



surveillance
VIH-Sida
IST
EN BRETAGNE
2019

Décembre 2020



CONTRIBUTIONS

COREVIH Bretagne

Dr Cédric ARVIEUX
Hadija CHANVRIL
Jean-Charles DUTHÉ
Thomas JOVELIN
Camille MORLAT
Magali POISSON-VANNIER
Karen TOUBOULIC

Santé publique France - Cellule Bretagne

Dr Bertrand GAGNIÈRE
Dr Mathilde PIVETTE

ARS Bretagne

Dr Anne LE FÈVRE

ORS Bretagne

Léna PENNOGNON
Laurence POIRIER
Dr Isabelle TRON

MédiasLab

Élisabeth QUÉGUINER

Décembre 2020

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

Santé publique France - Cellule Bretagne
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
19 Avenue Charles Tillon
35000 Rennes
Tél : 02 99 14 24 24
Courriel : orsb@orsbretagne.fr
Site Internet : www.orsbretagne.fr

SOMMAIRE

Il est particulièrement difficile, en cette fin d'année 2020, d'essayer d'analyser les événements survenus en 2019 dans le cadre de nos activités en rapport avec la santé sexuelle, alors que la crise sanitaire liée à la COVID-19 est passée par là. Cet événement sanitaire majeur, dont on perçoit bien qu'il va nous occuper pendant encore de nombreux mois, a totalement perturbé le champ de la santé pour une durée encore indéterminée. Les acteurs de ce bulletin, que ce soit au COREVIH, à la Cellule Bretagne de SpF, à l'ARS ou à l'ORS Bretagne, ont dû engager une partie de leurs forces dans la lutte contre le SARS-COV-2, la santé sexuelle passant au second plan pendant quelques mois...

L'année 2019 avait pourtant été riche en avancées.

Les 1^{ères} « Semaines de santé sexuelle en Bretagne », organisées d'une main de maître par Hadija Chanvriil, ont permis à une grande partie des acteurs bretons de la santé sexuelle de se retrouver autour d'actions concrètes et appréciées, tant des professionnels que du public. Elles permettent de fédérer les acteurs autour d'actions programmées à plusieurs, de mieux se connaître et d'envisager des collaborations au-delà des Semaines elles-mêmes. Prévues pour être renouvelées dès 2020 avec une 2^{nde} édition, nous les reportons à mars 2021 en espérant que la crise marquera le pas d'ici là.

L'épidémiologie actuelle nous montre que ces actions sont importantes : des dépistages d'infection par le VIH toujours trop tardifs, avec encore un quart des personnes vivant avec le VIH en Bretagne qui découvrent leur statut à un stade évolué de la maladie ; un nombre de nouvelles séropositivités qui ne semble pas marquer le pas de façon importante (de l'ordre de 90 « découvertes » d'infections par le VIH en 2019), bien que la faible incidence en Bretagne rende hasardeuses les comparaisons d'une année à l'autre. D'autant plus hasardeuses que nous avons toujours un retard de recueil de données important en 2019, que ce soit au niveau de la déclaration obligatoire (les données « consolidées » de 2018 ne sont toujours pas disponibles) ou au niveau du COREVIH, où les difficultés de recueil dans les Côtes-d'Armor nous ont amenés à exclure le département des statistiques présentées cette année.

Alors que la « file active » des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) s'accroît chaque année – conjonction du très faible nombre de décès et du nombre stable de nouvelles infections – vivre normalement avec le VIH n'est pas encore à l'ordre du jour. Pourquoi ? Non pas du fait des contraintes de la maladie elle-même – 95 % des PVVIH ont une infection parfaitement maîtrisée, et nous n'avons jamais recensé autant de grossesses (75 cette année, illustrant la bonne santé des femmes vivant avec le VIH). Mais, simplement du fait de la peur, toujours très présente dans la population, vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH : on se félicite, alors, que le thème national de la campagne « 1^{er} décembre » de Santé publique France soit, cette année, la lutte contre la sérophobie. Et pourtant, on sait depuis près de 15 ans que les personnes sous traitement ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle, que l'espérance de vie est quasi normalisée... Un immense effort est encore nécessaire de la part de tous pour que le VIH sorte de son statut de maladie maudite.

On peut, néanmoins, s'enorgueillir d'un certain succès :

- Les Centres Gratuits de dépistage et de diagnostic des IST (CeGIDD) n'ont jamais autant accueilli d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Si les CeGIDD sont devenus « Gay-friendly », il leur faudra faire encore un effort pour devenir « Trans-friendly », la population transgenre étant cruellement absente dans la plupart des CeGIDD bretons.
- La diminution du nombre de syphilis incidente semble se confirmer, comme dans la plupart des régions de France.
- Le COREVIH a quasiment atteint son objectif d'éradication du VHC chez les PVVIH souhaitant être traités. En population générale, la marche à franchir est celle d'un meilleur dépistage (1 personne sur 5 vivant avec le VHC ne connaît pas son statut sérologique).
- La Prévention pré-exposition du VIH (PrEP) est un outil moderne qui a largement démontré son efficacité. Sa pratique s'élargit progressivement et on espère que 2020 sera l'année de l'ouverture à la prescription en médecine générale, seul moyen de démocratiser et d'élargir son utilisation.



