

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

## SOMMAIRE

Édito p.1 Points clés p.1 Surveillance des découvertes d'infection à VIH p.2 Surveillance des cas de Sida p.4 Dépistage du VIH p.4 e-DO p.5 Surveillance des cas de gonococcie p.6 Surveillance des cas de syphilis récente p.7 Prévention p.8 Pour en savoir plus, remerciements et contacts p.10

## ÉDITO

### Un taux élevé de découvertes de séropositivité VIH, une population africaine particulièrement touchée dans la région Centre Val de Loire.

La surveillance et l'analyse de l'épidémiologie du VIH et des IST est fondamentale dans l'amélioration de la prévention et du dépistage.

En 2016, la région Centre-Val-de-Loire avait le taux de découvertes de séropositivité le plus élevé en métropole après l'Île-de-France. Depuis 2011, le taux de découvertes augmente et reste supérieur chaque année au taux de la métropole (hors Ile de France). Deux hypothèses peuvent expliquer ce taux inattendu : un ciblage particulièrement efficace des sérologies réalisées ou au contraire une épidémie particulièrement importante. En collaboration avec le COREVIH, Santé Publique France et l'Inserm, des travaux sont menés pour interpréter au mieux ces chiffres régionaux.

En 2017, plus des 2/3 (69%) des patients nouvellement dépistés sont nés en Afrique Sub-saharienne. Ce chiffre nettement supérieur à la période 2012-2016 (38%) est également très important à surveiller. Des actions de prévention et de dépistage auprès des populations migrantes sont à poursuivre, en s'appuyant notamment sur les relais communautaires et associatifs. Les HSH (hommes ayant des rapports avec les hommes) sont particulièrement touchés (45% des nouveaux cas) et en grande partie nés en France. Les chiffres encourageants sont l'augmentation de la proportion d'infection récente (22% à 31%) et la diminution des dépistages tardifs (34% à 24%) entre 2012-2016 et 2017. Cela témoigne probablement d'une diminution du délai infection-dépistage limitant ainsi les infections et les transmissions.

La disparition de la version papier de la déclaration obligatoire de découverte de séropositivité a eu un impact majeur sur le nombre de déclarations dans la région notamment chez les cliniciens. Pour les cliniciens, la e-DO nécessite la collaboration avec les services informatiques hospitaliers, un lecteur de carte CPS, et bien sûr, la carte et les codes personnels. Ces étapes sont particulièrement difficiles à franchir en pratique. La simplification de la procédure, la possibilité de délégation et les précisions quant aux nouvelles missions du COREVIH devraient permettre une amélioration du nombre de déclaration.

La création des CeGIDD et l'arrivée de la PrEP en 2016 bouleversent l'épidémiologie des IST dans la région et rend difficile l'interprétation des déclarations. Plus d'un cas sur 2 des gonococcies et 93% des cas de syphilis concernent des HSH. Le nombre de personnes sous PrEP est en augmentation constante depuis 2016 dans la région. Un des enjeux futurs est de mieux connaître et comprendre l'épidémiologie des IST notamment chez les PrEPeurs.

Poursuivre les efforts de dépistage et de prévention passe par une meilleure compréhension de la dynamique épidémique et l'appropriation par le public des nouveaux outils de prévention (PrEP, autotests).

Dr Guillaume GRAS Président du COREVIH

## POINTS CLÉS

### VIH/Sida

- En 2016, en Centre-Val-de-Loire, le taux de découvertes de séropositivité était le plus élevé en métropole (hors Ile-de-France).
- Les hétérosexuels nés hors de France (40%) et les hommes homo-bisexuels nés en France (38%) représentaient la majorité des cas en 2016-2017. La proportion de diagnostics tardifs avait diminué à 24% en 2017 (34% en 2012-2016).

### Syphilis récente

- La très grande majorité des cas de syphilis étaient des hommes homo-bisexuels (90%). La part des diagnostics lors d'un dépistage systématique avait augmenté (38%) alors que celle de la présence de signes d'IST avait diminué (40%).

### Infection à gonocoque

- La majorité des cas de gonococcie étaient des hommes homo-bisexuels en 2017 (56%). La part des diagnostics lors d'un dépistage systématique avait augmenté (37%) alors que celle de la présence de signes d'IST avait diminué (30%).

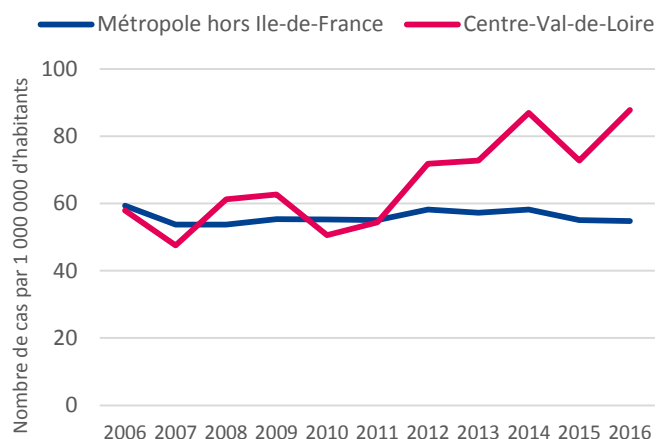
### Prévention

- En Centre-Val-de-Loire, le nombre de personnes ayant initié la PrEP avait régulièrement augmenté depuis 2016.

# SURVEILLANCE DES INFECTIONS À VIH

## Données issues des notifications obligatoires VIH

Figure 1 : Evolution du taux annuel de découvertes de séropositivité en région Centre-val-de-Loire et en France et en France métropolitaine (hors Île-de-France), par million d'habitants, 2006-2016.



Source : données corrigées redressées au 30 juin 2017, DO VIH, Santé publique France.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité, Centre-Val-de-Loire, 2012-2016 vs 2017.

