



Décembre 2016

surveillance  
VIH  
SIDA  
EN BRETAGNE  
2015



## CONTRIBUTIONS

### COREVIH Bretagne

Dr Cédric ARVIEUX  
Charlotte CAMELI  
Hadija CHANVRIL  
Jean-Charles DUTHÉ  
Thomas JOVELIN  
Virginie MOUTON-RIOUX  
Enora OUAMARA-DIGUE  
Jennifer ROHAN

### Santé publique France - Cire Bretagne

Dr Bertrand GAGNIÈRE  
Dr Mathilde PIVETTE  
Lisa KING

### ARS Bretagne

Dr Jean-Pierre ÉPAILLARD

### ORS Bretagne

Léna PENNOGNON  
Élisabeth QUÉGUINER  
Dr Isabelle TRON

Décembre 2016

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

Cellule d'intervention en région (Cire) Bretagne  
de Santé publique France  
ARS Bretagne  
6 place des Colombes - CS 14253  
35042 Rennes cedex  
Tél : 02 22 06 74 41 - Fax : 02 22 06 74 91  
Courriel : ars-bretagne-cire-ouest@ars.sante.fr  
Site Internet : <http://www.santepubliquefrance.fr/>

COREVIH Bretagne  
Bâtiment Le Chartier, 3<sup>e</sup> 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  
8 D Rue Franz Heller - CS 70625  
35706 Rennes cedex 7  
Tél : 02 99 14 24 24 - Fax : 02 99 14 25 21  
Courriel : orsb@orsbretagne.fr  
Site Internet : www.orsbretagne.fr

**A**u fil des ans, l'analyse comparative des données nationales et régionales sur le VIH-SIDA reste instructive et révèle les spécificités de la pathologie en Bretagne : un taux de dépistage assez faible mais un rapport tests réalisés/tests positifs dans la moyenne nationale ; une région assez peu touchée par le VIH, notamment quand on la compare aux DOM-TOM, à l'Île-de-France ou à la région PACA. Les caractéristiques des personnes découvrant leur séropositivité en 2015 sont particulièrement riches d'enseignements : beaucoup moins de personnes nées à l'étranger que dans la moyenne française, plus d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), des découvertes un peu plus précoces, essentiellement liées au fait que la population HSH est dépistée plus précocement que les personnes qui se contaminent par rapports hétérosexuels. La part des hommes augmente au fil des années, et la part des contaminations homosexuelles est devenue majoritaire depuis 2014. Il est également important de remarquer que la Bretagne est un « bon élève » en termes de déclaration obligatoire du VIH et du Sida (76% d'exhaustivité contre 68% à l'échelle nationale), et nous espérons que cette performance va encore s'améliorer avec l'introduction de la déclaration électronique (eDO) en 2016.

En matière de traitement, la situation se simplifie au fil des années : plus de 90% des séropositifs bénéficient d'un traitement antirétroviral et 50% des personnes traitées reçoivent un mono-comprimé une fois par jour pour tout traitement de leur infection par le VIH (les trois médicaments de la trithérapie sont réunis au sein d'un seul comprimé). Le COREVIH est attentif au fait que la trithérapie en mono-comprimé la plus utilisée est également, à qualités égales, la moins onéreuse du marché.

Concernant les indicateurs de qualité de prise en charge, nous avons introduit cette année une nouvelle variable, qui est la précocité du traitement chez les personnes découvrant leur séropositivité : avec une médiane de 21 jours et un maximum de 328 jours, on peut considérer que les médecins bretons ont bien intégré les recommandations nationales d'indication universelle de traitement. Le prochain indicateur que nous exploiterons sera celui des traitements immédiats au moment de la primo-infection (qui représente 13% des découvertes), l'objectif à terme étant de réduire l'intervalle primo-infection/traitement à moins de 24h ! Quant aux données régionales sur le Sida, elles deviennent difficilement exploitables sur une base annuelle, tant la pathologie est devenue rare !

Afin de pouvoir obtenir ces données, le maintien de la qualité de nos outils de travail épidémiologique et de recherche clinique est une priorité : nous disposons d'un outil régional exceptionnel (Nadis™) pour ce qui est des données de suivi des personnes infectées par le VIH (pages 8 à 11 de ce bulletin), et nous mettons en place un outil du même type dans le domaine de la prévention, avec une base régionale destinée au CeGIDD (Siloxane™), qui devrait nous apporter d'importantes informations dans le domaine de la santé sexuelle. L'arrivée des CeGIDD (page 12) et l'accompagnement à leur mise en place a montré toute la légitimité que pouvait avoir le COREVIH-Bretagne dans le domaine de la santé sexuelle, et on ne peut que se féliciter des coopérations développées avec les acteurs historiques du secteur, notamment le planning familial et les conseils départementaux.

Les actions du COREVIH-Bretagne s'orientent donc clairement vers la santé sexuelle au sens large, tout en conservant sa spécificité de prévention et d'accompagnement des populations clés. Ce bulletin montre, nous l'espérons, la richesse des collaborations entre acteurs et l'important travail réalisé par les équipes techniques de l'ARS Bretagne, de la CIRE-Bretagne, du COREVIH Bretagne et de l'ORS Bretagne.

**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 analysées à partir de trois systèmes coordonnés par Santé publique France (SpF).

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. La notification obligatoire de l'infection par le VIH est initiée par le bio-

logiste et complétée par le clinicien pour toute personne dont la sérologie est confirmée positive pour la première fois pour le laboratoire. La notification obligatoire du Sida est réalisée par le clinicien pour tout nouveau diagnostic de Sida. Ces deux notifications sont anonymisées à la source par le déclarant.

La surveillance virologique est couplée à la notification obligatoire du VIH. Elle est réalisée par le Centre national de référence du VIH. Elle ne concerne que l'adulte et l'adolescent, et elle est volontaire pour le patient comme pour le biologiste.

**DONNÉES NATIONALES**

- Le nombre total de sérologies VIH réalisées en 2015 est estimé, à partir de l'activité des laboratoires participant au réseau LaboVIH, à 5,35 millions (IC 95% [5,29-5,42]), soient 81 sérologies VIH pour 1000 habitants. Cette activité de dépistage a augmenté modérément, de 3% par rapport à 2013. La proportion de sérologies confirmées positives est de 2,0 pour mille sérologies réalisées.
- À ce dépistage par sérologie, s'ajoutent les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) communautaires, réalisés par les associations agréées, en nombre beaucoup plus faible (62000 en 2015), mais dont le public ciblé est

plus exposé que la population générale. La proportion de tests positifs y est donc plus élevée (7,7 pour mille TROD réalisés).

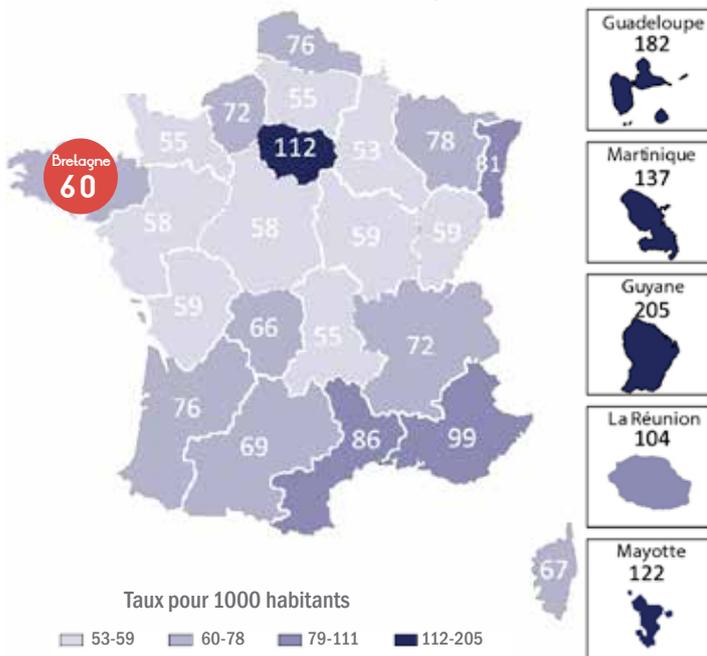
- Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en France en 2015 est estimé, à partir de la DO du VIH, à près de 6000 personnes (IC 95% [5538-6312]), soient 89 découvertes par million d'habitants. Ce nombre est stable sur la période 2011-2015.
- Environ 1200 cas de sida ont été diagnostiqués en 2015, principalement (83%) chez des personnes qui n'avaient pas reçu de traitement antirétroviral avant leur diagnostic de sida.