Dr Cédric ARVIEUX.
Président du COREVIH Bretagne.

04 LE DÉPISTAGE DU VIH EN BRETAGNE

08 ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH

13 BILAN D'ACTIVITÉ DES CEGIDD 2019

14 L'HÉPATITE C EN BRETAGNE : CHIFFRES CLÉS

15 INFECTIONS À SYPHILIS ET CHLAMYDIA : DÉPISTAGE DANS LES LABORATOIRES PRIVÉS

16 UTILISATION DE LA PREP AU VIH EN CHIFFRES - « PRÉVENTION & DÉPISTAGE »

17 ACTUALITÉS RÉGIONALES

18 POUR EN SAVOIR PLUS

Nous voilà regonflés pour aborder 2021 sereinement... ou pas !

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 par le laboratoire sur www.e-do.fr.

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 dispositif de DO de l'infection par le VIH et du Sida repose 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 30/06/2020. Celles de 2018 et 2019 ne sont pas encore consolidées et doivent être interprétées avec prudence. Les données brutes permettent de décrire les caractéristiques des cas. Dans les figures, les valeurs présentées sont calculées par rapport à l'ensemble des données, y compris les cas pour lesquels l'information n'est pas disponible. En revanche, les données sont commentées dans le texte uniquement pour les cas pour lesquels l'information est disponible.
- Ces données peuvent être corrigées pour tenir compte des délais de déclaration, de la

- sous-déclaration, et des valeurs manquantes sur les déclarations reçues.
- En raison de la situation particulière liée à la crise sanitaire, les données corrigées pour l'année 2019 ne sont pas disponibles. Celles de 2018 sont donc utilisées pour estimer le nombre annuel de diagnostics, analyser les évolutions au cours du temps ou comparer les régions en rapportant les cas à la population.
- 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.
- La définition des délais de diagnostic a été modifiée. Depuis 2018, un stade précoce est défini par une primo-infection ou un profil de séroconversion ou un test d'infection récente positif. Les personnes diagnostiquées uniquement avec un taux de CD4 >500/mm³, n'entrant pas dans un des trois critères précédents, ne sont plus comptées parmi les précoces.

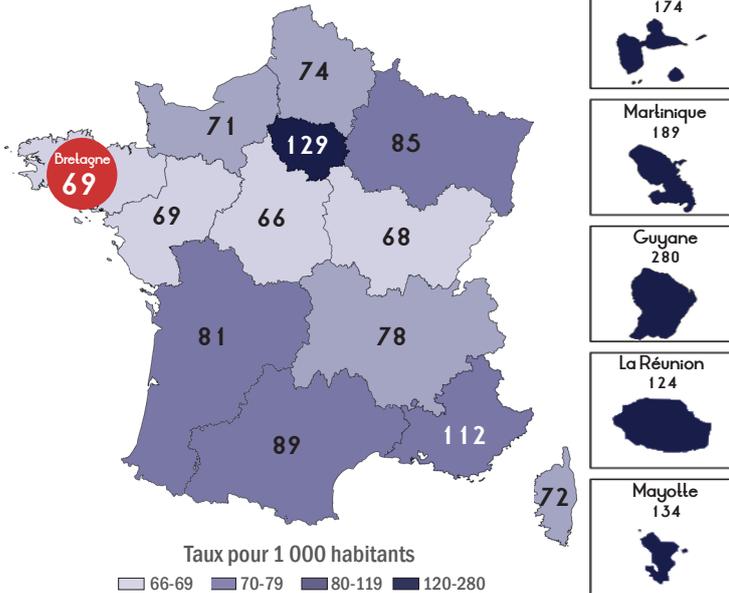
LE DÉPISTAGE DU VIH EN BRETAGNE

En 2019, le nombre de sérologies VIH effectuées en Bretagne était de 69 pour 1 000 habitants (IC95 % : [65-73]) (figure 1). Il est en légère augmentation depuis 2010 (55 pour 1 000 habitants) et 1,3 fois inférieur à celui observé au niveau national (92 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 129 et 112 sérologies pour 1 000 habitants (figure 1).