	2012-2016 (n=604)	2017 (n=91)
<b>Sexe masculin (%)</b>	<b>64%</b>	<b>56%</b>
<b>Age médian (années)</b>	<b>38 ans</b>	<b>38 ans</b>
<b>Mode de contamination (%)</b>		
Rapports sexuels entre hommes	43%	39%*
Rapports hétérosexuels	53%	61%*
Injection de drogues	2%	0%*
<b>Pays de naissance (%)</b>		
France	55%	31%*
Afrique sub-saharienne	38%	69%*
Autres	7%	0%*
<b>Infection récente (&lt; 6 mois) (%)</b>	<b>22%</b>	<b>31%</b>
<b>Délai de diagnostic (%)</b>		
Diagnostic précoce <sup>£</sup>	32%	40%*
Diagnostic avancé <sup>§</sup>	34%	24%*

Proportions calculées à partir des données disponibles.

\* Part de données manquantes supérieures à 30 %.

£ Un diagnostic précoce est défini par une primo-infection ou un taux de lymphocytes CD4 > 500/mm<sup>3</sup> de sang lors de la découverte du VIH.

§ Un diagnostic avancé est défini par un stade clinique sida ou un taux de lymphocytes CD4 < 200/mm<sup>3</sup> de sang lors de la découverte du VIH.

Source : données brutes au 30 septembre 2018, DO VIH, Santé publique France.

### • Evolution du nombre de découvertes de séropositivité

Le nombre de découvertes de séropositivité, corrigé pour le délai et la sous-déclaration en région Centre-Val-de-Loire, n'était pas disponible pour 2017 et était de 88 par million d'habitants en 2016 (IC95% : 75-101)(figure 1). En 2016, la région Centre-Val-de-Loire avait un taux de découvertes de séropositivité supérieur à celui de la France métropolitaine hors Ile-de-France, et le taux régional le plus élevé en métropole après l'Île-de-France.

Alors que le taux de découvertes de séropositivité en métropole (hors Île-de-France) était stable de 2006 à 2016, en région Centre-Val-de-Loire, il avait augmenté à partir de 2011. Ainsi, entre 2011 et 2016, le taux de découvertes de séropositivité en Centre-Val-de-Loire était supérieur à celui de la métropole (hors Île-de-France).

### • Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité

Les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2017 étaient majoritairement des hommes (56 %), mais étaient en proportion moins importante qu'en 2012-2016 (64 %) (tableau 1). L'âge médian à la découverte de séropositivité était de 38 ans en 2017 comme de 2012 à 2016.

Alors qu'en 2012-2016, le pays de naissance le plus fréquent était la France (55 %), suivi des pays d'Afrique Sub-Saharienne (38 %), c'était l'inverse en 2017 (31 % en France et 69 % en Afrique Sub-Saharienne).

Les modes de contamination probable les plus fréquents parmi les cas pour lesquels l'information était disponible, étaient les rapports hétérosexuels, suivis des rapports sexuels entre hommes. La part des contaminations lors de rapports hétérosexuels avait légèrement augmenté en 2017 (61 % en 2017 et 53 % en 2012-2016), alors qu'on observait une diminution pour les rapports sexuels entre hommes (39 % en 2017 et 43 % en 2012-2016).

D'après les résultats du test d'infection récente du CNR, la proportion d'infections datant de moins de six mois au moment du diagnostic de séropositivité était de 31 % en 2017, ce qui était plus élevé que en 2012-2016 (22 %).

Parmi ceux pour lesquels l'information était disponible, la proportion de diagnostics précoces avait augmenté en 2017 (40 %) par rapport à 2012-2016 (32 %), alors que la part de diagnostics à un stade avancé avait diminué (24 % en 2017 et 34 % en 2012-2016). Cependant, la part des diagnostics à un stade avancé restait élevé en 2017.

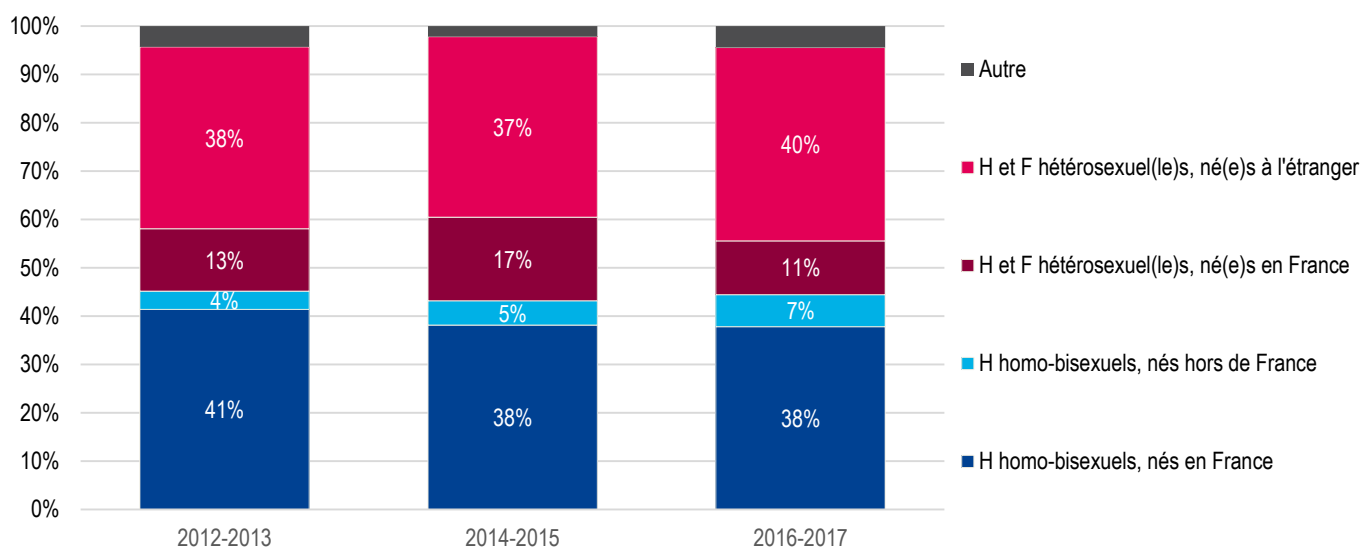
Ces résultats sont à interpréter avec prudence car ils dépendent de la complétude des déclarations. La proportion d'informations manquantes était élevée en 2017, il est possible que les cas pour lesquels les informations étaient manquantes aient un profil épidémiologique différent.

