



surveillance
VIH-Sida
IST
EN BRETAGNE
2017

Décembre 2018



CONTRIBUTIONS

COREVIH Bretagne

Dr Cédric ARVIEUX
Hadija CHANVRIL
Jean-Charles DUTHÉ
Camille GUENNOUN
Thomas JOVELIN
Virginie MOUTON-RIOUX
Magali POISSON-VANNIER

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 2018

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 : cire-bretagne@santepubliquefrance.fr
Site Internet : www.santepubliquefrance.fr

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

ORS Bretagne
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

La modernisation des systèmes d'information se fait parfois dans la douleur. La déclaration obligatoire d'un certain nombre de maladies est en voie de dématérialisation, et l'infection par le VIH a été la première pathologie pour laquelle nous sommes passés à l'eDO... Les difficultés d'utilisation et d'exploitation de ce nouveau système font que, pour la première fois depuis 2003, nous ne disposons pas de toutes les données régionales et nationales consolidées... Les données issues de l'enquête laboVIH et de la base Nadis du COREVIH Bretagne vont dans le sens d'une relative stabilité du nombre de découvertes de séropositivité en Bretagne (118 adultes, contre 83 en 2016 et 152 en 2015), et l'on ne voit donc pas encore se dessiner les effets du traitement antirétroviral comme prévention. En effet, les personnes infectées par le VIH ayant une infection bien maîtrisée par le traitement ne transmettent plus le VIH (effet TasP, pour « treatment as prevention »), et celles qui prennent un traitement préventif (PrEP, pour prophylaxie pré-exposition) ont très peu de risque de se contaminer. Une diminution des contaminations liée au TasP et à la PrEP a été observée au sein de communautés assez fermées, notamment d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), à San Francisco ou à Sydney... Les effets de ces nouvelles stratégies de prévention ne sont pas encore palpables en Bretagne en 2017, où l'épidémiologie est moins monomorphe.

La précocité du dépistage est également un élément essentiel de ces stratégies de prévention, et même si la tendance est plutôt à l'amélioration en Bretagne, trois nouveaux cas sur dix sont encore dépistés à un stade avancé (stade Sida et/ou $CD4 < 200/mm^3$).

Les CeGIDD peuvent jouer un grand rôle pour améliorer la précocité du dépistage et intégrer des populations éloignées du soin. En 2017, on peut se féliciter d'une augmentation de la fréquentation des personnes les plus à risque (HSH, usagers de drogues injectables), d'une multiplication des actions « hors les murs » pour aller au plus près des populations concernées, et d'une très importante activité de dépistage des IST comme la syphilis, le gonocoque ou les chlamydiae.

Cette année, nous avons voulu aller plus loin quant à la collecte des données concernant les IST, et plusieurs laboratoires de biologie des hôpitaux bretons ont été interrogés quant au dépistage des infections à *Nisseria gonorrhoeae* et à *Chlamydiae trachomatis*. Il en ressort une augmentation globale de l'ordre de 25 % du nombre de diagnostics positifs entre 2015 et 2017, sans que l'on puisse dire aujourd'hui s'il s'agit d'une amélioration des pratiques de dépistage ou d'une augmentation des cas incidents.

Le suivi des personnes vivant avec le VIH montre toujours une amélioration progressive des indicateurs : 91 % des personnes suivies ont une charge virale indétectable, ce qui leur garantit à la fois la pérennité de l'efficacité du traitement et l'absence de risque de transmission à autrui. L'immunité de la file active tend à s'améliorer, avec près de sept patients sur dix ayant des $CD4 > 500/mm^3$, et moins d'un patient sur quatre ayant atteint le stade clinique de SIDA. Les évolutions thérapeutiques sont également orientées vers un meilleur rapport efficacité/tolérance : les antiprotéases perdent du terrain au profit des anti-intégrases... et les princeps au profit des génériques. Le prix de vente très élevé des antirétroviraux (alors que les coûts de production sont minimales) incite bon nombre de prescripteurs à intégrer cette notion dans leurs choix thérapeutiques. Les premiers génériques utilisés de façon courante ayant été introduits sur le marché mi-2017, il est trop tôt pour faire le bilan de leur utilisation. Mais le COREVIH Bretagne sera particulièrement vigilant sur ces aspects au cours de l'année 2019.

Il nous reste donc encore du chemin à parcourir pour atteindre un objectif de bonne santé sexuelle pour tous. Et pour cela, les acteurs bretons ne manquent pas d'idées : intégration des interventions en santé sexuelle dans les actions du service sanitaire, avec une formation des étudiants en santé par des acteurs de terrain (AIDES, planning familial), lancement d'une « semaine de la santé sexuelle en Bretagne » qui devrait voir le jour en 2019, mise en place du plan « vie affective et sexuelle » de l'ARS. On ne s'ennuie pas...

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, ou à défaut à partir du formulaire téléchargeable sur le site de Santé publique France. La déclaration obligatoire (DO) de l'infection par le VIH est réalisée séparément par le biologiste et par le clinicien pour toute personne dont la sérologie est confirmée positive pour la première fois pour

le laboratoire¹. La DO du Sida est réalisée par le clinicien pour tout nouveau diagnostic de Sida. Le nouveau dispositif de déclaration obligatoire de l'infection par le VIH et du SIDA repose désormais sur la transmission des informations via l'application e-DO (www.e-do.fr).

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

NOTE MÉTHODOLOGIQUE

- Les analyses des diagnostics VIH et Sida sont issues de la DO des découvertes de séropositivité et des diagnostics de Sida.
- Ces données peuvent être brutes, limitées aux données parvenues à Santé publique France à la date du 30/09/2018. Les données brutes permettent de décrire les caractéristiques des cas.
- Les données brutes 2016 et 2017 ne sont pas encore consolidées et doivent être interprétées avec prudence.
- Ces données peuvent être corrigées pour tenir compte des délais de déclaration, de la sous-déclaration, et des valeurs manquantes sur les déclarations reçues.

- Les données corrigées sont utilisées pour connaître le nombre annuel de diagnostics, analyser les évolutions au cours du temps ou comparer les régions en rapportant les cas à la population. Les corrections sont d'autant plus fiables et précises que l'exhaustivité de la déclaration est élevée.
- Les données corrigées ne sont pas disponibles pour l'année 2017 et ne sont présentées que jusqu'en 2016.
- L'analyse porte sur les cas d'infection à VIH et de Sida résidant en Bretagne. La région de déclaration est utilisée par défaut lorsque la région de domicile n'est pas renseignée.

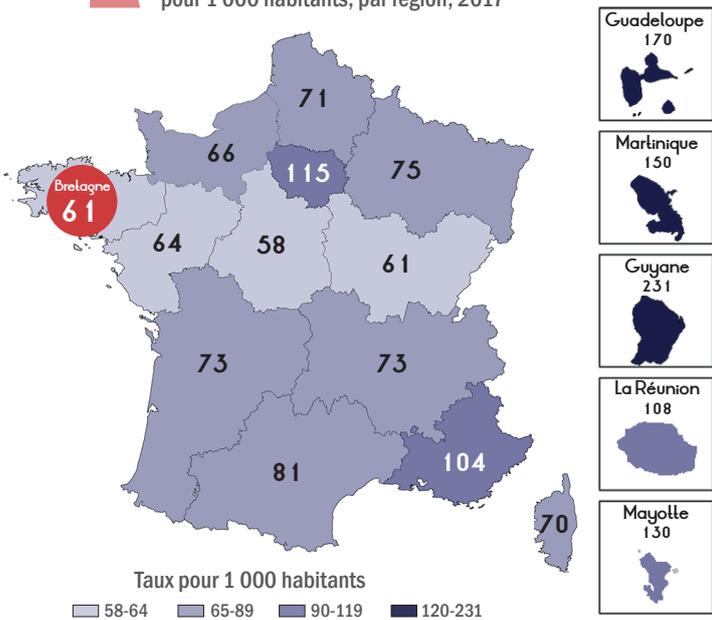
>> Plus d'informations sur les données brutes et corrigées sur le site de Santé publique France.

LE DÉPISTAGE DU VIH EN BRETAGNE

En 2017, le nombre de sérologies VIH effectuées en Bretagne était de 61 pour 1 000 habitants (IC95 %: [57-66]) (figure 1). Il est stable depuis 2007 et 1,4 fois inférieur à celui observé au niveau national (84 pour 1 000 habitants). En métropole, les taux les plus élevés concernent l'Île-de-France et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, avec respectivement 115 et 104 sérologies pour 1 000 habitants (carte 1).

Le nombre de sérologies positives pour 1 000 tests effectués, estimé à 0,9 en 2017, varie de 0,8 à 1,3 depuis 2007. Ce taux, le plus faible de France (hors Corse), est inférieur à celui estimé en France métropolitaine hors Île-de-France (1,4 pour 1 000 tests) et très inférieur à celui d'Île-de-France (3,2 pour 1 000 tests) (figure 2). Il est stable par rapport à celui de 2016 en Bretagne.