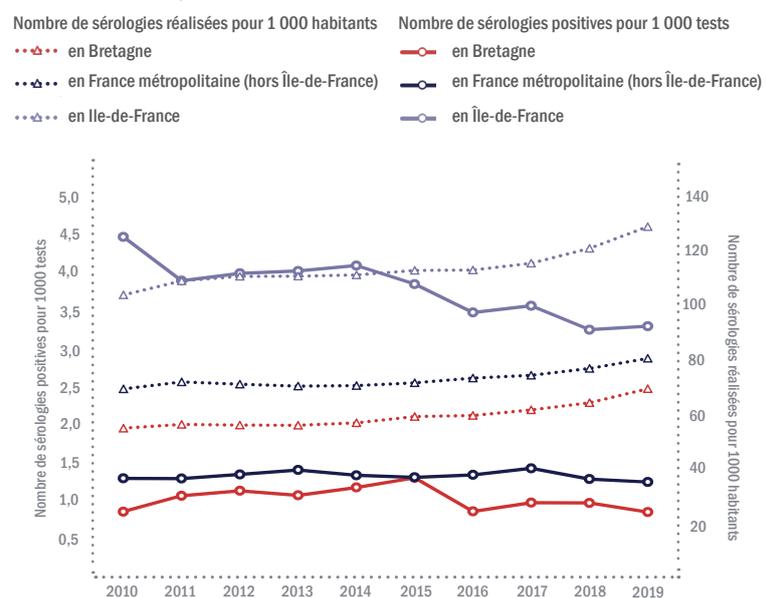
Le nombre de sérologies positives pour 1 000 tests effectués, estimé à 0,9 en 2019, varie de 0,9 à 1,3 depuis 2010. Ce taux, le plus faible de France métropolitaine (hors Corse), est inférieur à celui estimé en France métropolitaine hors Île-de-France (1,2 p 1 000 tests) et très inférieur à celui d'Île-de-France (3,3 p 1 000 tests) (figure 2).

En 2019, la participation à l'enquête LaboVIH est hétérogène entre les régions. Elle était de 77 % en Bretagne et de 72 % en France métropolitaine.

1 Nombre de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants, par région, 2019



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, 2010-2019



Source : Santé publique France, données LaboVIH, 2019.

Source : Santé publique France, données LaboVIH, 2019.

* Y compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy

¹ 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.

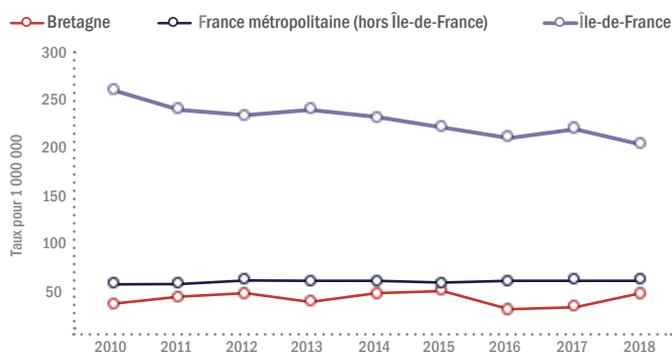
SURVEILLANCE DES INFECTIONS À VIH ET DES DIAGNOSTICS DE SIDA

DÉCOUVERTE DE LA SÉROPOSITIVITÉ AU VIH

En raison de la situation particulière liée à la crise sanitaire, les données corrigées de 2019 pour la notification obligatoire du VIH et du Sida ne sont pas disponibles cette année. Les données de 2018 sont présentées pour l'analyse des évolutions.

En 2018, 157 personnes ont découvert leur séropositivité en Bretagne (IC95 % : [124-190]), soit 47 découvertes de séropositivité par million d'habitant (IC95 % : [37-57]). Le taux de découvertes de séropositivité, était stable entre 2010 et 2018, et 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 2010 à 2018



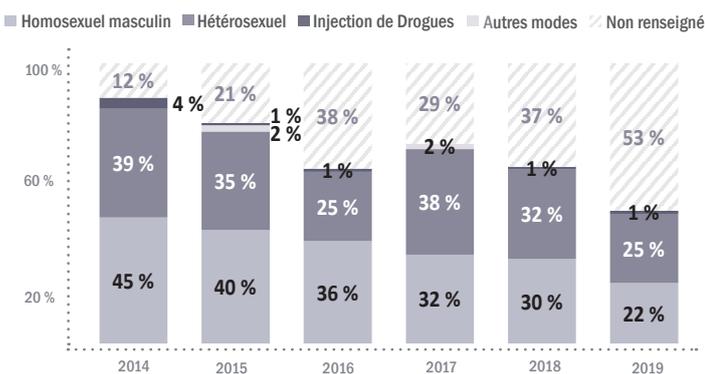
Source : Santé publique France, données DO VIH au 31/03/2019 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes.

MODE DE CONTAMINATION

En Bretagne en 2019, parmi les cas pour lesquels l'information était disponible, la proportion de personnes découvrant leur séropositivité et ayant été contaminées par des rapports homosexuels était inférieure à celle des personnes ayant été contaminées par des rapports hétérosexuels (45 % contre 52 %) (figure 4).

Sur la période 2014-2019, en Bretagne, le principal mode de contamination chez les hommes nés en France était les rapports homosexuels (78 %), alors que les rapports hétérosexuels prédominaient chez ceux nés en Afrique subsaharienne (79 %). Chez les femmes, le principal mode de contamination était les rapports hétérosexuels (97,5 %) quel que soit le pays de naissance.

4 Évolution de la part des principaux modes de contamination parmi les découvertes de séropositivité VIH déclarées en Bretagne de 2014 à 2019



Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2020.