## • Evolution des cas selon le mode de contamination et le pays de naissance

De 2012-2013 à 2016-2017, parmi ceux pour lesquels le mode de transmission et le pays de naissance étaient connus, les hétérosexuels (hommes et femmes) nés à l'étranger représentaient de 37 % à 40 % des cas, alors que seulement 11 % à 17 % étaient des hétérosexuels nés en France. À l'inverse, alors que les hommes homo-bisexuels nés en France représentaient 38 % à 41 % des cas, seulement 4 % à 7 % étaient des hommes homo-bisexuels nés à l'étranger. La catégorie « autre » incluait les autres modes de contamination probable déclarés, dont les utilisateurs de drogues injectables et les femmes homo-bisexuelles, pour lesquels le nombre de cas était trop faible pour permettre une analyse détaillée (figure 2).

Globalement de 2012 à 2017, les hommes homo-bisexuels avaient la proportion de séropositivité diagnostiquées à un stade avancé la plus faible, mais tout de même 24 % avaient été diagnostiqués tardivement (figure 3). La part des diagnostics à un stade avancé était légèrement plus importante chez les hétérosexuels nés en France (29%), mais cela restait comparable aux hommes homo-bisexuels. Les personnes nées à l'étranger étaient plus fréquemment diagnostiquées tardivement, quel que soit le mode de contamination. Ainsi, 40 % des hétérosexuels et 44 % des hommes homo-bisexuels nés à l'étranger avaient été diagnostiqués à un stade avancé.

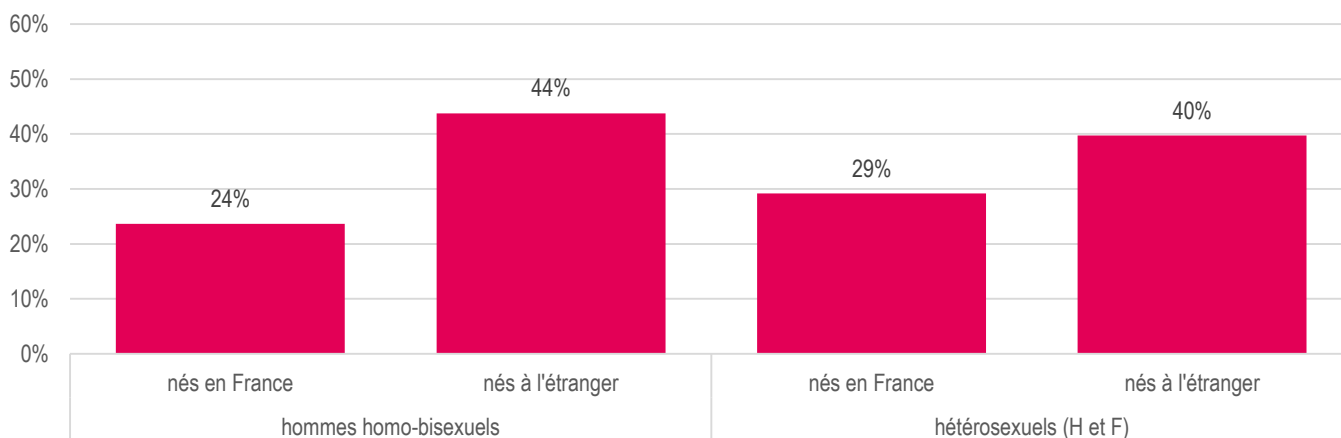
Figure 2 : Evolution des découvertes de séropositivité selon le mode de contamination et le pays de naissance, Centre-Val-de-Loire, 2012-2017\*.



\* Part des données manquantes supérieures à 30 %.

Source : données brutes au 30 septembre 2018, DO VIH, Santé publique France.

Figure 3 : Proportion de diagnostics à un stade avancé selon le mode de contamination et le pays de naissance, Centre-Val-de-Loire, 2012-2017.



Source : données brutes au 30 septembre 2018, DO VIH, Santé publique France.

## • Données nationales

L'analyse des données au niveau national est disponible sur le [site de Santé publique France](#).

# SURVEILLANCE DES DIAGNOSTICS DE SIDA

## Données issues des notifications obligatoires Sida

- Evolution du nombre de diagnostics

En région Centre-Val-de-Loire, le nombre de diagnostics de SIDA, corrigé pour le délai de découverte et la sous-déclaration, n'était pas disponible en 2017 et était estimé à 12 (IC<sub>95%</sub> : [3-20]) par million d'habitants en 2016. En région Centre-Val-de-Loire, le taux de diagnostics de SIDA était stable de 2006 à 2016 et était similaire à celui de la métropole hors Île-de-France.

## DÉPISTAGE DE L'INFECTION À VIH

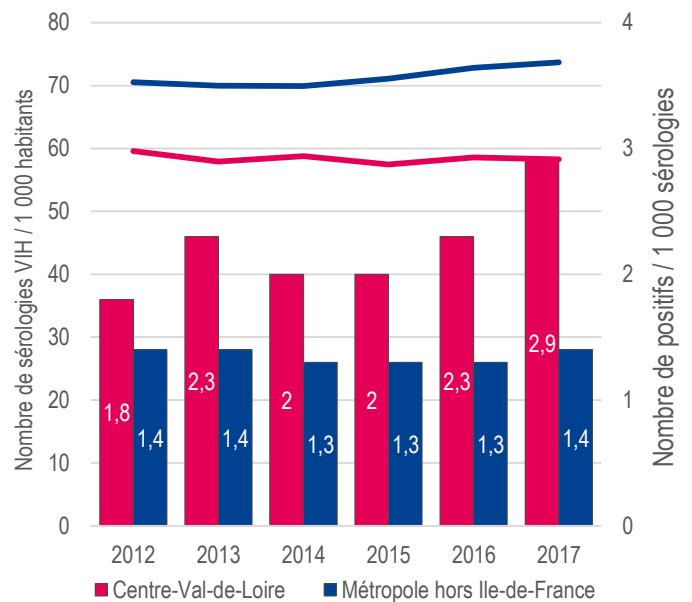
### Données issues de l'enquête LaboVIH

Entre 2012 et 2017, le taux de dépistage du VIH était stable en région Centre-Val-de-Loire, cependant la proportion de sérologies positives avait augmenté (figure 4).

