



surveillance  
VIH  
SIDA  
EN BRETAGNE  
2014

## Contributions

### Corevih

Dr Cedric ARVIEUX  
Hadija CHANVRIL  
Jennifer ROHAN

### Invs - Cire Ouest

Dr Bertrand GAGNIERE  
Mathilde PIVETTE  
Lisa KING

### ARS

Dr Jean Pierre EPAILLARD

### ORS

Léna PENNOGNON  
Elisabeth QUEGUINER  
Dr Isabelle TRON

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

Cellule de l'InVS en région Bretagne (Cire Ouest)  
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 : www.invs.sante.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

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.sante.fr

L'épidémie d'infection par le VIH en France est probablement à un croisement, mais il est encore difficile de dire si nous nous engageons dans la bonne direction. De nombreux outils sont venus ces dernières années compléter l'arsenal dont nous disposons en terme de prévention. Deux sont essentiels aujourd'hui, puisqu'ils ont montré qu'ils étaient les plus efficaces lorsqu'on les appliquait dans les conditions adéquates : le « **traitement comme prévention** » et la « **prévention pré exposition** », tout deux mieux connus sous la forme de leurs acronymes anglais, respectivement TasP (treatment as prevention) et PrEP (Pre-Exposition Prophylaxis).

En effet, les traitements antirétroviraux ont non seulement révolutionné la vie des personnes infectées par le VIH, mais également celle de leur(s) partenaire(s) sexuel(s) : on sait avec certitude depuis le milieu des années 2000 que les personnes qui prennent de façon continue un traitement efficace ont **un risque de transmission sexuelle quasiment nul**, permettant d'avoir des rapports non protégés sans mettre en danger leur partenaire (et permettant aux femmes infectées par le VIH de ne plus transmettre à leur enfant). De crainte d'envoyer un message contradictoire – concernant l'utilité du préservatif dans la lutte contre la transmission du VIH, qui reste bien évidemment d'actualité – les médecins sont restés très discrets sur cette question. Ils n'ont, pour beaucoup, pas mesuré à quel point cette connaissance du fait de ne plus être contagieux allégeait le fardeau des personnes infectées. Il est temps d'en parler ouvertement. Mais les études cliniques réalisées ces dernières années ont également mis en évidence un autre effet des antirétroviraux : lorsque l'on est pas infecté par le VIH mais fortement exposé au virus, **prendre un traitement préventif (PrEP) permet de diminuer de près de 90 % le risque d'acquisition du VIH.**

Traitons toutes les personnes séropositives et proposons un traitement préventif aux personnes les plus exposées et l'épidémie d'infection par le VIH sera un lointain souvenir dans quelques années en France ? Ce n'est pas aussi simple : les chiffres actuels montrent que bien que diminuant dans quasiment tous les groupes d'exposition, l'épidémie est en pleine expansion chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, avec en parallèle une très forte épidémie de syphilis. Il n'y a donc pas lieu de se réjouir : les mesures que nous avons mises en place jusqu'à ce jour sont un échec au sein de ce groupe d'exposition et la croisée des chemins est là : soit nous arrivons à mettre en place rapidement tous les outils de la prévention (préservatifs, TasP, PrEP...) et nous verrons progressivement l'épidémie régresser dans **tous les groupes d'exposition...** soit nous ratons le virage de la prévention et il faudra alors se résoudre à accueillir toujours plus de patients infectés par le VIH dans les services cliniques.

Si nous souhaitons utiliser au mieux les moyens de prévention dont nous disposons, la connaissance de l'épidémiologie régionale est un outil essentiel. Elle permet d'adapter les politiques de santé publique au plus près des besoins des populations. C'est la raison pour laquelle les quatre instances régionales de santé impliquées dans la surveillance de l'infection par le VIH et les infections sexuellement transmissibles (COREVIH-Bretagne, Cire-Ouest, ORS-Bretagne et ARS-Bretagne) se sont associées pour concevoir et réaliser ce bulletin de surveillance du VIH-Sida en Bretagne en 2014.

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 l'Institut de veille sanitaire (InVS).

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 2014, est estimé, à partir des laboratoires participant au réseau LaboVIH, à 5,27 millions (IC 95 % : [5,20-5,33]), soit 80 sérologies pour 1000 habitants. Après avoir augmenté, ce nombre s'est stabilisé depuis 2011.
- Le nombre de sérologies positives communiqué par le réseau LaboVIH était de l'ordre de 11 000 en 2014. Rappelons que ce nombre inclut des

sérologies réalisées dans le cadre du dépistage anonyme. Il est probable qu'y figurent des personnes déjà connues comme étant porteuses du VIH.

- Le nombre notifié de personnes ayant découvert leur séropositivité en France en 2014 est de l'ordre de 6600. Depuis 2012, le nombre de découvertes de séropositivité est plus élevé en province qu'en Île-de-France.
- Environ 1220 diagnostics de Sida ont été réalisés en 2014 en France.

