



surveillance  
VIH-Sida  
IST  
EN BRETAGNE  
2016

Décembre 2017



## CONTRIBUTIONS

### COREVIH Bretagne

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

### Santé publique France - Cire Bretagne

Dr Bertrand GAGNIÈRE  
Dr Mathilde PIVETTE

### ARS Bretagne

Dr Jean-Pierre ÉPAILLARD

### ORS Bretagne

Léna PENNOGNON  
Élisabeth QUÉGUINER  
Dr Isabelle TRON

Décembre 2017

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 : 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

**D**éception... c'est probablement ce que ressentent beaucoup d'acteurs de la lutte contre le VIH – qu'ils soient soignants ou communautaires – suite à la publication des nouvelles données sur l'épidémie en France, et à laquelle nous comparons les données bretonnes dans ce bulletin. Pourquoi déçus ? Nous espérons tous, je pense, que les nouveaux outils de prévention mis en place au cours des toutes dernières années allaient enfin montrer leur efficacité et infléchir le nombre de nouvelles contaminations. Mais telle la bernique sur son rocher, le chiffre de 6 000 nouveaux cas annuels ne bouge pas... Peut-être sommes-nous trop impatients et qu'il faut attendre une année supplémentaire pour voir apparaître, à l'échelle nationale, les bénéfices du traitement comme prévention et de la prévention préexposition ? Combinées à l'usage du préservatif, ces deux types d'intervention sont les pierres angulaires de la stratégie de réduction du nombre de nouvelles contaminations. L'efficacité du traitement comme prévention est aujourd'hui considérée comme proche de 100% : une personne infectée par le VIH ayant une infection bien contrôlée par le traitement ne transmet pas le virus. Si suffisamment de personnes infectées sont dépistées et traitées, cela doit avoir un impact à moyen terme sur la courbe épidémique, mais aujourd'hui, comme en témoigne les données nationales et bretonnes les dépistages restent encore trop souvent tardifs : en Bretagne, plus de 30% des patients sont dépistés à un stade évolué d'immunodépression, ce qui signifie qu'ils ont été contaminants pendant plusieurs années avant de pouvoir bénéficier du traitement. Seule une stratégie « agressive » de dépistage dans les populations les plus à risque nous permettra d'infléchir cette courbe épidémique. Comme recommandé depuis 2017 en France, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) devraient bénéficier d'un dépistage du VIH tous les 3 mois si les rapports sexuels ne sont pas systématiquement protégés par le préservatif. La prévention pré-exposition (PrEP) est également un moyen nouveau – autorisé en France depuis début 2016 – de se protéger contre l'infection par le VIH pour les personnes les plus à risque de se contaminer. Sa promotion auprès des personnes qui en ont le plus besoin reste insuffisante, avec un lent décollage : moins de 100 personnes bénéficient aujourd'hui de cette option en Bretagne, alors que plusieurs centaines, voire millier, pourraient être mieux protégées avec la PrEP. On doit rendre hommage au milieu communautaire qui s'est intensément engagé dans la lutte pour l'accessibilité, mais également pour le bon usage, de la PrEP. La mise en place des Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD) doit être un nouveau bras armé de la lutte contre le VIH et les IST, et leur premier bilan d'activité est très positif, avec une multitude d'actions en Bretagne pour aller vers les populations les plus éloignées du dépistage, l'accueil d'un public plus varié et surtout plus à risque – notamment HSH – pour une proposition de services plus adaptés. On peut rendre ici hommage également aux équipes des CeGIDD pour s'être totalement impliquées dans une mise en œuvre positive du nouveau dispositif.

Mais si nous sommes déçus dans le domaine du dépistage ou de la prévention, nous pouvons nous consoler (un peu...) avec les données de suivi des personnes infectées par le VIH : de moins en moins de personnes immunodéprimées grâce à l'efficacité des traitements antirétroviraux sur le long terme, des traitements très simplifiés (près de 60% des personnes suivies en Bretagne prennent un seul comprimé par jour), certainement une meilleure qualité de vie bien que nous manquions d'indicateur pour la mesurer de façon objective.

Les nouveaux outils thérapeutiques concernent également les hépatites virales, et l'hépatite C peut aujourd'hui être guérie avec un traitement – certes onéreux – de seulement quelques semaines : le COREVIH s'est donné comme objectif qu'il n'y ait plus d'hépatite virale B ou C active chez les personnes infectées par le VIH à la fin de l'année 2018.

L'heure de la retraite de la lutte contre le VIH et les IST est loin d'avoir sonné : restons tous mobilisés si nous voulons continuer à aller de l'avant !

**Dr Cédric ARVIEUX.**  
**Président du COREVIH Bretagne.**

Les données de surveillance du dépistage et du diagnostic de l'infection à VIH et du diagnostic de Sida en Bretagne, sont obtenues à partir de trois systèmes coordonnés par Santé publique France. La surveillance de l'activité de dépistage du VIH dans les laboratoires (LaboVIH) repose sur le recueil auprès de l'ensemble des laboratoires, en ville et à l'hôpital, du nombre de personnes testées pour le VIH, et du nombre de personnes confirmées positives pour la première fois pour le laboratoire. Depuis avril 2016, les biologistes peuvent participer à LaboVIH sur [www.e-do.fr](http://www.e-do.fr), ou à défaut sur un formulaire téléchargeable ou sur un lien disponible auprès de Santé publique France<sup>1</sup>. La déclaration obligatoire (DO) de l'infection par le VIH est réalisée séparément par le biologiste et par le clinicien pour toute personne dont la sérologie est confirmée positive pour la première fois pour le laboratoire<sup>2</sup>. La DO du Sida est réalisée par le clinicien pour tout nouveau diagnostic de Sida. Ces deux DO sont anonymisées à la source

par le déclarant, elles comportent en guise d'identifiant un code d'anonymat. Depuis avril 2016, les DO du VIH et du sida s'effectuent en ligne sur [www.e-do.fr](http://www.e-do.fr), qui intègre le calcul du code d'anonymat. Les déclarants qui ne parviennent pas à déclarer en ligne peuvent obtenir des formulaires sous forme de PDF à imprimer en s'adressant à e-DO Info Service au 0 809 100 003. Plus d'information sur le site web de [Santé publique France](http://Santé publique France).

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

**DONNÉES NATIONALES**

- Le nombre total de sérologies VIH réalisées en 2016, est estimé, à partir de l'activité des laboratoires participant à LaboVIH, à 5,43 millions (IC95 %: [5,34-5,52]), soit 81 sérologies VIH pour 1 000 habitants. Cette activité de dépistage est stable par rapport à 2015. La proportion de sérologies confirmées positives est de 2,0 pour 1 000 sérologies réalisées.
- A ce dépistage par sérologie classique, s'ajoutent les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) communautaires, réalisés par les associations agréées. Leur nombre est beaucoup plus faible (56 339 en 2016), mais le public ciblé est plus ex-

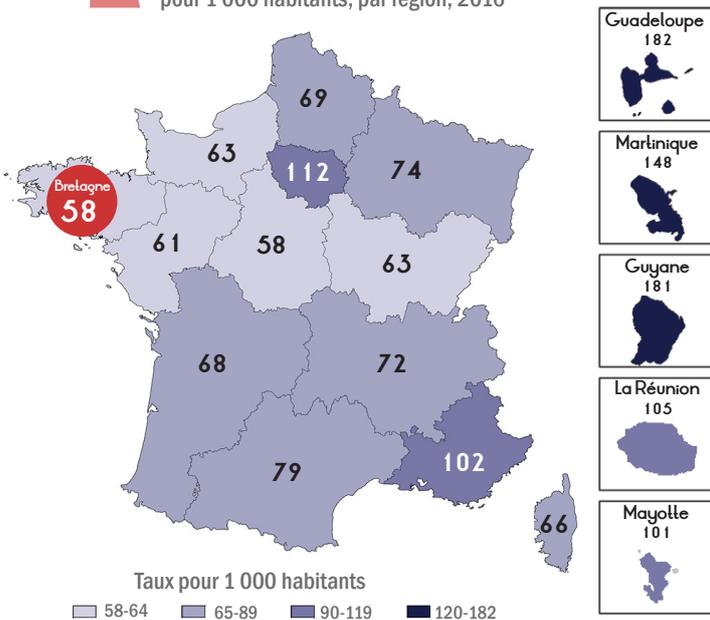
- posé que la population générale. La proportion de tests positifs y est donc plus élevée (8,7 pour 1 000 TROD réalisés).
- Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en France en 2016 est estimé, à partir de la DO du VIH, à 6 003 personnes (IC95 % [5 751-6 255]), soit 90 découvertes par million d'habitants. Ce nombre était de 7 250 en 2006 et est en diminution régulière sur la période 2006-2016.
- Le nombre de cas de Sida diagnostiqués en 2016 a été estimé à 909, principalement (76 %) chez des personnes n'ayant pas reçu de traitement antirétroviral avant leur diagnostic de sida.