# LE DEPISTAGE DU VIH EN BRETAGNE

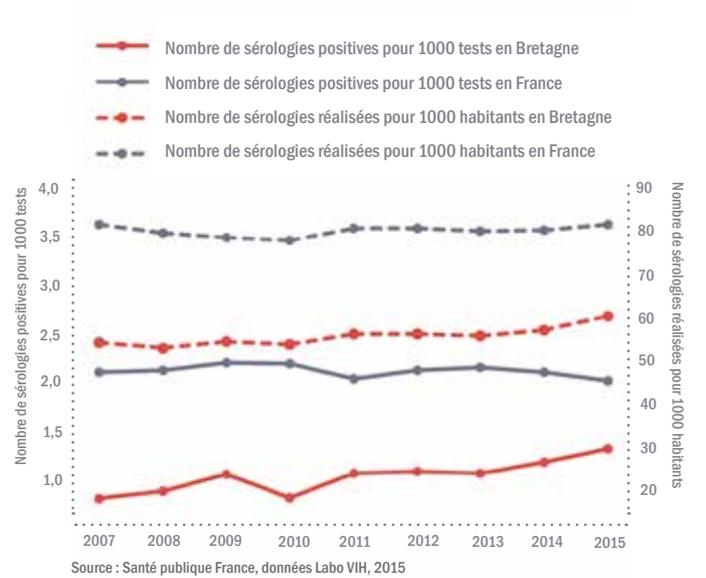
En 2015, le nombre de sérologies VIH réalisées dans les laboratoires de la région était de 60 pour 1000 habitants (IC95 % : [56 - 63]). Son évolution est stable depuis 2007. Ce taux est 1,35 fois inférieur au taux national de 81 pour 1000 habitants (IC95 % : [80 - 82]). Le taux le plus élevé a été observé en Guyane (205 pour 1000 habitants). En métropole, les taux les plus élevés concernent l'Île-de-France (112 pour 1000 habitants) et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (99 pour 1000 habitants) à l'opposé le taux le plus bas a été observé en Champagne-Ardenne (53 pour 1000 habitants) . (Figure 1).

Le nombre de sérologies positives en Bretagne en 2015 était de 255 soit une proportion de sérologies positives de 1,3 pour 1000 tests, en très légère augmentation par rapport à 2013 (1,1 pour 1000 tests) et 2014 (1,2 pour 1000 tests) et une fois et demie inférieure à celle observée au niveau national (2,0 pour 1000 tests). Depuis 2007, la proportion de sérologies positives varie de 0,8 à 1,3. (Figure 2). En 2015, la Bretagne se classe ainsi au 10<sup>ème</sup> rang des régions de France métropolitaine les moins touchées avec 77 sérologies positives par million d'habitants.

**1** Nombre de sérologies VIH effectuées pour 1000 habitants (LaboVIH), par région, 2015



**2** Évolution du nombre de sérologies réalisées et du nombre de sérologies positives pour 1000 habitants en Bretagne et en France, 2007-2015



Source : Santé publique France, données Labo VIH, 2015

Source : Santé publique France, données Labo VIH, 2015

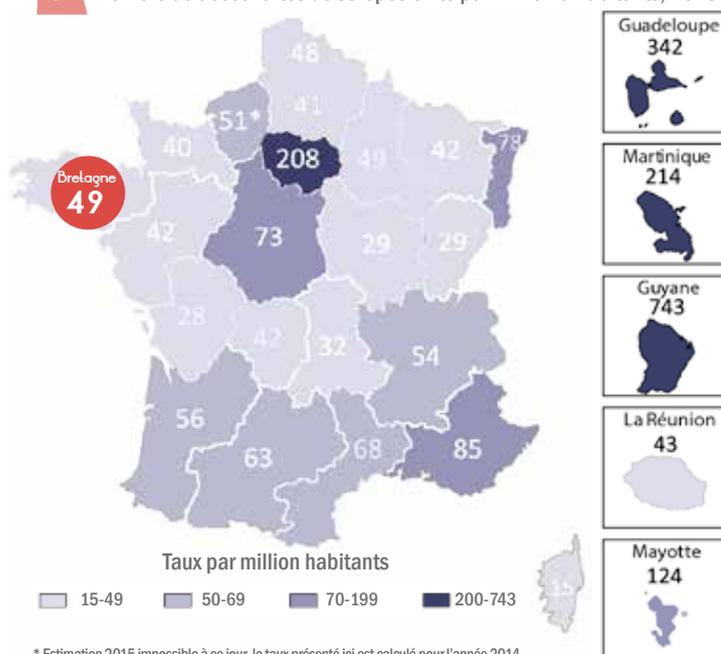
# NOTIFICATION OBLIGATOIRE DE L'INFECTION À VIH

## DÉCOUVERTE DE LA SÉROPOSITIVITÉ

À partir de l'estimation de l'exhaustivité de la notification obligatoire et de la part des découvertes de séropositivité parmi les notifications, 163 personnes auraient découvert leur séropositivité en Bretagne en 2015 (IC95 % : [114-212]), valeur à interpréter avec précaution compte tenu de l'étendue de l'intervalle de confiance.

Le taux de personnes ayant découvert leur séropositivité dans la région en 2015 est ainsi de 49 pour 1 000 000 d'habitants (IC95 % : [34-64]). Ce taux est en légère augmentation depuis 2005 (39 pour 1 000 000 d'habitants) et 1,8 fois inférieur au taux national égal à 89 pour 1 000 000 d'habitants (IC95 % : [83-95]). (Figure 3).

### 3 Nombre de découvertes de séropositivité par million d'habitants, 2015



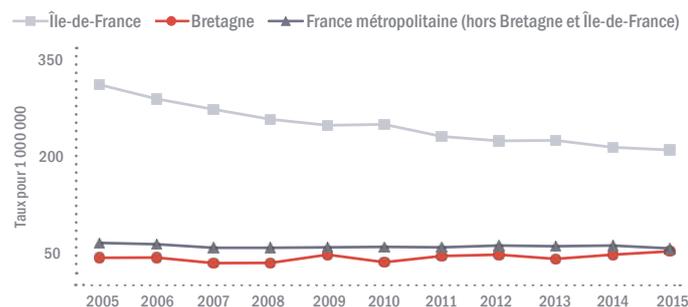
\* Estimation 2015 impossible à ce jour, le taux présenté ici est calculé pour l'année 2014

Source : Santé publique France, données DO VIH au 31/12/2015 corrigées pour les délais et la sous déclaration

En France métropolitaine en 2015, le taux de découverte de séropositivité le plus élevé était observé en Île-de-France (208 pour 1 000 000 d'habitants). Une tendance à la diminution est constatée depuis 2005. (Figure 4).

Le taux breton de découverte de séropositivité qui était toujours inférieur à celui du reste de la province depuis 2005 est désormais quasiment au même niveau.

### 4 Évolution du taux annuel de découverte de séropositivité VIH en France métropolitaine (hors Bretagne et Île-de-France), Île-de-France et Bretagne de 2005 à 2015



Source : Santé publique France, données DO VIH au 31/12/2015, corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes

## CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

En Bretagne en 2015, la majorité des cas était des hommes et le sexe ratio H/F était égal à 2,7. La classe d'âge des 25-49 ans représentait 58 % des cas. Les trois quarts des personnes découvrant leur séropositivité étaient nées en France, proportion supérieure au niveau national (55 %) et à celle de l'Île-de-France (40 %). (Tableau 5).

### 5 Caractéristiques sociodémographiques (Pourcentages, réalisés sur des données brutes, calculés après avoir exclu les valeurs «inconnues»)

	Bretagne		France métropolitaine
	2005-2014 (%)	2015 (%)	2015 (%)
<b>ÂGE</b>			
Moins de 25 ans	14	16	11
De 25 à 49 ans	65	58	69
50 ans et plus	21	26	20
<b>SEXE</b>			
Hommes	71	73	71
Femmes	29	27	29
<b>PAYS DE NAISSANCE</b>			
France	70	75	55
Afrique sub-saharienne	23	18	32
Autres	7	7	13
<b>MODE DE CONTAMINATION</b>			
Homosexuel masculin	42	55	49
Hétérosexuel	52	40	48
Injection de drogues	4	3	2
<b>COINFECTION HÉPATITE C</b>			
Oui	4	1	4
Non	96	99	96
<b>COINFECTION HÉPATITE B</b>			
Oui	3	3	5
Non	97	97	95
<b>CD4 / mm<sup>3</sup> AU DIAGNOSTIC VIH</b>			
< 200	29	26	30
200 à 349	23	14	19
350 à 499	17	23	20
>=500	31	36	31
<b>DIAGNOSTIC</b>			
Précoce*	37	41	37
Tardif**	30	29	31

\* Définition diagnostic précoce : cd4>500/mm3 ou PIV au diagnostic.

\*\* Définition diagnostic tardif : cd4 < 200/mm3 ou Sida au diagnostic.