1 Nombre de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants, par région, 2017



2 Évolution du nombre de sérologies réalisées pour 1 000 habitants et du nombre de sérologies positives pour 1 000 tests en Bretagne, en Île-de-France et en France métropolitaine hors Île-de-France, 2007-2017



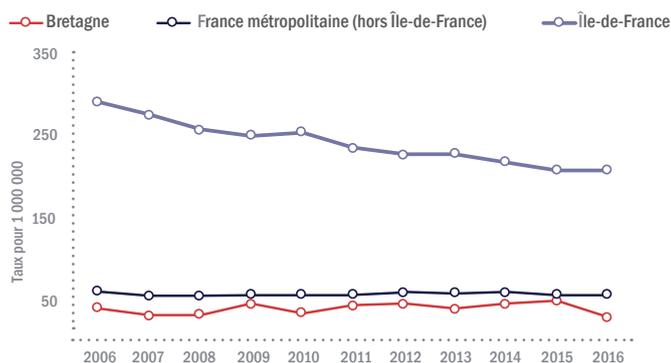
¹À la différence du nombre de sérologies recueilli par LaboVIH (une personne ayant eu une sérologie positive dans plusieurs laboratoires compte pour plusieurs sérologies positives) la notification obligatoire permet de compter une personne une seule fois quand elle est déclarée par plusieurs déclarants,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

DÉCLARATIONS OBLIGATOIRES (DO) DE L'INFECTION À VIH ET DU SIDA

DÉCOUVERTE DE LA SÉROPOSITIVITÉ AU VIH

Le nombre corrigé de découvertes de séropositivité en Bretagne n'est pas disponible pour 2017 mais était de 28 par million d'habitants en 2016, taux le plus bas en France, hors Corse. Le taux de découvertes de séropositivité, stable entre 2006 et 2016 en Bretagne, était inférieur au taux de la France métropolitaine hors Île-de-France (figure 3).

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

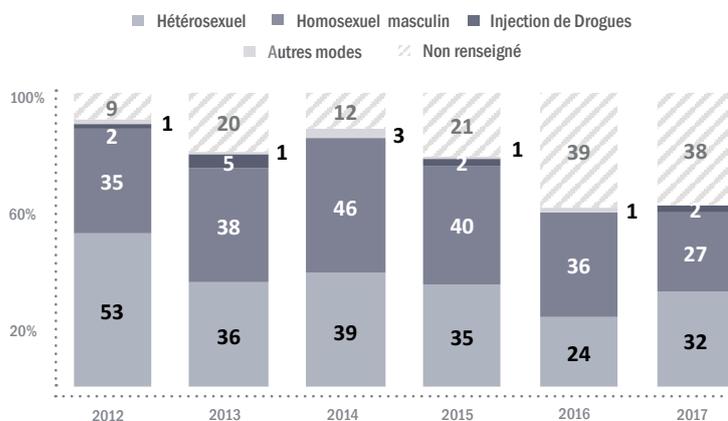


Source : Santé publique France, données DO VIH au 30/06/2017 corrigées pour les délais la sous-déclaration et les valeurs manquantes.

MODE DE CONTAMINATION

En Bretagne comme en France métropolitaine, en 2016 comme en 2017, le mode de contamination n'était pas renseigné pour une majorité de cas (figure 4). Parmi les cas pour lesquels l'information était disponible, la proportion de personnes découvrant leur séropositivité et ayant été contaminées par des rapports hétérosexuels n'était pas significativement supérieure à celle ayant été contaminées par des rapports homosexuels (52 % contre 44 %).

4 Évolution de la part des principaux modes de contamination parmi les découvertes de séropositivité VIH déclarées en Bretagne de 2012 à 2017



Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/09/2018.

Sur la période 2012-2017, en Bretagne, le principal mode de contamination chez les hommes nés en France était les rapports homosexuels (71 %), alors que les rapports hétérosexuels prédominaient (73 %) chez ceux nés en Afrique subsaharienne. Chez les femmes, le principal mode de contamination était les rapports hétérosexuels (88 %) quel que soit le pays de naissance.

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

En Bretagne en 2017, un cas sur trois (32 %) était une femme, proportion similaire à celle observée sur la période 2012-2016 et à la situation nationale. L'âge médian était de 36 ans comme sur la période 2012-2016. La classe d'âge 25-49 ans représentait 68 % des cas contre 61 % sur la période 2012-2016. Pour une majorité de cas, le pays de naissance n'était pas renseigné en Bretagne comme en France métropolitaine en 2017. En Bretagne, parmi les cas pour lesquels l'information était disponible, la proportion de personnes découvrant leur séropositivité nées en France était similaire à celle de personnes nées en Afrique subsaharienne (Tableau 5).

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

	Bretagne		France métropolitaine
	2012-2016 (%) n=541	2017 (%) n=102	2017 (%) n=4 329
ÂGE			
Moins de 25 ans	16	13	13
De 25 à 49 ans	61	68	66
50 ans et plus	23	20	21
SEXE			
Hommes	71	68	68
Femmes	29	32	33
PAYS DE NAISSANCE			
France	58	30	26
Afrique subsaharienne	20	28	21
Autres	7	6	9
Non renseigné	14	35	45
MODE DE CONTAMINATION			
Homosexuel masculin	40	27	24
Hétérosexuels	38	32	26
Injection de drogues	2	2	0
Autres	1	0	1
Non renseigné	19	38	49
CO-INFECTION HÉPATITE C			
Oui	3	1	2
Non	79	61	48
Non renseigné	18	38	50
CO-INFECTION HÉPATITE B			
Oui	3	4	3
Non	78	58	48
Non renseigné	19	38	49
INFECTION RÉCENTE < 6 MOIS			
Oui	21	13	22
Non	53	58	48
Non renseigné	26	29	30
CD4 / mm³ AU DIAGNOSTIC VIH			
<200	22	13	12
200-349	18	14	11
350-499	14	13	11
>=500	27	18	14
Non renseigné	19	43	52
DIAGNOSTIC			
Précoce*	31	21	18
Intermédiaire	26	23	18
Tardif**	23	14	13
Inconnu	19	43	52

*Def diag précoce : Primo infection à VIH (PIV) au diagnostic ou cd4>500/mm³ hors sida

**Def diag tardif : Sida au diagnostic ou cd4<200/mm³ hors PIV

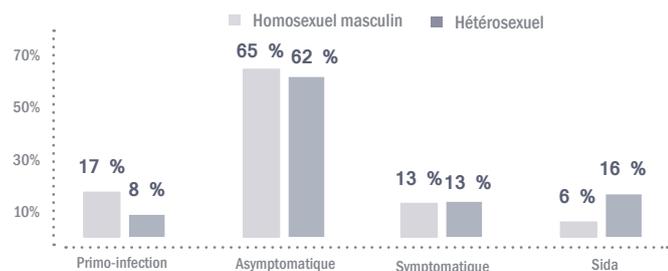
NB : Les variables CD4 et diagnostic précoce ou tardif sont disponibles depuis 2008. Les variables co-infections Hépatites B et C et IST sont disponibles depuis 2012.

Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/09/2018

STADE CLINIQUE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2012 et 2017 en Bretagne, 12 % ont été diagnostiquées précocement au stade de primo-infection, 63 % à un stade asymptomatique, 13 % à un stade symptomatique non sida, et 11 % au stade sida. Les homosexuels ont été plus fréquemment diagnostiqués au stade de primo-infection que les hétérosexuels (17 % vs 8 %) (figure 6). Les personnes nées en France ont été plus fréquemment diagnostiquées à un stade précoce (45 %) que celles nées en Afrique subsaharienne (23 %).

6 Stade clinique au moment de la découverte de la séropositivité selon le mode de contamination en Bretagne, 2012-2017



Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/09/2018

DIAGNOSTIC DE SIDA

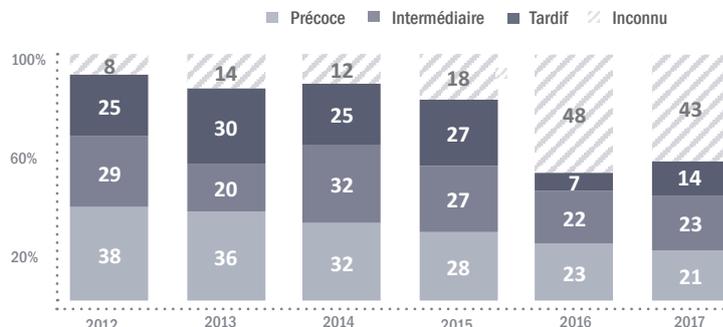
Le taux de diagnostics de SIDA en Bretagne, corrigé pour le délai de découverte et la sous-déclaration, n'était pas disponible en 2017. Mais il était estimé à 2 par million d'habitants (IC95 % : [2-3]) en 2016, inférieur au taux de France métropolitaine hors Île-de-France qui était de 9 par million d'habitants. En Bretagne, le taux de diagnostics de SIDA était en baisse de 2006 à 2016 comme au niveau national (figure 8).

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES SIDA SUR LA PÉRIODE 2012-2017

En Bretagne, sur la période 2012-2017, les hommes représentaient trois quarts des 103 cas de SIDA diagnostiqués. Les moins de 25 ans représentaient 3 % des cas alors que les 25-49 ans en représentaient 56 % et les 50 ans et plus, 41 %. Les personnes étaient majoritairement nées en France (71 %). Les contaminations hétérosexuelles représentaient le principal mode de contamination (60 %). La grande majorité des cas de sida étaient diagnostiqués chez des personnes qui n'avaient pas reçu de traitement antirétroviral avant leur diagnostic de sida (82 % des cas), le plus souvent parce qu'elles ignoraient leur séropositivité.

