranger (principalement dans des pays d'Afrique subsaharienne, 20 %) (figure 14), alors qu'en proportion les personnes immigrées ne représentaient au total que 3,8 % de l'ensemble de la population bretonne en 2018¹. Dans l'objectif d'une meilleure prise en charge des personnes migrantes, le COREVIH travaille de façon active avec le Dispositif régional d'Appui Technique pour l'Accès aux Soins et l'Accompagnement des migrants (DATASAM), et encourage les actions de dépistage « hors les murs » orientées vers les structures d'accueil de migrants.

15 Répartition de la file active selon le mode de transmission en Bretagne en 2020*



Source : COREVIH Bretagne – File active 2020, exploitation ORS Bretagne.

* La différence par rapport à 100 % correspond au mode contamination inconnu. Les autres modes de contamination sont les contaminations materno-foetales, celles dues aux transfusions à l'hémophilie et aux accidents d'exposition au sang ou aux virus.

CARACTÉRISTIQUES DES CAS PRÉVALENTS

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

Une charge virale indétectable pour 9 patients sur 10

L'essentiel (90 %) des patients, sous traitement depuis plus de six mois, ont une charge virale ≤ 50 copies/ml et 72 % ont des $CD4 > 500/mm^3$. Cependant, il subsiste une proportion significative de patients immunodéprimés ($CD4 < 350/mm^3$) (figure 16). Cela illustre encore un recours trop tardif au dépistage, mais également les évolutions progressives des modalités de traitements au cours des 20 dernières années : ce n'est qu'en 2013 qu'il a été recommandé de traiter toutes les personnes séropositives indépendamment de leur statut immunitaire ou virologique. Plus les $CD4$ sont bas au moment de l'initiation du traitement, plus la probabilité de restituer une immunité de qualité est faible : le diagnostic précoce est donc indispensable à une meilleure santé à long terme et la France a une importante marge d'amélioration dans le domaine, puisque le temps séparant l'infection initiale du diagnostic ou du dépistage était en médiane de 3,6 ans sur la période 2014-2018 et pouvait aller jusqu'à 4,7 ans chez les hommes hétérosexuels nés en France¹. On sait aujourd'hui également que le succès des allègements de traitement (passage d'une trithérapie à une bithérapie d'entretien afin de diminuer la toxicité au long cours, ou diminution du nombre de prises hebdomadaires de la trithérapie) dépend de la valeur la plus basse de $CD4$ au cours de la vie. Plus les patients auront été dépistés tard, plus le VIH aura fait de dégâts et moins nous aurons la capacité de proposer des traitements de toxicité diminuée.

Moins d'1 patient sur 4 a atteint le stade Sida

En 2020, près d'un quart de la file active (23 %) a atteint le stade clinique de sida. Ceci est lié en partie à un diagnostic encore trop tardif de certains patients au cours des toutes dernières années (figure 17). Mais, la plupart des personnes diagnostiquées tardivement peuvent

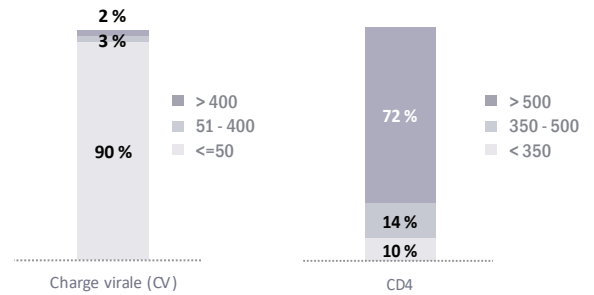
TRAITEMENTS

L'essentiel des patients est sous traitement antiviral

En 2020, seuls 1,1 % des patients n'ont jamais reçu de traitement antiviral (naïfs de tout traitement, le plus souvent du fait de charges virales spontanément très basses ou indétectables), 97,5 % sont sous traitement et seulement 1,4 % des patients déjà traités ne l'est plus au cours de l'année (suspension transitoire, choix du patient...). Au cours des dernières années, l'apparition des inhibiteurs d'intégrases, nouvelle classe thérapeutique très puissante et dont la tolérance globale paraît bonne à moyen terme, a fortement modifié les habitudes de prescription : alors qu'elles étaient quasi-inexistantes jusqu'en 2010, elles représentent aujourd'hui la base de plus de la moitié (50,4%) des 160 schémas thérapeutiques différents recensés au sein du COREVIH-Bretagne.

Chez les patients ayant une charge virale durablement indétectable sous trithérapie, se pose la question des allègements de traitements, qui peuvent se faire sous la forme d'une réduction du nombre de molécules utilisées en passant à la bithérapie, ou d'une réduction du nombre de prise hebdomadaire (traitement 5j/7, en attendant la validation des schémas 4j/7). Ces allègements ont l'avantage de diminuer la « charge thérapeutique » et le risque d'intolérance à long terme pour des résultats équivalents en termes de succès clinique et virologique, et permettent également le plus souvent une réduction des coûts de traitement.

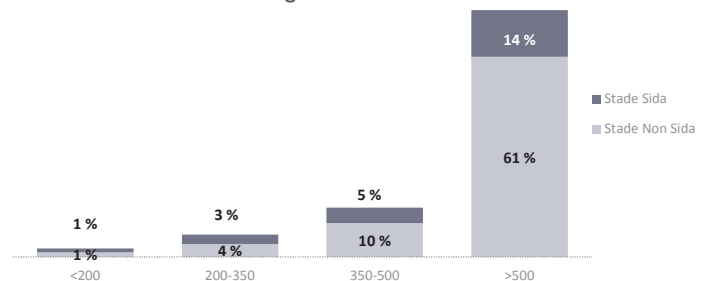
16 Répartition des patients en fonction de leur charge virale (copies/ml) et de leur $CD4$ ($/mm^3$) en Bretagne en 2020*



Source : COREVIH Bretagne - File active 20120, exploitation ORS Bretagne.

*La différence par rapport à 100 % correspond aux valeurs non renseignées. Par ailleurs, il s'agit de la dernière charge virale qui concerne uniquement les patients traités depuis plus de 6 mois, ont été exclus les patients ayant initié leur traitement au cours des 6 derniers mois.

17 Niveau de $CD4$ ($/mm^3$) selon le stade clinique pour l'ensemble de la file active en Bretagne en 2020*



Source : COREVIH Bretagne - File active 2020 sans Saint-Briéuc, exploitation ORS Bretagne.

*Les patients pour lesquels le niveau de $CD4$ n'est pas renseigné n'ont pas été pris en compte pour le calcul.

néanmoins bénéficier d'une restauration immunitaire de qualité après plusieurs années de traitement, comme l'illustre la proportion de patients ayant un jour atteint le stade sida et dont le taux de $CD4$ est aujourd'hui supérieur à $350/mm^3$ (19 %) en 2020.

En 2020, 581 patients (15% des 3 729 patients pour lesquels le traitement est bien identifié) reçoivent une bithérapie (521 patients) ou beaucoup plus rarement une monothérapie (60 patients). C'est une augmentation de près de 50% des bi ou monothérapies entre 2019 et 2020. Il est beaucoup plus difficile d'évaluer le nombre de personnes recevant un traitement intermittent (5j/7), cette notion ne pouvant être extraite facilement, mais une amélioration de la base de données devrait permettre d'avoir ce chiffre pour 2021 ou 2022.

Une diversité de schémas thérapeutiques

Le nombre élevé de molécules disponibles pour le traitement de l'infection par le VIH (plus de 30) explique le très grand nombre de combinaisons possibles. Trente combinaisons différentes sont prises par plus de 10 personnes, soit au total 160 combinaisons différentes prescrites au sein du COREVIH.

Mais, en pratique, les deux tiers (72 %) des personnes traitées ne prennent quotidiennement qu'un seul comprimé d'antirétroviral, que ce soient des trithérapies (très majoritaires, avec 82 %), des bithérapies ou des monothérapies. Une petite minorité de patients ont des schémas associant 4 molécules ou plus, du fait d'un antécédent de résistances virales multiples.