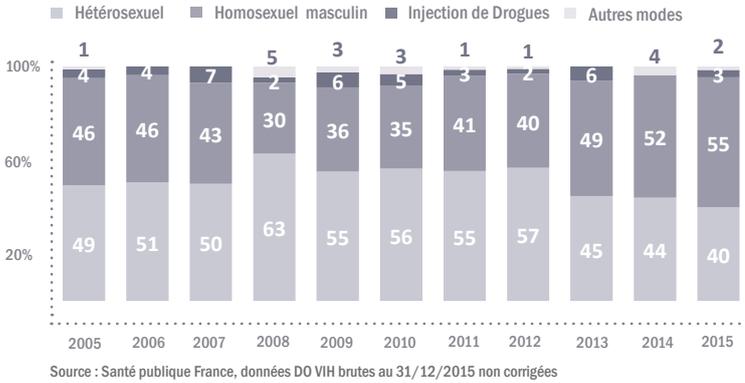
NB : Les variables CD4 et diagnostic précoce ou tardif sont disponibles depuis 2008. Les variables coinfections VHB et VHC sont disponibles depuis 2012.

Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 31/12/2015 non corrigées.

## MODE DE CONTAMINATION

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2015 en Bretagne, 55 % ont été contaminées par des rapports homosexuels (73 % des contaminations masculines) et 40 % par des rapports hétérosexuels (20 % des contaminations masculines). Entre 2005 et 2012, les rapports hétérosexuels étaient le mode de contamination le plus fréquent. Depuis 2013, ce sont les rapports homosexuels qui prédominent. (Figure 6).

6 Évolution de la part des principaux modes de contamination parmi les cas d'infection à VIH déclarés en Bretagne de 2005 à 2015



### NOTA :

- Les analyses des diagnostics VIH et Sida présentées ici sont issues de la déclaration obligatoire des découvertes de séropositivité et des diagnostics de Sida notifiés jusqu'au 31/12/2015.
- Ces données peuvent être brutes, c'est-à-dire limitées aux données parvenues à Santé publique France à cette date. Les données brutes permettent de décrire les caractéristiques des cas.
- Ces données peuvent être corrigées pour tenir compte des délais de déclaration, de la sous-déclaration, et des valeurs manquantes sur les déclarations reçues. Pour connaître le nombre annuel de diagnostics, pour analyser les évolutions au cours du temps ou pour comparer les régions en rapportant les cas à la population, il est nécessaire d'utiliser des données corrigées.
- Ces corrections sont d'autant plus fiables et précises que l'exhaustivité de la déclaration est élevée. En 2015, l'exhaustivité de la DO VIH était de 68% en France entière et de 76 % en Bretagne.
- L'analyse porte sur les cas d'infection à VIH et de Sida résidant en Bretagne. Dans les données corrigées, la région de déclaration est utilisée par défaut lorsque la région de domicile n'est pas renseignée.

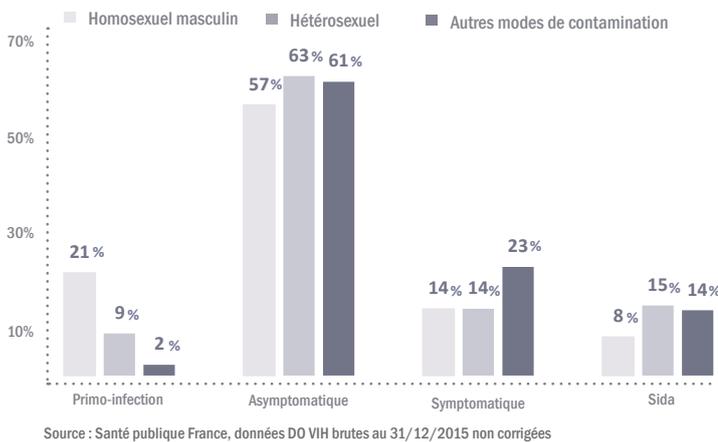
## STADES CLINIQUES AU MOMENT DU DÉPISTAGE

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2005 et 2015 en Bretagne, 13 % ont été diagnostiquées au stade de primo-infection, 58 % au stade asymptomatique, 15 % à un stade symptomatique, et 14 % à un stade du sida.

Les homosexuels masculins ont été plus fréquemment diagnostiqués au stade de primo-infection que les hétérosexuels (21 % vs 9 % ;  $p < 0,001$ ). (Figure 7).

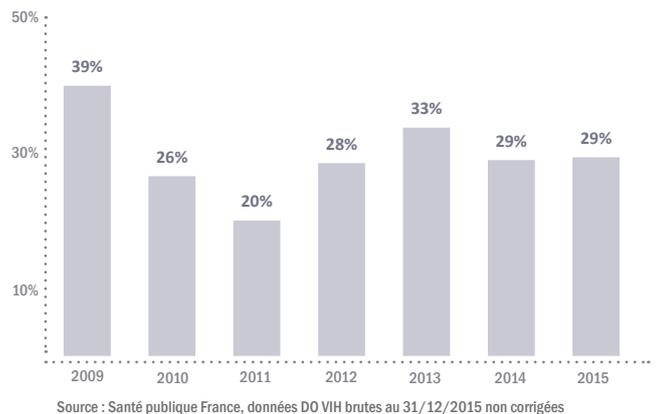
Les personnes nées en France ont été plus fréquemment diagnostiquées à un stade précoce (45 %) que celles nées en Afrique subsaharienne (17 %).

7 Stades cliniques au moment de la découverte de la séropositivité selon le mode de contamination, Bretagne, 2005 à 2015



En 2015, 29 % des diagnostics sont réalisés tardivement en Bretagne, proportion similaire au pourcentage national (31 %). (Figure 8).

8 Évolution de la part des dépistages tardifs parmi les découvertes de séropositivité en Bretagne de 2009 à 2015

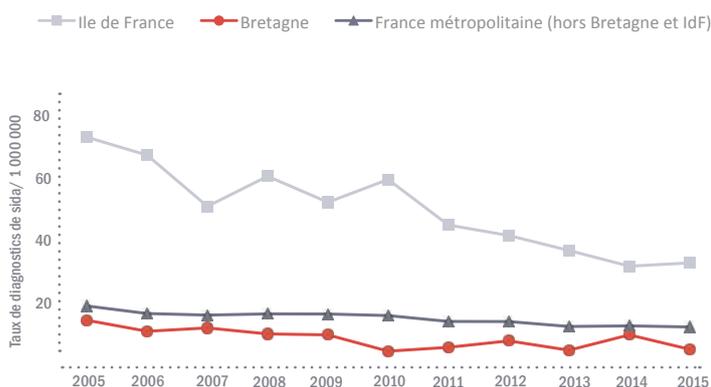


# DIAGNOSTIC DE SIDA

En 2015, en Bretagne, le nombre de nouveaux cas de sida diagnostiqués est estimé à 19 (IC 95 % : [13 – 25]). Cet effectif est estimé à partir des 11 cas notifiés et en tenant compte de la sous-déclaration et des délais de déclaration.

Le taux de diagnostic de sida est estimé à 6 cas pour 1 000 000 habitants en 2015, stable par rapport à 2014 et 2013. Il reste en 2015 inférieur à celui observé dans le reste de la province, qui atteint 13 cas pour 1 000 000 d'habitants et à celui de l'Île-de-France qui atteint 33 cas pour 1 000 000 d'habitants. (Figure 9).

**9** Évolution annuelle du taux de diagnostics de Sida en France métropolitaine (hors Bretagne et Île-de-France), Île-de-France et Bretagne de 2005 à 2015



Source : Santé publique France, données DO Sida au 31/12/2015 corrigées pour les délais et la sous déclaration

Le tableau 10 présente les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des cas de Sida notifiés (données brutes). Les données de 2015 en Bretagne doivent être interprétées avec prudence, le nombre de cas notifiés étant faible (n=11).

Les hommes représentaient la majorité des cas de sida en 2015 en Bretagne (70 %). Près de la moitié des cas de sida étaient des personnes de plus de 50 ans (45 %) en Bretagne et 33 % au niveau métropolitain. Les personnes diagnostiquées sida étaient majoritairement nées en France (73 %).

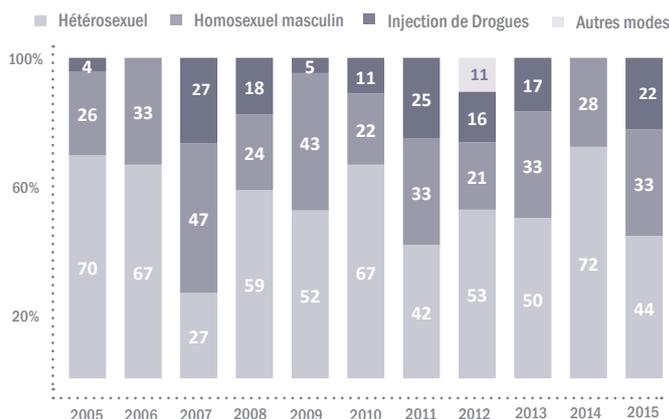
Les rapports hétérosexuels étaient le mode de contamination le plus fréquent (44 %) devant les rapports homosexuels (33 %). (Figure 11). Au moment du diagnostic de sida, 27 % des personnes connaissaient leur séropositivité.