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

En Bretagne en 2019, plus d'un cas sur trois (38 %) était une femme, proportion supérieure à celle observée sur la période 2014-2018 et à la situation nationale. Les moins de 25 ans représentaient 17 % des cas alors que les 25-49 ans en représentaient 71 % et les 50 ans et plus, 12 %.

En Bretagne, parmi les cas pour lesquels l'information était disponible, la proportion de personnes nées en France découvrant leur séropositivité était près de deux fois (1,6) supérieure à celle de personnes nées en Afrique subsaharienne (figure 5).

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

	Bretagne		France métropolitaine
	2014-2018 (%) n=562	2019 (%) n=93	2019 (%) n=4017
ÂGE			
Moins de 25 ans	14	17	13
De 25 à 49 ans	63	71	66
50 ans et plus	23	12	21
SEXE			
Hommes	72	62	65
Femmes	28	38	33
PAYS DE NAISSANCE			
France	51	28	28
Afrique subsaharienne	21	17	27
Autres	6	6	14
Non renseigné	22	48	30
MODE DE CONTAMINATION			
Homosexuel masculin	37	22	27
Hétérosexuel	34	25	32
Injection de drogues	1	0	1
Autres	1	1	3
Non renseigné	26	53	37
CO-INFECTION HÉPATITE C			
Oui	1	2	3
Non	73	45	59
Non renseigné	25	53	38
CO-INFECTION HÉPATITE B			
Oui	2	1	3
Non	72	45	59
Non renseigné	26	54	38
CO-INFECTION IST			
Oui	14	10	12
Non	57	47	47
Non renseigné	29	43	41
INFECTION RÉCENTE* < 6 MOIS			
Oui	19	25	17
Non	54	54	47
Non renseigné	27	21	36
CD4 / mm³ AU DIAGNOSTIC VIH			
<200	19	15	16
200-349	16	10	14
350-499	16	9	13
>=500	22	12	17
Non renseigné	28	55	39
DIAGNOSTIC			
Précoce**	20	16	14
Intermédiaire	40	19	33
Avancé***	20	13	17
Inconnu	21	52	36

* Infection récente : résultat du test d'infection récente réalisé par le Centre national de référence du VIH à partir des buvardis transmis par les biologistes.

** Diagnostic précoce : primo-infection ou profil de séroconversion ou test positif d'infection récente.

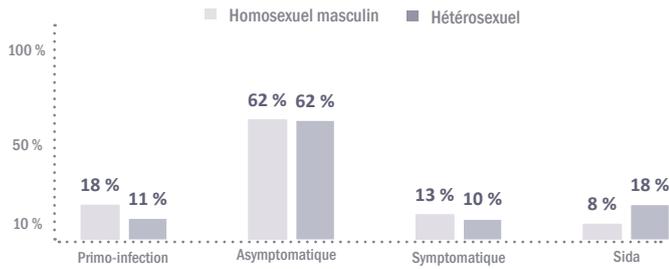
*** Diagnostic avancé : stade clinique Sida ou CD4 < 200/mm³ lors de la découverte du VIH.

Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2020.

STADE DE L'INFECTION AU MOMENT DU DIAGNOSTIC

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2014 et 2019 en Bretagne et pour lesquelles l'information était disponible, 14 % ont été diagnostiquées précocement au stade de primo-infection, 62 % à un stade asymptomatique, 12 % à un stade symptomatique non Sida, et 13 % au stade Sida. Les homosexuels ont été plus fréquemment diagnostiqués au stade de primo-infection que les hétérosexuels (18 % contre 11 %) (figure 6).

6 Stade clinique au moment de la découverte de la séropositivité selon le mode de contamination en Bretagne de 2014 à 2019

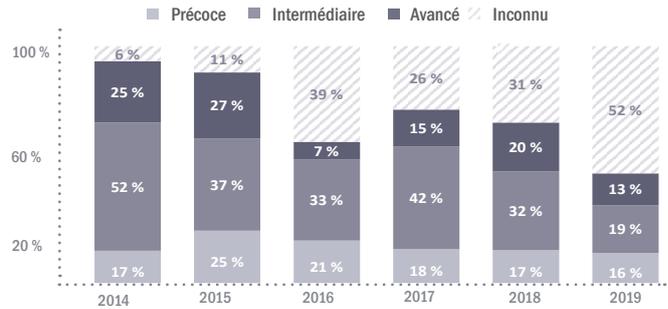


Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2020.

En Bretagne en 2019, parmi les personnes pour qui l'information sur le stade diagnostique était disponible, 27 % des diagnostics ont été réalisés tardivement (CD4 < 200/mm³ ou Sida au diagnostic), proportion similaire à celle observée au niveau national (27 %) (figure 7).

Sur la période 2014-2019 en Bretagne, les personnes nées en France ont été plus fréquemment diagnostiquées à un stade précoce (30 %) que celles nées en Afrique subsaharienne (8 %).