¹ Données 2021, Virginie Supervie, Inserm U1136.

CARACTÉRISTIQUES DES CAS PRÉVALENTS

Des recommandations suivies chez plus de 80 % des personnes traitées

Malgré la diversité des schémas possibles, les combinaisons recommandées sont majoritaires : la base majoritaire du traitement est toujours d'associer deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase (N) avec soit un inhibiteur non nucléosidique (NN), soit un inhibiteur de protéase (IP) ou un inhibiteur d'intégrase (II), ou d'associer un inhibiteur d'intégrase à une autre molécule pour les bithérapies : plus de 90% des personnes traitées répondent à l'un de ces trois schémas (figure 18).

18 Principaux schémas de traitement rencontrés chez les patients traités par antirétroviraux en 2020

	2020	
	N	%
2N+1NN	1 477	38 %
2N+1II	1 321	37 %
2N+1IPb	203	9 %
Autres	727	16 %

Source : COREVIH Bretagne - File active 2020, exploitation ORS Bretagne.
N : inhibiteur nucléosidique de la transcriptase ; NN : inhibiteur non nucléosidique.
II : inhibiteur d'intégrase boosté ou non ; IPb : inhibiteur de protéase boosté.

CO-INFECTIONS VIH-HÉPATITES

Elles concernent 1 patient sur 7 (15 %)

En 2020, 15 % des patients de la file active sont porteurs de l'AghBs (139 patients) ou ont été en contact avec le virus de l'hépatite C (424 patients) (figure 19).

- 4 % de la file active des patients suivis sont porteurs chroniques de l'AghBs,
- 11 % ont été en contact avec le virus de l'hépatite C, dont 7 % (26 patients) ont une charge virale détectable.
- Moins de 1 % cumule les deux situations.

Parmi les patients pour lesquels l'information est renseignée, l'infection par le virus de l'hépatite B est en lien avec une transmission sexuelle pour près des deux-tiers (66 %) et une toxicomanie intraveineuse (12 %) tandis qu'inversement, pour le virus de l'hépatite C, ce sont celles en lien avec une toxicomanie intraveineuse qui prédominent (62 %) suivies par les infections par voie sexuelle (21 %). Avec moins de 5% de données non renseignées, grâce au travail actif des techniciens d'étude clinique du COREVIH, on peut considérer le niveau d'exhaustivité comme étant très élevé.

Les traitements de l'hépatite des patients co-infectés VHC

Les personnes vivant avec le VIH et le VHC sont plus à risque d'évoluer rapidement vers des complications (par rapport à des personnes vivant uniquement avec le VHC), notamment fibrose et carcinome hépatocellulaire.

Les antiviraux utilisés actuellement permettent de guérir 95 à 98 % des personnes vivant avec le VHC, avec une excellente tolérance.

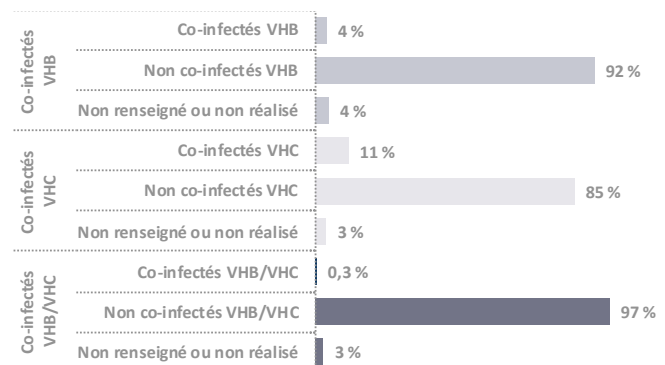
En 2017, le COREVIH s'était fixé comme objectif que l'intégralité des personnes co-infectées VIH et VHC ait été mise sous traitement anti-VHC avant la fin de l'année 2018 (objectif « zéro co-infection »). Il s'agissait à la fois d'un objectif individuel (guérison définitive) et d'un objectif de santé publique (supprimer la chaîne de transmission).

Parmi les patients co-infectés VIH/VHC, au total 24 % n'ont jamais reçu de traitement anti-VHC, en raison principalement d'une guérison spontanée. Parmi les personnes ayant initié un traitement en 2020, quatre patients (1 %) sont toujours en cours de traitement au 31/12/2020 et on ne peut statuer sur la guérison. Il reste néanmoins 26 personnes infectées par le VIH et porteuses d'une infection VHC active (ARN VHC positif) en Bretagne. Parmi celles-ci, 11 (soit 42 % de ceux qui ont aujourd'hui une infection active) n'ont jamais reçu aucun traitement, essentiellement par refus de la personne d'être traitée (figure 20).

On n'atteint donc pas le « zéro patient » non traité, mais on s'en approche !

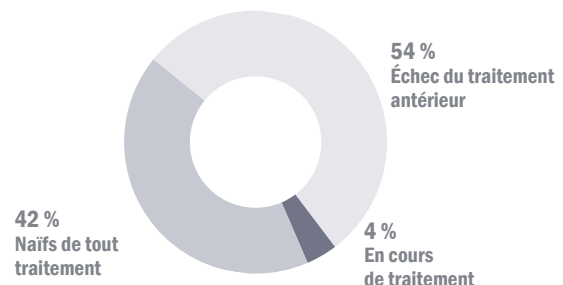
Il est important que les acteurs du COREVIH s'emploient à convaincre ces personnes des bienfaits du traitement, même si elles sont asymptomatiques aujourd'hui, et que toutes les personnes

19 Co-infections VHB et VHC dans la file active en Bretagne en 2020*



Source : COREVIH Bretagne - File active 2020, exploitation ORS Bretagne.
* Les cas « douteux » ont été cumulés avec les données non renseignées.

20 Statut thérapeutique des patients ayant une charge virale VHC détectable en 2020*



Source : COREVIH Bretagne - File active 2020, exploitation ORS Bretagne.
* Charge virale VHC détectable : ARN viral du VHC >15 copies/ml.

concernées puissent être guéries dans un avenir très proche. Un effort doit par ailleurs être réalisé pour améliorer le dépistage des personnes mono-infectées VHC, qui sont encore trop nombreuses à ne pas connaître leur statut en Bretagne.

Un patient est encore en cours de traitement avec un ARN VHC positif au dernier contrôle en 2020, et sera probablement guéri en 2021 ; 14 patients ayant un ARN VHC positif ont déjà été traités antérieurement (échec de traitement antérieur) et ne gardent pas, le plus souvent, un bon souvenir des combinaisons à base d'interféron et de ribavirine, hésitant parfois à se lancer dans une nouvelle cure thérapeutique. Il faudra, là aussi, s'employer à les convaincre au plus vite de la pertinence d'un traitement aujourd'hui beaucoup mieux toléré.

Enfin, comme en 2019, les données d'ARN viral ne sont toujours pas renseignées pour un peu moins de 10 % de la file active des patients ayant une sérologie VHC positive...

LES NOUVEAUX DÉPISTÉS

Les données issues de la notification obligatoire des découvertes de séropositivité au VIH sont présentées en pages 5 et 6.

Les nouveaux dépistés : plus jeunes avec une prédominance masculine plus marquée que dans l'ensemble de la file active

En 2020, dans les centres participant au recueil du COREVIH, au total 75 personnes (contre 94 en 2019) ont découvert leur séropositivité au VIH en Bretagne.

L'âge moyen est de 40,6 ans et l'âge médian de 39 ans, soit 14 ans en dessous de celui de la file active globale. Ce sont majoritairement des hommes (77 % pour 23 % de femmes), proportion supérieure à celle observée dans la file active globale. Les hommes ont été majoritairement infectés lors de rapports sexuels avec d'autres hommes (53 %, contre 59 % dans la totalité de la file active) et les femmes par rapports hétérosexuels (76 % contre 82 % dans la totalité de la file active). La part des modes d'infection inconnus est quatre fois plus élevée chez les nouveaux dépistés (15 %) que dans la file active globale (4 %). Ce phénomène est probablement lié au fait que le mode d'infection est parfois renseigné après plusieurs consultations. La proportion de personnes nées en Afrique subsaharienne est plus élevée (28 % contre 21 % dans la file active globale, particulièrement chez les femmes : 76 % des nouvelles dépistées.