# LE DEPISTAGE DU VIH EN BRETAGNE

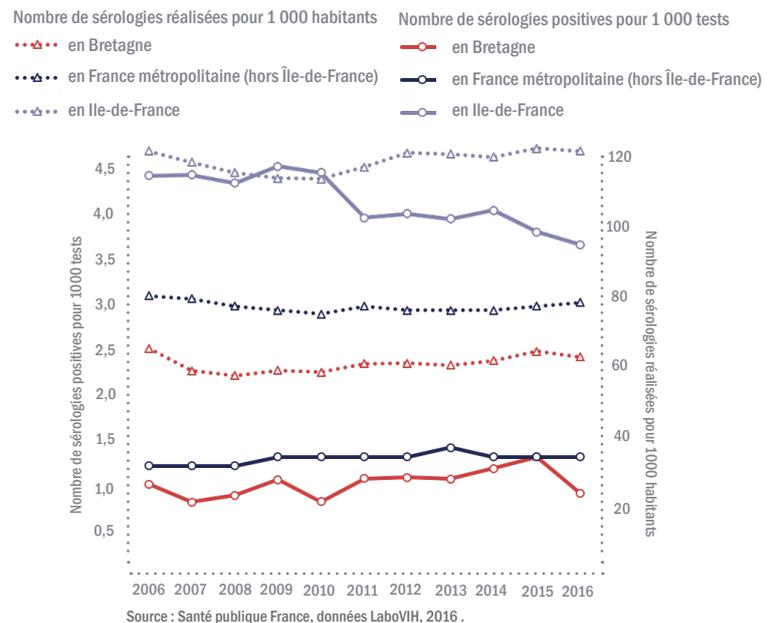
En 2016, le nombre de sérologies VIH effectuées en Bretagne était de 58 pour 1 000 habitants (IC95 %: [54-61]) (figure 1). Il est stable depuis 2006 et 1,4 fois inférieur à celui observé au niveau national (81 pour 1 000 habitants). En métropole, les taux les plus élevés concernent l'Île-de-France et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, respectivement de 112 et 102 pour 1000 habitants (figure 1).

Le nombre de sérologies positives pour 1000 tests effectués, estimé à 0,9 en 2016, varie de 0,8 à 1,3 depuis 2006. Ce taux est légèrement inférieur à celui estimé en France métropolitaine hors Île-de-France et très inférieur à celui d'Île-de-France (figure 2). Il est aussi inférieur à celui observé en 2015 en Bretagne (1,3 pour 1000 tests).

**1** Nombre de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants, par région, 2016



**2** Évolution du nombre de sérologies réalisées pour 1000 habitants et du nombre de sérologies positives pour 1000 tests en Bretagne, en Île-de-France et en France métropolitaine hors Île-de-France, 2006-2016



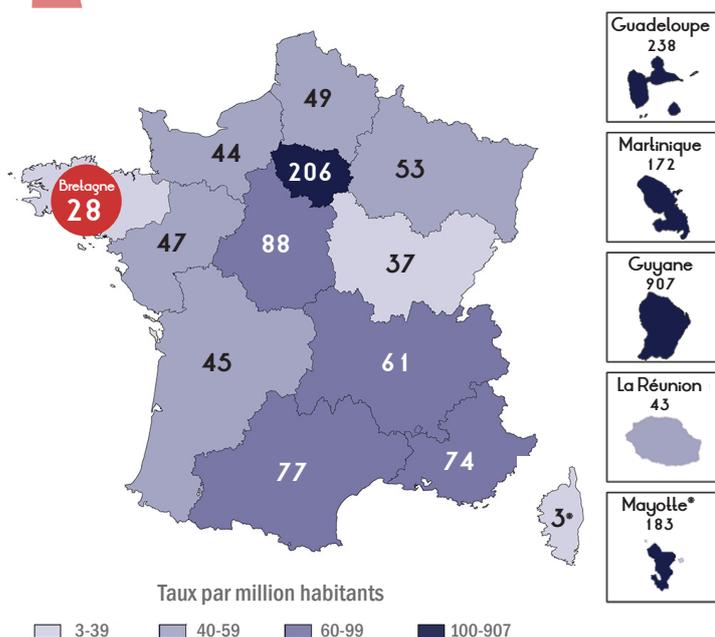
<sup>1</sup>Santé publique France-DMI-VIC@santepubliquefrance.fr  
<sup>2</sup>À la différence du nombre de sérologies recueilli par LaboVIH (une personne ayant eu une sérologie positive dans plusieurs laboratoires compte pour plusieurs sérologies positives) la notification obligatoire permet de compter une personne une seule fois quand elle est déclarée par plusieurs déclarants, grâce au code d'anonymat qui est unique pour chaque personne.

# NOTIFICATION OBLIGATOIRE DE L'INFECTION À VIH

## DÉCOUVERTE DE LA SÉROPOSITIVITÉ

En 2016, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en Bretagne est de 28 par million d'habitants (IC95 % : [20-37]) (figure 3). Il est en nette diminution par rapport à 2015 (48 par million d'habitants). Il est inférieur au taux de France métropolitaine hors Île-de-France (55 par million), et 3 fois inférieur au taux national (90 par million d'habitants) (figure 3).

### 3 Nombre de découvertes de séropositivité par million d'habitants, 2016

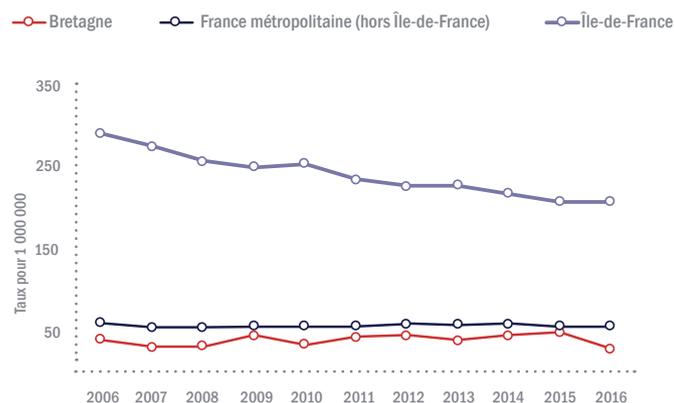


\*Données brutes, estimation impossible à ce jour.

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

En France métropolitaine, en 2016, le taux de découverte de séropositivité le plus élevé était observé en Île-de-France (206 par million d'habitants) et le plus bas en Bretagne, hors Corse où le taux n'est pas estimable (figure 4).

### 4 Évolution du taux annuel de découvertes de séropositivité VIH en France métropolitaine hors Île-de-France, Île-de-France et Bretagne de 2006 à 2016



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

## CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

En Bretagne, en 2016, trois cas sur dix (29 %) étaient des femmes, proportion similaire à celle observée sur la période 2011-2015 et comparable à celle observée au niveau national. La classe d'âge des 25-49 ans représentait 67 % des cas (61 % en 2011-2015) et l'âge médian atteignait 36 ans comme sur la période 2011-2015. Près des deux tiers (63 %) des personnes découvrant leur séropositivité étaient nées en France, proportion supérieure à celle observée au niveau national (49 %) (tableau 5).

### 5 Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité VIH notifiées en Bretagne et en France métropolitaine (Pourcentages estimés sur les données brutes, après avoir exclu les valeurs « inconnues »)

	Bretagne		France métropolitaine
	2011-2015 (%) n=548	2016 (%) n=90	2016 (%) n=4 292
<b>ÂGE</b>			
Moins de 25 ans	16	11	11
De 25 à 49 ans	61	67	69
50 ans et plus	22	22	20
<b>SEXE</b>			
Hommes	71	71	69
Femmes	29	29	31
<b>PAYS DE NAISSANCE</b>			
France	68	63	49
Afrique sub-saharienne	25	22	36
Autres	7	16	15
<b>MODE DE CONTAMINATION</b>			
Homosexuel masculin	47	57	48
Hétérosexuels	49	41	49
Injection de drogues	2	0	1
<b>CO-INFECTION HÉPATITE C</b>			
Oui	3	2	4
Non	97	98	96
<b>CO-INFECTION HÉPATITE B</b>			
Oui	4	2	5
Non	96	98	95
<b>CD4 / mm<sup>3</sup> AU DIAGNOSTIC VIH</b>			
<200	28	17	27
200-349	21	34	21
350-499	18	19	21
>=500	33	30	30
<b>DIAGNOSTIC</b>			
Précoce*	38	43	36
Tardif**	29	15	28

\* Définition diagnostic précoce ; Primo infection à VIH (PIV) au diagnostic cd4>500/mm<sup>3</sup> hors sida.

\*\* Définition diagnostic tardif ; Sida au diagnostic ou cd4 < 200/mm<sup>3</sup> hors PIV.

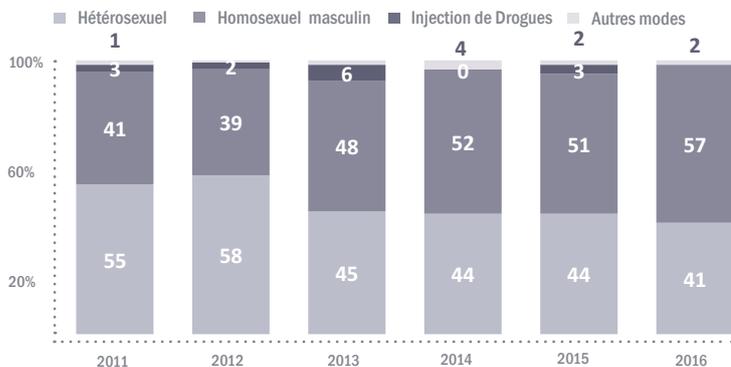
NB : Les variables CD4 et diagnostic précoce ou tardif sont disponibles depuis 2008. Les variables co-infections Hépatites B et C et IST sont disponibles depuis 2012.

Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2017.

## MODE DE CONTAMINATION

En Bretagne, 57 % des personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2016 ont été contaminées lors de rapports homosexuels, 41 % lors de rapports hétérosexuels et aucune par usage de drogues injectables. Les rapports homosexuels représentaient le mode de contamination le plus fréquent depuis 2013 (figure 6).