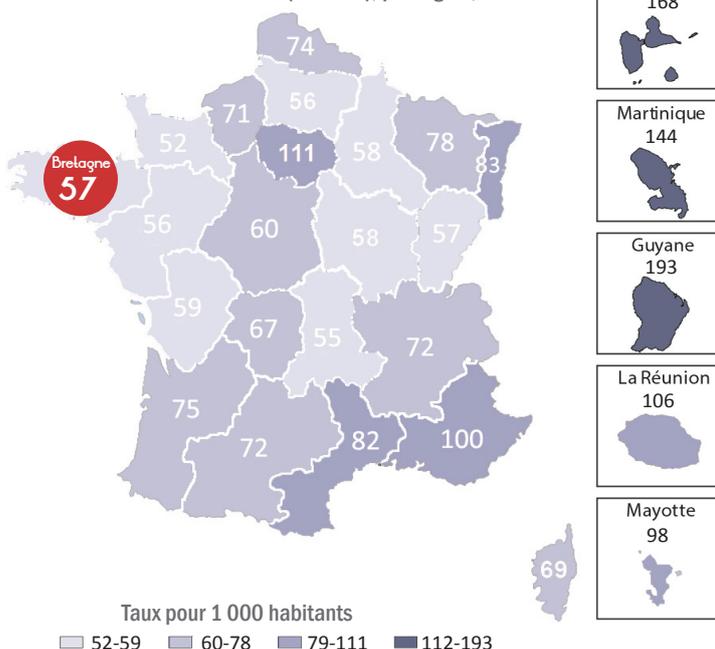
# LE DEPISTAGE DU VIH EN BRETAGNE

En 2014, le nombre de sérologies VIH réalisées dans les laboratoires de la région était de 57 pour 1000 habitants (IC95 % : 52 - 61). Son évolution est stable depuis 2007. Ce taux est 1,4 fois inférieur au taux national 80 pour 1000 habitants (IC95 % : 79 -81). Le taux le plus élevé a été observé en Guyane (193 pour 1000 habitants). En métropole, les taux les plus élevés concernent l'Île-de-France (111 pour 1000 habitants) et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (100 pour 1000 habitants) à l'opposé le taux le plus bas a été observé en Basse-Normandie (52 pour 1000 habitants). (Figure 1).

Le nombre de sérologies positives en Bretagne en 2014 était de 217 soit une proportion de sérologies positives de 1,2 pour 1000 tests, stable par rapport à 2013 et deux fois inférieure à celle observée au niveau national (2,1 pour 1000). Depuis 2007, la proportion de sérologies positives varie de 0,8 à 1,2. (Figure 2).

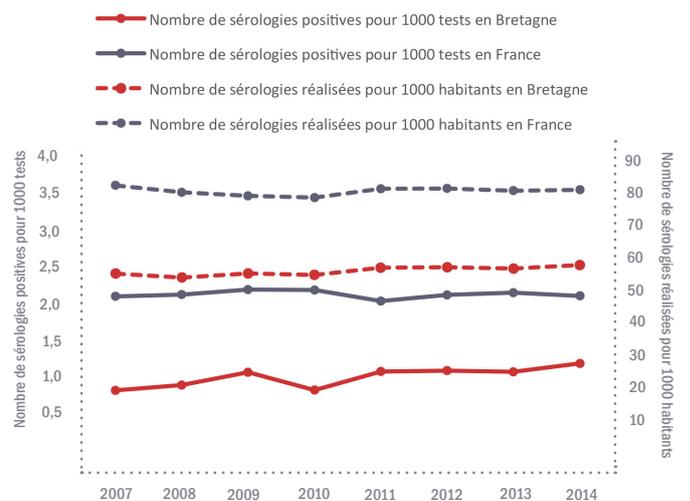
En 2014, la Bretagne se classe ainsi au 9<sup>ème</sup> rang des régions de France métropolitaine les moins touchées avec 66 sérologies positives par million d'habitants.

**1** Nombre de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants (LaboVIH), par région, 2014



Source : InVS, données Labo VIH, 2014

**2** Évolution du nombre de sérologies réalisées et du nombre de sérologies positives pour 1000 habitants en Bretagne et en France, 2007-2014



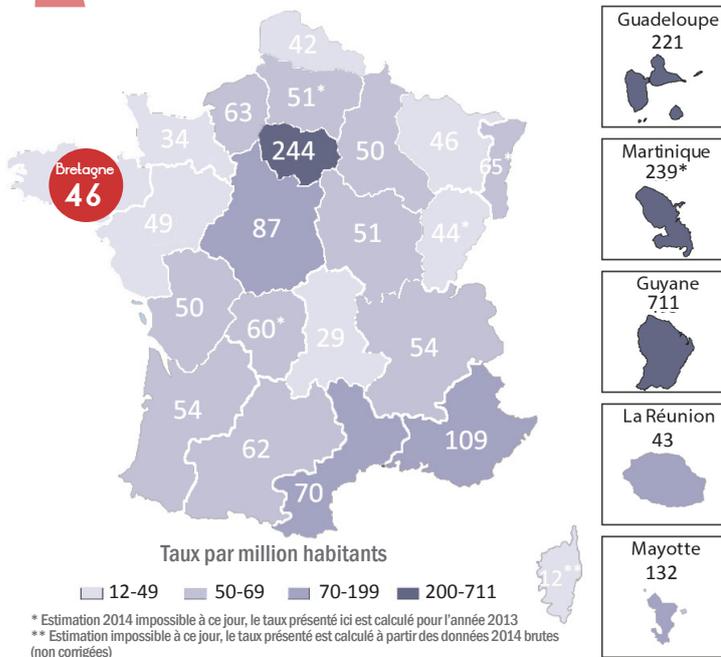
Source : InVS, données Labo VIH, 2014

# NOTIFICATION OBLIGATOIRE DE L'INFECTION À VIH

## DÉCOUVERTE DE LA SÉROPOSITIVITÉ

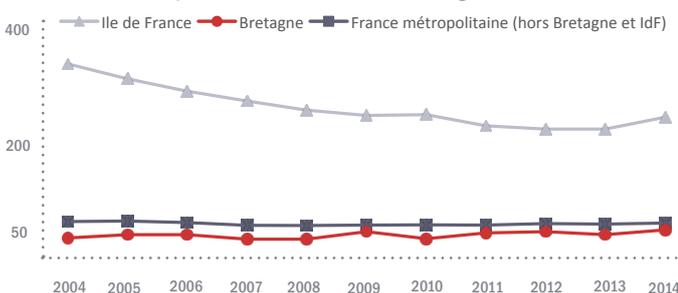
A partir de l'estimation de l'exhaustivité de la notification obligatoire et de la part des découvertes de séropositivité parmi les notifications, 152 personnes auraient découvert leur séropositivité en Bretagne en 2014 (IC95 % : 102-202), valeur à interpréter avec précaution compte tenu de l'étendue de l'intervalle de confiance. Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité dans la région en 2014 est ainsi de 46 pour 1 000 000 d'habitants (IC95 % : 31-62). Ce taux est en légère augmentation depuis 2004 et deux fois inférieur au taux national égal à 100 pour 1 000 000 d'habitants (IC 95 % : 92-107). (Figure 3). En France métropolitaine en 2014, le taux de découverte de séropositivité le plus élevé était observé en Île-De-France (244 pour 1 000 000 d'habitants). Cependant, la tendance à la diminution constatée depuis 2004 s'est inversée en 2014. (Figure 4).