Des prescriptions en conformité avec les recommandations du groupe d'experts

Pour les 91 patients ayant débuté leur premier traitement en 2020, les trithérapies à base d'inhibiteurs d'intégrases sont majoritaires, avec 67 % des prescriptions, suivies par les associations à base d'inhibiteurs de protéases, qui représentent 38 % et sont en forte baisse au cours des dernières années et s'acheminent probablement vers une disparition des traitements de 1ère ligne. Les trithérapies comportant un inhibiteur non nucléosidique et deux inhibiteurs nucléosidiques représentent 25 % des premiers traitements (figure 22).

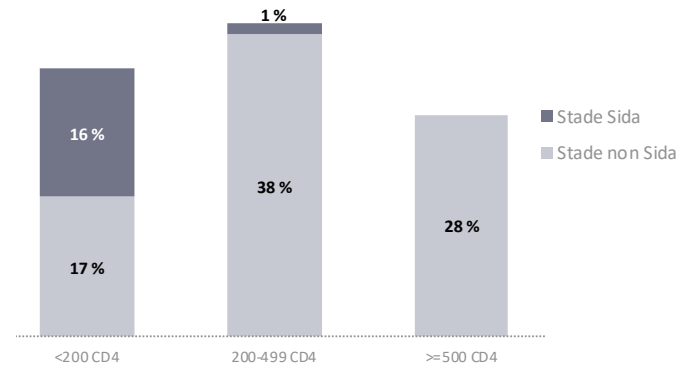
LE SUM PÉDIATRIQUE ET LES GROSSESSES

La taille des cohortes pédiatriques est en diminution constante du fait de la quasi-disparition de la transmission mère-enfant en France. L'adoption d'enfants connus VIH positif, ou l'arrivée sur les territoires d'enfants nés dans des pays d'endémie du VIH, devient une circonstance prédominante d'entrée dans la file active, aux dépens des transmissions verticales en France. Ainsi, en 2020, 13 enfants ont été suivis par les hôpitaux du COREVIH. La totalité des enfants (100 %) reçoit un traitement. Le niveau d'individualisation des traitements est élevé, puisque l'on dénombre au total neuf combinaisons différentes pour les 13 enfants sous traitement. Le taux de succès virologique (83 %, 10/12) est statistiquement comparable à celui que l'on retrouve chez les adultes (90 %). Toutefois, cette dernière donnée est à interpréter avec prudence en raison de la faiblesse des effectifs pris en compte.

Près d'un nouveau dépisté sur 4 l'est tardivement

Pour les nouveaux dépistés dont le niveau de CD4 est renseigné (69/75), 35 % (24/69) ont découvert leur infection tardivement parmi lesquels 17 % (12/69) ont atteint le stade sida et 33 % (23/69) présentent des CD4<200/mm³. Le dépistage précoce de l'infection par le VIH doit rester une priorité de travail du COREVIH (figure 21).

21 Niveau de CD4 chez les nouveaux dépistés (mm³) selon le stade clinique en Bretagne en 2020*



Source : COREVIH Bretagne - File active 2020, exploitation ORS Bretagne.
* Définition du stade tardif : Tout diagnostic au stade sida ou avec des CD4 inférieurs à 200/mm³.

22 Répartition des combinaisons utilisées lors de la première prescription d'antirétroviraux en 2020

	Nombre	%	
INHIBITEURS D'INTÉGRASES			
Bictégravir / emtricitabine / ténofovir	48	53 %	
Raltégravir avec emtricitabine / ténofovir	3	3 %	
Dolutégravir avec	emtricitabine / ténofovir	4	4 %
	abacavir / lamiduvine	4	4 %
	lamiduvine	2	2 %
INHIBITEURS DE PROTÉASES			
Darunavir/r avec	emtricitabine / ténofovir	6	7 %
	raltégravir / ténofovir	1	1 %
AUTRES			
Rilpivirine / emtricitabine / ténofovir	9	10 %	
Autres combinaisons	14	15 %	
TOTAL DES COMBINAISONS	91	100 %	

Source : COREVIH Bretagne - File active 2020, exploitation ORS Bretagne.

En 2020, 81 grossesses (dont certaines avaient été initiées en 2019) ont été suivies au COREVIH, celles-ci ont donné lieu à 39 accouchements (dont 1 naissance gémellaire). L'essentiel de ces femmes (37/39) avait une charge virale indétectable à l'accouchement. L'objectif d'une charge virale indétectable à l'accouchement est donc atteint pour 95 % des femmes. L'objectif de « 100 % de charges virales indétectables au moment de la conception », qui garantit l'absence de transmission mère-enfant, ne pourra être atteint qu'avec un renforcement de la politique de dépistage. Alors que le dépistage des femmes enceintes est globalement bien réalisé en France, le dépistage des conjoints est marginal. Certaines femmes dépistées négatives en début de grossesse peuvent ainsi s'infecter avec un conjoint séropositif non dépisté, d'autant plus qu'il existe une plus grande vulnérabilité au VIH en cours de grossesse et d'allaitement. Il est impératif d'intégrer le dépistage des conjoints dans les politiques de prise en charge des femmes enceintes.

Bilan d'activité des CeGIDD 2020

La Bretagne est dotée de neuf « Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles ». Ils ont totalisé en 2020, en moyenne hebdomadaire, 46 demi-journées d'ouverture (soit 187 heures/semaine). Depuis octobre 2020, le Conseil départemental ayant mis fin à sa délégation de compétences, les CeGIDD du Morbihan sont hospitaliers et au nombre de trois (deux sites principaux à Vannes et Lorient avec une antenne à Pontivy).

2020 : une année marquée par une forte baisse de l'activité de dépistage liée à la pandémie

Plus de 16 000 consultations ou informations de dépistage (contre environ 29 000 en 2019) ont été réalisées, dont 97 % de consultations médicales. Certains sites associent des activités supplémentaires qui viennent compléter la palette de l'offre : traitement post-exposition du VIH (TPE), Prévention Pré-Exposition (PrEP), conseil en contraception, sexologie...

Le public consultant est varié : plus de 1 000 hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) (contre plus de 1 400 en 2019, mais correspond à la baisse globale d'activité) ont consulté dans les centres ; une trentaine de personnes transgenres (deux fois plus par rapport à 2019) se sont rendus dans les CeGIDD bretons en 2020. On peut se féliciter que les CeGIDD aient accueilli 500 usagers de drogues (6 % de la file active des CeGIDD, proportion équivalente à celle de 2019), et qu'ils soient considérés comme un lieu d'accueil potentiel pour ces personnes victimes d'addictions.

Le public reste très jeune... En 2020, les deux tiers des hommes ont moins de 30 ans (65 % contre 60 % en 2019) et des femmes moins de 25 ans (67 % contre 61 % en 2019) ; 520 contre près de 700 mineurs ont été accueillis (une proportion en baisse : -23 % par rapport à 2019). Le nombre de consultants migrants a diminué : près de 240 migrants se sont rendus dans un CeGIDD en 2020 contre 530 en 2019. Les périodes de confinement et d'exclusion sociale de 2020 ont probablement fortement impacté cette population, qui s'est orientée vers d'autres priorités que la santé.