Le taux de dépistage du VIH en 2017 était de 58 sérologies par millier d'habitants en région Centre-Val-de-Loire, ce qui était le taux régional le plus faible en France métropolitaine (figure 5). Depuis 2012, le taux de dépistage du VIH en région Centre-Val-de-Loire était stable entre 57 et 60 sérologies par millier d'habitants et inférieur au taux de la métropole hors Île-de-France (70 à 74 par 1 000 habitants)(figure4).

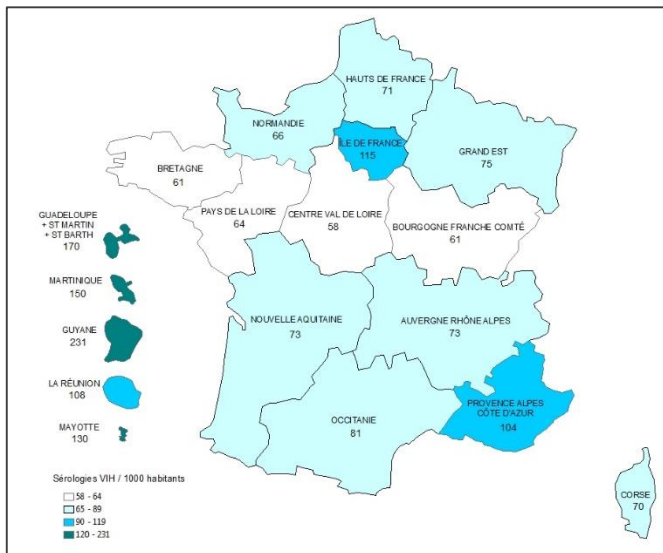
La région Centre-Val-de-Loire avait la proportion de sérologies positives au VIH la plus élevée en France métropolitaine en 2017 avec 2,9 tests positifs par 1 000 sérologies de dépistage du VIH (figure 6). Depuis 2012, la proportion de sérologies positives en région Centre-Val-de-Loire avait augmenté de 1,8 à 2,9 tests positifs par 1 000 sérologies (figure 4). Sur cette période, la proportion de sérologies positives au VIH en métropole hors Île-de-France était stable et inférieure à ce qui était observé en Centre-Val-de-Loire (1,3 à 1,4 positifs par 1 000 sérologies).

Figure 4 : Evolution du nombre annuel de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants et proportion de sérologies positives pour 1 000 sérologies effectuées en France métropolitaine (hors Ile-de-France) et en Centre-Val-de-Loire, 2012-2017.



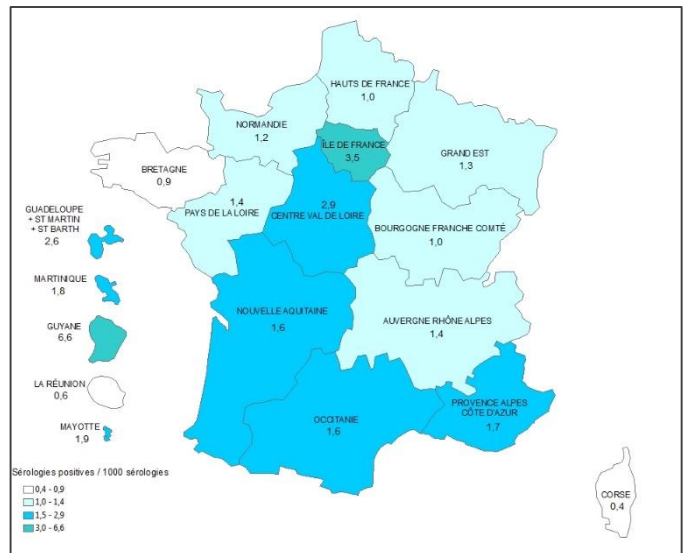
Source : LaboVIH 2017, Santé publique France.

Figure 5 : Nombre de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants en France, par région, en 2017.



Source : LaboVIH 2017, Santé publique France.

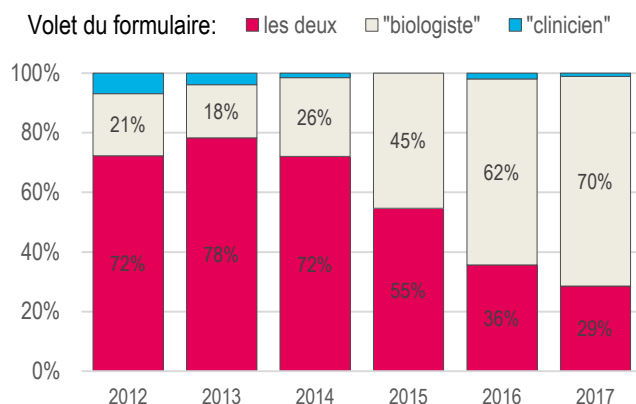
Figure 6 : Nombre de sérologies VIH positives pour 1 000 sérologies VIH effectuées en France, par région, 2017.



Source : LaboVIH 2017, Santé publique France.

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

Figure 7 : Proportion des découvertes de séropositivité pour lesquelles les volets « biologiste » et « clinicien » ont été envoyés, Centre-Val-de-Loire de 2012-2017.



Source : données brutes au 30 septembre 2018, DO VIH, Santé publique France.

Tableau 2 : Taux de pénétration de l'e-DO par région en 2017.

	Proportion de déclarations électroniques en 2017	
	Biologistes	Cliniciens
Auvergne-Rhône-Alpes	57%	69%
Bourgogne-Franche-Comté	58%	87%
Bretagne	65%	74%
Centre-Val-de-Loire	55%	58%
Corse	10%	0%
Grand-Est	60%	90%
Guadeloupe	48%	0%
Guyane	91%	95%
Hauts de France	17%	70%
Île-de-France	51%	45%
La Réunion	25%	100%
Martinique	77%	93%
Mayotte	100%	100%
Normandie	74%	81%
Nouvelles-Aquitaine	87%	81%
Occitanie	66%	69%
Pays de la Loire	79%	93%
PACA	76%	89%

Source : données brutes au 30 septembre 2018, e-DO, Santé publique France.