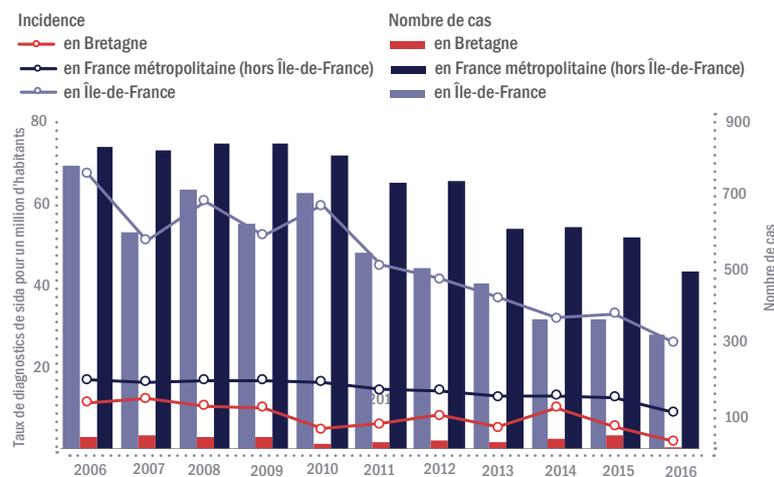
En 2017 comme en 2016, le stade de diagnostic était manquant pour plus de 40 % des cas (figure 7). Parmi ceux pour qui l'information était disponible en 2017, 24 % des diagnostics étaient réalisés tardivement (cd4 < 200/mm³ ou Sida au diagnostic hors PIV) en Bretagne, proportion proche de celle du niveau national (27 %).

7 Distribution des stades diagnostics parmi les découvertes de séropositivité en Bretagne de 2012 à 2017



Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/09/2018

8 Évolution annuelle du taux de diagnostics de Sida et du nombre de cas en France métropolitaine hors Île-de-France, Île-de-France et Bretagne de 2006 à 2016



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

PONTS CLÉS SUR LE VIH-Sida en Bretagne

- Le nombre de sérologies VIH effectuées en Bretagne est stable depuis 2007 et 1,4 fois inférieur à celui observé au niveau national. Depuis 2007, 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.
- En 2016, le taux de découverte de séropositivité pour le VIH en Bretagne était le plus bas de France, hors Corse. Il était 3 fois inférieur au niveau national.
- En Bretagne, le taux de diagnostics de SIDA était en baisse de 2006 à 2016 comme au niveau national.

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

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

>> Plus d'informations sur [la déclaration obligatoire en ligne sur le site de Santé publique France](#).

UTILISATION DE L'E-DO DANS LES RÉGIONS

En Bretagne en 2017, la proportion de déclarations électroniques envoyées par les biologistes était de 65 %, ce qui correspond au 9^e rang des régions. La proportion de déclarations électroniques envoyées par les cliniciens était de 74 %, ce qui correspond au 11^e rang des régions (tableau 9).

9 Taux de pénétration de l'e-DO par région en 2017

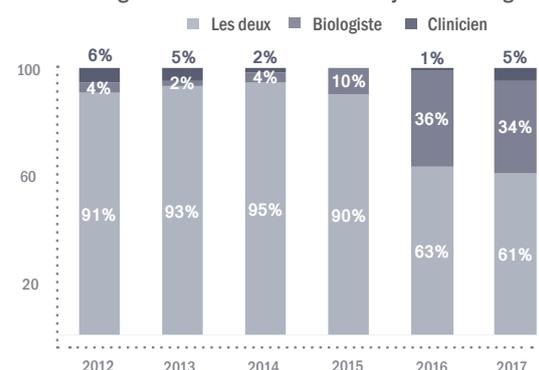
	Proportion de déclarations électroniques en 2017	
	Biologiste	Clinicien
Auvergne-Rhône-Alpes	57%	69%
Bourgogne-France-Comté	58%	87%
Bretagne	65%	74%
Centre-Val-de-Loire	55%	58%
Grand-Est	60%	90%
Guadeloupe	48%	0%
Guyane	91%	95%
Hauts-de-France	17%	70%
Île-de-France	51%	45%
Martinique	77%	93%
Normandie	74%	81%
Nouvelle-Aquitaine	87%	81%
Occitanie	66%	69%
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	76%	89%
Pays de la Loire	79%	93%
Réunion	25%	100%
Mayotte	100%	100%

Source : Santé Publique France, données brutes au 30/09/2018, e-DO

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

En 2016 et en 2017, la proportion des découvertes de séropositivité pour lesquelles les volets « clinicien » et « biologiste » ont été envoyés a diminué (63 et 61 % respectivement) alors que ce taux était supérieur à 90 % les années précédentes (figure 10).

10 Proportion des découvertes de séropositivité pour lesquelles les volets « biologiste » et « clinicien » ont été envoyés en Bretagne de 2012 à 2017



Source : Santé Publique France, données DO VIH brutes au 30/09/2018, e-DO

E-DO VIH/SIDA, Qui doit déclarer ?

▪ **Tout biologiste** qui diagnostique une infection au VIH doit déclarer ce cas (même si la personne a pu être diagnostiquée auparavant dans un autre laboratoire).

ET

▪ **Tout clinicien** qui a prescrit une sérologie VIH s'étant avérée positive, qui a pris en charge une personne ayant récemment découvert sa séropositivité, qui constate le décès d'une personne séropositive pour le VIH, ou qui diagnostique un sida chez un patient, que celui-ci soit déjà connu séropositif ou non, doit déclarer ce cas.

La notification des cas d'infection au VIH se fait par un formulaire en deux parties qui contient des informations différentes : un feuillet rempli par le biologiste et l'autre par le clinicien. Les biologistes n'ont plus à transmettre les feuillets de notification au clinicien. Chaque co-déclarant (clinicien et biologiste) fait une déclaration de manière indépendante dans l'application e-DO. Les déclarants qui ne parviendraient pas à déclarer en ligne peuvent obtenir des formulaires sous forme PDF à imprimer en s'adressant à e-DO Info Service au 0 809 100 003 ou auprès de Santé publique France : ANSP-DMI-VIC@santepubliquefrance.fr

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

PRÉVENTION

▪ **Données comportementales** : Enquête Rapport au sexe (ERAS).

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

▪ **Données de vente des autotests**

Au cours de l'année 2017, en Bretagne, 2 422 autotests ont été vendus à un prix moyen de 28,05 €.

▪ **Données de vente de préservatifs**

Au cours de l'année 2017, en Bretagne, 4 167 153 préservatifs masculins ont été vendus en grande distribution, 774 693 en pharmacie (hors parapharmacie).

En pharmacie, 741 préservatifs féminins ont été vendus en 2017 en Bretagne.

Par ailleurs, des préservatifs ont été mis à disposition gratuitement par Santé publique France et l'agence régionale de santé (ARS) 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.

ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH : DONNÉES GÉNÉRALES DE LA FILE ACTIVE

Plus de 3 600 patients infectés par le VIH suivis dans les hôpitaux en Bretagne

En 2017, la file active hospitalière des sites affiliés au COREVIH a comptabilisé 3 619 patients ayant eu au moins un recours dans les centres hospitaliers bretons¹. Sur la période 2011-2017 (à nombre de site constant, soit 10 sites sur 12)², elle a augmenté de +26 % au total, soit un accroissement moyen annuel de +3,3 %. 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 2016 et 2017, à taux de couverture constant) traduit une situation un peu plus contrastée selon les départements. En effet, les files actives hospitalières costarmoricaine et morbihannaise se sont fortement accrues (respectivement +5,9 % et +8,7 %), augmentations nettement plus fortes que celles observées pour les files actives finistérienne ou d'Ille et vilaine (+3,6 % chacune).

Une répartition variable selon les sites

Deux patients sur cinq (39 % de la file active) sont suivis au CHU de Rennes, soit plus 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, Morlaix et Pontivy ayant le plus souvent 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^{er} dépistage) chez plus de la moitié des nouveaux patients

Au total, 205 nouveaux patients ont été pris en charge par les services participant à l'activité de recueil pour le COREVIH au cours de l'année 2017, dont plus de la moitié (58 %) était dépistée pour la première fois dans l'année. Le nombre de décès est globalement stable (32 patients ont été concernés en 2017 contre 28 en 2016) et les tumeurs représentent la 1^{re} cause (au moins 65 % des décès, la cause du décès n'étant pas notifiée pour 12 patients). Enfin, 58 patients ont quitté la cohorte en raison de la poursuite de leur suivi hors Bretagne (tableau 12).