En 2020, l'activité de dépistage (hors TROD) a diminué globalement de -32 % : soit près de 34 000 sérologies ou tests PCR effectués contre plus de 50 000 en 2019. Cette baisse s'est traduite par un déficit d'environ 5 000 dépistages VIH : plus de 7 200 sérologies ont été réalisées (dont 11 se sont avérées des découvertes de séropositivité), soit une diminution de -39 %. L'activité de dépistage de la syphilis semble avoir moins pâti de la pandémie avec -13 % de tests (près de 4 700 dépistages en 2020 contre 5 400 en 2019), mais avec un nombre de nouveaux cas diagnostiqués en forte hausse (74 contre 51 en 2019). Celle des Chlamydias a baissé de -28 % (près de 6 300 contre 9 100 tests réalisés) avec, à l'instar de la syphilis, une augmentation des cas positifs (725 contre 694 en 2019). En 2020, l'activité de dépistage du gonocoque a aussi décliné de -31 % (près de 6 300 contre 9 100 tests réalisés en 2019, avec 167 positifs, un nombre plutôt stable par rapport à 2019 où 168 positifs étaient décomptés). Suivant la tendance globale, le dépistage des hépatites B ainsi que celui des hépatites C sont en baisse en 2020, respectivement -40 % et -36 %. Pour les premières, plus de 4 100 tests ont été décomptés en 2020 contre 7 700 en 2019, avec respectivement 26 contre 55 positifs en AgHBs et pour les secondes, plus de 3 800 contre 6 800 tests en 2019, 16 contre 36 cas dépistés en 2019.

La majorité des CeGIDD bretons (7 sites sur 9) ont organisé des activités « hors les murs » mais, en lien avec la pandémie (confinement, couvre-feux, etc.), le nombre d'actions a chuté : 49 interventions réalisées en 2020 avec près de 540 personnes concernées en 2020 contre plus de 230 actions ayant touché 3 850 personnes (dont près de 1 200 avec dépistage) en 2019. Les lieux d'intervention sont restés très diversifiés et orientés vers des publics ne fréquentant pas habituellement les CeGIDD « dans les murs » : foyers de jeunes travailleurs, lieux de rencontres extérieurs, saunas, restos du cœur, structures d'accueil de migrants, etc. En complémentarité des actions des CeGIDD, les associations (ENIPSE, AIDES) ont développé des offres dématérialisées, avec une veille sur les applications de rencontres, avec la possibilité d'envoi d'autotest pour le VIH.

L'activité de Prévention Pré-exposition et post exposition au VIH est difficile à mesurer au sein des CeGIDD, car distribuée de façon variable d'un site à l'autre entre CeGIDD et services hospitaliers. Entre le 1er janvier 2016 et le 30 juin 2021, 1 211 personnes ont débuté une PrEP en Bretagne (2,9% de la file active française).

Tous les CeGIDD bretons sont maintenant équipés d'une même base de données (Web-Suivi/Siloxane), qui facilite le suivi des personnes concernées et le recueil des données. Le fait que l'ensemble des données bretonne soit disponible dans une seule et même base facilite la transmission des données individuelles anonymisées à Santé Publique France, afin d'être agrégées et exploitées au niveau national.

En 2021, le personnel de tous les CeGIDD bretons et les acteurs de la santé sexuelle avec lesquels ils travaillent bénéficieront d'une formation à la santé sexuelle (4 jours complets sur un an) qui permettra non seulement d'améliorer les compétences et les connaissances, mais également d'instaurer une culture commune autour de la santé sexuelle en Bretagne.

Le budget global des CeGIDD bretons atteint presque 2 165 000 €. Les deux principaux postes de dépenses restent les frais de personnels (935 000 €) et ceux de biologie (près de 625 000 € pour la totalité des sites).

Dr Cédric ARVIEUX.
Président du COREVIH Bretagne.

2.3 Dépistages dans les CeGIDD en 2020

	Dépistages réalisés		Dépistages positifs	
	Nombre	Dont % d'hommes	Nombre	Taux pour 1 000 tests
Infections à VIH	7 233	62 %	11	1,5
Chlamydioses	6 749	57 %	725	107,4
Gonococcies	6 282	60 %	167	26,6
Hépatite B	4 655	66 %	26	5,6
Hépatite C	4 347	63 %	16	3,7
Syphilis	4 687	67 %	74	15,8

Source : Rapports d'activité des CeGIDD - 2020, exploitation ORS Bretagne.

¹ Groupement d'Intérêt Scientifique EPI-PHARE, suivi de l'utilisation de Truvada® ou génériques pour une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS) - Actualisation des données au 30 juin 2021, décembre 2021.

LES HÉPATITES B ET C

ACTIVITÉ DE DÉPISTAGE DANS LES LABORATOIRES PRIVÉS À PARTIR DES DONNÉES DU SNDS

Les données nationales de surveillance de l'hépatite B et C, rapportées par les dernières estimations issues de l'enquête LaboHep 2016, dénombrèrent plus de 135 000 porteurs chroniques de l'hépatite B dont 80 % l'ignorent et près de 133 000 porteurs chroniques C dont 20 % l'ignorent. Les hépatites restent des maladies silencieuses encore trop souvent méconnues et ignorées dont les répercussions sanitaires et sociales au niveau individuel et collectif sont majeures.

Dans ce contexte et afin d'atteindre l'objectif mondial pour l'élimination des hépatites B et C à l'horizon 2030, il convient de renforcer le dépistage pour que les personnes qui ignorent leur infection soient diagnostiquées et, par la suite, bénéficient d'un traitement curatif (pour le VHC) ou dans la durée (pour le VHB). En l'absence de résultats plus récents de l'enquête LaboHep, les données relatives à l'activité de dépistage présentées sous Géodes¹ sont restituées.

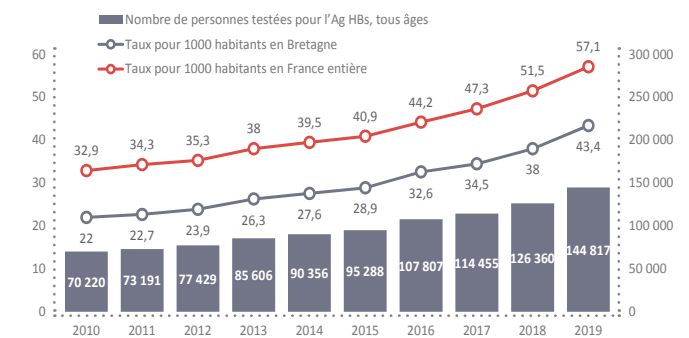
L'HÉPATITE B

La Bretagne au 5^e rang des régions de métropole qui dépiste le moins l'hépatite B

En 2019, près de 145 000 personnes ont réalisé un test de dépistage de l'hépatite B remboursé par l'Assurance maladie en Bretagne, soit un taux de dépistage de 43,4 pour 1 000 habitants ce qui positionne la région au 5^{ème} rang des régions de France métropolitaine de plus faible recours.

L'activité de dépistage de l'hépatite B a été multipliée par deux depuis 2010, date à laquelle où le taux atteignait de 22 pour 1 000 habitants. Sur l'ensemble de la période, l'augmentation du taux a été plus importante en Bretagne +97 % contre +74 % en France. Malgré cette hausse plus importante, la Bretagne reste parmi les régions métropolitaines où l'on dépiste le moins l'hépatite B (figure 24).

24 Évolution du nombre de personnes dépistées pour Ag HBs et des taux pour 1 000 habitants en Bretagne et en France, 2010-2019 (données tous régimes)



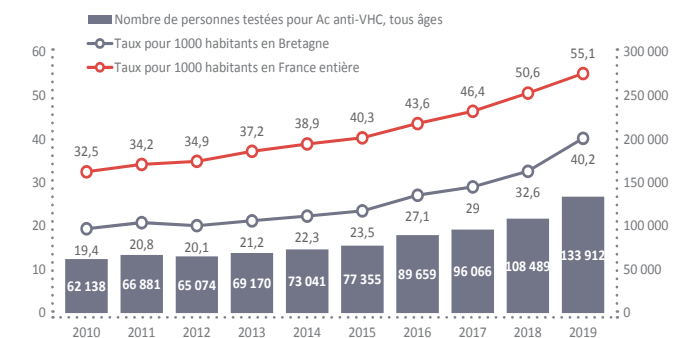
Source : Santé Publique France – SNDS, exploitation ORS Bretagne.