**10** Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des cas de Sida notifiés en Bretagne et en France entre 2005 et 2015 (Pourcentages, réalisés sur des données brutes, calculés après avoir exclu les valeurs «inconnues»)

	Bretagne		France métropolitaine
	2005-2014 (%)	2015 (%)*	2015 (%)
<b>ÂGE</b>			
Moins de 25 ans	3	0	4
De 25 à 49 ans	63	55	64
50 ans et plus	34	45	33
<b>SEXE</b>			
Hommes	72	73	70
Femmes	28	27	30
<b>PAYS DE NAISSANCE</b>			
France	77	73	50
Afrique sub-saharienne	18	0	36
Autres	5	27	15
<b>MODE DE CONTAMINATION</b>			
Homosexuel masculin	31	33	30
Hétérosexuel	57	44	61
Injection de drogues	11	22	7
Transfusion	1	0	0
Mère-enfant	0	0	1
<b>TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL avant Sida</b>			
Oui	16	18	17
Non	84	82	83
<b>CONNAISSANCE SÉROPOSITIVITÉ avant Sida</b>			
Oui	45	27	55
Non	55	73	45
<b>PATHOLOGIES INAUGURALES (les 5+ fréquentes)</b>			
Pneumocystose	40	60	31
Candidose oesophagienne	18	9	13
Tuberculose pulmonaire	9	0	8
Kaposi	8	18	11
Toxoplasmose cérébrale	8	0	13

Source : Santé publique France, données DO Sida brutes au 31/12/2015 non corrigées. \* Effectif notifié faible (n=11)

**11** Évolution de la part des cas de Sida pour les 3 modes de contamination (Hétérosexuel, homosexuel masculin, injection de drogues) en Bretagne de 2005 à 2015



Source : Santé publique France, données DO Sida brutes au 31/12/2015 non corrigées

**A**u niveau régional, le COREVIH Bretagne est une instance de santé régionale et collégiale créée en 2007 qui tend à faciliter la prise en charge globale des personnes concernées par l'infection à VIH. Ses objectifs sont les suivants :

- Contribuer à l'équité et à l'accessibilité des soins sur tout le territoire afin de favoriser la coordination des professionnels dans les domaines de la prévention, du dépistage, du soin, de la recherche clinique et de favoriser l'implication des malades et usagers du système de santé.
- Participer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité

de la prise en charge des patients, à l'évaluation et à l'harmonisation des pratiques.

- Analyser les données médico-épidémiologiques relatives à la file active des patients infectés par le VIH ayant eu au moins un recours dans les centres participant au recueil d'activité.

Les données présentées dans la synthèse sont issues de la base de données « NADIS™ » dont l'implantation, après 4 années de déploiement, est effective depuis fin 2015 dans l'ensemble des centres de prise en charge de la région.

# ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH : DONNÉES GÉNÉRALES DE LA FILE ACTIVE

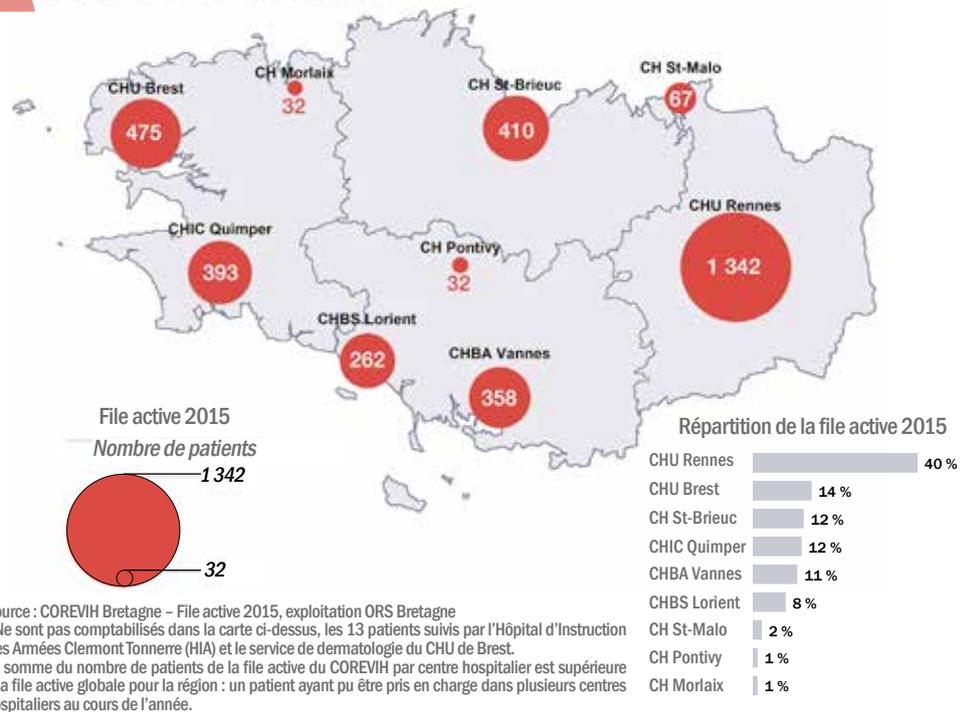
## Près de 3400 patients infectés par le VIH suivis dans les hôpitaux en Bretagne

En 2015, Le Comité de coordination de lutte contre le VIH (COREVIH) de Bretagne estime la file active hospitalière à 3362 patients ayant eu au moins un recours dans les centres hospitaliers, chiffre en augmentation (+4,5 %) par rapport à 2014.

### Une répartition variable selon les sites

Deux patients sur cinq (40 %) de la file active) sont suivis par le service des maladies infectieuses du CHU de Rennes, soit plus de 1300 patients. Les files actives des centres hospitaliers de Brest, Saint-Brieuc, Quimper Vannes et Lorient, se situent à des niveaux intermédiaires qui varient de 14 % à 8 % de la file active. Enfin, trois services implantés aux centres hospitaliers de Saint-Malo, Morlaix et Pontivy présentent des files actives inférieures à cent patients.

12 File active 2015 du COREVIH\*



## Des découvertes de séropositivité (1<sup>er</sup> dépistage) chez la moitié des nouveaux patients

Au total, 275 nouveaux patients ont été pris en charge par les services participant à l'activité du COREVIH au cours de l'année 2015, dont plus de la moitié (52 %) était dépistée pour la première fois dans l'année. Le nombre de décès reste faible et relativement constant (26 patients ont été concernés contre 24 en 2014, et 26 en 2013). Enfin, un peu moins de 100 patients ont quitté la cohorte en raison de la poursuite de leur suivi hors Bretagne.

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

Cohorte 2015	
Nouveaux patients	275
Dont nouveaux dépistés	142
Décès	26
Transfert de suivi ailleurs	93
Perdu de vue*	9

\*Perdu de vue : patients dont on est sans nouvelle malgré les relances 13 mois après le dernier passage en consultation.

## Les recours

En moyenne, les patients suivis en Bretagne ont bénéficié de trois recours dans l'année. Il s'agit pour l'essentiel de consultations (92 %), suivis par de l'hospitalisation de jour ou conventionnelle (6 %), enfin les autres types de recours sont minoritaires (2 %).

La plupart des services cliniques bretons n'ont plus recours à l'hospitalisation de jour, et recentrent le suivi sur les consultations, moins contraignantes pour les patients.

Cependant, le nombre de recours moyen annuel varie fortement selon les sites allant d'un minimum de 1,6 à un maximum de 3,7 par patient et par an. Ces écarts s'expliquent essentiellement par des différences d'organisation de suivi dans les services cliniques, plus que par des différences liées aux patients eux-mêmes. Il existe également d'importantes variations au sein des services, en fonction des médecins, chacun étant libre de déterminer le rythme de suivi, en restant en conformité avec les recommandations nationales. En 2016-2017, le COREVIH travaille à une meilleure coordination du suivi avec les médecins traitants, qui devrait permettre une diminution des recours hospitaliers pour les patients ne nécessitant pas un suivi hospitalier rapproché, ces derniers étant majoritaires au sein de la file active bretonne.

<sup>1</sup> Les autres types de recours : séance d'éducation thérapeutique, contact téléphonique.