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

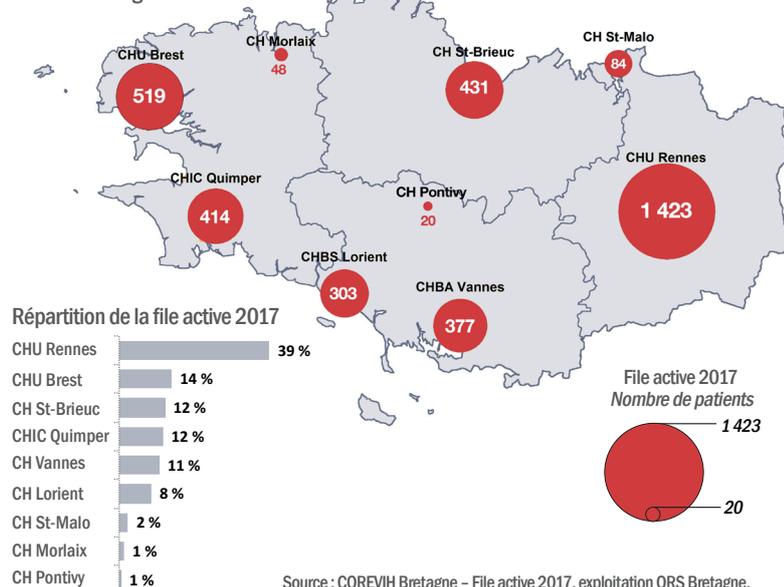
	2017	2016
Nouveaux patients	205	184
Dont nouveaux dépistés	118	83
Décès	32	28
Transfert de suivi ailleurs	58	85
Perdu de vue*	11	9

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

▪ 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 est effective depuis fin 2015 dans l'ensemble des centres de prise en charge de la région. Néanmoins, les modalités d'utilisation de la base sont variables d'un site à l'autre : elle est réellement utilisée comme dossier patient informatisé (DPI) par les soignants sur les sites de Rennes, Quimper, Brest service des maladies infectieuses, Morlaix, Vannes et Saint-Malo, alors que ce n'est qu'un dossier épidémiologique complété par les Techniciens d'Études cliniques du COREVIH pour les sites de Brest service de médecine interne, Saint-Brieuc, Lorient, Morlaix et Pontivy.

11 Répartition de la file active du COREVIH selon les centres hospitaliers de prise en charge en Bretagne en 2017¹



Les recours³

En moyenne, les patients suivis en Bretagne ont bénéficié de 2,9 recours auprès des services hospitaliers dans l'année. Il s'agit pour l'essentiel de consultations (94 %), suivis par de l'hospitalisation de jour (3 %) ou conventionnelle (2 %), les autres types de recours étant minoritaires (1 %)⁴.

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 1,3 à un maximum de 3,4 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. Historiquement, le suivi des patients infectés par le VIH a toujours été très hospitalo-centré, et le reste malgré la simplification progressive des contraintes de suivi clinique et biologique. La proportion entre recours en médecine générale et recours hospitalier pourrait se modifier au fil du temps, mais les modalités de recueil de données hors services hospitaliers ne permettent pas aujourd'hui de chiffrer la proportion de suivi en médecine de ville pour ces patients.

¹ Non compris la dizaine de patients pris en charge à l'Hôpital d'Instruction Des Armées Clermont Tonnerre (HIA) ou suivis par le service de dermatologie du CHU de Brest ou ceux ayant refusé l'exploitation de leurs données NADIS pour les sites de Saint-Brieuc, Lorient et Vannes.

² Ibid.

³ Les données sur les recours pour les sites de Saint-Brieuc, Lorient et Vannes n'étant pas exhaustives, elles n'ont pas été prises en compte dans les calculs.

⁴ Les autres types de recours : séance d'éducation thérapeutique, contact téléphonique.

CARACTÉRISTIQUES DES CAS PRÉVALENTS

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

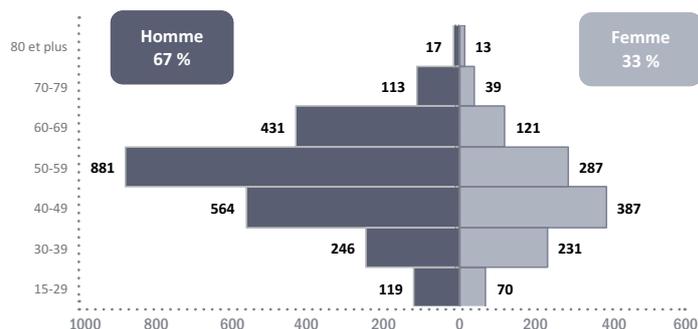
Une prédominance masculine

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

50 ans, l'âge médian des patients suivis

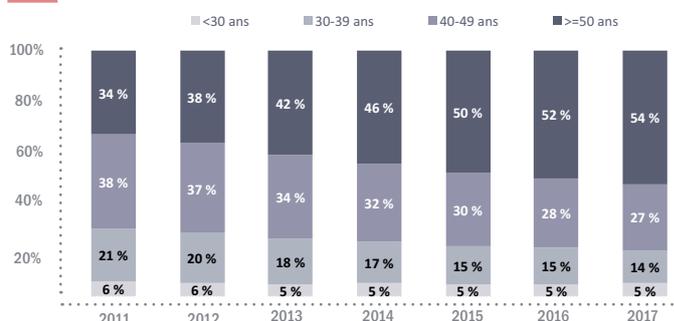
Plus de la moitié des patients de la file active (54 %) ont 50 ans ou plus et les hommes sont globalement plus âgés que les femmes. Depuis 2014, l'âge médian des hommes a passé le cap des 50 ans pour atteindre 52 ans en 2017, tandis que chez les femmes, il est de 46 ans. Par ailleurs, l'ancienneté du suivi est importante : elle est supérieure à 15 ans pour près d'un patient sur deux (49 %). Cet allongement des durées de suivi induit de fait un vieillissement progressif de la population prise en charge qui se traduit par une progression de +58 % 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 ». Le VIH ne devient alors qu'une « pathologie parmi d'autres » chez ces patients, et n'est le plus souvent pas la plus difficile à gérer, surtout en cas de diabète, de cancer ou de maladie polyvasculaire associée. Ce vieillissement doit également nous rendre vigilants pour que les personnes concernées par le VIH effectuent bien les dépistages habituels de la population des plus de 50 ans (cancer du sein, du colon, de la prostate...).

13 Pyramide des âges de la file active en 2017



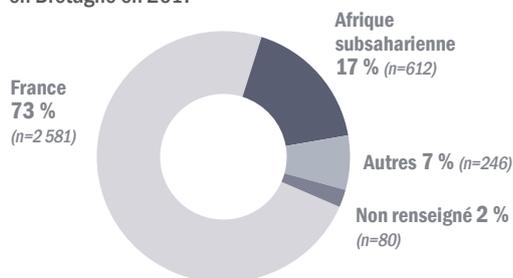
Source : COREVIH Bretagne – File active 2017, exploitation ORS Bretagne

14 Évolution de la file active selon l'âge en Bretagne entre 2011 et 2017



Source : COREVIH Bretagne – File active 2017, exploitation ORS Bretagne

15 Répartition de la file active selon l'origine géographique en Bretagne en 2017



Source : COREVIH Bretagne – File active 2017, exploitation ORS Bretagne

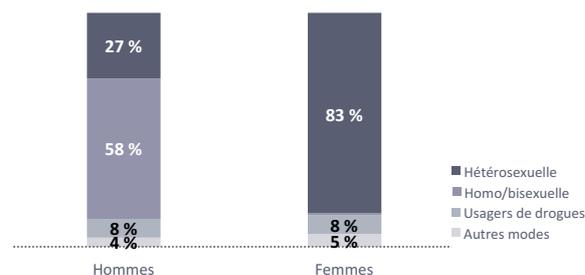
Des personnes d'origine étrangère surreprésentées, notamment ceux d'origine subsaharienne

En 2017, près de trois patients sur quatre, (73 %) de la file active, sont originaires de France et près d'un sur quatre (24 %) est né à l'étranger (principalement dans des pays d'Afrique subsaharienne, 18 %), alors qu'en proportion les personnes immigrées ne représentaient au total que 3,3 % de l'ensemble de la population bretonne en 2015¹. Dans l'objectif d'une meilleure prise en charge des personnes migrantes, le COREVIH travaille de façon active avec le Dispositif régional d'Appui Technique pour l'Accès aux Soins et l'Accompagnement des migrants (DATASAM), et encourage les actions de dépistage « hors les murs » orientées vers les structures d'accueil de migrants.

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 (39 %), cependant ce constat diffère fortement selon le sexe. En effet, la contamination par rapports homo/bisexuels est majoritaire chez les hommes (58 %) alors que chez les femmes la contamination par rapports hétérosexuels prédomine largement (83 %). 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.

16 Répartition de la file active selon le mode de contamination* en Bretagne en 2017



Source : COREVIH Bretagne – File active 2017, 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.

¹ Insee, RP2015 exploitation principale.