### 3 Nombre de découvertes de séropositivité par million d'habitants, 2014



Le taux breton de découverte de séropositivité a toujours été inférieur à celui du reste de la province entre 2004 et 2014. Cependant la différence s'est amenuisée au fil du temps. En effet, si en 2004, le taux breton était 1,9 fois inférieur à celui du reste de la province, en 2014, il ne lui est plus que 1,3 fois inférieur. (Figure 4).

### 4 Évolution du taux annuel de découverte de séropositivité VIH en France métropolitaine, Ile-de-France et Bretagne de 2004 à 2014



## CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

En Bretagne en 2014, la majorité des cas était des hommes et le sexe ratio H/F était égal à 4,2. La classe d'âge des 25-49 ans représentait 60 % des cas. Les trois quarts des personnes découvrant leur séropositivité (74 %) étaient nées en France, proportion supérieure au niveau national (53 %) et à celle de l'Île-de-France (40 %).

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

	Bretagne		France
	2004-2013 (%)	2014 (%)	2014 (%)
<b>ÂGE</b>			
Moins de 25 ans	13	13	10
De 25 à 49 ans	66	60	69
50 ans et plus	21	27	21
<b>SEXE</b>			
Hommes	69	81	69
Femmes	31	19	31
<b>PAYS DE NAISSANCE</b>			
France	69	74	53
Afrique sub-saharienne	24	23	32
Autres	7	3	15
<b>MODE DE CONTAMINATION</b>			
HSH	40	51	44
Hétérosexuels	54	45	53
Injection de drogues	4	0	1
<b>COINFECTION HÉPATITE C</b>			
Oui	6	2	4
Non	94	98	96
<b>COINFECTION HÉPATITE B</b>			
Oui	4	1	5
Non	96	99	95
<b>CD4 AU DIAGNOSTIC VIH</b>			
< 200	29	32	28
200 à 349	24	21	20
350 à 499	15	22	21
>=500	32	25	32
<b>DIAGNOSTIC</b>			
Précoce*	37	29	37
Tardif**	30	33	28

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

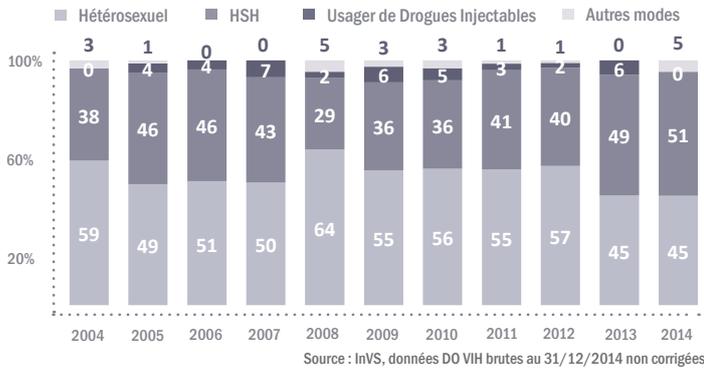
\*\* Définition diagnostic tardif : cd4 < 200/mm3 ou Sida au diagnostic.

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

## MODE DE CONTAMINATION

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2014 en Bretagne, 51 % ont été contaminées par des rapports homosexuels (62 % des contaminations masculines) et 45 % par des rapports hétérosexuels (33 % des contaminations masculines). Entre 2004 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 2004 à 2014



### NOTA :

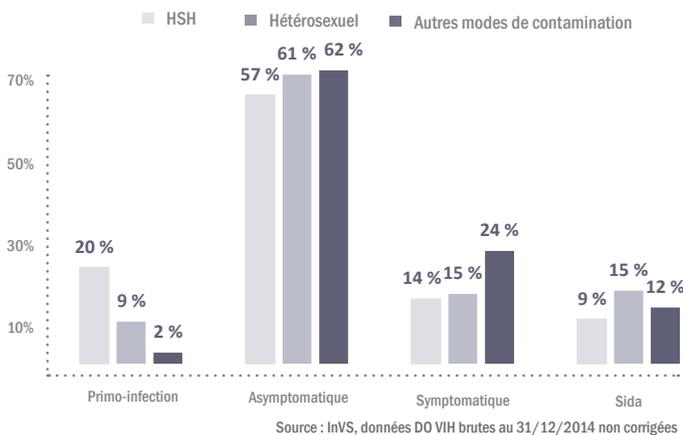
- Les analyses des diagnostics VIH et Sida présentées ici sont issues de la déclaration obligatoire des découvertes de séropositivité et des diagnostics de Sida notifiés jusqu'au 31/12/2014.
- Ces données peuvent être brutes, c'est-à-dire limitées aux données parvenues à l'InVS à cette date. Les données 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 2013, l'exhaustivité de la DO VIH était de 71% en France entière mais seulement de 57% 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 2004 et 2014 en Bretagne, 13 % ont été diagnostiquées au stade de primo-infection, 59 % au stade asymptomatique, 15 % à un stade symptomatique, et 13 % à un stade du sida.