La surveillance des nouveaux diagnostics d'infection au VIH et de SIDA, et l'identification des groupes les plus à risques pour orienter les actions de prévention et améliorer la prise en charge, dépendent directement de la qualité des données issues des déclarations. Il est essentiel que les professionnels de la santé s'approprient et utilisent la déclaration électronique pour améliorer l'exhaustivité et le délai de transmission des DO.

### • Évolution de l'envoi des parties « clinicien » et « biologistes » du formulaire de déclaration obligatoire des découvertes de séropositivité

Entre 2012 et 2014, la part des découvertes de séropositivité déclarées par le biologiste et le clinicien était stable entre 72 % et 78 % (figure 7). Sur cette période, seulement 18 % à 26% des cas étaient déclarés uniquement par le biologiste.

Entre 2015 et 2017, la part des découvertes de séropositivité déclarés par le biologiste et le clinicien avait diminué jusqu'à 29 %. À l'inverse, la part des découvertes de séropositivité qui avait été déclarées uniquement par le biologiste avait augmenté jusqu'à 70 %.

Les déclarations faites par le clinicien uniquement ne concernaient que 0 % à 7 % des découvertes de séropositivité entre 2012 et 2017.

La diminution des déclarations de cliniciens s'est produite en deux temps. Dès 2015, la mise en place de la plateforme e-DO avait occasionné l'arrêt des rappels qui étaient envoyés aux cliniciens lorsque seul le biologiste avait déclaré un cas. La diminution qui a suivi s'est accentuée après le déploiement d'e-DO auprès des déclarants en avril 2016, suite aux difficultés techniques rencontrées par les cliniciens.

### • Utilisation de l'e-DO dans les régions

En 2017 en Centre-Val-de-Loire, les DO électroniques de découvertes de séropositivité représentaient 55 % des déclarations des biologistes et 58 % de celles des cliniciens. La région Centre-Val-de-Loire faisait partie des régions métropolitaines dont les biologistes et les cliniciens utilisaient le moins e-DO (tableau 2).

La majorité des déclarations électroniques en région Centre-Val-de-Loire provenait de quatre centres hospitaliers pour les biologistes et deux centres hospitaliers pour les cliniciens. En dehors des centres hospitaliers avec un nombre de patients important, les professionnels n'avaient pas encore commencé à utiliser e-DO.

### 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.

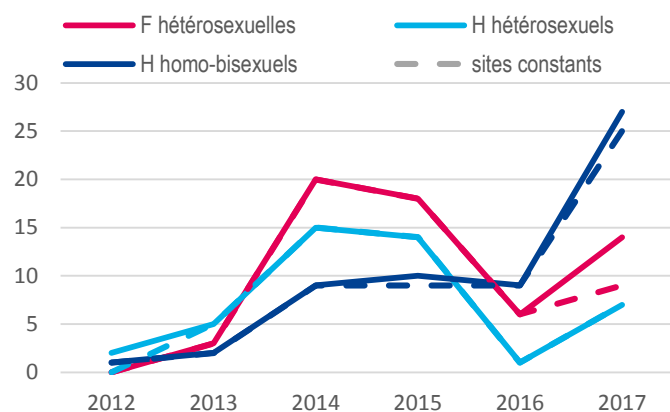
La notification des cas d'infection au VIH se fait par **un formulaire en deux parties qui contiennent des informations différentes** : un feuillet destiné au biologiste et l'autre au clinicien. Les biologistes n'ont plus à transmettre les feuillets de notification au clinicien. Chaque co-déclarant (clinicien 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 d'DO Info Service au 0 809 100 003 ou auprès de Santé publique France : [ANSP-DMI-VIC@santepubliquefrance.fr](mailto:ANSP-DMI-VIC@santepubliquefrance.fr)

# SURVEILLANCE DES IST (Infections sexuellement transmissibles)

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

Figure 8 : Evolution du nombre de cas de gonococcie selon l'orientation sexuelle, Centre-Val-de-Loire, 2012-2017.



Source : données au 30 septembre 2018, intégrant les sites constants, RéSIIST, Santé publique France.

Tableau 3 : Caractéristiques des cas de gonococcie, Centre-Val-de-Loire, 2012-2016 vs 2017.

	2012-2016 (n = 116)	2017 (n = 48)
<b>Sexe masculin (%)</b>	60%	71%
<b>Age médian (années)</b>	24 ans	23 ans
Homo-bisexual(le)s	27 ans	25 ans
Hétérosexuel(le)s	23 ans	21 ans
<b>Orientation sexuelle (%)</b>		
Hommes homo-bisexuels	27%	56%
Hommes hétérosexuels	32%	15%
Femmes hétérosexuelles	41%	29%
Non renseigné	1%	0%
<b>Motif(s) de consultation* (%)</b>		
Signes d'IST	50%	40%
Dépistage systématique	22%	38%
Partenaire(s) avec une IST	3%	15%
Bilan autre	0%	10%
Non renseigné	24%	0%
<b>Diagnostic de VIH associé (%)</b>		
Séropositivité connue	2%	2%
Découverte séropositivité	0%	2%
Négatif	87%	90%
<b>Utilisation systématique du préservatif parmi ceux qui pratiquent ... (%)</b>		
La pénétration vaginale	5%	13%
La pénétration anale	9%	13%
La fellation	0%	3%
<b>Par département (%)</b>		
Eure-et-Loir	1%	10%
Indre-et-Loire	8%	15%
Loir-et-Cher	0%	2%
Loiret	91%	73%

\*Réponses non mutuellement exclusives.

Source : données au 30 septembre 2018, intégrant les sites constants, RéSIIST, Santé publique France.

### • Evolution des cas de gonococcie

La déclaration des cas de gonococcie a débuté en 2012 en région Centre-Val-de-Loire (figure 8). Le nombre de cas déclarés annuellement a augmenté jusqu'en 2014, globalement et pour toutes les orientations sexuelles. En 2014, il y avait eu plus de cas déclarés chez les hétérosexuels, et particulièrement chez les femmes hétérosexuelles.