L'HÉPATITE C

Des dépistages de l'hépatite C moins fréquents en Bretagne

En 2019, en Bretagne, près de 134 000 personnes ont effectué un test de dépistage de l'hépatite C remboursé par l'Assurance maladie dans un laboratoire privé de biologie médicale, soit un taux de dépistage de 40,2 pour 1 000 habitants nettement inférieur à celui mesuré en France (55,1 pour 1 000 habitants) ce qui place la Bretagne au 4^{ème} rang des régions métropolitaines qui dépistent le moins l'hépatite C. L'activité de dépistage de l'hépatite C a peu varié jusqu'en 2012, année à partir de laquelle le taux a commencé à s'accroître progressivement jusqu'en 2015 (année de la mise en place des RCP). Puis, l'accroissement s'est accéléré à compter de 2016 jusqu'en 2019, année marquée par une augmentation plus importante du nombre et du taux de personnes dépistées Ac anti-VHC en Bretagne (+23 % par rapport à 2018) qu'en France (+9 %) (figure 25).

25 Évolution du nombre de personnes dépistées pour Ac anti-VHC et des taux pour 1 000 habitants en Bretagne et en France, 2010-2019 (données tous régimes)



Source : Santé Publique France – SNDS, exploitation ORS Bretagne.

FOCUS SUR LES PATIENTS TRAITÉS POUR HÉPATITE C : données actualisées pour l'année 2020



Au total, 2 500 patients suivis en RCP* par le Réseau Hépatite Bretagne entre 2014 et 2019



En 2020, 230 patients bretons ont eu au moins un remboursement pour un traitement par un AAD majoritairement délivré en officine de ville**

*Réunion de concertation pluridisciplinaire.
**Antiviral à action directe.

>> Pour en savoir plus : ORS Bretagne, Tableau de bord sur l'Hépatite C en Bretagne, octobre 2020.

HÉPATITE C EN BRETAGNE

Le contexte

Avec l'arrivée récente des traitements de l'hépatite C, grâce à la mise sur le marché depuis le 1^{er} 2013 des nouvelles générations d'antiviraux à action directe (AAD) et progressivement l'élargissement de l'accès à ces nouvelles thérapeutiques à l'ensemble des porteurs chroniques de VHC, l'hépatite C est devenue la première maladie chronique que l'on peut guérir.

C'est dans ce contexte qu'en 2014, l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) a publié ses recommandations pour l'élimination des hépatites B et C à l'horizon 2030. Au niveau national, des objectifs convergents de travail ont été fixés dans la Stratégie nationale de Santé Publique de l'État (France) et les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), de l'Association Française pour l'Étude du Foie (AFEF)... Ces objectifs ont aussi été déclinés en Bretagne dans la Plan Régional de Santé Publique (PRSS) et le Contrat Pluridisciplinaire d'Objectifs et de Moyens (CPOM) de l'ARS.

Par ailleurs, en référence au Plan Santé Prévention, le réseau breton hépatite a initié le développement de l'accès aux traitements de l'hépatite C dans les 2017-2018. Une stratégie qui a consisté à la fois de mettre en œuvre des parcours adaptés de formes non compliquées de l'hépatite C et à faire de la continuité, grâce à l'ouverture de la prescription de tous médicaments AAD à l'ensemble des médecins (notamment aux médecins généralistes).

Quels objectifs ?

L'objectif majeur de la région Bretagne est donc, de dépister les personnes qui ignorent leur séropositivité pour le VHC et de garantir le traitement de ces personnes, pour permettre une prise en charge rapide et éliminer les réserves de personnes séropositives de la région. En effet, l'hépatite C est une maladie silencieuse et entraîne des complications devenues mortelles au premier stade de l'infection chez nos diagnostics.

Quels objectifs ?

L'objectif majeur de la région Bretagne est donc, de dépister les personnes qui ignorent leur séropositivité pour le VHC et de garantir le traitement de ces personnes, pour permettre une prise en charge rapide et éliminer les réserves de personnes séropositives de la région. En effet, l'hépatite C est une maladie silencieuse et entraîne des complications devenues mortelles au premier stade de l'infection chez nos diagnostics.

¹ L'observatoire cartographique de Santé publique France, cliquer sur le lien suivant pour accéder à [Géodes](#).

SURVEILLANCE DES IST BACTÉRIENNES

ACTIVITÉ DE DÉPISTAGE DANS LES LABORATOIRES PRIVÉS À PARTIR DES DONNÉES DU SNDS

En l'absence de résultats de l'enquête LaboIST, seules les données issues du Système National des Données de Santé (SNDS) sont présentées. Ces dernières basées sur les remboursements de soins de l'assurance maladie, permettent la surveillance de l'activité de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis, de la syphilis et de la gonococcie en médecine de ville. Les données sont issues de Géodes¹ pour la période 2010-2018 et fournies par la Cellule Bretagne de Santé publique France pour les années 2019 et 2020.

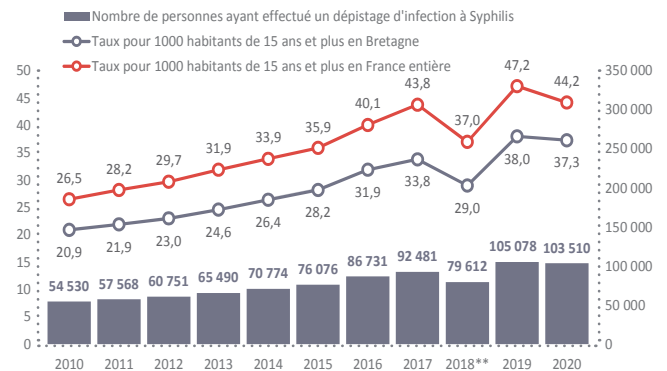
En l'absence de résultats de l'enquête LaboIST, seules les données issues du Système National des Données de Santé (SNDS) sont présentées. Ces dernières basées sur les remboursements de soins de l'assurance maladie, permettent la surveillance de l'activité de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis, de la syphilis et de la gonococcie en médecine de ville. Les données sont issues de Géodes¹ pour la période 2010-2018 et fournies par la Cellule Bretagne de Santé publique France pour les années 2019 et 2020.

INFECTIONS À SYPHILIS

Des dépistages de la syphilis moins fréquents en Bretagne, au 7^e rang des régions métropolitaines de plus faible taux

En 2020, en Bretagne, le taux de dépistage de la syphilis est de 37,3 pour 1 000 habitants de 15 ans et plus contre 44,2 en France, soit un taux inférieur de -16 % à la moyenne nationale. La Bretagne se classe au 7^e rang des treize régions métropolitaines de plus faible taux. À l'exception de l'année 2018 pour laquelle les données sont incomplètes, les dépistages de la syphilis ont augmenté fortement jusqu'en 2019. L'année 2020 marque un arrêt de la croissance en Bretagne avec un taux plutôt stable et, à l'inverse en baisse au niveau national (figure 26).

26 Évolution du nombre de personnes dépistées pour infection à syphilis* et des taux pour 1 000 habitants de 15 ans et plus en Bretagne et en France, 2010-2020 (données tous régimes)



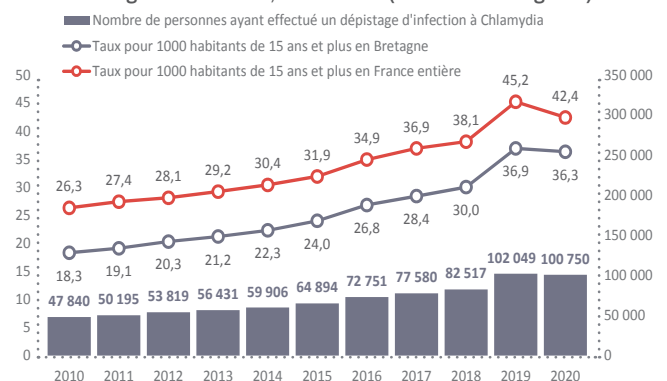
Source : Santé Publique France, données SNDS - laboratoires de ville et établissements de soins privés, exploitation ORS Bretagne.
*non compris les tests réalisés gratuitement.
**données syphilis incomplètes pour le 3^e trimestre 2018.