7 Distribution des stades diagnostiques parmi les découvertes de séropositivité en Bretagne de 2014 à 2019



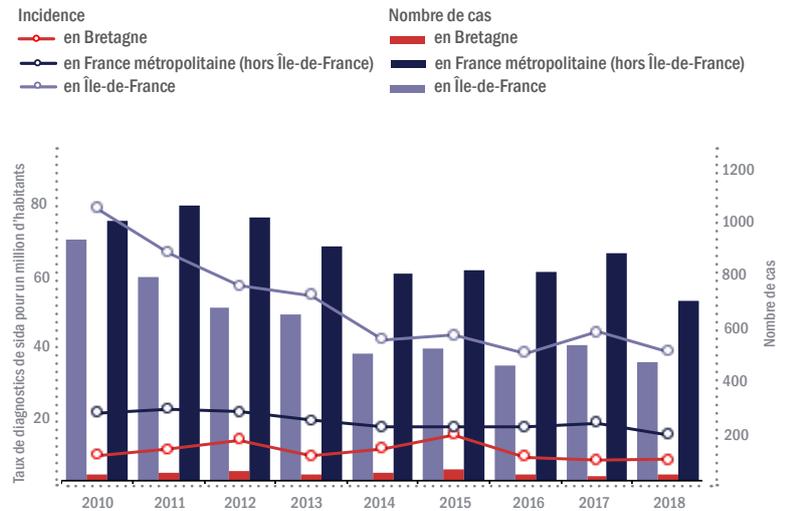
Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2020.

DIAGNOSTIC DE SIDA

En raison de la situation particulière liée à la crise sanitaire, les données corrigées de 2019 pour la notification obligatoire du VIH et du Sida ne sont pas disponibles cette année. Les données de 2018 sont présentées pour l'analyse des évolutions.

Le taux de diagnostics de Sida en Bretagne était estimé à 6 par million d'habitants (IC95 % : [3-10]) en 2018, inférieur au taux de France métropolitaine hors Île-de-France (13 par million d'habitants). En Bretagne comme dans le reste de la province, le taux de diagnostics de Sida est resté relativement stable entre 2010 et 2018 alors qu'il était en baisse en Île-de-France (figure 8).

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 2010 à 2018



Source : Santé publique France, données DO Sida au 31/03/2019 corrigées pour les délais, la sous-déclaration et les valeurs manquantes.

CARACTÉRISTIQUES DES CAS DE SIDA SUR LA PÉRIODE 2014-2019

En Bretagne, sur la période 2014-2019, les hommes représentaient 73 % des 91 cas de Sida diagnostiqués. Les moins de 25 ans représentaient 3 % des cas alors que les 25-49 ans en représentaient 53 % et les 50 ans et plus, 44 %.

Les personnes étaient majoritairement nées en France (69 %).

Les contaminations hétérosexuelles représentaient le principal mode de contamination (61 %).

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 (88 % des diagnostics), le plus souvent parce qu'elles ignoraient leur séropositivité.

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

La surveillance des nouveaux diagnostics d'infection au 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. Tous les déclarants, biologistes et cliniciens, doivent déclarer l'ensemble des cas diagnostiqués via l'application [e-DO.fr](https://e-do.fr). Des efforts sont nécessaires pour améliorer la qualité des informations qui sont souvent manquantes.

UTILISATION DE L'E-DO DANS LES RÉGIONS

En Bretagne en 2019, la proportion de déclarations envoyées par voie électronique était de 96 %, ce qui correspond au 8^e rang des régions, ex aequo avec l'Occitanie et la Guyane (figure 9).

9 Proportion de déclarations électroniques en 2019 par région

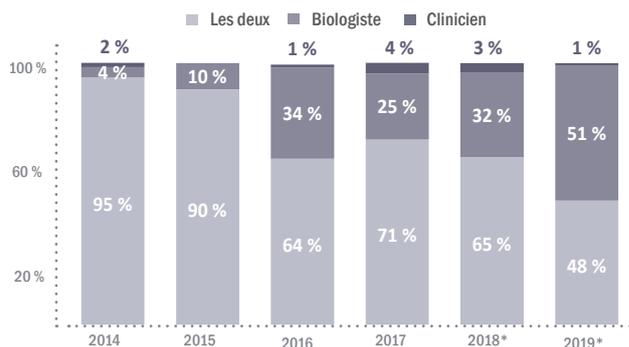
Régions	Proportion de déclarations électroniques
Martinique	100 %
Auvergne-Rhône-Alpes	99 %
Normandie	99 %
Nouvelle-Aquitaine	99 %
Centre-Val-de-Loire	98 %
Grand-Est	98 %
Bourgogne-Franche-Comté	97 %
Bretagne	96 %
Guyane	96 %
Occitanie	96 %
Guadeloupe	95 %
Île-de-France	95 %
PACA	95 %
Pays de la Loire	92 %
La Réunion	90 %
Hauts de France	85 %
Mayotte	85 %
Corse	63 %

Source : Santé Publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2020, e-DO.

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

En 2019, la proportion de DO sans volet médical était de 51 % en Bretagne (figure 10).

10 Proportion annuelle des découvertes de séropositivité au VIH pour lesquelles les volets « biologiste » et « clinicien » ont été déclarés par voie électronique en Bretagne de 2014 à 2019



Source : Santé Publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2020 e-DO.