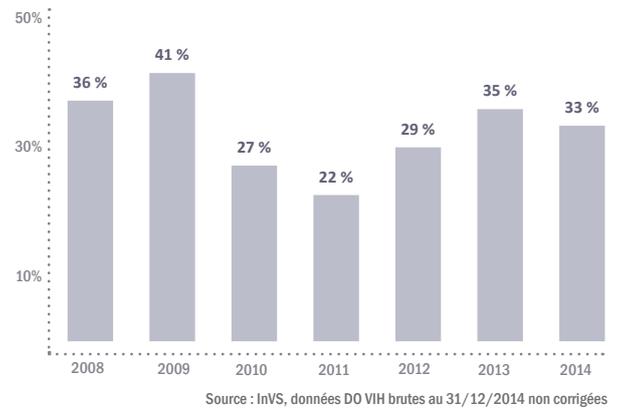
Les homosexuels ont été plus fréquemment diagnostiqués au stade de primo-infection que les hétérosexuels (20 % vs 9 % ; p=0,002). Les personnes nées en France ont été plus fréquemment diagnostiquées à un stade précoce (45 %) que celles nées en Afrique subsaharienne (16 %). (Figure 7).

**7** Stades cliniques au moment de la découverte de la séropositivité selon le mode de contamination, Bretagne, 2004 à 2014



En 2014, 33 % des diagnostics sont réalisés tardivement en Bretagne, proportion supérieure au pourcentage national (28 %). Rappelons que les données 2013 et 2014 ne sont pas consolidées et doivent être interprétées avec prudence. (Figure 8).

**8** Pourcentage de diagnostics tardifs parmi les découvertes de séropositivité, Bretagne, 2008 à 2014



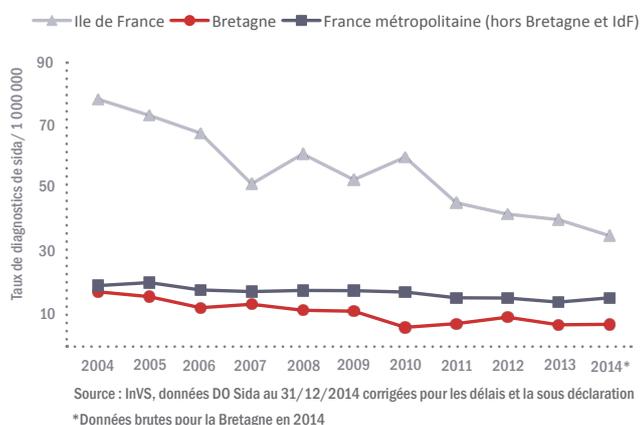
# DIAGNOSTIC DE SIDA

En 2014, en Bretagne, 20 nouveaux cas de sida ont été diagnostiqués. Ce chiffre est une donnée brute, non corrigée pour le délai et la sous-déclaration ; il s'agit donc d'un minimum et l'interprétation des pourcentages bretons pour l'année 2014 doit donc être prudente.

Le taux de diagnostic de sida est estimé à 6 cas pour 1 000 000 d'habitants en 2014, stable par rapport à 2013. Il reste en 2014 inférieur à celui observé dans le reste de la province, qui atteint 14 cas pour 1 000 000 d'habitants et à celui de l'Île-de-France qui atteint 34 cas pour 1 000 000 d'habitants. (Figure 10).

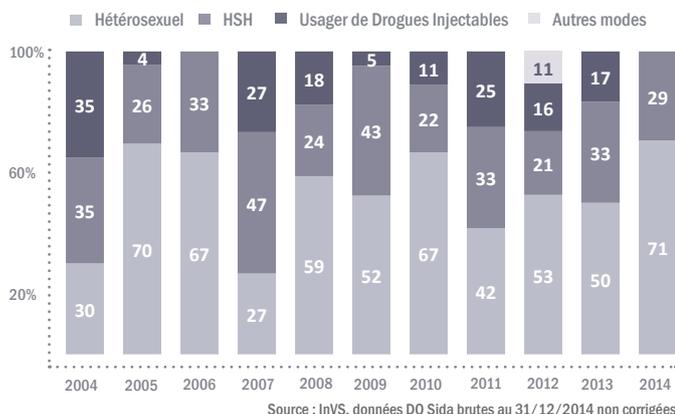
Les hommes représentaient la majorité des cas de sida en 2014 en Bretagne (80 %). La moitié des cas de sida étaient des personnes de plus de 50 ans, proportion supérieure au niveau national (33 %). Huit personnes diagnostiquées sur dix étaient nées en France et 20 % en Afrique Subsaharienne. (Figure 9).

## 10 Évolution annuelle du taux de diagnostics de Sida en France métropolitaine, Ile-de-France et Bretagne de 2004 à 2014



Les rapports hétérosexuels étaient le mode de contamination le plus fréquent (71 %) devant les rapports homosexuels (29 %). Au moment du diagnostic de sida, 31 % des personnes connaissaient leur séropositivité. (Figure 11).

## 11 Évolution de la part des cas de Sida pour les 3 modes de contamination (Hétérosexuel, HSH, UDI) en Bretagne de 2004 à 2014



## 9 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des cas de Sida notifiés en Bretagne et en France entre 2004 et 2014 (Pourcentages, réalisés sur des données brutes, calculés après avoir exclu les valeurs «inconnues»)

	Bretagne		France
	2004-2013 (%)	2014 (%)	2014 (%)
<b>ÂGE</b>			
Moins de 25 ans	3	5	3
De 25 à 49 ans	66	45	64
50 ans et plus	31	50	33
<b>SEXE</b>			
Hommes	73	80	67
Femmes	27	20	33
<b>PAYS DE NAISSANCE</b>			
France	77	80	48
Afrique sub-saharienne	16	20	35
Autres	6	0	17
<b>MODE DE CONTAMINATION</b>			
Homosexuels	32	29	28
Hétérosexuels	52	71	66
UDI	15	0	5
<b>TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL avant Sida</b>			
Oui	21	0	17
Non	79	100	83
<b>CONNAISSANCE SÉROPOSITIVITÉ avant Sida</b>			
Oui	49	31	46
Non	51	69	54
<b>PATHOLOGIES INAUGURALES (les 5+ fréquentes)</b>			
Pneumocystose	34	65	31
Candidose oesophagienne	18	10	12
Tuberculose pulmonaire	11	5	12
Kaposi	9	5	11
Toxoplasmose cérébrale	7	15	14

**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.

rité 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, au terme de 4 années de déploiement, sera effective fin 2015 dans l'ensemble des centres de prise en charge de la région.

# ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH : CARACTÉRISTIQUES DES CAS PRÉVALENTS

## Plus de 3 200 patients infectés par le VIH suivis dans les hôpitaux en Bretagne

En 2014, Le Comité de coordination de lutte contre le VIH (COREVIH) de Bretagne estime la file active hospitalière à 3 216 patients ayant eu au moins un recours dans les centres hospitaliers, chiffre en augmentation (+4,7 %) par rapport à 2013.

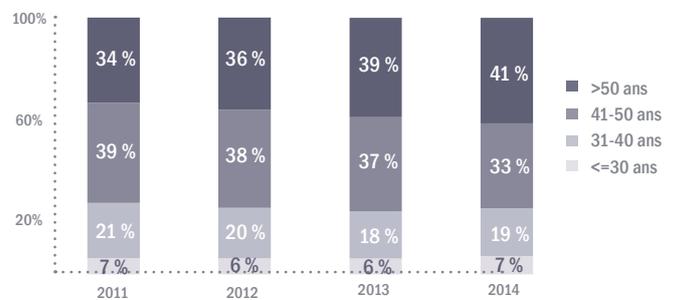
### Une prédominance masculine

En cohérence avec les découvertes de séropositivité, la population suivie pour le VIH est à prédominance masculine (67 % d'hommes pour 33 % de femmes).

### Des patients relativement âgés suivis depuis longtemps

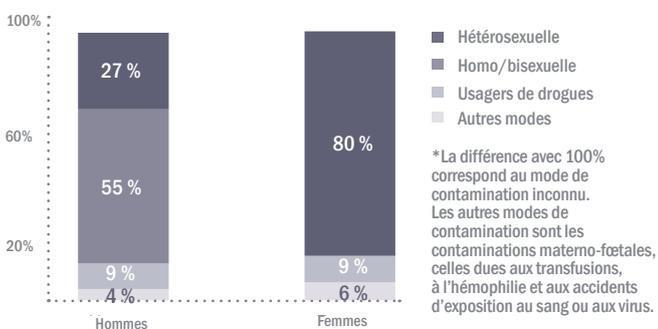
Près de 4 patients de la file active sur 10 (42 %) ont plus de 50 ans et les hommes sont globalement plus âgés que les femmes. Pour la 1<sup>ère</sup> fois en 2014, l'âge médian des hommes a passé le cap des 50 ans tandis que pour les femmes il atteint 44 ans. Par ailleurs, la durée de suivi est importante, elle est supérieure à 15 ans pour près d'un patient sur 2 (47 %). 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 20 % de la part des patients de plus de 50 ans. (Figure 12).

12 Évolution de la répartition de la file active selon l'âge entre 2011 et 2014



Source : Corevih Bretagne - Rapport d'activité 2014, Exploitation ORS Bretagne

13 Répartition de la file active selon le mode de contamination\* en Bretagne en 2014



Source : Corevih Bretagne - Rapport d'activité 2014, 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 (37 %), cependant ce constat diffère fortement selon le sexe. En effet, la contamination par rapports homo/bisexuels est majoritaire chez les hommes (55 %) alors que chez les femmes la contamination par rapports hétérosexuels prédomine largement (80 %). Chez les hommes comme chez les femmes, près d'un patient sur 10 a été contaminé lors de l'usage de drogues par voie intraveineuse. (Figure 13).

## La majorité des patients sont sous traitement antirétroviral

En 2014, seuls 3 % des patients n'ont jamais reçu de traitement antirétroviral (naïfs de tout traitement), 95 % sont sous traitement et seulement 2 % des patients déjà traités ne le sont plus au cours de l'année (suspension transitoire, arrêt après traitement en cours de grossesse, arrêt après traitement d'une primo-infection,...).

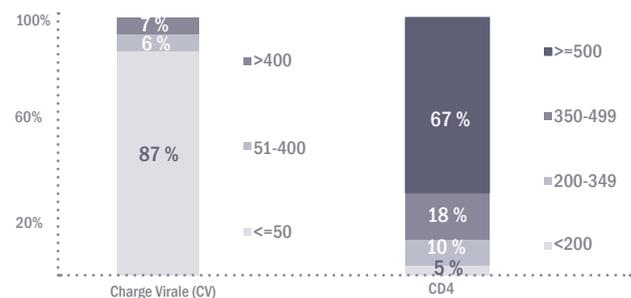
**Une charge virale indétectable pour 9 patients sur 10**

L'essentiel (87 %) des patients ont une charge virale <=50 copies/ml et 67 % ont des CD4 >=500/mm<sup>3</sup>. Cependant, il subsiste une proportion non négligeable de patients ayant une charge virale >400 copies/mL et une proportion significative de patients immunodéprimés (CD4<350/mm<sup>3</sup>).