6 Évolution de la part des principaux modes de contamination parmi les découvertes de séropositivité VIH déclarées en Bretagne de 2011 à 2016



Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2017.

### NOTA :

- Les analyses des diagnostics VIH et Sida présentées ici sont issues de la DO des découvertes de séropositivité et des diagnostics de Sida notifiés jusqu'au 30/06/2017.

- 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. Il est nécessaire d'utiliser des données corrigées pour connaître le nombre annuel de diagnostics, analyser les évolutions au cours du temps ou comparer les régions en rapportant les cas à la population. Les corrections sont d'autant plus fiables et précises que l'exhaustivité de la déclaration est élevée.

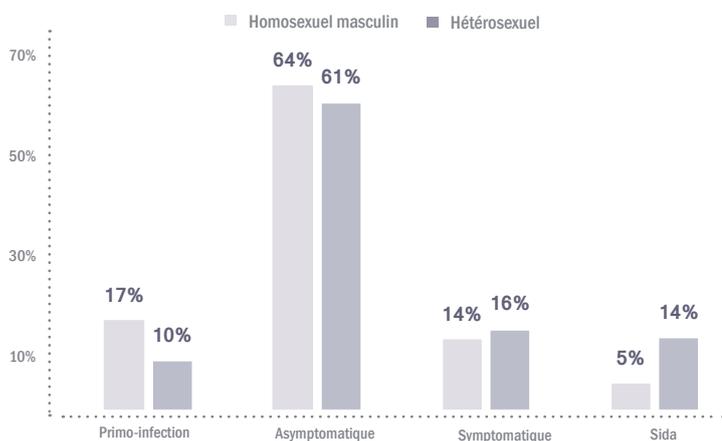
- Les données 2015 et 2016 ne sont pas encore consolidées et doivent être interprétées avec prudence.

- L'analyse porte sur les cas d'infection à VIH et de Sida domiciliés en Bretagne. 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 2011 et 2016 en Bretagne, 12 % ont été diagnostiquées précocement au stade de la primo-infection, 60 % à un stade asymptomatique, 15 % à un stade symptomatique non sida, et 12 % au stade sida. Les homosexuels ont été plus fréquemment diagnostiqués au stade de primo-infection que les hétérosexuels (17 % vs 10 %) (figure 7). Les personnes nées en France ont été plus fréquemment diagnostiquées à un stade précoce (46 %) que celles nées en Afrique subsaharienne (19 %).

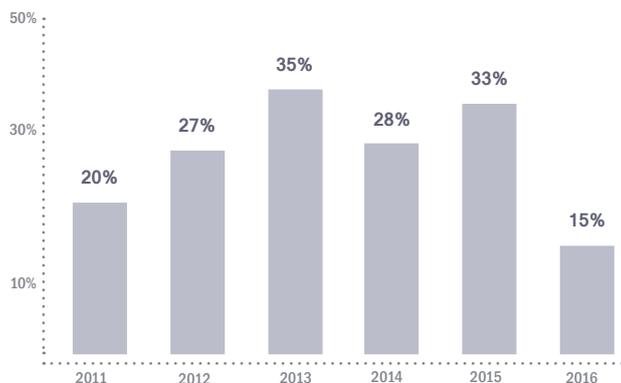
7 Stade clinique au moment de la découverte de la séropositivité selon le mode de contamination, Bretagne 2011-2016



Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2017.

En 2016, 15 % des diagnostics sont réalisés tardivement (cd4 < 200/mm<sup>3</sup> ou Sida au diagnostic) en Bretagne, proportion inférieure à celle du niveau national (28 %). Cette proportion est en diminution par rapport à 2015 (33 %) (figure 8).

8 Évolution de la part des diagnostics tardifs\* parmi les découvertes de séropositivité en Bretagne de 2011 à 2016



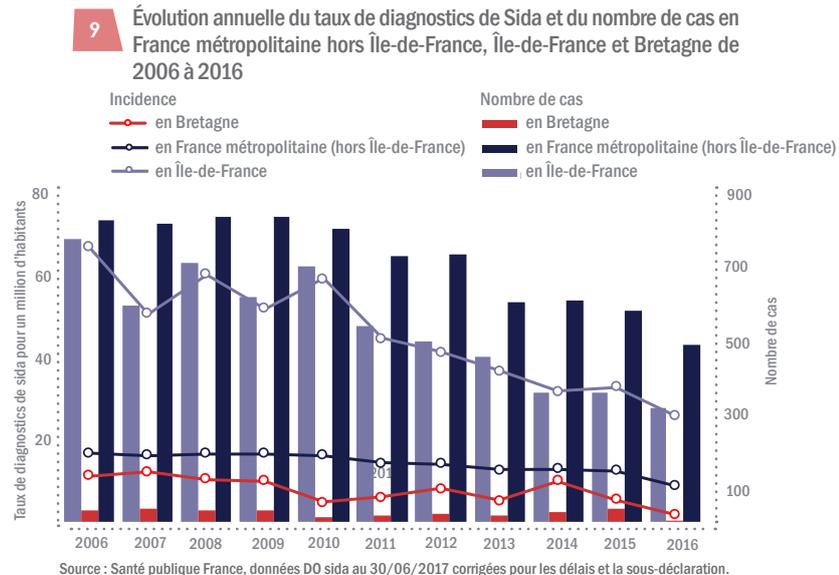
Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2017.

\*Définition diagnostic tardif : Sida au diagnostic ou cd4 < 200/mm<sup>3</sup> hors PIV.

# DIAGNOSTIC DE SIDA

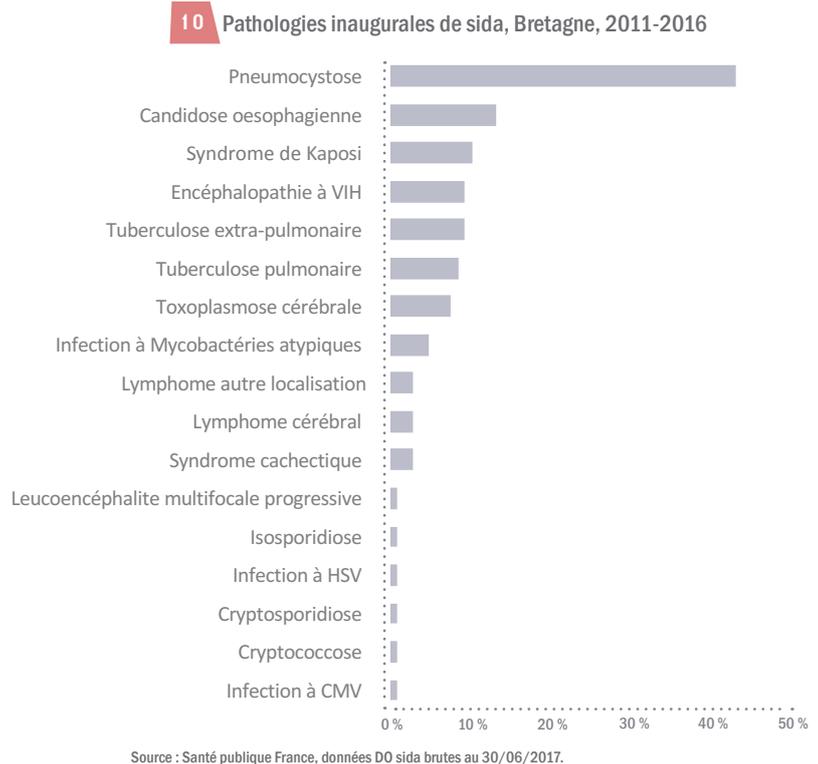
En 2016, le nombre estimé de nouveaux cas de Sida en Bretagne est de 8 (IC95 %: [5-10]). Il est en nette diminution par rapport à 2015 (40 cas). Il est estimé à partir des 5 cas notifiés en tenant compte de la sous-déclaration et des délais de déclaration et est donc à interpréter avec prudence.

Le taux de diagnostic de sida est estimé à 2 cas par million d'habitants en 2016. Ce taux est plus de quatre fois inférieur à celui observé en France métropolitaine hors Île-de-France, qui atteint 9 cas par million d'habitants et est très inférieur à celui de l'Île-de-France qui atteint 26 cas par million d'habitants (*figure 9*).



## CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

En Bretagne, sur la période 2011-2016, les hommes représentaient trois cas de sida sur quatre (76 %). Plus de la moitié des cas de sida (56 %) étaient des personnes âgées de 25 à 49 ans. Les personnes étaient majoritairement nées en France (74 %). Les rapports hétérosexuels étaient le mode de contamination le plus fréquent (57 %). Au moment du diagnostic de sida, la grande majorité des cas (85 %) n'avait pas encore reçu de traitement antirétroviral, le plus souvent parce qu'ils ignoraient leur séropositivité. Les 5 pathologies inaugurales les plus fréquentes sur la période 2011-2016 étaient la pneumocystose, la candidose œsophagienne, le syndrome de Kaposi, les encéphalopathies à VIH et la tuberculose extra-pulmonaire (*figure 10*).



### PONTS CLÉS SUR LE VIH-Sida en Bretagne

- Le nombre de sérologies VIH effectuées en Bretagne est stable depuis 2006 et 1,4 fois inférieur à celui observé au niveau national. Depuis 2006, la proportion de sérologies positives varie entre 0,8 et 1,3 pour 1 000 tests. Cette proportion est 2 fois inférieure à celle retrouvée au niveau national.
- Le taux de découverte de séropositivité pour le VIH en Bretagne est le plus

bas de France hors Corse. Il est en diminution par rapport à 2015 et est 3 fois inférieur à celui du national (28 par million d'habitants pour 90 au niveau national).