*Données non consolidées.

E-DO VIH/SIDA, Qui doit déclarer? Et Comment ?

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

ET

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

La notification des cas d'infection au VIH se fait par un **formulaire en deux parties qui contiennent des informations différentes** : un feuillet rempli par le biologiste et l'autre par le 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.

POINTS CLÉS SUR LE VIH-Sida en Bretagne

▪ En 2019, le nombre de sérologies VIH effectuées en Bretagne pour 1 000 habitants est en légère augmentation depuis 2010 mais il reste 1,3 fois inférieur à celui observé au niveau national. Depuis 2010, la proportion de sérologies positives varie entre 0,9 et 1,3 pour 1 000 tests. Cette proportion est 2 fois inférieure à celle estimée au niveau national. En Bretagne, la participation à l'enquête LaboVIH est de 77 %, supérieure à celle de la France métropolitaine (72 %).

▪ En 2018, avec 157 (IC95 % : [124 -190]) personnes ayant découvert leur séropositivité, la Bretagne se situe au 5^e rang des régions où le taux était parmi les plus bas de France. Il était 2 fois inférieur au niveau national.

▪ En 2019, les hommes représentaient 62 % des personnes nouvellement contaminées. La contamination lors de rapports hétérosexuels prédomine (52 %) devant celle par rapports homosexuels (45 %). Sur la période 2014-2019, le mode de contamination le plus fréquent pour les hommes nés en France était les rapports homosexuels (78 %) et celui pour les hommes nés à l'étranger était les rapports hétérosexuels (79 %).

▪ La majorité des résultats est à interpréter avec prudence en raison de la forte proportion d'informations manquantes en 2018 et en 2019.

▪ En Bretagne, le taux de diagnostics de Sida, plutôt stable depuis 2010, était 3 fois inférieur au niveau national en 2018.

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

ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH : DONNÉES GÉNÉRALES DE LA FILE ACTIVE

Plus de 3 850 personnes vivant avec le VIH suivies dans les hôpitaux en Bretagne

En 2019, la file active hospitalière des sites affiliés au COREVIH a comptabilisé 3 856 patients ayant eu au moins un recours dans les centres hospitaliers bretons¹. Sur la période 2011-2019, la file active hospitalière du COREVIH (à nombre de site constant, soit 10 sites sur 12)² a augmenté de +34 % au total, soit un accroissement moyen annuel de +3,3 %. Si la tendance évolutive globale sur l'ensemble de la période comme en moyenne annuelle était relativement constante et similaire dans les quatre départements bretons jusqu'en 2018, en revanche, l'évolution récente (entre 2018 et 2019, à taux de couverture constant) se traduit par une forte augmentation de la file active (+7,6 % contre +0,6 % entre 2017 et 2018). Cette situation est contrastée selon les départements, mais les difficultés de recueil rencontrées entre 2017 et 2019 ne permettent pas une analyse fine de l'évolution des files actives départementales sur la période.

Une répartition variable selon les sites

Deux patients sur cinq (39 % de la file active) sont suivis au CHU de Rennes, soit près de 1 500 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 Morlaix et Pontivy présentent des files actives inférieures à cent patients et celle de Saint-Malo les dépassent tout juste.

Une forte progression des nouveaux patients (+22 %) mais des décaissements de séropositivité (1^{er} dépistage) relativement stables

À l'exception du CH de Saint-Brieuc, au total 229 nouveaux patients ont été pris en charge par les services participant à l'activité de recueil pour le COREVIH au cours de l'année 2019, dont plus d'un tiers (36 %) était dépisté pour la première fois dans l'année. Le nombre de décès a presque doublé (29 patients ont été concernés en 2019 contre 16 en 2018). Ces variations ne sont que peu significatives compte-tenu de la petite taille de la file active. Enfin, 51 patients ont quitté la cohorte en raison de la poursuite de leur suivi hors Bretagne, soit une variation de -30 % de départs (tableau 12). Le nombre de perdus de vue (un en 2018 et quatre en 2019) est sous-estimé en lien avec la méthode de calcul utilisée jusqu'à présent³.

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

	2019	2018
Nouveaux patients	229	188
Dont nouveaux dépistés	83	86
Décès	29	16
Transfert de suivi ailleurs	51	73
Perdu de vue*	4	1

Source : COREVIH Bretagne – File active 2019 sans Saint-Brieuc, exploitation ORS Bretagne.

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

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.