CARACTÉRISTIQUES DES CAS PRÉVALENTS

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

Une charge virale indétectable pour 9 patients sur 10

L'essentiel (91 %) des patients ont une charge virale ≤ 50 copies/ml et 69 % ont des CD4 $> 500/\text{mm}^3$. Cependant, il subsiste une proportion significative de patients immunodéprimés (CD4 $< 350/\text{mm}^3$). Cela illustre encore un recours trop tardif au dépistage, mais également les évolutions progressives des modalités de 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 2013¹. On sait aujourd'hui également que le succès des allègements de traitement (passage d'une trithérapie à une bithérapie d'entretien afin de diminuer la toxicité au long cours, ou diminution de prise hebdomadaires de la trithérapie) dépend de la valeur la plus basse de CD4 au cours de la vie. Plus les patients auront été dépistés tard, plus le VIH aura fait de dégâts et moins nous aurons la capacité de proposer des traitements de toxicité diminuée.

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

En 2017, 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 $350/\text{mm}^3$ (18 %) en 2017.

TRAITEMENTS

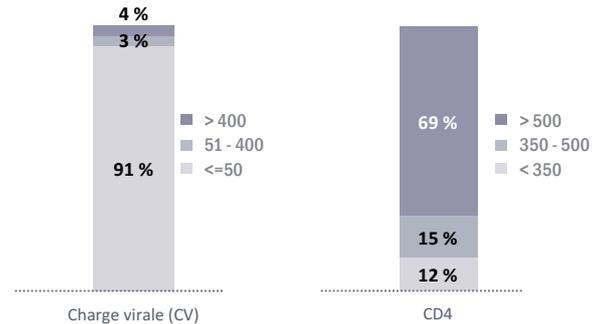
L'essentiel des patients est sous traitement antiviral

En 2017, seuls 2 % des patients n'ont jamais reçu de traitement antiviral (naïfs de tout traitement, le plus souvent du fait de charges virales spontanément très basses), 97 % sont sous traitement et seulement 1 % des patients déjà traités ne l'est plus au cours de l'année (suspension transitoire, choix du patient...).

Une arrivée des génériques qui risque de modifier les habitudes de prescription... et diminuer le coût exorbitant des thérapeutiques antirétrovirales

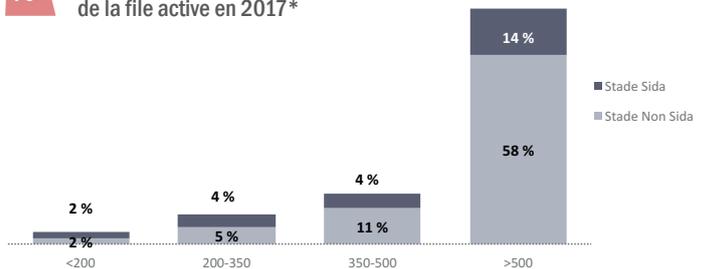
En 2017, 2 117 patients, soit 62 % de la file active traitée pour laquelle l'information est disponible ($n=3\ 411$), reçoivent un traitement antirétroviral basé sur une trithérapie en mono-comprimé. La tendance est à une augmentation progressive de cette proportion, liée à la commercialisation, chaque année, de nouvelles combinaisons en un seul comprimé par jour. Parmi les six traitements disponibles en un seul comprimé par jour, le traitement le plus fréquemment prescrit est l'association tenofovir-emtricitabine-rilpivirine, qui concerne une personne sur quatre (26 %), suivi par l'association tenofovir-emtricitabine-elvitegravir-cobicistat (18 % : Genvoya 16 % + Stribild 2 %). L'association abacavir-lamivudine-dolutegravir, qui n'existait pas en 2015,

17 Répartition des patients en fonction de leur charge virale (copies/ml) et de leur CD4 ($/\text{mm}^3$) en Bretagne en 2017*



Source : COREVIH Bretagne – File active 2017, exploitation ORS Bretagne.
*La différence avec 100% correspond aux valeurs non renseignées.

18 Niveau de CD4 ($/\text{mm}^3$) selon le stade clinique pour l'ensemble de la file active en 2017*



Source : COREVIH Bretagne – File active 2017, 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.

représente 13 % des prescriptions en 2017 mais a peu progressé par rapport à 2016 (11 %). L'arrivée des génériques mi-2017 va un peu bousculer ce schéma de prescription. En effet, les trithérapies en mono-comprimé sont toujours protégées par des brevets, alors que nous avons la possibilité de prescrire les mêmes combinaisons avec un générique, soit deux comprimés par jour au lieu d'un, mais pour un coût diminuant de 2 000€ par an et par patient. Le COREVIH est particulièrement attentif à la question des coûts, et une analyse des prescriptions sera disponible pour l'année 2018, première année pleine de commercialisation des génériques d'antirétroviraux.

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-six combinaisons différentes sont prises par plus de 10 personnes, et on dénombre plus de 100 combinaisons différentes prescrites au sein du COREVIH. L'arrivée des allègements thérapeutiques, et notamment le recours de plus en plus systématique à la bithérapie d'entretien chez les patients ayant une charge virale indétectable de longue date n'est qu'une « tendance » en 2017 (127 patients en bithérapie et 64 en monothérapie d'entretien) qui devrait largement se confirmer en 2018.

¹ Données 2016, Virginie Supervie, INSERM U1136.

CARACTÉRISTIQUES DES CAS PRÉVALENTS

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 2017 comme en 2016 est toujours d'associer deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase (N) avec soit un inhibiteur non nucléosidique (NN), soit un inhibiteur de protéase (IP) ou un inhibiteur d'intégrase (II) : 86 % des personnes traitées répondent à l'un de ces trois schémas. La place des anti-intégrases s'accroît encore avec une progression de la proportion de personnes traitées avec une molécule de cette nouvelle famille, associée à deux nucléosides (qui passe de 32 % à 37 %, entre 2016 et 2017), aux dépens essentiellement des schémas comportant une anti-protéase ou un inhibiteur non nucléosidique.

19 Principaux schémas de traitement rencontrés chez les patients traités par antirétroviraux en 2017 et 2016

	2017		2016	
	N	%	N	%
2N+1NN	1334	39 %	1242	41 %
2N+1II	1273	37 %	957	32 %
2N+1IPb	335	10 %	384	13 %
Autres	469	14 %	422	14 %

Source : COREVIH Bretagne – File active 2017, exploitation ORS Bretagne.
N : inhibiteur nucléosidique de la transcriptase ; NN : inhibiteur non nucléosidique ; II : inhibiteur d'intégrase boosté ou non ; IPb : inhibiteur de protéase boosté

CO-INFECTION VIH-HÉPATITES

Elles concernent plus d'1 patient sur 7

En 2017, 15% des patients de la file active sont porteurs de l'AgHbS (120 patients) ou ont été en contact avec le virus de l'hépatite C (465 patients).

- 3 % de la file active des patients suivis sont porteurs chroniques de l'AgHbS.
- 11 % ont été en contact avec le virus de l'hépatite C.
- 1 % cumulent les deux situations.

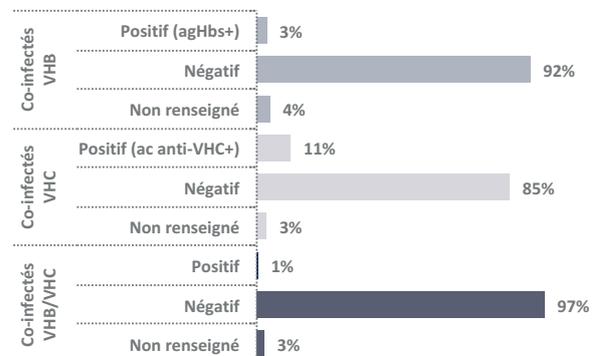
Parmi les patients pour lesquels l'information est renseignée, la contamination par le virus de l'hépatite B est en lien avec une transmission sexuelle pour près des deux-tiers (63 %) suivie par l'utilisation de drogues par voie injectable (16 %) tandis qu'inversement, pour la contamination par le virus de l'hépatite C, ce sont celles en lien avec l'utilisation de drogues injectables qui prédominent (65 %) suivies par les contaminations par voie sexuelle (18 %).

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 98% 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 (supprimer la chaîne de transmission).

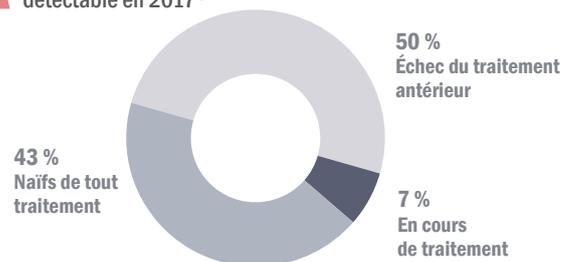
Parmi les patients co-infectés VIH/VHC, 27 % n'ont jamais reçu de traitement anti-VHC (en raison principalement d'une guérison spontanée), et 3 % sont toujours en cours de traitement au 31/12/2017 au moment de l'analyse des données. Il reste néanmoins 72 personnes infectées par le VIH et porteuses d'une infection VHC active (ARN VHC positif) en Bretagne. Parmi celles-ci, 31 (soit 43 % de ceux qui ont aujourd'hui une infection active) n'ont jamais reçu de 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

20 Co-infections VHB et VHC dans la file active en Bretagne en 2017*



Source : COREVIH Bretagne – File active 2017, exploitation ORS Bretagne
* Les cas « douteux » ont été cumulés avec les données non renseignées.