INFECTIONS À CHLAMYDIA TRACHOMATIS

La Bretagne au 5^e rang des régions de métropole qui dépistent le moins les infections à Chlamydia

Avec un taux de 36,3 dépistages d'infections à chlamydia trachomatis pour 1 000 habitants de 15 ans et plus en 2020, la Bretagne se place au 5^e rang des régions métropolitaines de plus faible recours au dépistage. Après la progression du taux, observée entre 2010 et 2019, l'année 2020 se caractérise par une relative stabilité du taux qui reste nettement inférieur à celui observé au niveau national (-14 %) (figure 27).

27 Évolution du nombre de personnes dépistées de 15 ans et plus pour infection à Chlamydia trachomatis* et des taux pour 1 000 habitants en Bretagne et en France, 2010-2020 (données tous régimes)



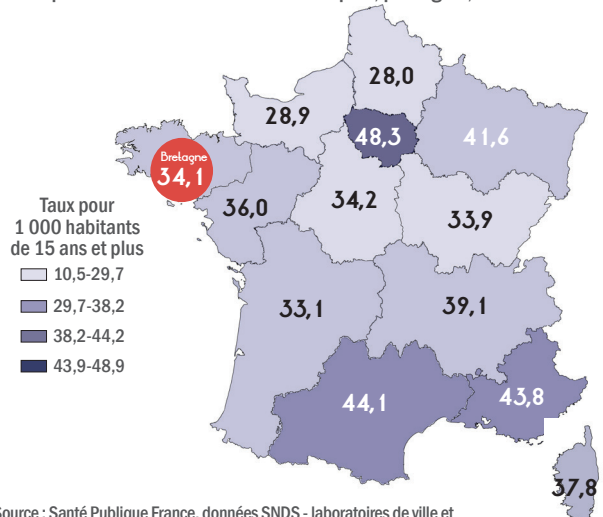
Source : Santé Publique France, données SNDS - laboratoires de ville et établissements de soins privés, exploitation ORS Bretagne.
*non compris les tests réalisés gratuitement.

INFECTIONS À GONOCOQUE

La Bretagne au 5^e rang des régions de métropole qui dépistent le moins les infections à gonocoque

Les données régionales de dépistage des infections à gonocoques sont disponibles depuis 2018. Sur la période récente 2018-2019, l'activité de dépistage était en une forte augmentation (+50 % en Bretagne). Cette tendance ne s'est pas poursuivie en 2020 en Bretagne où le taux de dépistage des infections à gonocoque est resté stable à 34,1 pour 1 000 habitants de 15 ans et plus contre 38,9 en France, soit un taux inférieur de -10 % au niveau national ce qui positionne la région au 5^e rang de celles qui dépistent le moins les gonococcies (figure 28).

28 Nombre de personnes dépistées pour une infection à gonocoque* pour 1 000 habitants de 15 ans et plus, par région, 2020



Source : Santé Publique France, données SNDS - laboratoires de ville et établissements de soins privés, exploitation ORS Bretagne.
*non compris les tests réalisés gratuitement.

¹ L'observatoire cartographique de Santé publique France, cliquer sur le lien suivant pour accéder à [Géodes](#).

UTILISATION DE LA PREP AU VIH EN CHIFFRES...

Suivi de l'utilisation de l'association ténofovir-emtricitabine à partir des données du SNDS

Le Groupement d'Intérêt Scientifique (GIS) EPI-PHARE a publié, le 29 novembre 2021, une étude sur le suivi de l'évolution de l'exposition des personnes traitées par ténofovir-emtricitabine pour une PrEP du VIH à partir des bases du Système National des Données de Santé (SNDS). Cette étude a actualisé les chiffres, précédemment exploités par l'ANSM, depuis le début de la prise en charge de ténofovir-emtricitabine dans le cadre de la PrEP du VIH.

Une reprise des initiations de PrEP depuis le second semestre 2020...

En Bretagne, plus de 1 200 bretons ont bénéficié d'une 1^{ère} prescription PrEP entre le 1^{er} janvier 2016 et le 30 juin 2021, soit 2,9 % de l'ensemble des initiations de traitement par l'association ténofovir-emtricitabine (TDF/FTC) en France (n = 42 159). Plus des deux tiers (69 %) de ces délivrances ont eu lieu à partir du 1^{er} semestre 2019 en Bretagne. Par ailleurs, elles sont variables selon le département de résidence des patients : l'Ille-et-Vilaine et le Finistère concentrant les trois quarts (72 %) des initiations de PrEP dans la région sur l'ensemble de la période (figure 29).

... qui s'accompagnent d'une forte progression des renouvellements

En Bretagne comme en France, l'ensemble des utilisateurs de PrEP (en initiation ou en renouvellement) a augmenté continûment tous les semestres entre 2016 et 2021 (figure 30).

Cependant, après s'être accrues progressivement, les initiations se sont stabilisées en 2019 avant d'afficher une baisse importante au cours du 1^{er} semestre 2020, tendance qui ne s'est pas confirmée au cours du second semestre 2020 où elles sont reparties à la hausse. En parallèle, à l'exception du ralentissement observé au premier semestre 2020, la part des utilisateurs en renouvellement a continué à progresser fortement sur l'ensemble de la période étudiée (figure 30).

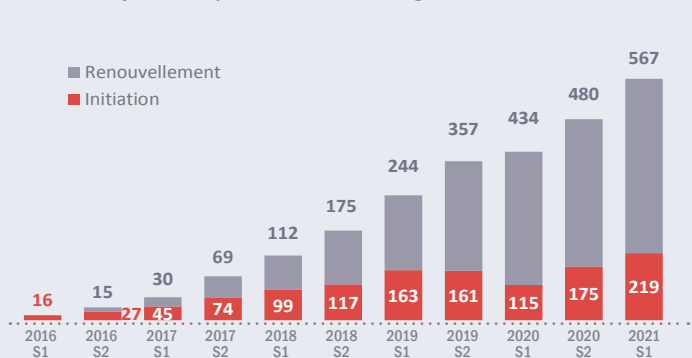
Depuis 2018, les traitements PrEP concernent, davantage de personnes en renouvellement qu'en initiation. Sur le dernier semestre, 7 utilisateurs sur 10 (72 %) concernent des personnes en renouvellement. Ce dernier résultat suggère un bon niveau de maintien du traitement après son initiation.

¹ Au cours d'un semestre, les utilisateurs de PrEP regroupent d'une part, les personnes initiant les traitements au cours du semestre, et d'autre part, les personnes pour lesquelles le traitement, initié précédemment, est renouvelé au cours du semestre.

29 Nombre de personnes ayant initié un traitement par ténofovir-emtricitabine pour une PrEP entre le 1^{er} janvier 2016 et le 30 juin 2021 en Bretagne

Département de résidence	Total période 2016 S1 à 2021 S1	% / Total Bretagne
22-Côtes-d'Armor	148	12,2 %
29-Finistère	418	34,5 %
35-Ille-et-Vilaine	464	38,3 %
56-Morbihan	181	14,9 %
Bretagne	1 211	100,0 %

Source : EPI-PHARE - Données au 30 juin 2021, exploitation ORS Bretagne.

30 Nombre total d'utilisateurs (initiation ou renouvellement) entre le 1^{er} janvier 2016 et le 30 juin 2021, par semestre, en Bretagne

Source : EPI-PHARE - Données au 30 juin 2021, exploitation ORS Bretagne.

RÉFÉRENCES

- Billioti de Gage S, Le Tri T, Dray-Spira R, GIS EPI-PHARE. Suivi de l'utilisation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH - Étude à partir des données du SNDS - Actualisation des données jusqu'au 30 juin 2021. 29 novembre 2021.