**Moins d'1 patient sur 4 a atteint le stade sida**

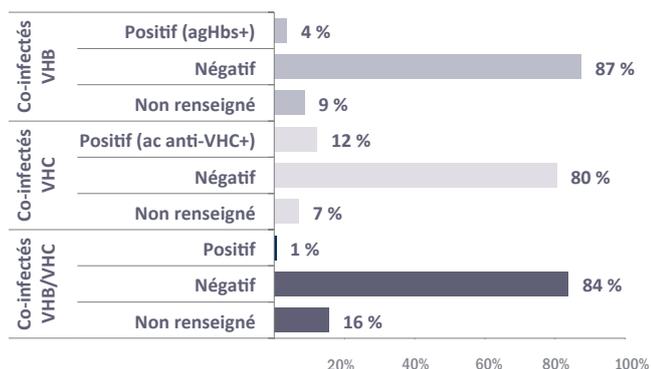
En 2014, près d'un quart de la file active a atteint le stade clinique de sida. Ce constat illustre deux situations différentes, l'une plutôt négative qui est le fait d'un dépistage encore tardif de certains patients et l'autre plutôt positive qui est la capacité à restaurer l'immunité des patients arrivés au stade Sida comme en témoigne la faible proportion de patients (15 %) dont le taux de CD4 est inférieur à 350 CD4/mm<sup>3</sup> (seuil limite considéré pour l'apparition des infections opportunistes). (Figure 14).

**14 Répartition des patients traités depuis plus d'un an en fonction de leur charge virale (copies/ml) et de leur CD4 (/mm<sup>3</sup>) en Bretagne en 2014**



Source : Corevih Bretagne - Rapport d'activité 2014, exploitation ORS Bretagne

**15 Co-infections VHB et VHC dans la file active en Bretagne en 2014**



Source : Corevih Bretagne - Rapport d'activité 2014, Exploitation ORS Bretagne

**Co-infections par les virus hépatiques : près d'1 patient sur 6**

En 2014, près de 17 % des patients de la file active sont porteurs d'une co-infection par les virus hépatiques. (Figure 15).

- 12 % ont été en contact avec le virus de l'hépatite C,
- Près de 4 % de la file active des patients suivis sont porteurs chroniques de l'AgHbs,
- Moins de 1 % sont co-infectés VHB et VHC.

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

Parmi les patients co-infectés VIH/VHC, 19 % n'ont jamais reçu de traitement (en raison principalement d'une guérison spontanée, d'un VHC non évolutif, de contre-indications aux traitements ...) tandis que 74 % ont eu au moins un traitement dont 7 % sont actuellement en cours.

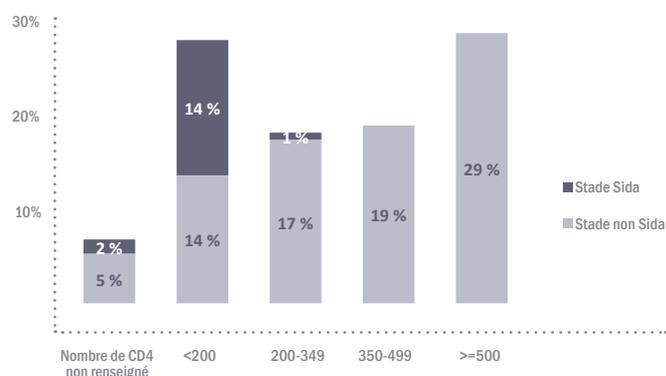
**Les nouveaux dépistés : plus jeunes avec une prédominance masculine plus marquée que dans l'ensemble de la file active**

En 2014, 133 adultes ont découvert leur séropositivité au VIH. Pour les patients pour lesquels l'information est renseignée (soit 124), l'âge moyen est de 41 ans et l'âge médian de 39 ans, soit 10 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 contaminés lors de rapports avec d'autres hommes (60 %) et les femmes par rapports hétérosexuels (84 %). 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**

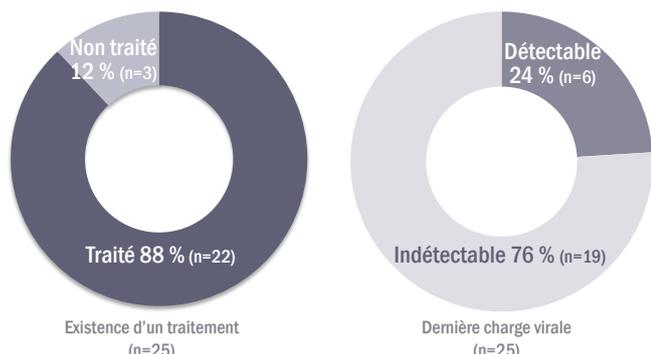
Sur l'ensemble des nouveaux dépistés, 30 % (40/133) ont découvert leur infection tardivement parmi lesquels 17 % (22/133) ont atteint le stade sida et 14 % (18/133) présentent une charge virale CD4<200/mm<sup>3</sup>. (Figure 16). La moitié des nouveaux dépistés est mise sous traitement un peu moins d'un mois (avant le 25<sup>ème</sup> jour) suivant leur première consultation dans un service clinique.

**16 Niveau de CD4 chez les nouveaux dépistés (mm<sup>3</sup>) selon le stade**



Source : Corevih Bretagne - Rapport d'activité 2014, Exploitation ORS Bretagne

**17 Répartition des enfants suivis dans la file active selon l'existence d'un traitement antiviral et la charge virale en Bretagne en 2014**



Source : Corevih Bretagne - Rapport d'activité 2014, 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 2014, 25 enfants ont été suivis par le Corevih (dont 2 d'entre eux sont passés en service adulte en cours d'année). La grande majorité des enfants (88 %) reçoit un traitement, mais la proportion d'enfants présentant une charge virale indétectable est inférieure à celle observée en population adulte (76 % contre 87 %). (Figure 17).

Ce dernier constat est partagé au niveau national et mondial, notamment chez les adolescents. Par ailleurs, le taux de succès virologique sous traitement (86 %) est proche de celui observé chez les adultes.