- Depuis 2013, les rapports homosexuels sont devenus le mode de contamination le plus fréquent, ce qui incite à cibler ce groupe de transmission lors des campagnes de prévention.
- Le nombre de cas de SIDA est en diminution constante en Bretagne.

Le Comité Régional de coordination de la lutte contre le VIH et les IST en Bretagne (COREVIH-Bretagne) est une instance de santé régionale et collégiale qui tend à faciliter la prévention et la prise en charge globale auprès des personnes concernées par les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), en particulier le VIH.

Ses missions ont été élargies en 2017, et le COREVIH-Bretagne est en charge de :

- Coordonner les acteurs de la lutte contre le VIH et les IST, selon une approche de santé sexuelle.
- Participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des personnes concernées par le VIH.
- Aider à l'harmonisation des pratiques.

▪ Participer au recueil et à l'analyse des données épidémiologiques dans le domaine des IST et du VIH.

▪ Concourir à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques nationales et régionales de la lutte contre les IST et le VIH, ainsi que dans le domaine de la santé sexuelle.

Ces missions sont réalisées dans un esprit de démocratie sanitaire, avec une forte participation des associations d'usagers, des acteurs du soin et de la prise en charge psycho-sociale.

Les données présentées dans la synthèse sont issues de la base de données « NADIS™ » dont l'implantation, 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 3 500 patients infectés par le VIH suivis dans les hôpitaux en Bretagne

En 2016, la file active hospitalière des sites affiliés au COREVIH-Bretagne a comptabilisé 3 452 patients ayant eu au moins un recours dans les centres hospitaliers bretons (non compris les patients pris en charge au CH de Pontivy et ceux suivis par l'Hôpital d'Instruction Des Armées Clermont Tonnerre (HIA) ou le service de dermatologie du CHU de Brest, soit 45 patients en 2015).

Sur la période 2011-2016, la file active hospitalière du COREVIH (à nombre de site constant, soit 9 sites sur 12)<sup>1</sup> a augmenté de +21 % au total, soit un accroissement moyen annuel de +3,2 %. Si la tendance évolutive globale sur l'ensemble de la période, comme en moyenne annuelle, est relativement similaire dans les quatre départements bretons, en revanche, l'évolution récente (entre 2015 et 2016, à taux de couverture constant) traduit une situation contrastée selon les départements. En effet, la file active hospitalière costarmoricaine est restée relativement stable (-0,7 %, soit -3 patients) alors qu'elle a continué à s'accroître dans les trois autres départements (+3,2 % en Ille-et-Vilaine, +3,9 % dans le Morbihan, et +5,2 % dans le Finistère).

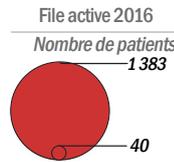
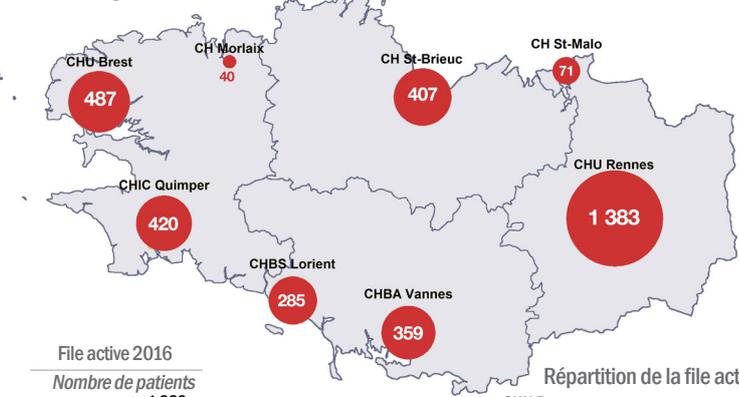
### Une répartition variable selon les sites

Deux patients sur cinq (40 % de la file active) sont suivis au CHU de Rennes, soit près de 1 400 patients. Les files actives des centres hospitaliers de Brest, Quimper, Saint-Brieuc, Vannes et Lorient, se situent à des niveaux intermédiaires qui varient de 14 % à 8 % de la file active. Enfin, les services implantés aux centres hospitaliers de Saint-Malo et Morlaix ayant mis en place une offre de prise en charge des personnes séropositives de façon plus récente, présentent des files actives inférieures à cent patients.

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

Au total, 184 nouveaux patients ont été pris en charge par les services participant à l'activité de recueil pour le Corevih au cours de l'année 2016, dont moins de la moitié (45 %) était dépistée pour la première fois dans l'année. Le nombre de décès reste faible et relativement constant (27 patients ont été concernés contre 26 en 2015) et le cancer en est la 1<sup>re</sup> cause (au moins 62 % des décès, la cause du décès n'étant pas notifiée pour 2 patients). Enfin, 85 patients ont quitté la cohorte en raison de la poursuite de leur suivi hors Bretagne (tableau 12).

11 Répartition de la file active du Corevih selon les centres hospitaliers de prise en charge en Bretagne en 2016\*



Répartition de la file active 2015

CHU Rennes	40 %
CHU Brest - La Cavale Blanche	14 %
CHIC Quimper	12 %
CH St-Brieuc	12 %
CH Vannes	10 %
CH Lorient	8 %
CH St-Malo	2 %
CH Morlaix	1 %

Source : Corevih Bretagne – File active 2015, exploitation ORS Bretagne  
\*Ne sont pas comptabilisés dans la carte ci-dessus, les patients suivis par l'Hôpital D'Instruction Des Armées Clermont Tonnerre (HIA), le service de dermatologie de l'hôpital Morvan à Brest et ceux suivis au CH de Pontivy (soit, au total, 45 patients suivis en 2015).

### Les recours

En moyenne, les patients suivis en Bretagne ont bénéficié de 2,74 recours auprès des services hospitaliers dans l'année. Il s'agit pour l'essentiel de consultations (91 %), suivis par de l'hospitalisation de jour (3,5 %) ou conventionnelle (3,7 %), les autres types de recours étant minoritaires (1,7 %)<sup>3</sup>.

Le recours à l'hospitalisation de jour est devenu exceptionnel dans la plupart des services cliniques bretons, le suivi clinico-biologique s'étant grandement simplifié au fil des années, surtout pour les personnes dépistées précocement.

Cependant, le nombre de recours moyen annuel varie fortement selon les sites allant d'un minimum de 1,9 à un maximum de 4,2 par patient et par an. Ces écarts ne s'expliquent pas par les caractéristiques cliniques et biologiques des patients, mais essentiellement par des différences d'organisation de suivi et d'habitudes médicales. La surveillance de l'activité ne permet pas, en 2016, de dénombrer le nombre de recours non-hospitaliers, notamment chez les médecins généralistes.

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

	2016	2015
Nouveaux patients	184	275
Dont nouveaux dépistés	83	142
Décès	27	26
Transfert de suivi ailleurs	85	93
Perdu de vue*	9	9

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

<sup>1</sup> Pour corriger le défaut d'exhaustivité du recueil sur la période 2011-2016, l'évolution de la file active hospitalière du COREVIH a été calculée « à nombre de site constant ». Ont été écartés 3 sites sur les 12 sites de prise en charge des patients, soit environ une quarantaine de patients (45 en 2015) correspondant à 2 % de l'ensemble des patients pris en charge par le COREVIH au cours de l'année 2015.

<sup>3</sup> Les autres types de recours : séance d'éducation thérapeutique, contact téléphonique.

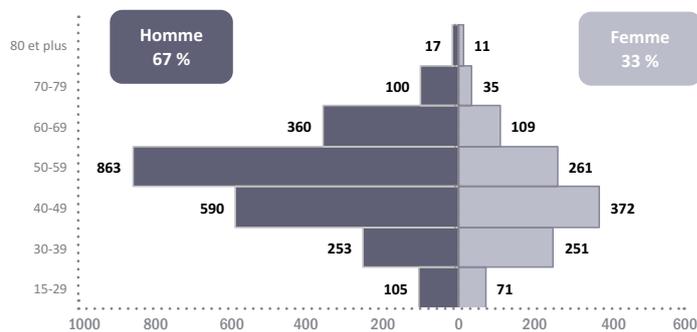
# CARACTÉRISTIQUES DES CAS PRÉVALENTS

## CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

### Une prédominance masculine

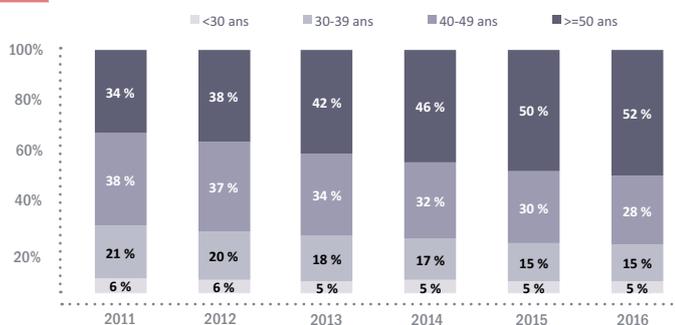
En cohérence avec les données issues de la notification obligatoire des découvertes de séropositivité au VIH présentées en pages 5 et 6, la population suivie pour le VIH est à très forte prédominance masculine (67 % d'hommes pour 33 % de femmes).