Entre 2014 et 2016, le nombre de cas de gonococcie déclarés chez les hétérosexuels avait diminué alors qu'il était resté stable pour les hommes homo-bisexuels. Ainsi, en 2016, les hommes homo-bisexuels étaient l'orientation sexuelle la plus fréquente.

En 2017, Le nombre de cas déclarés a augmenté globalement et pour toutes les orientations sexuelles, mais l'augmentation était plus marquée chez les hommes homo-bisexuels.

### • Caractéristiques des cas de gonococcie

Les cas de gonococcie étaient en majorité des hommes en 2017 (71 %) comme en 2012-2016 (60 %) (tableau 3). L'âge médian était similaire en 2017 et en 2012-2016 globalement, et selon l'orientation sexuelle. L'âge médian des homo-bisexual(le)s était légèrement plus élevé que celui des hétérosexuel(le)s en 2017 et en 2012-2016.

La proportion d'hommes homo-bisexuels parmi l'ensemble des cas de gonococcie avait augmenté de 27 % en 2012-2016 à 56 % en 2017. Celle des hommes et femmes hétérosexuel(le)s avait diminué sur la même période (15 % et 29 % en 2017 et 32 % et 41 % en 2012-2016).

En 2017 comme en 2012-2016, les principaux motifs de dépistage étaient les signes cliniques d'IST et le dépistage systématique. La proportion de cas ayant consulté pour des signes cliniques d'IST avait diminué de 50% en 2012-2016 à 40% en 2017. À l'inverse, la part du dépistage systématique avait augmenté de 22% en 2012-2016 à 38 % en 2017.

La proportion de cas de gonococcie qui étaient séropositifs au VIH était faible en 2017 (2 %) comme en 2012-2016 (4 %) et presque tous, connaissaient déjà leur statut au VIH.

Globalement, l'utilisation systématique du préservatif était rare, mais plus fréquente pour les pénétrations anales que vaginales et presque nulle pour les fellations. Parmi les cas de gonococcie qui pratiquaient la pénétration vaginale, 13 % l'utilisaient systématiquement en 2017 (5 % en 2012-2016). Parmi ceux qui pratiquaient la pénétration anale, 13 % l'utilisaient systématiquement en 2017 (9 % en 2012-2016). Parmi ceux qui pratiquaient la fellation, 3 % l'utilisaient systématiquement en 2017 (0 % en 2012-2016).

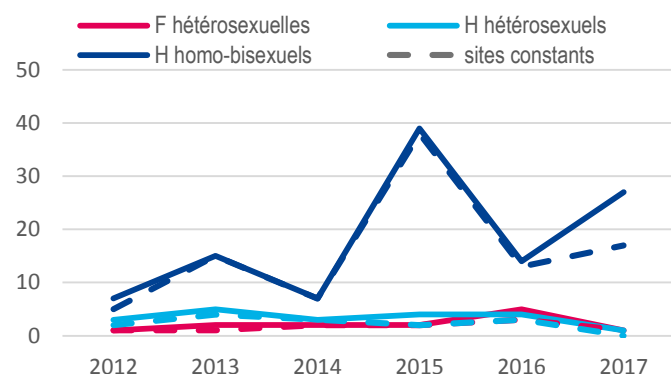
En 2017, le Loiret déclarait la majorité des cas (73 %) mais en proportion moins importante qu'en 2012-2016 (91 %). À l'inverse, la proportion de cas déclarés en Indre-et-Loire (15 %), en Eure-et-Loir (10 %) et dans le Loir-et-Cher (2 %) avait augmenté par rapport à 2012-2016 (respectivement 8 %, 1 % et 0 %). Aucun cas n'avait été déclaré dans le Cher et l'Indre sur la période.

### • Données nationales

L'analyse des données au niveau national est disponible sur le [site de Santé publique France](#).

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

Figure 9 : Evolution du nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, Centre-Val-de-Loire, 2012-2017.



Source : données au 30 septembre 2018, intégrant les sites constants, RéSIST, Santé publique France.

Tableau 4 : Caractéristiques des cas de syphilis récente, Centre-Val-de-Loire, 2012-2016 vs 2017.

	2012-2016 (n=113)	2017 (n=30)
<b>Sexe masculin (%)</b>	89%	97%
<b>Age médian (années)</b>	<b>38 ans</b>	<b>36 ans</b>
Homo-bisexual(le)s	38 ans	36 ans
Hétérosexuel(le)s	39 ans	37 ans
<b>Orientation sexuelle (%)</b>		
Hommes homo-bisexuels	73%	90%
Hommes hétérosexuels	17%	3%
Femmes hétérosexuelles	11%	3%
Non renseigné	0%	3%
<b>Motif(s) de consultation* (%)</b>		
Signes d'IST	52%	30%
Dépistage systématique	23%	37%
Partenaire(s) avec une IST	4%	30%
Bilan autre	1%	10%
Non renseigné	19%	0%
<b>Stade clinique au diagnostic (%)</b>		
Syphilis primaire	30%	30%
Syphilis secondaire	36%	30%
Syphilis latente précoce	34%	40%
<b>Diagnostic de VIH associé (%)</b>		
Séropositivité connue	22%	17%
Découverte séropositivité	1%	0%
Négatif	72%	77%
<b>Utilisation systématique du préservatif parmi ceux qui pratiquent ... (%)</b>		
La pénétration vaginale	16%	0%
La pénétration anale	26%	18%
La fellation	2%	0%
<b>Par département (%)</b>		
Eure-et-Loir	14%	17%
Indre-et-Loire	4%	20%
Loir-et-Cher	0%	7%
Loiret	81%	57%

\*Réponses non mutuellement exclusives.

Source : données au 30 septembre 2018, intégrant les sites constants, RéSIST, Santé publique France.

### • Evolution des cas de syphilis récente

De 2012 à 2017, les hommes homo-bisexuels étaient l'orientation sexuelle la plus fréquente parmi les déclarations de cas de Syphilis (figure 9).