21 Statut thérapeutique des patients ayant une charge virale VHC détectable en 2017*



Source : COREVIH Bretagne – File active 2017, exploitation ORS Bretagne
* Charge virale VHC détectable : ARN viral du VHC >15 copies/ml

être guéries avant la fin de l'année 2018. Cinq patients sont encore en cours de traitement avec un ARN VHC positif au dernier contrôle en 2017, et seront probablement guéris en 2018 ; 36 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, comme en 2016, les données d'ARN viral ne sont toujours pas renseignées pour un peu moins de 10% de la file active des patients ayant une sérologie VHC positive...

LES NOUVEAUX DÉPISTÉS

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

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

En 2017, 118 adultes (contre 83 en 2016, 142 en 2015 et 134 en 2014) ont découvert leur séropositivité au VIH en Bretagne. La tendance à la baisse des nouvelles découvertes observée en 2016 dans la région ne s'est pas confirmée pour les patients de la file active du COREVIH en 2017.

L'âge moyen est de 38 ans et l'âge médian de 36 ans, soit 12 ans en moyenne en dessous de celui de la file active globale. Ce sont majoritairement des hommes (72 % pour 28 % 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 (65 %, contre 58 % 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 (79 %, contre 83 % dans la totalité de la file active). Un peu plus de la moitié des 109 nouveaux dépistés dont les données sont renseignées est née en France, 26 % en Afrique occidentale et centrale.

Des prescriptions en conformité avec les recommandations du groupe d'experts de 2017

Pour les 124 patients ayant débuté leur premier traitement en 2017, la trithérapie à base de darunavir/r-emtricitabine-ténofovir reste très majoritaire. Il s'agit en général d'une prescription transitoire qui sera substituée par un régime sans antiprotéase une fois la charge virale devenue indétectable. Le trithérapie associant rilpivirine/emtricitabine/ténofovir se place en seconde position (elle n'est pas recommandée en 1^{re} intention chez les patients ayant une charge > 100 000 copies/mL), et les régimes à base d'anti-intégrase (elvitégravir, raltégravir ou dolutégravir) représentent, comme en 2016, un quart des premières prescriptions. Plus de 90% des prescriptions initiales sont conformes aux recommandations d'experts de 2017.

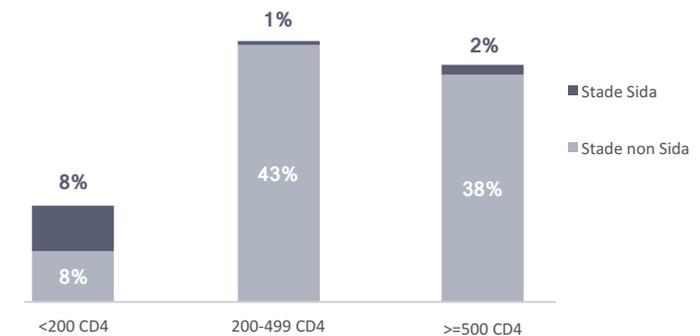
LE SUIVI PÉDIATRIQUE ET LES GROSSESSES

La taille des cohortes pédiatriques est en diminution constante du fait de la quasi-disparition de la transmission mère-enfant en France. L'adoption d'enfants connus VIH positif devient une circonstance prédominante, aux dépens des contaminations verticales en France. Ainsi, en Bretagne en 2017, 13 enfants ont été suivis par les hôpitaux du COREVIH. La totalité des enfants (100 %) reçoit un traitement. Le niveau « d'individualisation » des traitements est élevé, puisque l'on ne dénombre pas moins de 11 combinaisons différentes pour 13 enfants sous traitement. Le taux de succès virologique (92%) est comparable à celui que l'on retrouve chez les adultes (91%). Toutefois, cette dernière donnée est à interpréter avec prudence en raison de la faiblesse des effectifs pris en compte.

Plus de 3 nouveaux dépistés sur 10 le sont tardivement

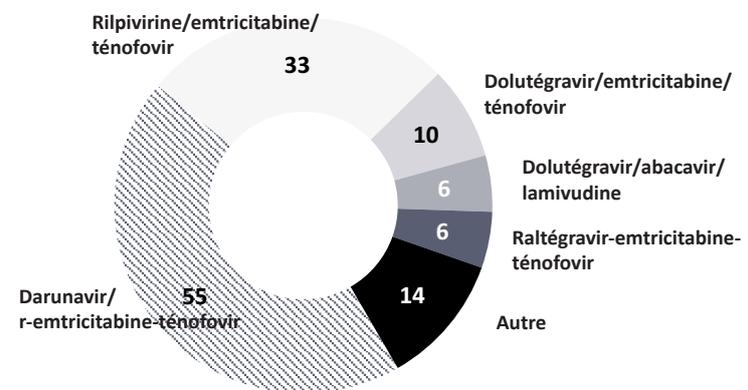
Sur l'ensemble des nouveaux dépistés, 18 % (21/118) ont découvert leur infection tardivement¹, 11 % (12/118) ont atteint le stade sida et 16 % (19/118) présentent des CD4 < 200/mm³. Ces chiffres sont assez stables en comparaison à ceux de 2016, et en légère amélioration par rapport à 2015 où l'on retrouvait respectivement 28% de découvertes tardives, 17% de stade SIDA et 12% de CD4 < 200/mm³. Le dépistage précoce de l'infection par le VIH doit rester une priorité de travail du COREVIH.

22 Niveau de CD4 chez les nouveaux dépistés (mm³) selon le stade clinique en 2017



Source : COREVIH Bretagne - File active 2017, exploitation ORS Bretagne.

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



Source : COREVIH Bretagne - File active 2017, exploitation ORS Bretagne.

En 2017, 56 femmes infectées par le VIH ont déclaré une grossesse ; 32 femmes porteuses du VIH ont accouché cette même année. L'essentiel de ces femmes (31/32) avait une charge virale indétectable à l'accouchement. L'objectif d'une charge virale indétectable à l'accouchement est donc atteint pour au moins 97 % des femmes. L'objectif de « 100 % de charges virales indétectables au moment de la conception », qui garantit l'absence de transmission mère-enfant, ne pourra être atteint qu'avec un renforcement de la politique de dépistage. Alors que le dépistage des femmes enceintes est globalement bien réalisé en France, le dépistage des conjoints est marginal, pouvant conduire à des contaminations, en rapport notamment avec la plus grande vulnérabilité au VIH en cours de grossesse: il est impératif d'intégrer rapidement le dépistage des conjoints dans les politiques de prise en charge des femmes enceintes.

¹ Définition du stade tardif : Tout diagnostic au stade sida ou avec des CD4 inférieurs à 200/mm³ en dehors d'une primo-infection est considéré comme tardif - Cazein F, Pinget R, Lot F, Pillionel J, Le Strat Y et al. Découvertes de séropositivité VIH et sida France, 2003-2011. Bull Epidemiol Hebd 2013;28-29:333-40.

Bilan d'activité des CeGIDD 2017

Neuf « Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles » ont été créés en Bretagne en 2016 (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 2017, les 9 sites bretons ont totalisé, en moyenne hebdomadaire, 43 demi-journées d'ouverture (141 heures/semaine), ce qui est globalement stable par rapport à l'année 2016.

Le personnel de chaque CeGIDD dépend de la taille de la structure et se répartit en moyenne hebdomadaire autour de 0,4 équivalent-temps-plein (ETP) de médecin, 0,7 ETP d'infirmière, et lorsque les postes existent de 0,4 ETP de secrétariat, 0,1 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), mais elles restent, après deux ans de fonctionnement, assez limitées.

Près de 30 000 consultations ou informations de dépistage ont été réalisées, dont 92 % de consultations médicales. Certains sites associent des activités supplémentaires qui viennent compléter la palette de l'offre : traitement post-exposition du VIH (notamment à Brest, Quimper et Rennes), Prévention Pré-Exposition (PrEP), conseil en contraception (particulièrement à Quimper et Rennes), sexologie (essentiellement aux CeGIDD de Vannes et Lorient)...

Par rapport à l'activité des « anciens » CDAG et CIDDIST, le public consultant s'est diversifié : plus de 1 200 hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) ont consulté dans les centres, soit une augmentation de +15 % par rapport à 2016. On ne note que 15 personnes transgenres ayant consulté dans les CeGIDD bretons en 2017, ce qui illustre que ces sites ne sont pas encore clairement identifiés comme des lieux de recours par les personnes concernées.

Avec près de 700 usagers de drogues accueillis (5 % de la file active des CeGIDD), on peut par contre se féliciter que les CeGIDD soient considérés comme un lieu d'accueil potentiel. Le public est très jeune, bien qu'un peu moins jeune qu'en 2016... plus de la moitié des hommes ont moins de 30 ans (58 %) et des femmes moins de 25 ans (56 %) ; près de 600 mineurs ont été accueillis (- 10 % par rapport à 2016).

Au total, près de 11 000 dépistages VIH ont été réalisés (dont 25 se sont avérés des découvertes de séropositivité). Il existe toujours une forte activité de dépistage de la syphilis (près de 5 000 dépistages), avec une légère augmentation du nombre de nouveaux cas (92 contre 80 en 2016). L'activité de dépistage du gonocoque est en forte augmentation (> 5 600 tests réalisés contre 3 500 en 2016, avec 86 positifs) ainsi que celle des Chlamydiae (> 6 000 tests contre 4 700 en 2016, avec 527 positifs). Le dépistage des hépatites B est stable (> 6 800 tests, 58 positifs en AgHBs) comme celui des hépatites C (près de 5 700 tests), avec cependant une nette augmentation des cas positifs par rapport à 2016 (+31 %, 42 cas dépistés contre 32 en 2016), pour une activité globale de dépistage identique d'une année sur l'autre.