## LES AUTOTESTS DE DÉPISTAGE DU VIH

### Gadget du dépistage ou véritable outil de santé publique ?



Depuis le 15 septembre 2015, il est possible d'acheter en pharmacie un test permettant de dépister le VIH de façon autonome, sans passer par un professionnel du soin pour la réalisation du test lui-même. De technique très simple, d'une très grande fiabilité, il permet à la personne souhaitant se dépister seule d'avoir la réponse à la question d'une contamination par le VIH en l'espace de quelques minutes.

Cette innovation technologique vient donc compléter deux offres de dépistage déjà existantes : les tests classiques (communément appelés « Elisa » du fait de la technique utilisée) réalisés en laboratoire de biologie sur prescription médicale, et les « Tests Rapides d'Orientation Diagnostique », plus connus sous le nom de « TROD » qui utilisent une technique très proche de celle des autotests. Ces TROD peuvent être réalisés par des associations agréées, hors d'un contexte médical. Ils ont l'avantage de ne pas devoir nécessiter de laboratoire de biologie et sont donc un bon instrument dans la palette des outils de dépistage pour aller au devant de population ne fréquentant que peu le système de soins.

Comment situer ces tests les uns par rapport aux autres ?

- En cas de prise de risque récente (inférieure à un mois), seul le test Elisa reste très performant.
- Le TROD ou l'autotest ne sont considérés comme totalement fiables que 12 semaines après le contact (le double de temps par rapport au test Elisa) : une personne ayant fait un autotest alors que la prise de risque date de moins de 12 semaines devra refaire un autotest à l'issue de cette période, ou faire un test Elisa après la 6<sup>ème</sup> semaine. Un TROD ou un autotest positif doivent toujours être confirmés par un test « classique ».

On pourrait alors se poser la question de l'utilité de l'autotest (puisque'il faut chaque fois le faire confirmer par un test classique...). En fait, l'objectif est d'élargir l'offre de dépistage et notamment de permettre à des personnes qui ne souhaitent pas parler de leur sexualité à des soignants ou à des associatifs de faire leur test en toute confidentialité, voire de le répéter très régulièrement en cas de prise de risque itérative. Aujourd'hui, on estime qu'un peu moins de 30 000 personnes en France sont infectées par le VIH sans connaître leur séropositivité (contre 120 000 qui la connaissent), et l'autotest pourrait permettre de faire baisser ce chiffre de façon notable (jusqu'à 4 000 découvertes supplémentaires).

Deux questions restent néanmoins sans réponse aujourd'hui :

- Les personnes qui vont découvrir seules leur séropositivité vont-elles faire la démarche de s'engager vers le soin ? On sait aujourd'hui que le traitement précoce contre le VIH est non seulement bénéfique à la personne qui le prend, mais permet également de diminuer le risque de transmission à autrui à un niveau proche de zéro. Les mesures d'accompagnement déployées autour de la commercialisation des autotests (formation des pharmaciens, sensibilisation des soignants) visent à mettre la personne en confiance afin qu'elle soit orientée précocement vers une prise en charge de qualité.
- Le coût très élevé du test (28 € environ) ne va-t-il pas être un obstacle majeur à ce que l'autotest prenne sa juste place dans les outils de santé publique dévolus au dépistage ?

*Dr Cédric Arvieux*

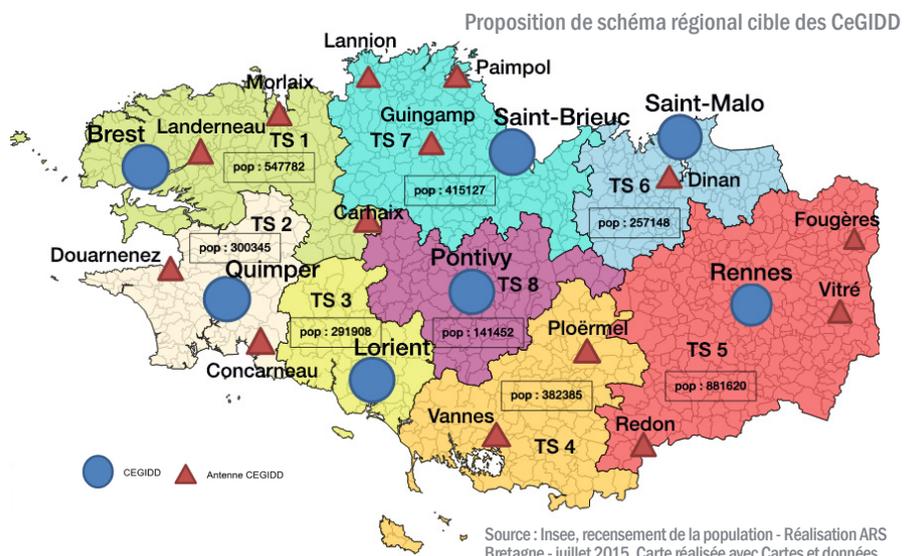
## LA MISE EN PLACE DES CeGIDD

Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, les Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) seront fusionnés en une seule structure, les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par le virus de l'immunodéficience humaine et les hépatites et des infections sexuellement transmissibles. La nouvelle structure va bénéficier d'un financement unique par l'assurance maladie.

Un décret et un arrêté définissent les conditions d'habilitation des structures et une instruction en précise les modalités.

Les missions des CeGIDD recouvrent la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des Infections sexuellement transmissibles (IST) dont le VIH et les hépatites, mais sans le traitement pour ces deux derniers. La mission nouvelle est la prévention des autres risques liés à la sexualité, notamment par la prescription d'une contraception.

L'ARS Bretagne a adopté un schéma cible, prenant en compte les critères de modélisation proposés par le ministère de la santé et se basant sur les projets présentés par chacun des huit territoires de santé.