### 13 Pyramide des âges de la file active en 2016



Source : COREVIH Bretagne – File active 2016, exploitation ORS Bretagne

### 14 Évolution de la file active selon l'âge en Bretagne entre 2011 et 2016



Source : COREVIH Bretagne – File active 2016, exploitation ORS Bretagne

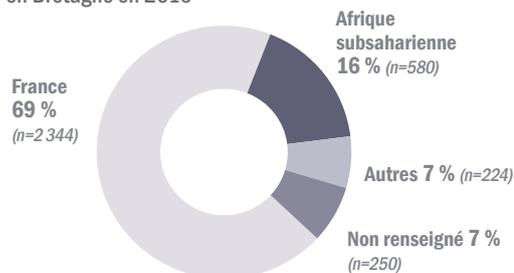
### 50 ans, l'âge médian des patients suivis

Plus de la moitié des patients de la file active (52 %) ont 50 ans ou plus et les hommes sont globalement plus âgés que les femmes. Depuis 2014, l'âge médian des hommes a passé le cap des 50 ans pour atteindre 52 ans en 2016 tandis que chez les femmes il est de 46 ans. Par ailleurs, l'ancienneté du suivi est importante : elle est supérieure à 15 ans pour près d'un patient sur 2 (48 %). 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 +53 % de la part des patients de 50 ans et plus par rapport à l'année 2011. Ce « vieillissement global » de la cohorte est un élément important à prendre en compte, la population suivie, glissant progressivement de « jeunes sans autres morbidité que le VIH » à une population susceptible de « polypathologie avec polymédication ».

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

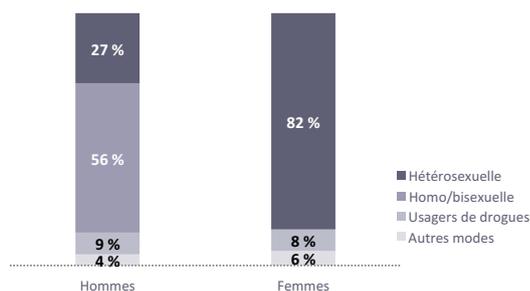
En 2016, sept patients sur dix, (69 %) de la file active, sont originaires de France et près d'un sur quatre (23 %) est né à l'étranger (principalement dans des pays d'Afrique subsaharienne, 16 %), alors qu'en proportion les personnes immigrées ne représentaient au total que 3,2 % de l'ensemble de la population bretonne en 2014<sup>1</sup>. Dans l'objectif d'une meilleure prise en charge des personnes migrantes, le COREVIH travaille de façon active avec le Dispositif d'Appui Technique pour l'Accès aux Soins et l'Accompagnement des migrants (DATASAM) du Réseau Louis Guilloux.

### 15 Répartition de la file active selon l'origine géographique en Bretagne en 2016



Source : COREVIH Bretagne – File active 2016, exploitation ORS Bretagne

### 16 Répartition de la file active selon le mode de contamination\* en Bretagne en 2016



Source : COREVIH Bretagne – File active 2016, 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 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, un peu moins d'un patient suivi sur dix a été contaminé lors de l'usage de drogues par voie intraveineuse.

<sup>1</sup> Selon le recensement de la population de l'Insee.

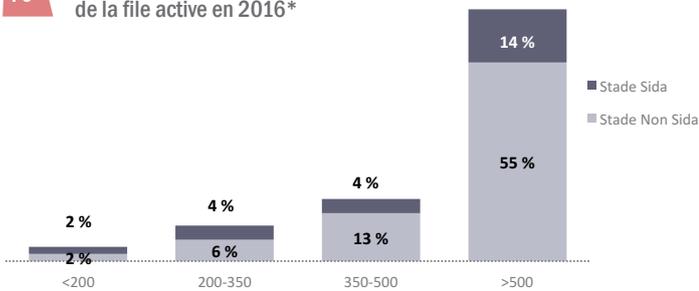
# CARACTÉRISTIQUES DES CAS PRÉVALENTS

## CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

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

L'essentiel (89 %) des patients ont une charge virale  $\leq 50$  copies/ml et 66 % ont des CD4  $> 500/mm^3$ . Cependant, il subsiste une proportion significative de patients immunodéprimés ( $CD4 < 350/mm^3$ ). Cela illustre encore un recours trop tardif au dépistage, mais également les évolutions progressives des modalités de traitements au cours des 20 dernières années : ce n'est qu'en 2013 qu'il a été recommandé de traiter toutes les personnes séropositives indépendamment de leur statut immunitaire ou virologique. Plus les CD4 sont bas au moment de l'initiation du traitement, plus la probabilité de restituer une immunité de qualité est faible : le diagnostic précoce est donc indispensable à une meilleure prise en charge, et la France a une importante marge d'amélioration dans le domaine, puisque le temps séparant la contamination du diagnostic ou du dépistage était en médiane de 3,2 ans en 2013<sup>1</sup>.

### 18 Niveau de CD4 ( $/mm^3$ ) selon le stade clinique pour l'ensemble de la file active en 2016\*



Source : COREVIH Bretagne - File active 2016, 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.

## TRAITEMENTS

### L'essentiel des patients est sous traitement antirétroviral

En 2016, seuls 2 % des patients n'ont jamais reçu de traitement antirétroviral (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...).

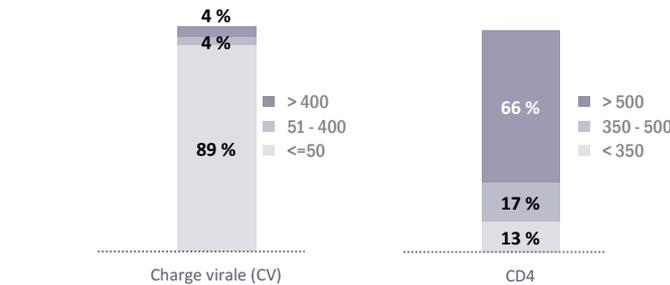
### La moitié des patients reçoit un seul comprimé par jour pour le traitement de l'infection par le VIH

En 2016, 1 686 patients, soit 56 % de la file active traitée pour laquelle l'information est disponible ( $n=3\ 005$ ), reçoivent un traitement antirétroviral basé sur une trithérapie en mono-comprimé. La tendance est à une augmentation progressive de cette proportion, liée à la commercialisation, chaque année, de nouvelles combinaisons 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 %), suivi par l'association tenofovir-emtricitabine-elvitegravir-cobicistat (14 %). L'association abacavir-lamivudine-dolutegravir, qui n'existait pas en 2015, représente déjà 11% des prescriptions en 2016 avec une forte progression au cours de l'année.

### 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. Vingt-huit combinaisons différentes sont prises par plus de 10 personnes, et on dénombre plus de 100 combinaisons différentes prescrites au sein du Corevih. Cette diversité a tendance à s'es-

### 17 Répartition des patients en fonction de leur charge virale (copies/ml) et de leur CD4 ( $/mm^3$ ) en Bretagne en 2016



Source : COREVIH Bretagne - File active 2016, exploitation ORS Bretagne.  
\*La différence avec 100% correspond aux valeurs non renseignées.

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

En 2016, près d'un quart de la file active (24 %) a atteint le stade clinique de sida. Ceci est lié en partie à un diagnostic encore trop tardif de certains patients, au moment de l'apparition de complications graves qui marque le stade clinique sida. Mais certaines personnes diagnostiquées tardivement peuvent néanmoins bénéficier d'une restauration immunitaire de qualité après plusieurs années de traitement, comme l'illustre la proportion de patients ayant un jour atteint le stade sida et dont le taux de CD4 est supérieur à  $350/mm^3$  (18 %) en 2016.

tomper avec le temps, les schémas thérapeutiques étant plus simples aujourd'hui. Mais la possibilité depuis 2017 d'utiliser des génériques de tenofovir, emtricitabine, lamivudine et abacavir, y compris au sein de formes combinées, inversera peut être cette tendance.

### 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 2016 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. La place des anti-intégrase se confirme avec une très forte progression de la proportion de personnes traitées avec une molécule de cette nouvelle famille, associée à deux nucléosides (qui passe de 24 à 32 %, entre 2015 et 2016), aux dépens essentiellement des régimes comportant une antiprotéase.

### 19 Principaux schémas de traitement rencontrés chez les patients traités par antirétroviraux en 2016 et 2015

	2016		2015	
	N	%	N	%
2N+1NN	1242	41 %	1452	45 %
2N+1II	957	32 %	769	24 %
2N+1IPb	384	13 %	559	17 %
Autres	422	14 %	456	14 %

Source : COREVIH Bretagne - File active 2015, exploitation ORS Bretagne.  
N : inhibiteur nucléosidique de la transcriptase ; NN : inhibiteur non nucléosidique ; II : inhibiteur d'intégrase boosté ou non ; IPb : inhibiteur de protéase boosté

<sup>1</sup> Données 2016, Virginie Supervie, INSERM U1136.

# CARACTÉRISTIQUES DES CAS PRÉVALENTS

## CO-INFECTION VIH-HÉPATITES

### Elles concernent près d'1 patient sur 5 (18%)

En 2016, 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.

- 4 % de la file active des patients suivis sont porteurs chroniques de l'AgHBs
- 13 % ont été en contact avec le virus de l'hépatite C
- 1 % cumulent les deux situations.