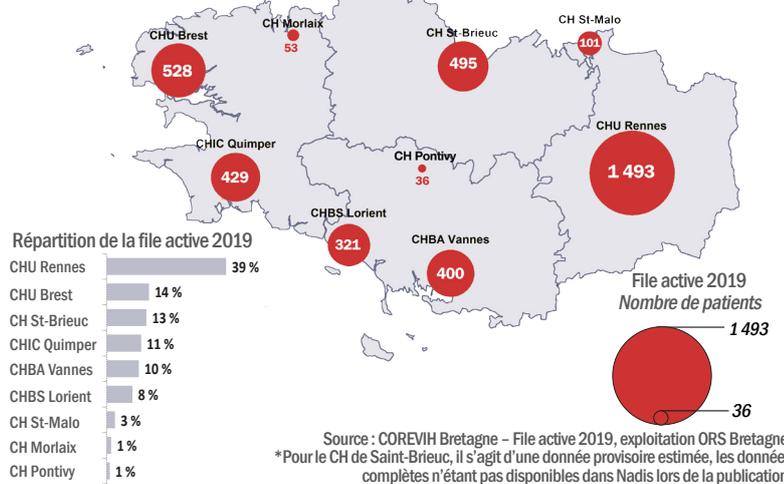
² En 2020, la méthode de calcul des perdus de vue sera révisée pour élargir la requête et disposer du «vrai» nombre. Mais, ces nouvelles données ne pourront plus être comparées à celles produites les années précédentes.

nationales et régionales de la lutte contre les IST et le VIH, ainsi que dans le domaine de la santé sexuelle.

Progressivement, le COREVIH a évolué de missions essentiellement centrées sur le soin autour du VIH vers des missions de coordination de la prévention et du soin autour des IST de façon plus large, dans un objectif global de bonne 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, Vannes, Morlaix et Saint-Malo, alors que ce n'est qu'un dossier épidémiologique complété par les techniciens d'étude clinique du COREVIH pour les sites de Saint-Brieuc, Lorient et Pontivy.

11 Répartition de la file active du COREVIH selon les centres hospitaliers de prise en charge en 2019⁴



REMARQUE IMPORTANTE : Les données présentées dans toute la suite de l'analyse concernent la file active du Corevih sans les patients pris en charge au CH de Saint-Brieuc. En effet, les données complètes n'ont pas pu être colligées en 2019.

Les recours

En moyenne, les patients suivis en Bretagne ont bénéficié de 2,8 recours auprès des services hospitaliers (hors CH de Saint-Brieuc) dans l'année. Il s'agit pour l'essentiel de consultations (91,6 %), suivis de rares exceptions par de l'hospitalisation de jour (1,5 %) ou conventionnelle (2,1 %), les autres types de recours étant minoritaires (4,8 %)⁴. Ces consultations sont variées : médicales pour une bonne partie, ce peut également être des bilans biologiques réalisés en dehors des consultations par le personnel infirmier, de consultations d'assistante sociale ou de psychologue, d'éducation thérapeutique. Le recours à l'hospitalisation de jour est devenu exceptionnel dans la plupart des services cliniques bretons : jusqu'en 2019, la cotation « hôpital de jour » est soumise à de nouvelles contraintes, rendant très difficile la réalisation d'un hôpital de jour correspondant aux besoins des personnes vivant avec le VIH. Cette situation devrait évoluer en 2020 avec une meilleure prise en compte des réalités de terrain. Le nombre moyen de recours annuel varie fortement selon les sites allant d'un minimum de 1,1 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 (offre de service psychologue et assistant social par exemple) et d'habitudes médicales.

Historiquement, le suivi des personnes vivant avec le VIH a toujours été très hospitalo-centré, et le reste malgré la simplification progressive des contraintes de suivi clinique et biologique. Même si la tendance est difficile à chiffrer, le nombre de consultations médicales hospitalières a tendance à baisser, au profit de recours infirmiers, psychologues ou assistants sociaux. Le système de recueil actuel ne permet malheureusement pas de chiffrer les suivis conjoints entre médecine de ville et médecine hospitalière, et il ne permet pas de bien différencier les différents types de recours (médicaux, infirmiers...) sur tous les sites.

² Pour corriger le défaut d'exhaustivité du recueil sur la période 2011-2019, l'évolution de la file active hospitalière du COREVIH a été calculée « à nombre de site constant ». Ont été écartés les patients pris en charge par l'HIA Clermont-Tonnerre et par le service de dermatologie du CHU de Brest dont les données ne sont pas collectées dans Nadis.

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

CARACTÉRISTIQUES DES CAS PRÉVALENTS

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Rappel : Tous les résultats présentés ici se rapportent à l'ensemble de la cohorte de patients suivis en Bretagne, non compris les patients suivis au CH de Saint-Brieuc.

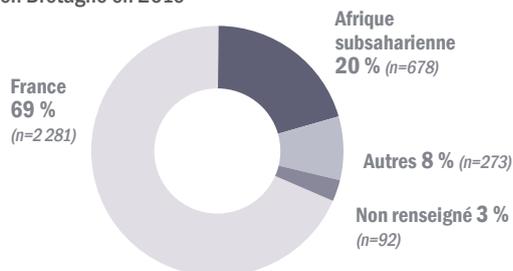
Une prédominance masculine

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 (66 % d'hommes pour 34 % de femmes).