# CARACTÉRISTIQUES DES CAS PRÉVALENTS

## CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

### Une prédominance masculine

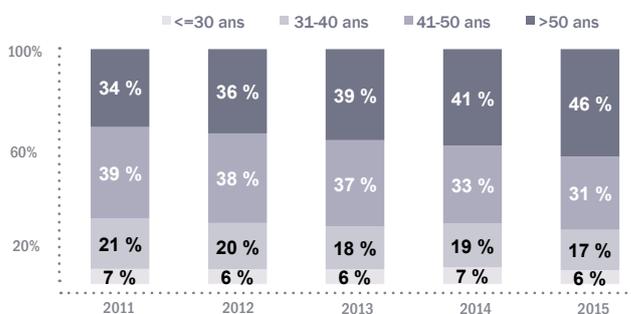
En cohérence avec les découvertes de séropositivité, la population suivie pour le VIH est à très forte prédominance masculine (68 % d'hommes pour 32 % de femmes). (Figure 13).

### Des patients relativement âgés suivis depuis longtemps

Près de 5 patients de la file active sur 10 (46 %) ont plus de 50 ans et les hommes sont globalement plus âgés que les femmes. Depuis 2014, l'âge médian des hommes a passé le cap des 50 ans tandis que pour les femmes il atteint 45 ans. (Figure 14).

Par ailleurs, la durée de suivi est importante, elle est supérieure ou égale à 15 ans pour près d'un patient sur 2 (49 %). Cet allongement des durées de suivi induit de fait un vieillissement progressif de la population prise en charge, qui se traduit par une progression de 35 % de la part des patients de plus de 50 ans par rapport à l'année 2011. (Figure 15).

### 14 Évolution de la file active selon l'âge en Bretagne entre 2011 et 2015

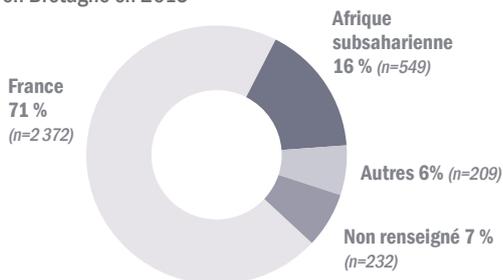


Source : COREVIH Bretagne - File active 2015, exploitation ORS Bretagne

### Des modes de contamination différenciés chez les hommes et les femmes

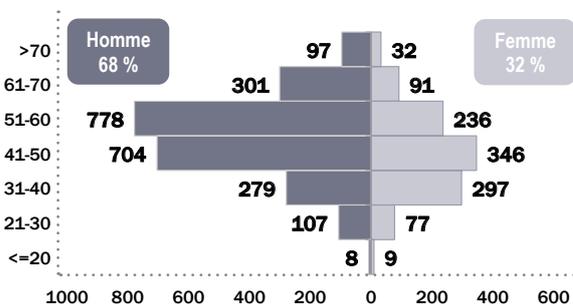
Sur l'ensemble de la file active, la contamination par rapports hétérosexuels est la plus fréquente (45 %) suivis par les rapports homo/bisexuels (38 %), cependant ce constat diffère fortement selon le sexe. En effet, la contamination par rapports homo/bisexuels est majoritaire chez les hommes (56 %) alors que chez les femmes la contamination par rapports hétérosexuels prédomine largement (82 %). Chez les hommes comme chez les femmes, près d'un patient suivi sur 10 a été contaminé lors de l'usage de drogues par voie intraveineuse. (Figure 16).

### 17 Répartition de la file active selon l'origine géographique en Bretagne en 2015



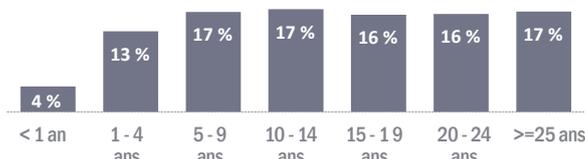
Source : COREVIH Bretagne - File active 2015, exploitation ORS Bretagne

### 13 Pyramide des âges de la file active en 2015



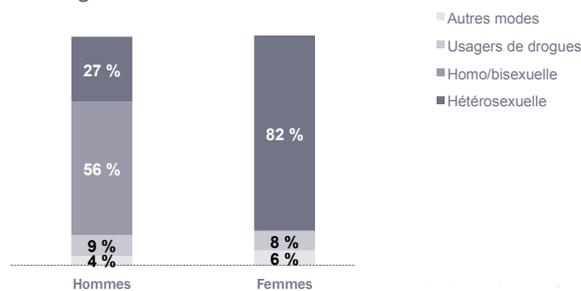
Source : COREVIH Bretagne - File active 2015, exploitation C.I.S. Bretagne

### 15 Répartition de la file active selon l'ancienneté du suivi en 2015



Source : COREVIH Bretagne - File active 2015, exploitation ORS Bretagne

### 16 Répartition de la file active selon le mode de contamination\* en Bretagne en 2015



Source : COREVIH Bretagne - File active 2015, exploitation ORS Bretagne

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

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

En 2015, un peu plus de sept patients de la file active sur dix (71 %) sont originaires de France et près d'un sur quatre (23 %) est né à l'étranger (principalement dans des pays d'Afrique subsaharienne 16 %), alors qu'en proportion les personnes d'origine étrangère ne représentaient au total que 2,2 % de l'ensemble de la population bretonne en 2013<sup>2</sup>. L'amélioration de l'accès aux soins de cette population d'origine étrangère fait partie des objectifs du COREVIH, en facilitant notamment l'intervention d'interprètes professionnels pendant les consultations. (Figure 17).

<sup>2</sup> Selon le recensement de la population de l'Insee.

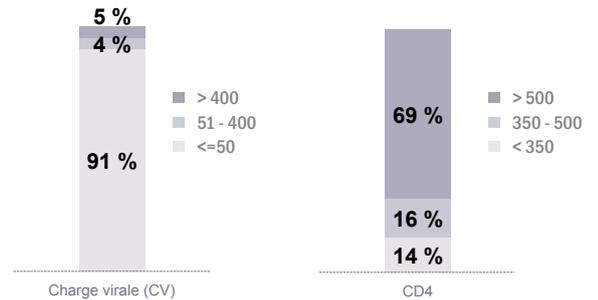
# CARACTÉRISTIQUES DES CAS PRÉVALENTS

## CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

### Une charge virale indétectable pour 9 patients sur 10

L'essentiel (91 %) des patients ont une charge virale  $\leq 50$  copies/ml et 69 % ont des CD4  $> 500/\text{mm}^3$ . Cependant, il subsiste une proportion significative de patients immunodéprimés (CD4  $< 350/\text{mm}^3$ ). Cela illustre encore un recours trop tardif au dépistage, mais également les évolutions progressives des modalités de suivis au cours des 20 dernières années : jusqu'en 2013, il était d'usage d'attendre qu'un déficit immunitaire soit présent pour débiter le traitement antiviral. (Figure 18).

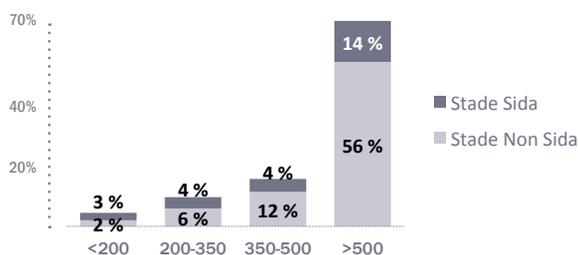
### 18 Répartition des patients en fonction de leur charge virale (copies/ml) et de leur CD4 ( $/\text{mm}^3$ ) en Bretagne en 2015



Source : COREVIH Bretagne - File active 2015, exploitation ORS Bretagne.

\*La différence avec 100% correspond aux valeurs non renseignées.

### 19 Niveau de CD4 ( $/\text{mm}^3$ ) selon le stade clinique pour l'ensemble de la file active en 2015\*



Source : COREVIH Bretagne - File active 2015, 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.

### 1 patient sur 4 a atteint le stade sida

En 2015, un quart de la file active (25 %) a atteint le stade clinique de sida. Ce constat illustre deux situations différentes, l'une plutôt négative qui est le fait d'un dépistage encore tardif de certains patients et l'autre plutôt positive qui est la capacité à restaurer l'immunité des patients arrivés au stade Sida comme en témoigne la proportion de patients au stade sida (18 %) dont le taux de CD4 est supérieur à 350 CD4/ $\text{mm}^3$ . (Figure 19).

## TRAITEMENTS

### L'essentiel des patients sont sous traitement antiviral

En 2015, seuls 2 % des patients n'ont jamais reçu de traitement antiviral (naïfs de tout traitement), 96 % sont sous traitement et seulement 2 % des patients déjà traités ne le sont plus au cours de l'année (suspension transitoire, arrêt après traitement d'une primo-infection, choix du patient...).