Le nombre de cas déclarés annuellement chez les hommes homo-bisexuels avait augmenté entre 2012 et 2017 avec de grandes variations entre les années. Le nombre de cas déclarés chez les femmes et les hommes hétérosexuel(le)s était faible de 2012 à 2017 et ne permettait pas d'analyser une tendance.

### • Caractéristiques des cas de syphilis récente

Les cas de syphilis étaient en majorité des hommes en 2017 (89 %) comme en 2012-2016 (97 %) (tableau 4). L'âge médian était similaire en 2017 et en 2012-2016 globalement, pour les homo-bisexual(le)s et pour les hétérosexuel(le)s. L'âge médian des homo-bisexual(le)s était similaire à celui des hétérosexuel(le)s en 2017 et en 2012-2016.

La proportion d'hommes homo-bisexuels parmi l'ensemble des cas de syphilis avait augmenté en 2017 (90 %) par rapport à 2012-2016 (73 %). Celle des hommes et femmes hétérosexuel(le)s avait diminué sur la même période (3 % et 3 % en 2017 et 17 % et 11 % en 2012-2016).

En 2017 comme en 2012-2016, les principaux motifs de dépistage étaient les signes cliniques d'IST et le dépistage systématique. La part de cas ayant consulté pour des signes cliniques d'IST avait diminué de 52 % en 2012-2016 à 30 % en 2017. À l'inverse, les parts du dépistage systématique et de la connaissance d'une IST chez un partenaire avaient augmenté (37 % et 30 % en 2017 et 23 % et 4 % en 2012-2016).

La distribution du stade clinique au moment du diagnostic était similaire en 2017 et en 2012-2016. La part des syphilis primaires était de 30 % en 2017 et 30 % en 2012-2016. Celle de syphilis secondaire était de 30 % en 2017 et 36 % en 2012-2016. Et les syphilis latentes précoces représentaient 40 % des cas en 2017 et 34 % en 2012-2016.

En 2017, 17 % des cas de syphilis étaient séropositifs au VIH au moment du diagnostic, ce qui était légèrement plus faible qu'en 2012-2016 (24 %). Presque tous connaissaient déjà leur statut au VIH au moment du diagnostic de Syphilis.

Globalement, l'utilisation systématique du préservatif était moins fréquente en 2017 que en 2012-2016, et plus fréquente pour la pénétration anale que vaginale ou la fellation. Ainsi, parmi les cas qui pratiquaient la pénétration vaginale, 0 % en 2017 l'utilisaient systématiquement contre 16 % en 2012-2016. De même, parmi les cas qui pratiquaient la pénétration anale, 18 % en 2017 l'utilisaient systématiquement contre 26 % en 2012-2016. Enfin, parmi les cas qui pratiquaient la fellation, 0 % l'utilisaient systématiquement en 2017, contre 2 % en 2012-2016.

Même si la majorité des cas étaient déclarés dans le Loiret, la part de ce département avait diminué en 2017 57 % par rapport à 2012-2016 (81 %). À l'inverse, en 2017, la part des cas déclarés en Indre-et-Loire (20 %), en Eure-et-Loir (17 %) et dans le Loir-et-Cher (7 %) avait augmenté par rapport à 2012-2016 (respectivement 4 %, 14 % et 0 %). Aucun cas n'avait été déclaré dans le Cher et dans l'Indre entre 2012 et 2017.

### • Données nationales

L'analyse des données au niveau national est disponible sur le [site de Santé publique France](#).

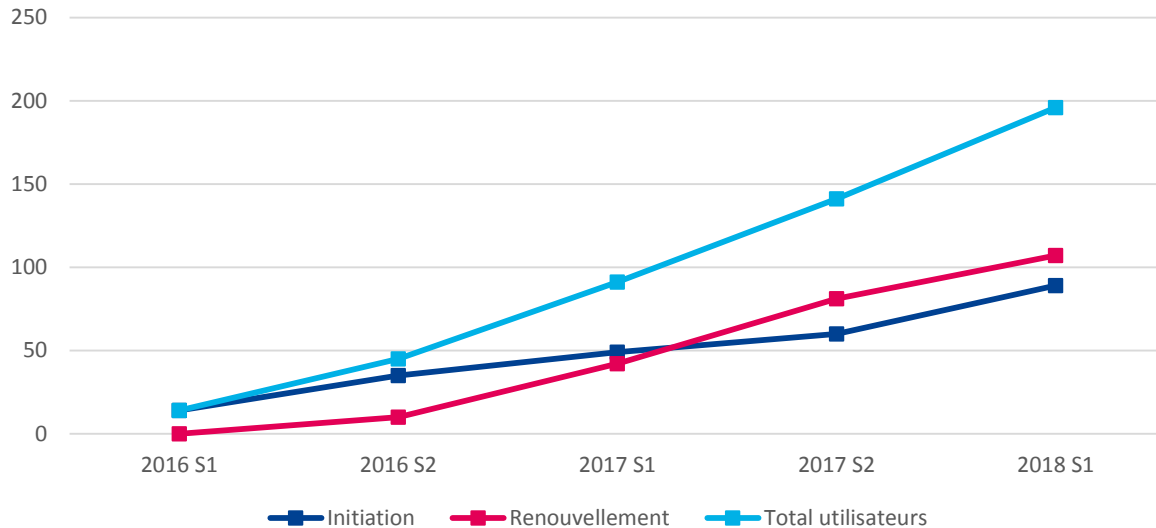
## PRÉVENTION

### Données sur la Prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH, données de l'ANSM

Les données publiées par l'ANSM le 29 novembre 2018 indiquent sur l'ensemble du territoire une forte augmentation des initiations de PrEP, avec un renouvellement régulier du traitement préventif dans la grande majorité des cas.

Pour aller plus loin : Consulter le rapport de l'ANSM : <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Actualite/Plus-de-10-000-personnes-ont-initie-une-prophylaxie-pre-exposition-PrEP-au-VIH-par-Truvada-ou-generiques-Point-d-Information>

Figure 10 : Nombre d'initiations et de renouvellement de PrEP en Centre-Val-de-Loire, entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 31 juillet 2018.



Source : ANSM, données au 30 juin 2018.