<https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/prep-vih-2021/>

« PRÉVENTION & DÉPISTAGE » : données complémentaires

▪ Vente des autotests de dépistage de l'infection par le VIH :

Les autotests sont en vente en pharmacie sous ordonnance depuis septembre 2015. Au cours de l'année 2020, en Bretagne, 1 950 ont été vendus : il n'y a pas eu de report en 2020 de la baisse du dépistage sur les autotests, ni au niveau national ni en région Bretagne.

▪ Vente de préservatifs masculins :

En 2020, en Bretagne, 1 036 556 préservatifs masculins ont été vendus en pharmacie et 4 261 100 en grande distribution (ventes en ligne, en parapharmacie et supermarchés à dominante marque propre non comptabilisées) contre 5 314 435 en 2019. Par ailleurs, Santé publique France, l'Agence régionale de santé (ARS) Bretagne, le COREVIH et les Conseils Départementaux mettent également à disposition gratuitement des préservatifs pour l'ensemble des acteurs régionaux de la prévention (CeGIDD, associations, ...).

▪ Utilisation de la PrEP : Depuis 2017, EPI-PHARE réalise le suivi annuel de l'évolution de l'utilisation de Truvada® ou génériques pour une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS).

Les données nationales et régionales actualisées au 30 juin 2021 sont publiées à l'occasion de la journée mondiale du Sida et disponibles au téléchargement sur le site d'EPI-PHARE. Les données régionales de l'année en cours sont présentées dans l'encart précédent.

Sources : Santé publique France et EPI-PHARE.

SEMAINES SANTÉ SEXUELLE EN BRETAGNE : 2ÈME ÉDITION DU 15 NOVEMBRE AU 15 DÉCEMBRE 2021



Une bonne santé sexuelle est un élément essentiel de la qualité de vie. Le comité de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) organise quatre « Semaines de la santé sexuelle », une dans chaque département breton, entre le 15 novembre et le 15 décembre 2021. Ces semaines sont destinées à sensibiliser le public aux questions de la santé sexuelle, dans toutes ses dimensions.

>> Retrouver toutes les informations (programme, manifestations, ...) dans le [dossier de presse](#).

Intégrée à ces manifestations, une campagne de dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et des hépatites virales est mise en place en partenariat avec l'Agence Régionale de Santé Bretagne et Santé Publique France.

ACTIONS 2021

« Recevoir un autotest VIH à domicile »

Du 15 novembre au 15 décembre 2021, toute personne peut recevoir chez elle, gratuitement, un autotest VIH pour connaître son statut sérologique en remplissant un formulaire de demande à l'adresse suivante : <http://corevih-bretagne.fr/actualites/commande-aototest-vih.asp>.

Le kit d'envoi est composé de :

- un autotest VIH BIOSYNEX.
- un préservatif externe à l'effigie des semaines de santé sexuelle (forme capsule).
- un flyer « semaines de santé sexuelle » avec des informations sur le TPE, la PrEP ainsi que sur toutes les modalités de dépistage.



Une fois le kit envoyé par la poste, un mail sera adressé à chaque personne ayant fait la demande d'un kit pour confirmation de la bonne réception et avec un lien pour l'évaluation.

La campagne a fait l'objet d'une **communication via les acteurs** de la région auprès de leurs publics et sur nos réseaux sociaux.

>> OBJECTIFS DE LA SEMAINE DE SANTÉ SEXUELLE

- > **SENSIBILISER** le public aux questions de Santé sexuelle.
- > **INFORMER** sur les différentes approches de la Santé sexuelle.
- > **RASSEMBLER** à la lueur de cette mobilisation, acteurs et spectateurs des manifestations, professionnels et usagers de la Santé sexuelle.
- > **AIDER** au développement de réseaux de solidarité, de réflexion et de soins en Santé sexuelle.
- > **FAIRE CONNAÎTRE** les lieux, les moyens et les personnes pouvant apporter un soutien ou une information de proximité
- > **RENFORCER** la prévention et le dépistage des IST et renforcer les stratégies de vaccination.

BILAN 2020 de la semaine du dépistage

La crise sanitaire liée à la COVID-19 a entraîné un ralentissement des actions de dépistage des IST en France. Une diminution des prises de risque est rapportée lors de la période de confinement, mais dans un système sanitaire encore très occupé par la COVID-19, la reprise des liens sociaux ne s'est pas immédiatement associée à une reprise des activités de dépistage et de prévention.

Le COREVIH et l'Agence Régionale de Santé Bretagne ont souhaité fédérer les acteurs du dépistage breton en coordonnant une semaine du dépistage centré sur une reprise de contact avec les publics éloignés du soin et de la prévention au plus fort de la crise. Les acteurs du dépistage du VIH, des infections sexuellement transmissibles et des hépatites de Bretagne se sont mobilisés massivement du 22 septembre au 1er octobre 2020 pour favoriser le dépistage et lutter contre ces infections.

>> RÉSULTATS 2020 :

Une campagne de communication uniquement « **dématérialisée** » (pas d'impression d'affiches, cartes postales, etc.) reposant sur :

- **57 acteurs** représentant **11 structures** (6 associations et 5 CeGIDD) ont réalisé **20 actions** qui ont touché **131 personnes** dont 42 dépistés.
- **Sites internet** du COREVIH, des Associations et des établissements hospitaliers bretons).
- **Réseaux sociaux** (Twitter et Facebook) du COREVIH et des Associations
- Création du visuel avec le concours du PCESS (à partir du modèle de l'ARS Île-de-France).

Hadija CHANVRIL

Coordinatrice du COREVIH Bretagne.

SERVICE SANITAIRE des étudiants en santé

Le service sanitaire s'adresse à tous les étudiants en santé et poursuit l'objectif de les familiariser avec les enjeux de prévention en santé dans tous les milieux et tout au long de la vie. Il répond aux enjeux de santé publique de promotion des comportements favorables à la santé et contribue à la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé. Il permet la formation des futurs professionnels de santé et renforce leur sensibilisation à ces enjeux en assurant leur maîtrise des connaissances et compétences nécessaires. Il favorise enfin l'inter-professionnalité et l'interdisciplinarité des étudiants en santé. Les actions menées dans le cadre du service sanitaire privilégient les thématiques relevant d'enjeux prioritaires de prévention en santé et notamment l'alimentation, l'activité physique, les addictions, la santé mentale et la santé sexuelle.

La thématique de la santé sexuelle a été développée par 6% des étudiants sur l'année 2019-2020 et 22% sur l'année 2020-2021 :

	2019/2020	2020/2021	% d'étudiants ayant réalisés des actions sur la thématique de la santé sexuelle sur les deux dernières années par formations
▪ Infirmiers	5%	10%	
▪ Maïeutiques	100%	100%	
▪ Masso-Kinésithérapie	12%	11%	
▪ Médicales	0%	100%	
▪ Pharmaceutiques	6%	6%	

Anthony LE BOT et Béatrice TANCRAÏ.

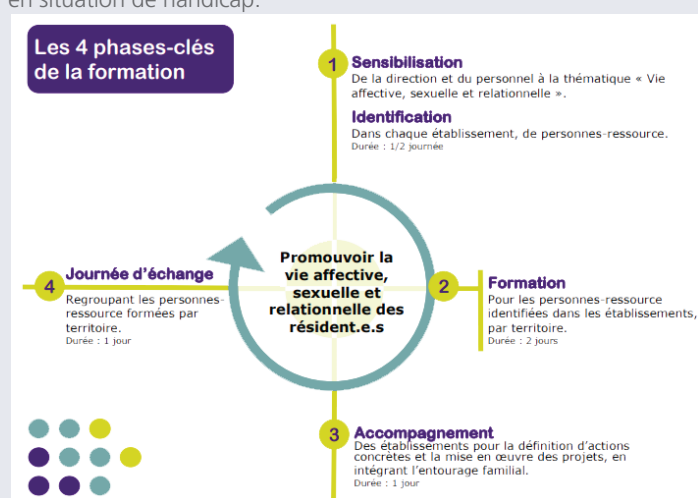
ARS Bretagne.