### La moitié des patients reçoit un seul comprimé par jour pour le traitement de l'infection par le VIH

En 2015, 1620 patients, soit 50 % de la file active traitée ( $n=3236$ ), reçoivent un traitement antirétroviral basé sur une trithérapie en mono-comprimé. Cette proportion est en nette augmentation par rapport à 2014, où seuls 39 % des patients étaient concernés. Parmi les quatre traitements disponibles en un seul comprimé par jour, le traitement le plus fréquemment prescrit est l'association tenofovir-emtricitabine-rilpivirine, qui concerne une personne sur quatre (25 %). Il s'agit de la trithérapie en mono-comprimé la moins onéreuse du marché (682 €/mois). Elle est suivie par l'association tenofovir-emtricitabine-elvitegravir (12 % des patients), qui est 30% plus coûteuse (977 €/mois).

### Une diversité de schémas thérapeutiques

Le nombre élevé de molécules disponibles pour le traitement de l'infection par le VIH (plus de 20) explique le très grand nombre de combinaisons possibles. Trente combinaisons différentes sont prises par plus de 10 personnes, et on dénombre plus de 100 combinaisons différentes au sein du COREVIH. Cette diversité a tendance à s'estomper avec le temps, les schémas thérapeutiques étant plus simples aujourd'hui.

### Des recommandations suivies chez près de 90% des personnes traitées

Malgré la diversité des schémas possibles, les combinaisons recommandées sont majoritaires : la base du traitement en 2015 est 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) : 86 % des personnes traitées répondent à l'un de ces trois schémas.

### Les initiations de traitement

La part des associations à base d'antiprotéase (qui n'existe pas sous forme de comprimé unique) est plus importante (32 %) chez les personnes qui débiter un traitement que pour l'ensemble de la file active (17 %) : ces associations sont le plus souvent remplacées au bout de quelques mois par d'autres solutions plus simples, une fois que la charge virale est indétectable. (Figure 20).

### 20 Principaux schémas de traitement rencontrés chez les patients traités par antirétroviraux en 2015

	Ensemble des patients traités		Initiation de traitement	
	N	%	N	%
2N+1NN	1452	45 %	53	28 %
2N+1II	769	24 %	73	38 %
2N+1IPb	559	17 %	61	32 %
Autres	456	14 %	3	2 %

Source : COREVIH Bretagne - File active 2015, exploitation ORS Bretagne.

N : inhibiteur nucléosidique de la transcriptase ; NN : inhibiteur non nucléosidique ; II : inhibiteur d'intégrase ; IPb : inhibiteur de protéase boosté

# CARACTÉRISTIQUES DES CAS PRÉVALENTS

## CO-INFECTION VIH-HÉPATITES

### Elles concernent près d'1 patient sur 5 (17%)

En 2015, près de 20 % des patients de la file active sont porteurs de l'AgHBs ou ont été en contact avec le virus de l'hépatite C. (Figure 21).

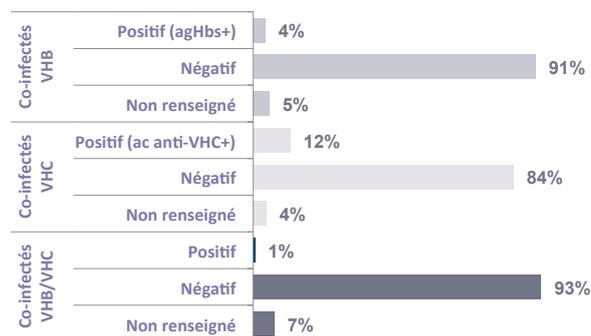
- 4 % de la file active des patients suivis sont porteurs chroniques de l'AgHBs.
- 12 % ont été en contact avec le virus de l'hépatite C.
- 1 % cumulent les deux situations.

Parmi les patients pour lesquels l'information est renseignée, la contamination par les virus des hépatites B et/ou C est en lien avec une toxicomanie intraveineuse pour plus des deux-tiers (67 %), et pour 16 % par voie sexuelle.

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

Parmi les patients co-infectés VIH/VHC, 47 % n'ont jamais reçu de traitement (en raison principalement d'une guérison spontanée), et 5 % sont toujours en cours de traitement au 31/12/2015, au moment de l'analyse des données<sup>1</sup>.

## 21 Co-infections VHB et VHC dans la file active en Bretagne en 2015



Source : COREVIH Bretagne - File active 2015, exploitation ORS Bretagne

## LES NOUVEAUX DÉPISTÉS

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

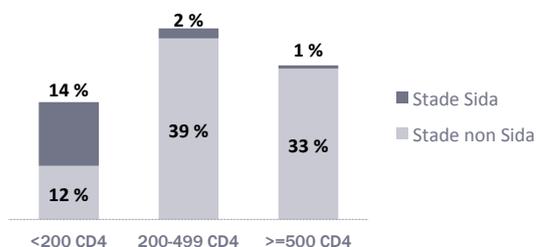
En 2015, 142 adultes ont découvert leur séropositivité au VIH, dont 4 sont décédés en cours d'année<sup>2</sup>. Pour les patients pour lesquels l'information est renseignée (soit 138), l'âge moyen est de 40 ans et l'âge médian de 36 ans, soit 10 ans en dessous de celui de la file active globale. Ce sont majoritairement des hommes (75 % pour 25 % de femmes), proportion supérieure à celle observée dans la file active globale. Les hommes ont été majoritairement contaminés lors de rapports avec d'autres hommes (66 %) et les femmes par rapports hétérosexuels (89 %). Les modes de contamination sont comparables à ceux de l'ensemble de la file active.

### Plus de 3 nouveaux dépistés sur 10 le sont tardivement

Sur l'ensemble des nouveaux dépistés, 28 % (38/138) ont découvert leur infection tardivement<sup>3</sup>, 17 % (23/138) ont atteint le stade sida et 12 % (16/138) présentent des CD4<200/mm<sup>3</sup>. (Figure 22).

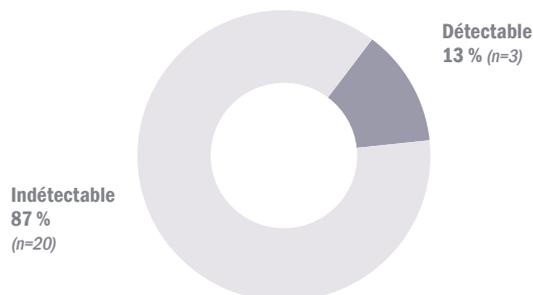
En 2015, il est recommandé de débuter un traitement chez tous les patients infectés par le VIH. Chez les 118 personnes ayant découvert leur séropositivité en 2015 et dont la date de début de traitement est connue (sur 142 découvertes), le délai médian d'initiation de traitement est de 21 jours, et le délai moyen de 34 jours [0-328 jours].

## 22 Niveau de CD4 chez les nouveaux dépistés (mm<sup>3</sup>) selon le stade clinique en 2015



Source : COREVIH Bretagne - File active 2015, exploitation ORS Bretagne.

## 23 Répartition des enfants suivis dans la file active selon la charge virale en Bretagne en 2015



Source : COREVIH Bretagne - File active 2015, exploitation ORS Bretagne.

## LE SUIVI PÉDIATRIQUE

La taille des cohortes pédiatrique est en diminution constante du fait de la quasi-disparition de la transmission mère-enfant en France. Ainsi, en 2015, 23 enfants ont été suivis par les hôpitaux participant au recueil d'activité pour le COREVIH. La totalité des enfants (100 %) reçoit un traitement. Mais la proportion d'enfants présentant une charge virale détectable est légèrement supérieure à celle observée en population adulte (13 % contre 10 %). (Figure 23). Ce dernier constat est partagé au niveau national et mondial, notamment chez les adolescents.

<sup>1</sup>Compte-tenu de l'amélioration de l'exhaustivité du recueil concernant le traitement de l'hépatite des patients co-infectés VHC, les données 2015 ne peuvent pas être comparées à celles présentées pour l'année 2014.

<sup>2</sup>Ces patients ne sont pas pris en compte pour l'étude des caractéristiques des nouveaux dépistés.

<sup>3</sup>Définition du stade tardif : Tout diagnostic au stade sida ou avec des CD4 inférieurs à 200/mm<sup>3</sup> en dehors d'une primo-infection est considéré comme tardif - Cazein F, Pinget R, Lot F, Pillonel J, Le Strat Y et al. Découvertes de séropositivité VIH et sida France, 2003-2011. Bull Epidemiol Hebd 2013;28-29:333-40

## Dépistage du virus de l'hépatite C (VHC)



L'hépatite C demeure à ce jour un enjeu majeur de santé publique compte tenu de la fréquence de l'hépatite C chronique en France, qui concerne environ 232 000 personnes dont 2 700 décès par an, et de la méconnaissance par la moitié de ces personnes de leur statut d'infection chronique. L'arrivée des nouveaux agents antiviraux directs a conduit à une avancée majeure dans le traitement de l'hépatite C : guérison de 95 à 100% des malades, administration orale de comprimés, peu d'effets indésirables et traitement court, de l'ordre de trois mois.