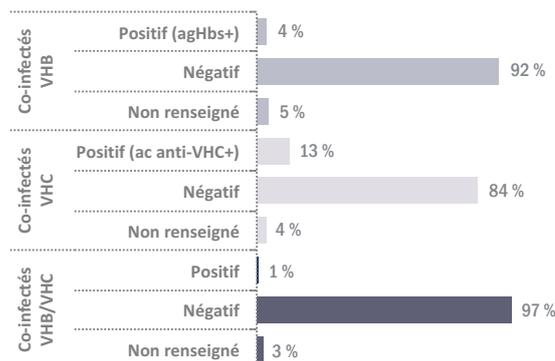
Parmi les patients pour lesquels l'information est renseignée, la contamination par les virus des hépatites B et/ou C est en lien avec une toxicomanie intraveineuse pour plus des deux-tiers (66 %), et 17 % se sont infectés par voie sexuelle.

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

Les personnes infectées par le VIH et le VHC sont plus à risque d'évoluer rapidement vers des complications (par rapport à des personnes uniquement infectées par le VHC), notamment fibrose et cancer hépatocellulaire. Avec l'arrivée sur le marché de nouveaux antiviraux contre l'hépatite C dont l'efficacité dépasse 95 % de guérison à 3 mois, avec une excellente tolérance, l'objectif du COREVIH est que l'intégralité des personnes co-infectées VIH et VHC ait été mise sous traitement anti-VHC avant la fin de l'année 2018 (objectif « zéro co-infection »). Il s'agit à la fois d'un objectif individuel (guérison définitive) et d'un objectif de santé publique (faire disparaître la chaîne de transmission).

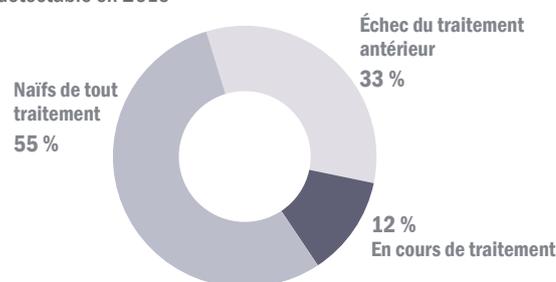
Parmi les patients co-infectés VIH/VHC, 31 % n'ont jamais reçu de traitement anti-VHC (en raison principalement d'une guérison spontanée), et 5 % sont toujours en cours de traitement au 31/12/2016 au moment de l'analyse des données. Il reste néanmoins 97 personnes infectées par le VIH et porteuses d'une infection VHC active (ARN VHC positif) en Bretagne. Parmi celles-ci, 53 soit 55 % de ceux qui ont aujourd'hui une infection active) n'ont jamais reçu aucun traitement, essentiellement par refus de la personne d'être traitée. Il est important que les acteurs du COREVIH s'emploient à convaincre ces patients des bienfaits du traitement, même si elles sont asymptomatiques aujourd'hui, et que toutes les personnes concernées puissent être guéries avant la fin de l'année 2018. Douze patients

## 20 Co-infections VHB et VHC dans la file active en Bretagne en 2016



Source : COREVIH Bretagne - File active 2016, exploitation ORS Bretagne

## 21 Statut thérapeutique des patients ayant une charge virale VHC détectable en 2016\*



Source : COREVIH Bretagne - File active 2016, exploitation ORS Bretagne  
\*Charge virale VHC détectable : ARN viral du VHC >15 copies/ml

sont encore en cours de traitement avec un ARN VHC positif au dernier contrôle en 2016, et seront probablement guéris en 2017. Un peu plus de 30 patients ayant un ARN VHC positif ont déjà été traité antérieurement (échec de traitement antérieur) et ne gardent pas, le plus souvent, un bon souvenir des combinaisons à base d'interféron et de ribavirine, hésitant parfois à se lancer dans une nouvelle cure thérapeutique. Il faudra là aussi s'employer à les convaincre avant la fin de l'année 2018. Enfin, les données d'ARN viral ne sont pas renseignées pour un peu moins de 10% de la file active des patients ayant une sérologie VHC positive... il faudra disposer de ce renseignement dans 100 % des cas en 2017 !

## CO-INFECTION VIH ET SYPHILIS

### Épidémie de syphilis chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)

Une importante épidémie de syphilis sévit en Europe depuis le début des années 2000. Initialement identifiée en Irlande, elle s'est rapidement répandue à l'ensemble des pays d'Europe du Nord, avec la particularité de ne concerner quasi exclusivement que les HSH, qui

représentaient 86 % des cas déclarés en 2013. En 2016, 16 % des patients suivis dans les établissements rattachés au COREVIH avaient un antécédent de syphilis. Cette donnée était insuffisamment renseignée jusqu'à maintenant et un effort important de collecte et de contrôle qualité va être effectuée en 2017-2018, comme cela a été réalisé en 2014-2015 pour les données concernant les hépatites.

## LES NOUVEAUX DÉPISTÉS

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

En 2016, 83 adultes (contre 142 en 2015, 134 en 2014 et 102 en 2013) ont découvert leur séropositivité au VIH. Cette tendance à la baisse des nouvelles découvertes a été observée en 2016 dans certains sites à forte prévalence chez les HSH ailleurs en Europe, mais l'effectif breton est trop faible pour conclure sur le fait qu'il s'agisse d'une vraie tendance à la baisse ou d'une variation annuelle non significative.

Pour les patients pour lesquels l'information est renseignée (soit 77), l'âge moyen est de 39 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 (73 % pour 27 % de femmes), proportion supérieure à celle observée dans la file active globale. Les hommes ont été majoritairement contaminés lors de rapports sexuels avec d'autres hommes (64 %, contre 56 % dans la totalité de la file active, ce qui illustre une augmentation progressive de la part des contaminations HSH parmi les hommes) et les femmes par rapports hétérosexuels (95 %). La moitié des 77 nouveaux dépistés dont les données sont renseignées est née en France, 27 % en Afrique intertropicale.

### Des prescriptions en conformité avec les recommandations d'experts de 2015

Pour les 103 patients ayant débuté leur premier traitement en 2016 (dont certains avaient été dépistés en 2015), la trithérapie à base de darunavir/r et emtricitabine-tenofovir reste très majoritaire. Il s'agit en général d'une prescription transitoire (3 comprimés par jour) qui sera substituée par un régime en mono-comprimé une fois la charge virale devenue indétectable. Le monocomprimé associant rilpivirine/emtricitabine/tenofovir (Eviplera®) se place en seconde position, et les régimes à bases d'anti-intégrase (mono-comprimés à base d'elvitegravir ou de dolutegravir) représentent désormais près d'un quart des premières prescriptions. L'essentiel des prescriptions est conforme aux recommandations d'experts de 2015.

## LE SUIVI PÉDIATRIQUE

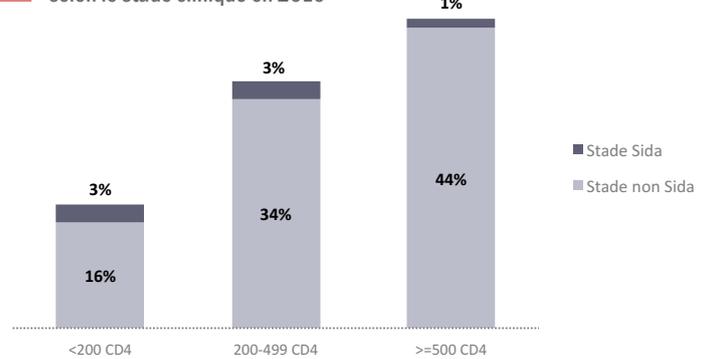
La taille des cohortes pédiatriques est en diminution constante du fait de la quasi-disparition de la transmission mère-enfant en France. L'adoption d'enfants connus VIH positif devient une circonstance prédominante, aux dépens des contaminations verticales en France. Ainsi, en 2016, 24 enfants ont été suivis par les hôpitaux du Corevih. La totalité des enfants (100 %) reçoit un traitement. Le niveau « d'individualisation » des traitements est élevé, puisque l'on ne dénombre pas moins de 14 combinaisons différentes pour 24 enfants sous traitement. Mais la proportion d'enfants présentant une charge virale détectable est légèrement supérieure à celle observée en population adulte (17% contre 8%). Ce dernier constat est partagé au niveau national et mondial, notamment chez les adolescents.

Les données issues de la notification obligatoire des découvertes de séropositivité au VIH sont présentées en pages 5 et 6. Les données ci-dessous complètent les observations précédemment réalisées.

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

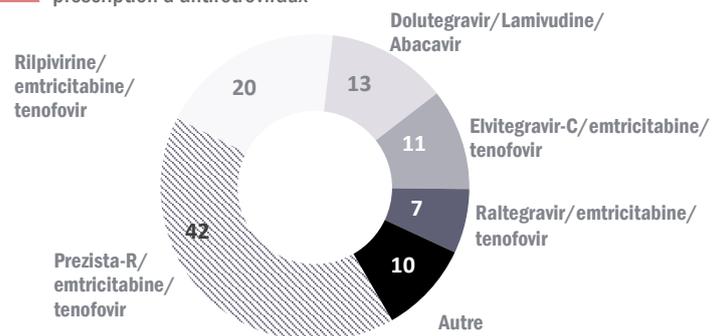
Sur l'ensemble des nouveaux dépistés, 17 % (13/77) ont découvert leur infection tardivement parmi lesquels 6 % (5/77) ont atteint le stade sida et 18 % (14/77) présentent des CD4<200/mm<sup>3</sup>.

22 Niveau de CD4 chez les nouveaux dépistés (mm<sup>3</sup>) selon le stade clinique en 2016



Source : COREVIH Bretagne - File active 2016, exploitation ORS Bretagne.

23 Répartition des combinaisons utilisées lors de la primo-prescription d'antirétroviraux



Source : COREVIH Bretagne - File active 2016, exploitation ORS Bretagne.