Les CeGIDD en 2016

CEGIDD	ANTENNES
BREST	MORLAIX (ANTENNE DE BREST)
QUIMPER	
LORIENT	VANNES (ANTENNE DE LORIENT)
RENNES	SAINT MALO (ANTENNE DE RENNES)
SAINT BRIEUC	PONTIVY (ANTENNE DE SAINT BRIEUC)

La réforme se faisant à enveloppe constante, le schéma pourra être mis en œuvre au fur et à mesure des moyens financiers nouveaux. Pour l'année 2016, l'enveloppe disponible permet d'assurer une couverture régionale avec un CeGIDD ou une antenne par territoire.

Le COREVIH a développé un logiciel qui sera disponible pour chaque CeGIDD, permettant une collecte annuelle des données.

*Dr Jean-Pierre Épaillard*

## 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**



La Bretagne est au 4<sup>ème</sup> rang des régions les moins touchées par le VIH mais connaît un recours au dépistage parmi les plus bas de France<sup>1</sup>. Afin de pouvoir consolider et élargir l'offre de dépistage et de consultations hors les murs (concernant le VIH, les Hépatites et les IST) les membres de la commission Dépistage du COREVIH Bretagne<sup>2</sup> ont mis en place l'Unité Mobile de Dépistage.

Ce dispositif permettra de **favoriser et faciliter les interventions extérieures** afin d'aller à la rencontre des populations qui ont peu ou pas accès au dépistage (éloignement géographique des structures, méconnaissance des lieux de dépistage...).

En permettant d'**intervenir dans l'environnement des personnes ciblées** (Lieux de rencontres extérieurs, plages, squats, quartiers, milieu rural, festif...), elle répond à un besoin de proximité et d'accessibilité aux dépistages, à la prévention et à la réduction des risques.

En accord avec l'ARS Bretagne, le COREVIH a financé le projet en confiant la coordination au pôle de coordination en santé sexuelle (association Réseau Louis Guilloux<sup>3</sup>).

Le bureau du COREVIH Bretagne a nommé un comité de pilotage représentatif des acteurs et du territoire ayant pour rôle de définir les orientations stratégiques et faciliter le déploiement du projet.

<sup>1</sup>Le VIH, Sida en Bretagne en 2013 / Dépistage et situation épidémiologique. Observatoire régional de santé Bretagne.  
<sup>2</sup>www.corevih-bretagne.fr  
<sup>3</sup>http://www.reseauvillehospital35.org/

### 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 une collaboration avec les partenaires sur la mise en place des actions.

### 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 faudra préalablement que votre structure ait signé une convention de prêt avec le Réseau Louis Guilloux (valable 1 an), et ensuite, vérifier la disponibilité sur votre département car l'Unité Mobile de Dépistage résidera (dans un premier temps) 3 mois par an dans chacun des départements de la région. Enfin, remplir le formulaire de réservation. Ces documents seront accessibles prochainement sur les sites internet du Corevih Bretagne et du Réseau Louis Guilloux. Dans l'attente, vous pouvez contacter Myriam Besse ou Christine Bodin au Réseau Louis Guilloux (coordonnées ci-dessous).

### Quel en est le coût ?

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

### Comment faire intervenir l'Unité Mobile de Dépistage sur votre territoire ?

Contactez le Réseau Louis Guilloux (Myriam Besse ou Christine Bodin) qui pourra vous mettre en relation avec les structures de votre territoire qui ont signé une convention de prêt et avec lesquelles vous pourrez organiser une intervention sur le territoire souhaité.



**Pour toutes informations :**  
Réseau Louis Guilloux /  
Pôle de coordination en santé sexuelle  
23 rue d'Aiguillon - 35200 Rennes

**Myriam BESSE**  
02 99 92 31 23 / Fax 02 99 22 08 27  
besse.myriam@reseauvillehospital35.org  
**Christine BODIN**  
02 23 36 00 84 / Fax 02 99 22 04 17  
migrantsrvh35@reseauvillehospital35.org

## LA SYPHILIS

La France fait actuellement face à une vaste recrudescence de la syphilis. Cette résurgence d'une maladie ancienne mais dont on ne parlait plus beaucoup, date du début des années

2000, et concerne essentiellement les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

La syphilis est une pathologie pouvant assez facilement passer inaperçue ; l'évolution des modalités de relations sexuelles, avec une majoration des relations orogénitales, peut entraîner des signes trompeurs comme une angine au lieu du classique chancre génital. Une fois passée la période aiguë, les personnes infectées restent contagieuses pendant plusieurs années, avec une maladie pouvant évoluer vers de graves complications (démence, anomalies cardiaques...).

Alors que la surveillance de l'infection par le VIH est très précise (notification obligatoire, suivi des patients dans des bases de données permettant la réalisation d'études de cohortes), celle de la syphilis est par-

ticulièrement pauvre, notamment en Bretagne où il n'y a pas de réseau « sentinelle » des infections sexuellement transmissibles (IST).

L'un des indicateurs que nous pouvons utiliser est la consommation d'extencilline ou de ses équivalents, ces molécules étant quasi-exclusivement utilisées dans le traitement de la syphilis.

En Bretagne, la consommation d'extencilline a presque doublé entre 2001 et 2012 ; en Ille-et-Vilaine, elle a triplé entre 2001 et 2010, passant de 292 à 869 flacons, en sachant que le traitement d'une syphilis nécessite un à trois flacons...

Il est donc particulièrement important de proposer un dépistage de la syphilis au moindre doute, notamment en présence d'une autre IST et de bien conserver le dépistage systématique dans le cadre des grossesses, car l'épidémie risque de se généraliser. Et les moyens de lutter contre la syphilis restent très simples : préservatif masculin ou féminin pour toute relation génitale, y compris orogénitale, dépistage efficace et traitement précoce de tous les cas dépistés !

**Dr Cédric Arvieux**



décembre 2015

surveillance  
VIH  
SIDA  
EN BRETAGNE  
2014