### Données comportementale: enquête ERAS

Les premiers résultats de l'enquête sont disponibles dans le [BEH n°40-41](#).

### Données de vente de préservatifs

Au cours de l'année 2017, en Centre-Val-de-Loire, 3 058 911 préservatifs masculins ont été vendus en grande distribution et 683 173 en pharmacie (hors parapharmacie). Par ailleurs, des préservatifs ont été mis à disposition gratuitement par Santé publique France, l'agence régionale de santé (ARS) Centre-Val-de-Loire, le Corevih et le Conseil Général.

En 2017, 711 préservatifs féminins ont été vendus en pharmacie en région Centre-Val-de-Loire.

### Données de vente des autotests

Au cours de l'année 2017, en région Centre-Val-de-Loire, 2 240 autotests (AAZ) ont été vendus à un prix moyen de 27,77€.



# PRÉVENTION

## Campagne nationale d'incitation au dépistage

- Rediffusion de la campagne auprès de tous les publics

À l'occasion de la 31<sup>ème</sup> journée mondiale de lutte contre le sida, Santé publique France relance sa grande campagne de prévention visant à valoriser l'offre de dépistage adaptée aux besoins de chacun. L'objectif est de faire connaître les différents modes de dépistage disponibles et leurs points forts.

Les visuels mettent en avant des points positifs de chaque technique de dépistage avec la signature « Les modes de dépistage du VIH s'adaptent à votre vie ». La campagne s'adresse à tous comme aux populations les plus exposées aux VIH (les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les migrants d'Afrique subsaharienne).

Elle est rediffusée en digital du 30 novembre au 20 décembre et en affichage publicitaire sur les lieux fréquentés par les migrants d'Afrique subsaharienne du 30 novembre au 20 décembre.

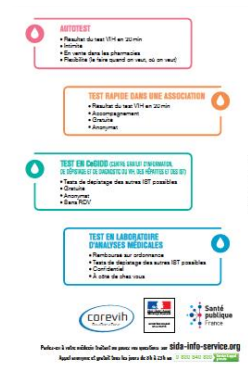
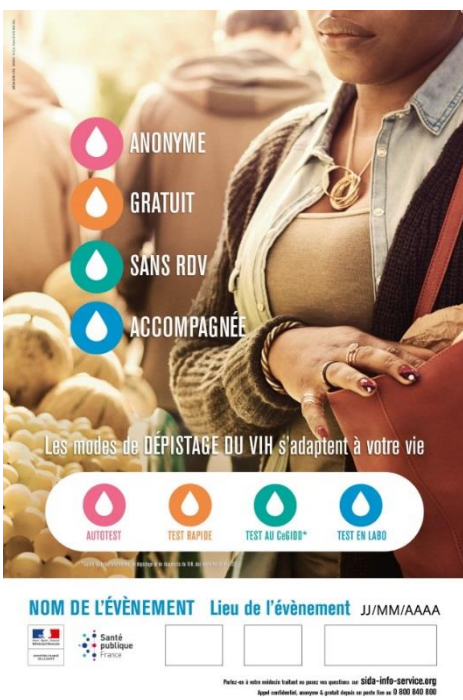
- Mise à disposition d'un kit de communication

Un kit de campagne pour déclinaison locale est proposé aux acteurs de terrain. Les fichiers électroniques de cartes postales, affichettes et d'un flyer A5 sont disponibles pour être personnalisés et imprimés par leur soins auprès de

[Lucile.bluzat@santepubliquefrance.fr](mailto:Lucile.bluzat@santepubliquefrance.fr)



Éléments du kit de communication locale



## POUR EN SAVOIR PLUS

### Surveillance VIH/sida

- Déclaration obligatoire et surveillance virologique VIH/sida
- Modalités de déclaration : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Declaration-obligatoire-de-l-infection-a-VIH-et-du-sida>
- Informations sur les données brutes et corrigées : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Declaration-obligatoire-de-l-infection-a-VIH-et-du-sida/Donnees-epidemiologiques>
- Activité de dépistage du VIH/sida

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Depistage-du-VIH>

### Surveillance des IST

- Modalités de surveillance des IST : <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr./Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles/Comment-surveiller-les-IST>
- Information sur le réseau de surveillance RésIST : [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/2016\\_41-42\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/2016_41-42_1.html)
- Surveillance via les CeGIDD : <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Surveillance-epidemiologique-au-sein-des-CEGIDD>

### Bulletins et points épidémiologiques

- Bulletins des réseaux de surveillance des IST : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>
- Point épidémiologique des infections par le VIH et les IST : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes.-Point-epidemiologique-du-26-novembre-2018>
- Numéro thématique, Journée mondiale du sida, 1<sup>er</sup> décembre 2017 : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2017/BEH-n-29-30-2017>
- Numéro thématique, Journée mondiale du sida, 1<sup>er</sup> décembre 2018 : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2018/BEH-n-40-41-2018>
- *Ajout d'un lien vers les bulletins régionaux*

## REMERCIEMENTS

La Cire Centre-Val-de-Loire tient à remercier :

- les membres participant au réseau RésIST dans la région Centre-Val-De-Loire: CeGiDD Orléans et antennes, CeGIDD Dreux, CeGIDD Tours, Centre Hospitalier de Chateauroux, CeGIDD du Cher, CeGIDD Blois, CeGIDD Chartres, CeGIDD Vierzon, CeGIDD Montargis, Centre pénitentiaire Orléans Saran, les médecins généralistes et spécialistes déclarants;
- les membres des équipes de la direction des maladies infectieuses (DMI) et de la direction de la prévention et de la promotion de la santé (DPPS) de Santé publique France : Lucile Bluzat (DPPS), Françoise Cazein (DMI), Florence Lot (DMI), Nathalie Lydié (DPPS), Anna Mercier (DPPS), Ndeindo Ndeikoundam (DMI), Corinne Pioche (DMI), Annie Velter (DPPS), Delphine Viriot (DMI) ;
- Guillaume Gras (COREVIH Centre-Val-de-Loire).

## CONTACT

Santé publique France, Cire Centre-Val-de-Loire : [cire-cvl@santepubliquefrance.fr](mailto:cire-cvl@santepubliquefrance.fr)