En 2016, 40 femmes infectées par le VIH ont déclaré une grossesse ; 24 femmes porteuses du VIH ont accouché cette même année. L'essentiel de ces femmes (22/24) avait une charge virale indétectable à l'accouchement, une femme dont la découverte de l'infection était très tardive au cours de la grossesse avait une charge virale comprise entre 10 000 et 50 000 copies/ml et pour une autre, la donnée est manquante. L'objectif d'une charge virale indétectable à l'accouchement est donc atteint pour au moins 92 % des femmes. L'objectif de « 100 % de charges virales indétectables au moment de la conception », qui garantit l'absence de transmission mère-enfant, ne pourra être atteint qu'avec un renforcement de la politique de dépistage.

## BILAN D'ACTIVITÉ DES CeGIDD 2016

Jusqu'à la fin de l'année 2015, le dispositif français de dépistage du VIH et des IST reposait essentiellement sur les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit d'une part (CDAG) et les Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des IST (CIDDIST) d'autre part. Force a été de constater que les deux dispositifs, à la fin des années 2000, évoluaient vers le même type de prestations... Comme le signalait un rapport de la Cour des comptes en 2010, « la dualité des structures est, de fait, aujourd'hui anachronique et source d'incohérences ». Mais reformer n'est pas toujours simple, et il a fallu attendre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 pour que naissent les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD). Neuf CeGIDD ont ainsi été créés en Bretagne (5 sites principaux et 4 antennes) : trois dans le Finistère, trois dans le Morbihan, deux en Ille-et-Vilaine et un dans les Côtes-d'Armor.

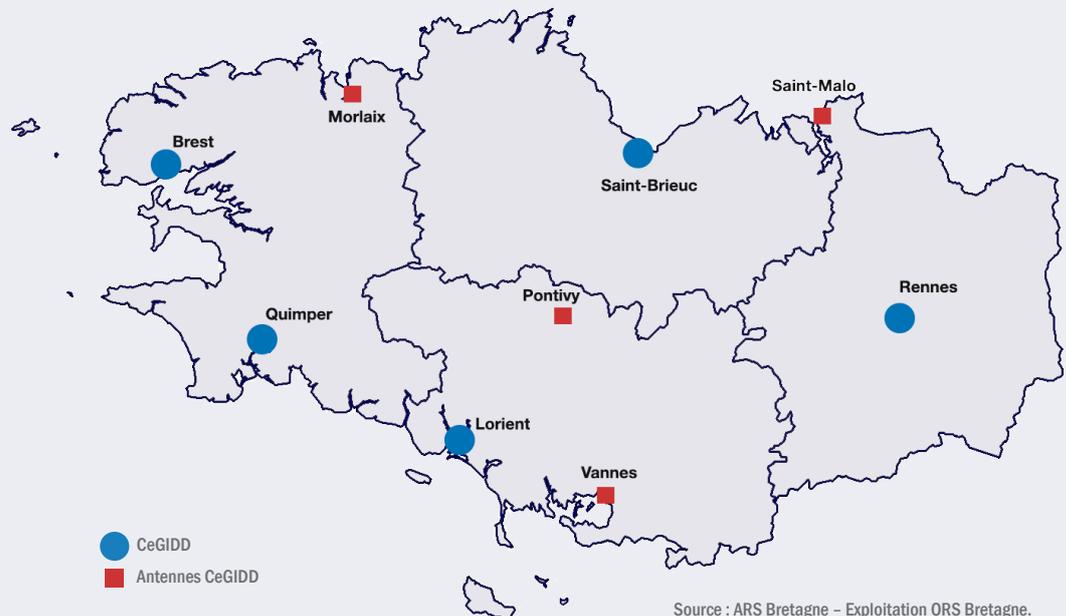
En 2016, les 9 sites bretons ont totalisé, en moyenne hebdomadaire, 43 demi-journées d'ouverture (150 heures/semaine). Le personnel de chaque CeGIDD dépend de la taille de chaque structure et se répartit en moyenne autour de 0,4 équivalent-temps-plein (ETP) de médecin, 0,8 ETP d'infirmière, 0,4 ETP de secrétariat, 0,15 ETP d'assistante sociale et 0,1 ETP de psychologue. Un certain nombre de coopérations avec d'autres professionnels ont été mises en place (gynécologues, dermato-vénérologues, sexologues).

Près de 30 000 consultations ou informations de dépistage ont été réalisées, dont 26 819 consultations médicales. Certains sites associent des activités supplémentaires qui viennent compléter la palette de l'offre : traitement post-exposition du VIH, Prévention Pré-Exposition (PrEP), conseil en contraception, sexologie... On note, pour cette première année, un assez faible recours aux psychologues et assistantes sociales.

Par rapport à l'activité des « anciens » CDAG et CIDDIST, le public consultant s'est diversifié : plus de 1 000 hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) ont consulté dans les centres ; 80% du public transgenre est accueilli dans le Morbihan, ce qui illustre une forme de spécialisation. Le public est très jeune : 80% des hommes ont moins de 30 ans et des femmes moins de 25 ans ; 687 mineurs ont été accueillis.

Au total, plus de 11 000 dépistages VIH ont été réalisés (dont 24 se sont avérés des découvertes de séropositivité et 5 des confirmations de tests antérieurement positifs). Il existe une forte activité de dépistage de la syphilis (> 5 000 dépistages, 78 positifs) et du gonocoque (> 3 500 tests réalisés, 51 positifs) ainsi que des

### 22 Les CeGIDD et leurs antennes en Bretagne en 2016



Chlamydiae (>4 700 tests, 390 positifs). Le dépistage des hépatites B (7 500 tests, 61 positifs en AgHBs) et des hépatites C (5 500 tests, 32 positifs) est également important.

Tous les CeGIDD principaux et 2 des 4 antennes organisent des activités « hors les murs » : 121 actions sur 46 lieux différents ont été recensées, ayant touché 4 251 personnes (dont 1 385 avec dépistage). L'activité des CeGIDD se traduit par de fortes dépenses en biologie (près de 570 000 € pour la totalité des sites), alors que les frais de personnels sont un peu inférieurs à 800 000 €.

À l'analyse de ces données, on peut se réjouir d'une mise en place opérationnelle très rapide de ce nouveau dispositif, la quasi-totalité des équipes s'est très vite appropriée les nouvelles modalités de fonctionnement et a exprimé sa satisfaction lors du bilan à 6 mois réalisé auprès de chaque site par l'ARS Bretagne. Le nombre important d'actions hors les murs auprès de populations éloignées du soin (Foyers de jeunes travailleurs, foyers de migrants, CSAPA, CAARUD...) en est la meilleure illustration. Certains points sont néanmoins perfectibles. Pour ce qui est du fonctionnement des structures, il faut améliorer l'homogénéité du recueil des données, améliorer les performances de la base de données en prenant en compte les nombreuses remontées des utilisateurs. La pertinence et le rapport coût-efficacité de certaines actions (dépistage des Chlamydiae notamment) nécessitent d'être questionnés à la lumière des nouvelles recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui devraient être disponibles l'an prochain. Concernant l'accueil du public, il faut poursuivre les efforts afin d'aller à la fois vers les populations les plus éloignées des soins, mais également vers celles où l'incidence des IST est la plus élevée. En 2017, le COREVIH poursuivra son accompagnement des CeGIDD au mieux de ses possibilités, et organisera une journée annuelle d'échange entre les acteurs.

**Dr Cédric ARVIEUX.**  
Président du COREVIH Bretagne.

## LA PRÉVENTION PRÉ-EXPOSITION DU VIH (PrEP) EN BRETAGNE



La PrEP consiste à proposer un traitement antirétroviral préventif à des personnes qui sont à risque élevé de s'infecter par le VIH. Ce sont essentiellement les résultats des essais anglais PROUD et Franco-Canadien IPERGAY qui ont amenés la PrEP dans le champ de la pratique courante. Il a ainsi été démontré chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) que la PrEP entraînait une réduction de risque d'infection par le VIH de l'ordre de 90%, qu'elle soit prise en continue (PROUD) ou en fonction de l'activité sexuelle envisagée (IPERGAY).

Cette nouvelle approche préventive complémentaire est d'autant plus opportune que l'enquête PREVAGAY montre une prévalence globale du VIH toujours élevée chez les HSH, chiffrée à 14,3 % dans les lieux de convivialité gay de 4 grandes villes françaises.

Au cours des 14 premiers mois d'autorisation de la PrEP en France, de janvier 2016 à février 2017 (sous forme de Recommandation Temporaire d'Utilisation [RTU]) un peu moins de 3 000 personnes avaient été mises sous PrEP, essentiellement des HSH, dont la moyenne d'âge était de 37 ans. L'essentiel des prescriptions a été initié en Île-de-France. Avec 58 prescriptions au cours de la période de RTU, la Bretagne est plutôt en queue de peloton, juste avant

la Normandie, la Bourgogne-Franche-Comté, les DOM-TOM et la Corse. L'essentiel de ces prescriptions ont été réalisées en Ille-et-Vilaine (CHU de Rennes) et dans le Finistère (sites hospitaliers de Brest et Quimper).

Les 4 premiers mois de l'activité après la fin de la RTU (mars à juin 2017) ont également pu être analysés et montrent une forte augmentation de l'activité à Quimper (8 nouvelles prescriptions en 4 mois contre 13 au cours des 14 mois précédents) et Rennes (26 prescriptions contre 24). À Saint-Brieuc également, où l'activité n'avait pas vraiment démarré en 2016, 5 nouvelles prescriptions ont été réalisées au cours de ces 4 premiers mois de 2017. La moitié des sites travaille de façon active avec les associations de patients (dont un site de façon systématique pour toutes les consultations, avec un « double suivi » associatif et médical).