De tels progrès thérapeutiques permettent d'envisager une baisse de la prévalence puis des complications associées à l'hépatite C (cirrhose, carcinome hépatocellulaire, décès d'origine hépatique) et justifient un renforcement du dépistage, notamment parmi les populations les plus exposées. Les usagers de drogues par voie intraveineuse constituent la population prioritaire qui reste le premier réservoir du virus VHC en France. Les migrants provenant d'une zone de moyenne et forte endémicité et en situation de précarité ainsi que les populations en milieu carcéral comptent aussi parmi les populations les plus exposées.

Le rapport « **Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C** », écrit sous la direction du Pr Daniel DHU-MAEUX (2014), faisait les recommandations suivantes concernant le dépistage du VHC :

- Poursuivre une stratégie de dépistage ciblé de l'infection en fonction des facteurs de risques de contamination.
- Informer la population générale et les médecins généralistes sur les nouvelles thérapeutiques et l'intérêt du dépistage.

▪ Promouvoir les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pour le dépistage des populations qui ne fréquentent pas les structures médicales classiques.

Suite à la décision de Madame Marisol Touraine de permettre l'accès au traitement de l'HVC à l'ensemble des personnes infectées, jusqu'alors réservé à certains stades de la maladie, une nouvelle version du rapport Dhumeaux (octobre 2016) a mis à jour les recommandations et est disponible sur [le site du COREVIH Bretagne](#).

L'ARS Bretagne, au vu de ces recommandations, va privilégier en 2017 deux stratégies.

D'une part, une campagne de communication sera élaborée à destination des médecins généralistes pour mieux les informer sur les enjeux du dépistage et de la prise en charge précoce du VHC. L'élaboration de cette campagne sera co-pilotée par l'ARS et le COREVIH, avec l'appui d'hépatologues du centre expert hépatite.

D'autre part, une offre de soins globale et coordonnée sera développée dans les CSAPA (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) pour les usagers de drogues, en proposant un « guichet unique » permettant :

- Une prévention avec informations et actions de réduction des risques, à tous les usagers de drogues, même guéris de leur infection (risque de recontamination).
- Un dépistage de l'hépatite virale C (VHC), au sein de la structure par déploiement des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD).
- La possibilité de réalisation de FibroScan® au sein de la structure.
- Une offre de consultation d'hépatologie en CSAPA.
- La mise en place de traitement, de suivi et d'éducation thérapeutique dans le cadre d'une bonne observance des traitements par les usagers de drogues.

Le développement des TROD VHC offrant une alternative de dépistage, complémentaire au dépistage par la sérologie, l'ARS a accordé une dotation exceptionnelle aux CSAPA, afin de pouvoir acheter des TROD pour dépister tous les patients de leur file active.

Ces efforts mis en œuvre en 2017 sur le principal réservoir de l'hépatite C devrait permettre de faire reculer significativement la prévalence de cette maladie en Bretagne.

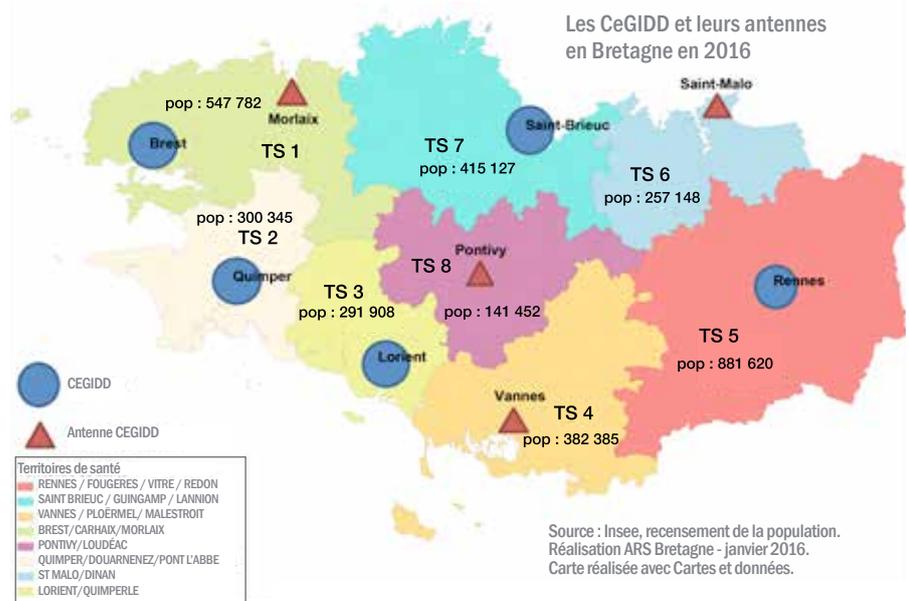
*Dr Jean-Pierre Épaillard.*  
ARS Bretagne.

## BILAN DES CeGIDD À 6 MOIS

Après 6 mois de fonctionnement des CeGIDD (Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles) et de leurs antennes, l'ARS a réalisé un premier bilan de leur organisation.

La redistribution plus équitable des financements entre les CeGIDD a permis d'une part une diminution des écarts pour deux indicateurs quantitatifs, le coût par patient de file active et le coût par habitant, et d'autre part une augmentation du personnel dans la plupart des structures au profit du temps de secrétaire et d'infirmier, permettant aussi des plages d'ouverture plus importantes.

Les deux nouvelles missions confiées aux CeGIDD doivent encore être développées, en particulier la prévention des risques liés à la sexualité, par la formation des équipes. La mission de vaccination est, quant à elle, assurée par toutes les structures. L'installation du logiciel SILOXANE™ pour le recueil des données devrait permettre de disposer d'un bilan quantitatif mais aussi qualitatif de l'activité des CeGIDD bretons pour 2016.



Cette réforme a permis une remise à plat du dispositif de prévention et de lutte contre les IST et un point fort se dégage déjà au bout de ces 6 mois de fonctionnement : une amélioration évidente de la qualité de l'offre pour les patients et de la qualité de travail pour les équipes.

*Dr Jean-Pierre Épaillard.*  
ARS Bretagne.

## L'UNITÉ MOBILE DE DÉPISTAGE

## Un outil au service des acteurs de terrain pour répondre à un besoin de proximité et d'accessibilité aux dépistages

## Objectifs

- Améliorer l'accès au dépistage et à la prévention du VIH, des Infections Sexuellement Transmissibles et des hépatites
- Intervenir dans l'environnement des personnes ciblées.
- Promouvoir la santé sexuelle.
- Développer et favoriser la collaboration avec les partenaires sur la mise en place des actions.

## Organisation du dispositif



## Qui peut l'utiliser ?

Toute structure associative, médicale, institutionnelle intervenant dans le champ de la santé sexuelle, notamment le dépistage et la prévention du VIH, des infections sexuellement transmissibles et des hépatites et souhaitant mettre en place des actions hors les murs.

## Comment l'emprunter ?

Il faut préalablement que la structure ait signé une convention de prêt avec le Réseau Louis Guilloux (valable 1 an), et ensuite, vérifier la disponibilité sur le département car l'Unité Mobile de Dépistage réside 3 mois par an dans chacun des départements de la région. Enfin, remplir le formulaire de réservation.

## Quel en est le coût ?

L'Unité Mobile de Dépistage est mise à disposition gratuitement, et l'assurance et le carburant sont à la charge de l'emprunteur.

## LA SYPHILIS

Dans un contexte national de recrudescence de la syphilis, observée par les professionnels de santé, plus particulièrement par ceux en charge des infections sexuellement transmissibles et objectivée en Bretagne par l'augmentation des consommations d'Extenciline sur la période 2001-2013, l'Agence Régionale de Santé a souhaité la mise en place d'un système de surveillance de l'activité de dépistage de la syphilis dans la région. Ce dispositif d'observation repose sur une enquête semestrielle réalisée auprès de l'ensemble des laboratoires d'analyses biologiques et médicales par l'Observatoire Régional de Santé en partenariat avec le Comité de Coordination de lutte contre le VIH.