Tous les CeGIDD bretons organisent des activités « hors les murs » : près de 220 actions ayant touché près de 4 800 personnes (dont plus de 1 300 avec dépistage). Les lieux d'intervention sont diversifiés (6 par CeGIDD en moyenne) et sont orientés vers des publics ne fréquentant pas habituellement les CeGIDD « dans les murs ».

Le budget global des CeGIDD bretons atteint presque 1 850 000 €, soit une augmentation de +7 % par rapport à 2016, essentiellement représenté par le Fonds d'Intervention régional (FIR). L'activité des CeGIDD se traduit par de fortes dépenses en biologie (plus de 670 000 € pour la totalité des sites, +19 % par rapport à 2016), alors que les frais de personnels sont un peu inférieurs à 950 000 €.

L'analyse de ces données montre donc une forte activité de l'ensemble des sites, avec des orientations de santé publique conforme à la feuille de route du COREVIH : nombre important d'actions hors les murs, lieux d'intervention diversifiés, accueil de populations plus à risque d'IST ou plus éloignées du soin ou de la prévention. Mais les efforts doivent être poursuivis dans ce sens : la faible fréquentation des personnes transgenres ou en situation de prostitution illustre la marge d'amélioration que l'on peut obtenir. Il faut également continuer à améliorer la qualité des coopérations entre CeGIDD, centre de planification familiale, secteur associatif... La faible représentation des consultations de sexologie, dans des structures qui a terme ont vocation à devenir des centres de santé sexuelle, doit nous interroger...

La part de l'activité de prévention pré-exposition (PrEP) du VIH des CeGIDD reste difficile à analyser car souvent intriquée à l'activité hospitalière, notamment dans les structures partageant les mêmes acteurs soignants. Entre le 1^{er} janvier 2016, date d'autorisation de la PrEP en France, et le 30 septembre 2018, 375 PrEP ont été initiées en Bretagne. Cette activité fera l'objet d'un rapport annuel distinct au début de l'année 2019 pour juger de l'évolution 2016-2018 et de la répartition territoriale de l'offre.

Enfin, la question de la qualité de recueil de l'activité reste essentielle. Il faut ici saluer l'important travail réalisé par tous les acteurs des CeGIDD pour maîtriser et améliorer un outil commun qui reste perfectible, et pour lequel nous pourrions à terme tirer des données de santé publique plus précises, indispensables à la bonne orientation des politiques régionales.

Dr Cédric ARVIEUX.
Président du COREVIH Bretagne.

24 Dépistages dans les Cegidd en 2017 : Une prédominance masculine à l'exception des Chlamydiae

	Dépistages réalisés		Sérologies positives	
	Nombre total	Dont % d'hommes	Nombre	Taux pour 1 000 tests
Infections à VIH	10 861	56 %	25	2,3
Hépatite B	6 833	56 %	58	8,5
Chlamydioses	6 020	50 %	527	87,5
Hépatite C	5 660	58 %	42	7,4
Gonococcies	5 624	57 %	86	15,3
Syphilis	4 913	64 %	92	18,7

Source : Rapports d'activité des CeGIDD - Année 2017, Exploitation ORS Bretagne.

ÉVOLUTION DU DIAGNOSTIC DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES À PARTIR D'UNE ENQUÊTE AUPRÈS DES LABORATOIRES HOSPITALIERS BRETONS

Les données nationales de surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) montrent une très forte croissance des diagnostics d'infection à chlamydiae, gonocoques et syphilis depuis le début des années 2000. Nous avons souhaité connaître la prévalence des diagnostics hospitaliers positifs en Bretagne au cours des trois dernières années. Les biologistes des hôpitaux de Brest, Quimper et Morlaix (Finistère), Vannes et Lorient (Morbihan), Saint-Brieuc et Lannion (Côtes d'Armor) et Rennes et Saint-Malo (Ille et Vilaine) ont été interrogés quant au nombre de diagnostics positifs pour ces trois principales IST, au cours des années 2015, 2016 et 2017.

Les techniques utilisées pour la détection des gonocoques (culture ou PCR) ou les chlamydiae (PCR) permettent de rapporter chaque prélèvement positif à un cas incident.

Le diagnostic de la syphilis étant essentiellement sérologique, il n'est pas possible de déterminer les cas incidents à partir d'une analyse des données de laboratoire. Les données concernant la syphilis seront donc analysées dans un second temps et communiquées au cours de l'année 2019.

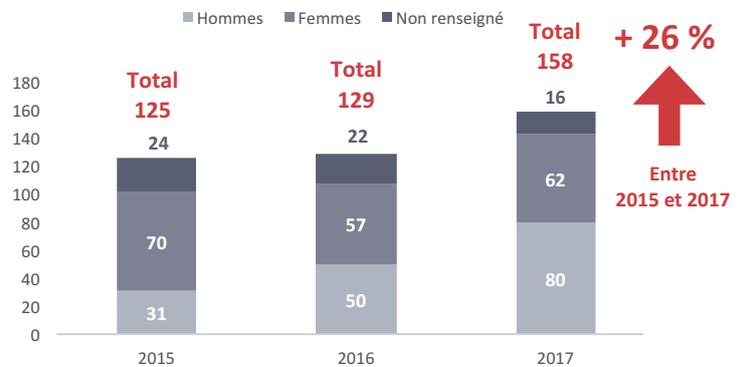
INFECTIONS À NEISSERIA GONORRHOEAE

Les résultats concernant les prélèvements positifs à *Neisseria gonorrhoeae* sont disponibles pour les hôpitaux de Quimper, Vannes, Rennes et Saint-Brieuc/Lannion pour les 3 années étudiées.

Globalement, le nombre de diagnostic positifs d'infections à gonocoque a fortement augmenté au cours des trois années, +26 % entre 2015 et 2017. Cette hausse est essentiellement liée à une augmentation des prélèvements positifs chez les hommes, notamment au niveau des sites pharyngés et anaux.

Cette augmentation globale est présente dans les 4 sites hospitaliers de prélèvements ayant répondu. Mais, l'augmentation des prélèvements anaux et pharyngés positifs chez les hommes concerne essentiellement les sites de Quimper et Rennes. Chez les femmes, l'ensemble des 4 sites répondants affichent une baisse des prélèvements vaginaux positifs.

25 Évolution du nombre de diagnostics positifs d'infections à gonocoque dans 4 sites hospitaliers de prélèvement bretons entre 2015 et 2017*



Sources : Laboratoires des hôpitaux de Quimper, Vannes, Rennes et Saint-Brieuc/Lannion, exploitation COREVIH Bretagne.

*Les valeurs non renseignées correspondent aux dépistages réalisés dans un cadre anonyme.

INFECTIONS À CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Les résultats concernant les prélèvements positifs à *Chlamydia trachomatis* sont disponibles pour les hôpitaux de Quimper, Brest, Vannes, Rennes et Saint-Brieuc/Lannion.

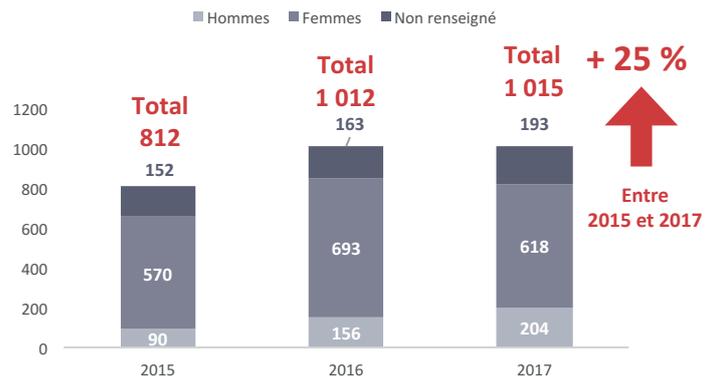
Recherchée essentiellement chez les femmes jusqu'à une période récente, dans un objectif de réduction du risque d'infertilité, l'infection à *Chlamydia trachomatis* est de plus en plus souvent diagnostiquée chez des hommes asymptomatiques.

Comme pour les infections à gonocoque, le nombre de diagnostics positifs d'infections à chlamydiae augmente de +25 % entre 2015 et 2016, puis se stabilise en 2017 avec plus de 1 000 prélèvements positifs.

L'augmentation observée au cours de deux premières années est surtout liée à une augmentation des diagnostics positifs chez les hommes de plus de 30 ans. Puis, entre 2016 et 2017, la hausse des diagnostics positifs chez les hommes se poursuit (156 cas en 2016 contre 204 en 2017) alors qu'une diminution sensible s'observe chez les femmes (respectivement, 693 cas contre 618).