L'objectif du COREVIH est qu'à terme, toutes les personnes susceptibles de bénéficier de la PrEP puissent être informées de son existence et de ses modalités d'accès, afin de faire le choix de prévention les plus éclairés. Aujourd'hui, on peut considérer que toute nouvelle infection par le VIH chez un HSH est un « échec de PrEP », d'autant plus s'il n'en a jamais entendu parler...

*Dr Cédric ARVIEUX.*

*Président du COREVIH Bretagne.*

## LA SYPHILIS

En France, la surveillance des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) s'organise autour de réseaux sentinelles volontaires de surveillance. Le réseau de cliniciens « RésIST » assure la surveillance de la syphilis précoce (datant de moins d'un an et correspondant aux stades primaire, secondaire ou latente précoce) et des gonocoques. Les tendances épidémiologiques récentes 2013-2015 confirment la recrudescence observée de la syphilis en 2000 et celle de la gonococcie en 1998. En 2015, la progression du nombre de syphilis précoces et d'infections à gonocoque, particulièrement marquée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) est également observée chez les hétérosexuels, quel que soit leur sexe, malgré un nombre de cas relativement faible.

En Bretagne, l'étude de faisabilité pour la mise en place d'un système d'observation de l'activité de dépistage de la syphilis réalisée en 2016-2017 conduit au même constat, à savoir une forte augmentation de l'activité de dépistage de la syphilis dans la région. Au total, plus de 101 000 dépistages de la syphilis ont été recensés sur l'année 2016, par l'ensemble des laboratoires participants (86 %), soit une augmentation de 60 % par rapport à 2008, où 88 % des laboratoires bretons avaient dénombré un peu plus de 63 000 dépistages. Parallèlement, la même tendance est observée concernant le nombre de dépistages positifs et ceci malgré les différences méthodologiques entre les deux recueils et les difficultés rencontrées pour

le dénombrement des cas positifs. En 2016, le taux de dépistages positifs est estimé à 7,2 pour 1 000 dépistages au 1<sup>er</sup> semestre et 8,1 au second semestre pour un taux de 2 pour 1 000 en 2008.

Face à ces constats et dans l'objectif de mieux évaluer les besoins en matière de lutte contre les IST, la réflexion est à poursuivre afin de disposer d'indicateurs régionaux reproductibles dans le temps et dans l'espace. La démarche pourra notamment prendre appui sur l'exploitation des données collectées par les CeGIDD, celles des réseaux volontaires et des bases de données médico-administratives.

**ORS BRETAGNE.**

### RÉFÉRENCES

• Ndeikoundam N, Viriot D, Fournet N, De Barbeyrac B, Goubard A, Dupin N, et al. **Les infections sexuellement transmissibles bactériennes. en France : situation en 2015 et évolutions récentes.** Bull Epidemiol Hebd. 2016;(41-42):738-44.

[http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/2016\\_41-42\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/2016_41-42_1.html)

• ORS Bretagne, **Sida, VIH, VHC et syphilis en Bretagne**, décembre 2009, 8 pages.

[http://orsbretagne.typepad.fr/VIH-SIDA-d%C3%A9cembre\\_09.pdf](http://orsbretagne.typepad.fr/VIH-SIDA-d%C3%A9cembre_09.pdf)

## LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ SEXUELLE

### Quelle déclinaison en Bretagne ?

La stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030) s'inscrit dans une démarche globale d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive. Elle se base sur les principes fondamentaux que sont l'autonomie, la satisfaction et la sécurité, mais aussi sur la promotion d'une approche intégrant les déterminants de la santé sexuelle. Si elle s'adresse à l'ensemble de la population, elle devra tenir compte des besoins spécifiques de certaines populations par une approche populationnelle renforcée.

Cette stratégie s'articule autour de six orientations :

- Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive ;
- Améliorer le parcours de santé en matière d'IST dont le VIH et les hépatites virales : prévention, dépistage, prise en charge ;
- Améliorer la santé reproductive ;
- Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables ;
- Promouvoir la recherche, les connaissances et l'innovation en santé sexuelle ;
- Prendre en compte les spécificités de l'outre-mer.

Pour la mise en œuvre de cette stratégie au niveau régional, il conviendra d'investir prioritairement sur :

- L'éducation des jeunes à la sexualité, à la santé sexuelle et aux relations entre les personnes en et hors milieu scolaire ;
- La mobilisation des parents et le renforcement des compétences de ceux-ci en éducation à la santé sexuelle de leurs enfants ;
- Le renforcement et la diversification de la prévention des grossesses non désirées, des IST et du VIH, et des violences (psychologiques et physiques) ;
- L'augmentation de la couverture vaccinale des IST à prévention vaccinale ;

- Une offre diversifiée de proximité pour les dépistages et l'accès aux soins de santé sexuelle (sexualité, contraception, IVG, IST, violence) ;
- Le développement de réponses pour les populations spécifiques les plus à risque, les personnes en situation de handicap et les personnes âgées ;

Pour définir ces orientations prioritaires pour la Bretagne, l'ARS a travaillé conjointement avec le COREVIH et le Pôle régional de coordination en santé sexuelle, selon une méthodologie en deux temps. Dans un premier temps, le Groupe régional « Vie affective et sexuelle » a travaillé sur une approche populationnelle avec une définition d'objectifs et de grandes actions prioritaires : jeunes, personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes sous main de justice, personnes qui se prostituent, migrant.e.s, lesbiennes-gays-bisexual.le.s, transidentitaires, personnes usagères de drogues.

Dans un deuxième temps, en complément de cette approche populationnelle, une approche plus thématique a permis de définir des priorités d'actions sur l'interruption volontaire de grossesse, les infections sexuellement transmissibles, le VIH, les hépatites et la santé reproductive.

L'ensemble de ce travail permettra une déclinaison régionale des axes prioritaires de la Stratégie nationale de santé sexuelle, basée sur une réflexion partenariale des différents acteurs de la région intervenant sur cette thématique.

L'ARS Bretagne ayant choisi de faire de la santé sexuelle une composante transversale du Schéma Régional de Santé (2018-2022), les orientations prioritaires seront intégrées dans chacun des thèmes de ce schéma. Par exemple, la thématique « jeunes » du schéma intégrera la composante santé sexuelle dans tout le parcours de vie de cette population.

*Dr Jean-Pierre ÉPAILLARD.*

*Référent Vie affective et sexuelle, et hépatites.*

*ARS Bretagne.*

## UNITÉ MOBILE DE DÉPISTAGE

En 2017, l'Unité Mobile de Dépistage (UMD) a réalisé au total 9 actions dont 3 actions sur des « Lieux de Rencontre Extérieurs (LRE) ».

### Focus sur l'action LRE « Aire de repos de Marzan » effectuée par le CeGIDD 56 et ENIPSE

Bilan : La population rencontrée exclusivement masculine est d'un âge assez élevée (55 ans) qui se fait peu dépister. La plupart des personnes vues dans le cadre de l'action sont dans le déni. En effet, bien qu'elles déclarent ne pas être là pour faire des rencontres mais « par hasard », elles acceptent tout de même les entretiens. Parmi ces dernières qui disent ne pas fréquenter les commerces gays, certaines déclarent pourtant bien les connaître (en particulier les saunas qu'ils situent géographiquement) ainsi que les plages gays qui sont aussi des lieux de rencontre.

Perspectives : La mise en place d'actions bimestrielles avec pour objectif de se faire connaître du public en tant que personnes et structures ressources sur les questions de santé sexuelle est programmée, ainsi que la relance des actions de dépistage avec l'UMD au printemps 2018.

COREVIH BRETAGNE.

## Guide d'intervention « lieux de rencontre extérieurs »

Suite à la demande des acteurs bretons souhaitant améliorer leurs interventions sur les LRE. Un guide a été conçu à partir de la pratique de terrain des acteurs d'AIDES, de l'Enipse et du travail de réflexion des infirmières des CeGIDD finistériens, dans un souci de capitalisation et de partage de l'expérience.

Il a pour objectif d'outiller les acteurs pour mettre en place ou améliorer les actions de prévention, de réduction des risques et de soutien sur les LRE en Bretagne (les informations à prendre en compte avant d'intervenir et pourquoi, quand et comment intervenir...).

Le guide sera disponible en téléchargement sur le site du COREVIH Bretagne à compter de janvier 2018.





Décembre 2017

surveillance  
VIH-Sida  
IST  
EN BRETAGNE  
2016

**POUR EN SAVOIR PLUS :**

- BULLETIN D'INFORMATION DU COREVIH BRETAGNE - ENSEMBLE, PRÉPARONS UN MONDE SANS SIDA NI VIH : [cliquez-ici](#)
- BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE THÉMATIQUE : JOURNÉE MONDIALE DU SIDA, 1<sup>ER</sup> DÉCEMBRE 2017 : [cliquez-ici](#)
- PRISE EN CHARGE DU VIH - RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS : [cliquez-ici](#).
- STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ 2018-2019 : [cliquez ici](#)
- STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ SEXUELLE - AGENDA 2017-2030 : [cliquez ici](#)
- CHEMSEX, SLAM - RENOUVELLEMENT DES USAGES DE DROGUES EN CONTEXTES SEXUELS PARMIS LES HSH : [cliquez ici](#)