## Bilan au 31/10/2016 :

Actions réalisées : 10 - Personnes contactées : 297 - Personnes dépistées : 151

Actions	Lieux	Structures organisatrices	Partenariats	Nb de personnes contactées	Nb de personnes dépistées
Public accueilli au CAARUD	Guingamp (22)	PECESS	CDAG St Brieuc CAARUD	2	0
Public accueilli au point santé et au CAARUD	Lannion (22)	PECESS	CDAG St Brieuc CAARUD	15	10
Soirée Sex Breizh	Redon (35)	PECESS	Foyer de jeunes travailleurs de Redon CDAG Rennes CPEF Redon	17	12
<b>Total 2015</b>				<b>34</b>	<b>22</b>
Lieux de rencontres extérieurs	Parc de loisirs de Creach Gwenn - Quimper (29)	CeGIDD Quimper		2	0
Sidaction	Rennes (35)	PECESS	CeGIDD Rennes Réseau Louis Guilloux	54	54
Marche des Fiertés	Rennes (35)	PECESS	CeGIDD Rennes Réseau Louis Guilloux	31	27
Lieux de rencontres extérieurs	Plage de Kerouini - Quimper (29)	CeGIDD Quimper		5	0
Festival de Cornouaille	Quimper (29)	CeGIDD Quimper		61	9
Lieux de rencontres extérieurs	Aire de repos de Marzan (56)	PECESS	CeGIDD Vannes ENIPSE	10	1
Temps forts dépistage et prévention	Fougères (35)	PECESS	CPEF CeGIDD Rennes Groupe VAS du Pays de Fougères	100	38
<b>Total 2016</b>				<b>263</b>	<b>129</b>

## Perspectives :

- Établir un calendrier prévisionnel de mise à disposition du véhicule trois mois par an sur chacun des départements.
- Mise en place d'un groupe de travail pour les interventions sur les Lieux de rencontre extérieurs (LRE).
- Évaluer les besoins des équipes intervenantes et/ou souhaitant intervenir sur les LRE.
- Définir les projets à mettre en place pour améliorer/engager des actions sur les LRE.
- Création d'outil type « guide d'intervention » : conseils pratiques pour la mise en place des actions.



**POUR TOUTES INFORMATIONS :**  
Réseau Louis Guilloux /  
Pôle de coordination en santé sexuelle  
12 ter, Avenue de Pologne- «Le Samara»  
35200 Rennes

**Myriam BESSE :**  
m.besse@rg35.org  
02 99 32 47 36 (Poste 203)  
Fax 02 99 50 51 20

- Champ :** Toute personne ayant fait un test de dépistage de la syphilis réalisé par un laboratoire breton d'analyses biologiques et médicales mais à l'exclusion des donneurs de sang
- Objectifs :** Suivre le nombre de personnes testées pour la syphilis et le nombre de personnes confirmées positives.
- Méthode :** Recueil semestriel de données par un questionnaire en ligne\*.
- Bilan pour le 1<sup>er</sup> semestre 2016 :**
  - Taux de participation des laboratoires : 93 %
  - Nombre total de personnes dépistées : 49 392.
  - Nombre de personnes confirmées positives : 274, soit un taux de sérologie syphilitique positive de 5,5 pour 1 000 sérologies.

COREVIH Bretagne et ORS Bretagne.

\* Le recueil de données s'appuie sur un questionnaire en ligne élaboré conjointement par l'ARS, l'ORS, le COREVIH et la Cellule d'intervention en région (Cire) Bretagne

## SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

## Trois documents à signaler

Trois documents importants vont marquer le sujet de la santé sexuelle et reproductive en France en 2016 : en mars est paru le rapport du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) « **Santé sexuelle et reproductive** », associé à un « **Avis relatif à la santé sexuelle et reproductive** » du même HCSP. Dans quelques semaines paraîtra un document stratégique du ministère des affaires sociales et de la santé « **Stratégie Nationale de Santé Sexuelle – Agenda 2030** ».

Pourquoi s'intéresser autant, aujourd'hui, à la santé sexuelle ? De nombreuses études analysées par le HCSP montrent qu'il s'agit d'un axe essentiel de la santé globale, et cette thématique, en France, en termes de stratégie de santé, est morcelée au sein de différents plans et ne bénéficiait pas jusqu'à aujourd'hui d'une tentative de vision globale. Le HCSP fait ainsi des propositions visant à encourager l'approche positive de la sexualité en mettant l'accent sur l'éducation à la sexualité dès le plus jeune âge (rôle essentiel que doit jouer l'Éducation nationale), l'importance de l'approche populationnelle, le rôle territorial des Centres Gratuits d'Information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD) et la formation des professionnels.

Le HCSP insiste sur l'attention apportée à la santé de la reproduction, ainsi que l'importance qui doit être accordée à la recherche dans le domaine de la santé sexuelle.

La question de la meilleure coordination des politiques et des acteurs revient régulièrement au sein de ce rapport. Si le sujet de l'infection par le VIH est essentiel pour le COREVIH, celui de la santé sexuelle est également primordial, car on ne voit pas comment les acteurs de la prévention et de la prise en charge peuvent réaliser leurs missions sans considérer la santé sexuelle comme une priorité. L'approche proposée dans le rapport rejoint deux préoccupations du COREVIH. D'une part, aller au plus près de ceux qui en ont le plus besoin : hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, et notamment les plus jeunes, populations migrantes, personnes en situation de prostitution, transgenres. D'autre part, dans le rapport du HCSP, les CeGIDD et les Centres de planification familiale (CPEF) ont un rôle central, et on voit poindre un rapprochement qui, s'il est intelligemment mené, ne pourra être que bénéfique à la lisibilité de l'offre en santé sexuelle : c'est également une préoccupation du COREVIH que de veiller à la cohérence des anciens et nouveaux éléments de l'offre en santé sexuelle.

Mais les recommandations et rapports ne sont rien s'il n'y a pas en aval une intelligence des acteurs : une réforme profonde de l'offre en santé sexuelle va nécessiter une approche qui risque de bousculer un peu nos habitudes et nos méthodes de travail : à nous de montrer que nous pouvons aller de l'avant grâce à cette approche modernisée.

*Dr Cédric Arvieux.*

*Président du COREVIH Bretagne.*

## EN SAVOIR PLUS



▪ Haut conseil de santé publique. Santé sexuelle et reproductive. Collection « Avis et Rapports. Mars 2016.

[http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp201600302\\_santesexuelleet reproductive.pdf](http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp201600302_santesexuelleet reproductive.pdf)



▪ Haut conseil de la santé publique : Avis relatif à la santé sexuelle et reproductive.

[http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa201600302\\_santesexuelleet reproductive.pdf](http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa201600302_santesexuelleet reproductive.pdf)

## « E-DO » Le nouveau dispositif de déclaration obligatoire du VIH/sida pour les professionnels de santé



Le nouveau dispositif de déclaration obligatoire de l'infection par le VIH et du SIDA repose désormais sur la transmission des informations via l'application e-DO. Le circuit de déclaration de la DO du VIH/sida est donc modifié par rapport au circuit papier. Les biologistes n'ont plus à transmettre de feuillets de notification au clinicien. Chaque co-déclarant (clinicien et biologiste) fait une déclaration de manière indépendante dans l'application e-DO. Dans le cadre de la surveillance virologique (basée sur le volontariat du patient et du biologiste), les biolo-

gistes transmettent comme auparavant au Centre national de référence du VIH un échantillon de sang sur buvard, accompagné du formulaire imprimé à partir de l'application e-DO.

▪ Pour vous y connecter : <http://www.e-do.fr/>

▪ Une page d'information dédiée est disponible sur le site de Santé publique France : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Espace-professionnels/Maladies-a-declaration-obligatoire/e-DO-Declaration-obligatoire-en-ligne-de-l-infection-par-le-VIH-et-du-sida>

▪ Vous pouvez également vous adresser à e-DO Info Service au :

**0 809 100 003**

Service gratuit  
+ prix appel

## GLOSSAIRE

AgHBs	Antigène HBs (de l'hépatite B, forme chronique)
ARS	Agence Régionale de Santé
CAARUD	Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
CDAG	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CD4	Lymphocytes T4
CeGIDD	Centre Gratuit d'Information, Dépistage et Diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
Cire	Cellule d'intervention en région
COREVIH	Comité de Coordination de lutte contre le VIH
CPEF	Centre de Planification et d'Education Familiale
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DO	Déclaration Obligatoire
ENIPSE	Equipe Nationale d'Intervention en Prévention et Santé pour les Entreprises
FibroScan®	Autrement appelé élastographie impulsionnelle
HCSP	Haut Conseil de Santé Publique
HSH	Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
ORS	Observatoire Régional de Santé
PCESS	Pôle de Coordination En Santé Sexuelle
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
TROD	Test Rapide d'Orientation Diagnostique
UDI	Utilisateurs de Drogues par Injection
UMD	Unité Mobile de Dépistage
VAS	Vie Affective et Sexuelle
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## LIENS UTILES

AIDES[ARS Bretagne](#)[Conseil National du Sida](#)[COREVIH Bretagne](#)ONUSIDA[ORS Bretagne](#)[Santé publique France](#)[Sida Info Service](#)[Société Française de Lutte contre le Sida \(SFLS\)](#)[Syndicat National des Entreprises Gay \(SNEG\)](#)



Décembre 2016

surveillance  
VIH  
SIDA  
EN BRETAGNE  
2015