Le nombre de prélèvements positifs où le sexe n'est pas renseigné varie peu d'une année à l'autre (entre 16 et 20 %). Cette absence de renseignement est liée au fait que certains laboratoires des hôpitaux prennent en charge les prélèvements des dépistages des CeGIDD réalisés dans un cadre anonyme.

26 Évolution du nombre de diagnostics positifs d'infections à Chlamydiae dans 5 sites hospitaliers de prélèvement bretons entre 2015 et 2017*



Sources : Laboratoires des hôpitaux de Quimper, Vannes, Rennes et Saint-Brieuc/Lannion, exploitation COREVIH Bretagne.

*Les valeurs non renseignées correspondent aux dépistages réalisés dans un cadre anonyme.

LA THÉMATIQUE VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE dans le Projet régional de santé (PRS) 2018-2022 de l'ARS Bretagne

La Santé Sexuelle est une thématique sur laquelle l'ARS Bretagne s'investit depuis plusieurs années, en lien avec d'autres partenaires institutionnels. Dans son rôle de déploiement des stratégies nationales, l'ARS a décliné la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle (SNSS publiée en mars 2017) en région Bretagne sous la forme d'un plan régional intitulé « Vie Affective et Sexuelle » (VAS). Ce plan s'inscrit, de manière transversale, dans le Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2022 de l'ARS Bretagne. Ainsi, la thématique Santé Sexuelle n'apparaît pas en tant que telle mais est intégrée dans les 21 thèmes prioritaires retenus dans le PRS.

Le Plan Régional Santé Sexuelle, fruit d'une concertation participative des acteurs régionaux, regroupe 7 fiches

7 FICHES POPULATIONNELLES

- Jeunes.
- Personnes sous main de justice.
- Personnes en situation de prostitution.
- Lesbiennes, gays, bi, trans et intersexes.
- Migrant.e.s.
- Personnes âgées.
- Personnes en situation de handicap.

5 FICHES THÉMATIQUES

- Améliorer la santé reproductive.
- Interruption volontaire de grossesse.
- Infections sexuellement transmissibles.
- Hépatites B et C.
- VIH.

populationnelles et 5 fiches thématiques, décrivant les principaux objectifs et grandes actions à mener durant les 5 ans du PRS.

Leur mise en œuvre se fait au travers d'un plan d'actions annuel, dont les priorités sont intégrées dans celui du PRS. Chaque fiche action est pilotée par un référent et le bilan annuel se fera dans le cadre des réunions du groupe régional « Vie Affective et Sexuelle » (VAS). Ce travail n'aurait pu être mené sans une dynamique des acteurs, coordonnée autour du groupe régional VAS depuis 2012, rassemblant une quarantaine de professionnels de tous les secteurs. Les différentes étapes de ce plan ont été élaborées en lien étroit avec le Pôle régional de Coordination En Santé Sexuelle (PCESS) qui en a assuré la co-animation, la synthèse des travaux et la rédaction finale. Le COREVIH et l'association Liberté Couleurs ont également été des acteurs très actifs dans la construction de ce plan, disponible prochainement sur le site de l'ARS Bretagne.

Dr Jean-Pierre ÉPAILLARD.

*Référent régional Vie affective et sexuelle, et hépatites.
ARS Bretagne.*

« UNE SEMAINE SANTÉ SEXUELLE EN BRETAGNE » pour répondre à la question :

Que faisons-nous collectivement en tant que COREVIH pour assurer les conditions nécessaires à la bonne santé sexuelle ?

> OBJECTIFS :

SENSIBILISER le public aux questions de santé sexuelle.

INFORMER, à partir d'un thème annuel, sur les différentes approches de la santé sexuelle.

RASSEMBLER par cet effort de communication, acteurs et spectateurs des manifestations, professionnels et usagers de la santé sexuelle.

AIDER au développement des réseaux de solidarité, de réflexion et de soin en santé sexuelle.

FAIRE CONNAÎTRE les lieux, les moyens et les personnes pouvant apporter un soutien ou une information de proximité.

> DESCRIPTION DE L'ACTION :

Conférences • Animations • Expositions • Spectacles • Ciné-débat • Portes ouvertes.

> IDENTIFICATION DES ACTEURS À MOBILISER

Les collectifs Sida bretons (Brest, Rennes, Saint-Malo, Saint-Brieuc, Dinan, ...) ainsi que l'ensemble des structures qui collaborent dans le cadre du bulletin d'information spéciale 1^{er} décembre du COREVIH Bretagne.

> INDICATEURS D'ÉVALUATION DU RÉSULTAT DE L'ACTION

Indicateurs de mise en œuvre

- Nombre d'actions organisées.
- Évaluation de la satisfaction des participants.
- Nombres de dépistages réalisés.

Indicateurs de résultat (impact)

- Nombre de projets communs développés à l'issue de la semaine.
- Amélioration des relations interprofessionnelles.

RÉUNION DE LANCEMENT
10 Janvier 2019

64 Rue Anita Conti VANNES

Contact :
CHANVRIL Hadija,
coordinatrice du COREVIH
hadija.chanvril@chu-rennes.fr

LE SERVICE SANITAIRE : Ne pas rater la marche de la santé sexuelle !

Le service sanitaire pour tous les étudiants en santé est un engagement du Président de la République, lancé sur la base du rapport du Pr Loïc VAILLANT et qui s'inscrit dans la Stratégie Nationale de Santé publiée fin décembre 2017.

Le dispositif co-porté avec l'Éducation Nationale, a pour objectifs d'une part, de contribuer à la réalisation d'actions concrètes de prévention dans les territoires, d'autre part de favoriser une intégration de la prévention primaire dans la pratique des futurs professionnels de santé. Quatre thématiques principales ont été retenues pour une première phase d'application : l'alimentation, l'activité physique, les addictions et la santé sexuelle. D'autres thématiques pourront être proposées localement en fonction de priorités identifiées.

Six filières sont concernées dès 2018 : médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, kinésithérapie et soins infirmiers.

Les lieux d'intervention à privilégier dans un premier temps sont les établissements scolaires et universitaires, les entreprises et les EHPAD.

En Bretagne, le public prioritaire pour la première année de mise en œuvre du service sanitaire est celui des établissements scolaires. L'intégration des EHPAD et d'autres lieux de stages (entreprises, ESAT...) dans le dispositif breton sera faite dans un second temps. 1 942 étudiants-es sont concernés-es en Bretagne. Le service sanitaire se déroule sur la base de 3 semaines de théorie et 3 semaines de pratique, il entre dans les éléments de validation de leur cursus de formation.

Service sanitaire et santé sexuelle

Le service sanitaire est une occasion unique de développer les connaissances et compétences des jeunes en matière de santé sexuelle, une éducation par les pairs pouvant être particulièrement effective dans le domaine. Encore faut-il que les pairs-éducateurs qui vont intervenir auprès du public se sentent à l'aise sur le sujet.

Une expérience pilote est développée à la faculté de médecine de Rennes sous l'égide du COREVIH Bretagne pour cette première année de mise en œuvre. Les 230 étudiants en médecine de 3^e année, qui vont intervenir auprès des jeunes à la fin de l'année universitaire dans le cadre du service sanitaire, sont répartis par groupes de 30. Plutôt que de leur faire un cours « théorique » sur la santé sexuelle et les infections sexuellement transmissibles, nous avons pris le parti de proposer l'intervention de structures associatives sur les thématiques « Sexualités, Plaisirs, Pratiques et Risques », assuré par l'association AIDES et « Techniques d'intervention en santé sexuelle en milieu scolaire » assuré par le Planning Familial 35. L'objectif est que ces jeunes étudiants se sentent plus à l'aise pour aborder ces questions avec leur futur auditoire, sous ses aspects multiples, sans tabou, en priorisant les questions de plaisir, de respect, dans une approche globale de santé sexuelle ne se résumant pas au « risque ».

*Dr Jean-Pierre ÉPAILLARD. Référent régional
Vie affective et sexuelle, et hépatites. ARS Bretagne.
Dr Cédric ARVIEUX. Président du COREVIH Bretagne.*



Décembre 2018

surveillance
VIH-Sida
IST
EN BRETAGNE
2017

POUR EN SAVOIR PLUS :

- BULLETIN D'INFORMATION DU COREVIH - 1^{er} décembre 2018 : [cliquez ici](#)
- BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE THÉMATIQUE, JOURNÉE MONDIALE DU SIDA - 1^{er} décembre 2018 : [cliquez ici](#)
- BULLETIN DES RÉSEAUX DE SURVEILLANCE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES : [cliquez ici](#)
- FEUILLE DE ROUTE STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ SEXUELLE 2018-2020 – PRIORITÉ PRÉVENTION : RESTER EN BONNE SANTÉ TOUT AU LONG DE SA VIE : [cliquez ici](#)
- VIH, POLITIQUE ET SOCIÉTÉ – RAPPORT D'ACTIVITÉ 2016-2017 DU CONSEIL NATIONAL DU SIDA ET DES HÉPATITES VIRALES : [cliquez ici](#)
- NOUVELLES RECOMMANDATIONS HAS DE DÉPISTAGE DES INFECTIONS À CHLAMYDIAE CHEZ LES FEMMES ET LES HOMMES : [le communiqué de presse](#) / [les recommandations](#) / [la synthèse des recommandations](#)