>> Pour en savoir plus : Télécharger le [Mode d'emploi du Service sanitaire des étudiants en santé](#)

SANTÉ SEXUELLE & HANDICAP : « ACTION : FORMER LES PROFESSIONNELS »

Bien que la dimension affective et sexuelle de l'accompagnement des personnes en situation de handicap soit de mieux en mieux prise en compte, des disparités importantes sont constatées entre les structures et les professionnel(le)s dans les réponses apportées aux questionnements et problématiques. Les professionnels de terrain sont le plus souvent démunis et abordent la vie affective, relationnelle et sexuelle des personnes en situation de handicap lorsqu'ils sont confrontés à un problème.

Ce constat est renforcé par le bilan des signalements reçu à l'ARS Bretagne en 2015. Plus de 50 % des signalements des structures pour personnes en situation de handicap enfants et adolescents concernent des actes de maltraitance ou de violence portant sur la sexualité. Ce chiffre est de 25 % dans les établissements pour adultes en situation de handicap.



Aussi, dans le cadre de son projet régional de santé 2018-2022 et de son programme qualité, l'ARS Bretagne a souhaité promouvoir la santé affective, relationnelle et sexuelle, dans une approche globale en proposant depuis 2019 une offre de formation adaptée sur l'ensemble de la région auprès des établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap. Cette formation doit permettre à toutes les personnes accueillies dans ces établissements, d'accéder à une vie affective, sexuelle et relationnelle qui soit sécuritaire et respectueuse d'elles-mêmes et d'autrui.

Afin de dispenser ces formations jusqu'au 30 juin 2022, trois prestataires ont été retenus pour assurer une couverture territoriale large : Le Planning Familial 35 pour l'Ille-et-Vilaine, le CREAI de Bretagne pour le Morbihan et les Côtes d'Armor puis ASKORIA pour le Finistère.

L'objectif général est de promouvoir la santé affective, relationnelle et sexuelle, dans tous les établissements hébergeant des personnes en situation de handicap en lien avec les professionnels, l'entourage familial et les résidents. Un bilan régional sera réalisé et diffusé à l'issue du programme de formation soit au 2nd semestre 2022.

Anais PICARD.
ARS Bretagne.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter les personnes en charge du dossier au sein de l'ARS Bretagne, à l'adresse suivante : ars-bretagne-qualite@ars.sante.fr

EXPÉRIMENTATION DU GUICHET UNIQUE EN CSAPA : DU REPÉRAGE, À LA GUÉRISON ET LA RÉDUCTION DES RISQUES

La lutte contre l'hépatite C est une priorité de santé publique ; les personnes consommatrices de substances psychoactives suivies en CSAPA et en CAARUD ont une prévalence de la contamination par le VHC près de 100 fois supérieure à celle de la population générale.

La disponibilité de méthodes de dépistage et de traitement efficaces bien tolérées, constitue un contexte favorable pour améliorer la situation. Selon le rapport Dhumeaux, la mise en place au sein du CSAPA, de l'ensemble du parcours du patient (dépistage, consultation hépatologue, traitement, suivi) favorise l'adhésion du patient à la démarche.

En Bretagne, l'ARS a souhaité l'expérimentation de « guichet unique » dans 5 CSAPA volontaires (Lorient, Quimperlé, Lannion, Saint-Brieuc, Ploërmel). Un état des lieux des fibroscan a été réalisé par le Centre Expert Hépatites, puis le CSAPA de Lorient a accompagné les équipes sur la mise en place opérationnelle du guichet unique pendant 1 an. Suite à l'évaluation menée par l'ANPAA, le cahier des charges initial a été adapté pour une deuxième phase d'expérimentation par les 5 CSAPA volontaires et les CSAPA de Rennes et de Brest.

Concrètement, un TROD VHC est proposé systématiquement à tout nouveau patient à risque, et au moins une fois dans son parcours de soins aux patients déjà suivis. Une formation TROD, adaptée à cet objectif a été proposée à l'ensemble des Ide des CSAPA, cet acte ayant vocation à être intégré dans la prise en charge des patients. Selon les résultats, un fibroscan est réalisé par un infirmier formé, un bilan plus complet est réalisé et une consultation d'hépatologie au sein du CSAPA permet d'interpréter les résultats et de mettre en route un traitement si besoin. L'infirmier du CSAPA assure le suivi du parcours du patient, et des ateliers d'éducation thérapeutique visant à la réduction des risques de (re)contamination.

Au-delà de l'hépatite C, le guichet unique a amélioré la perception de leur santé par les patients et remobilisé les professionnels, en particulier sur la santé somatique. L'objectif est désormais de généraliser la démarche à l'ensemble des CSAPA, des CAARUD et des unités sanitaires en milieu pénitentiaire. Au-delà de l'hépatite C, le guichet unique permet également de repérer les autres contaminations virales et plus largement les hépatopathies fréquentes dans ces populations.

Dr Florence TUAL et Dr Anne LE FÈVRE.
ARS Bretagne.

POUR EN SAVOIR PLUS

>> VEILLE DOCUMENTAIRE :

- BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE - SÉROPOSITIVITÉ AU VIH : DIAGNOSTIC, PRÉVENTION ET VÉCU AU TEMPS DE LA COVID-19, 30 novembre 2021, n°20-21 : [télécharger le BEH](#)
- BULLETIN DE SANTÉ PUBLIQUE - ÉDITION NATIONALE. SURVEILLANCE DU VIH ET DES IST BACTÉRIENNES. Décembre 2021 : [télécharger le bulletin](#)
- BILLIOTI DE GAGES, LE TRIT, DRAY-SPIRER, GIS EPI-PHARE. - SUIVI DE LA PROPHYLAXIE PRÉ-EXPOSITION (PREP) AU VIH - ÉTUDE À PARTIR DES DONNÉES DU SNDS, 29 novembre 2021 : [télécharger le rapport](#)
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ : RÉPONSES RAPIDES DANS LE CADRE DE LA COVID-19 - PROPHYLAXIE (PREP) DU VIH PAR TÉNOFOVIR DISOPROXIL / EMTRICITABINE DANS LE CADRE DE L'URGENCE SANITAIRE : [télécharger les nouvelles recommandations](#)
- CONSEIL NATIONAL DU SIDA ET DES HÉPATITES VIRALES, « LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA : UNE DÉMARCHÉ, DES SAVOIRS ET DES PRATIQUES POUR SERVIR AUX ENJEUX DU PRÉSENT » : [télécharger l'Avis](#)
- SANTÉ PUBLIQUE FRANCE - ABORDER LA SEXUALITÉ ET LA SANTÉ SEXUELLE AVEC LES PERSONNES MIGRANTES, REPÈRES POUR VOTRE PRATIQUE, Édition web du 21 mai 2021 : [consulter le document](#)

>> LIENS UTILES :

- SANTÉ PUBLIQUE FRANCE : [accéder au site](#)
 - SURVEILLANCE ET PRÉVENTION : [VIH/sida](#) | [Syphilis](#) | [Gonococcie](#) | [Chlamydiae](#) | [Santé sexuelle](#)
 - DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES PAR PUBLIC (tout public, jeunes, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, migrants) : retrouver tous les dispositifs [en cliquant ici](#)
 - OBSERVATOIRE CARTOGRAPHIQUE – GÉODES : Toutes les données régionales et nationales de la surveillance épidémiologique du VIH-Sida et des hépatites virales en France : [cliquez ici](#)
- SIDA INFO SERVICE : [accéder au site](#)
- HÉPATITES INFO SERVICE : [accéder au site](#)
- ONUSIDA : [accéder au site](#)



Décembre 2021

surveillance
VIH
SIDA
EN BRETAGNE
2020