52 ans, l'âge médian des patients suivis

Plus de la moitié des patients de la file active (57 %) 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 53 ans en 2018 tandis que chez les femmes il est de 47 ans. Par ailleurs, l'ancienneté du suivi est importante : elle est supérieure à 15 ans pour plus d'un patient sur deux (52 %). Ce « vieillissement global » de la cohorte doit être pris en compte dans le parcours de santé du patient, avec notamment l'apparition de comorbidité dont les études montrent qu'à âge égal, elles sont plus nombreuses chez les personnes vivant avec le VIH que dans la population générale. 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 vasculaire 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...). L'étude SEPTAVIH, menée par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida, le VIH et les hépatites (ANRS), s'intéresse aux personnes vivant avec le VIH âgées de plus de 70 ans et devrait permettre de mieux cerner les besoins de cette population.

15 Répartition de la file active selon l'origine géographique en Bretagne en 2019



Source : COREVIH Bretagne - File active 2019 sans Saint-Brieuc, exploitation ORS Bretagne.

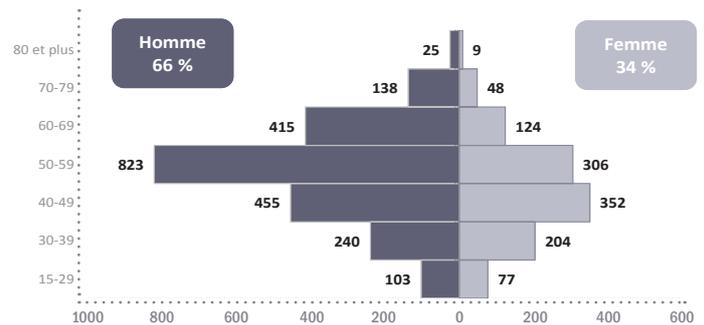
MODES DE TRANSMISSION

Des modes de transmission différenciés chez les hommes et les femmes

Sur l'ensemble de la file active, la transmission 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 transmission par rapports homo/bisexuels est majoritaire chez les hommes (58 %) alors que chez les femmes la transmission par rapports hétérosexuels prédomine largement (82 %). Chez les hommes comme chez les femmes, la transmission par usage de drogues par voie intraveineuse a concerné un peu moins d'un patient suivi sur dix (7 %).

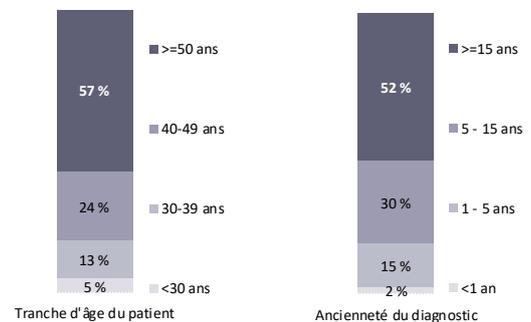
¹Insee, RP2017, exploitation principale.

13 Pyramide des âges de la file active en 2019



Source : COREVIH Bretagne - File active 2019 sans Saint-Brieuc, exploitation ORS Bretagne.

14 Répartition selon l'âge et selon l'ancienneté de la file active en Bretagne (hormis patients du CH de Saint-Brieuc) en 2019

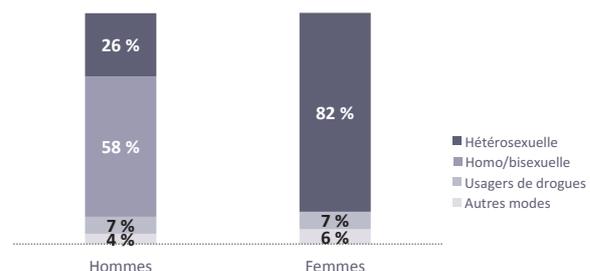


Source : COREVIH Bretagne - File active 2019 sans Saint-Brieuc, exploitation ORS Bretagne.

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

En 2019, sept patients sur dix (69 %) de la file active, sont originaires de France et près d'un sur trois (28 %) est né à l'étranger (principalement dans des pays d'Afrique subsaharienne, 20 %), alors qu'en proportion les personnes immigrées ne représentaient au total que 3,7 % de l'ensemble de la population bretonne en 2017¹. 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.

16 Répartition de la file active selon le mode de transmission* en Bretagne en 2019



Source : COREVIH Bretagne - File active 2019 sans Saint-Brieuc, exploitation ORS Bretagne.

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

CARACTÉRISTIQUES DES CAS PRÉVALENTS

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

Une charge virale indétectable pour 9 patients sur 10

L'essentiel (94 %) des patients, sous traitement depuis plus de six mois, ont une charge virale ≤ 50 copies/ml et 73 % 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 santé à long terme 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 3,3 ans sur la période 2014-2016¹. 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 du nombre de prises 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 2019, près d'un quart de la file active (23 %) a atteint le stade clinique de Sida. Ceci est lié en partie à un diagnostic encore trop tardif de certains patients au cours des toutes dernières années. Mais la plupart des personnes diagnostiquées tardivement peuvent néanmoins

Rappel : Tous les résultats présentés ici se rapportent à l'ensemble de la cohorte de patients suivis en Bretagne, non compris les patients suivis au CH de Saint-Brieuc.

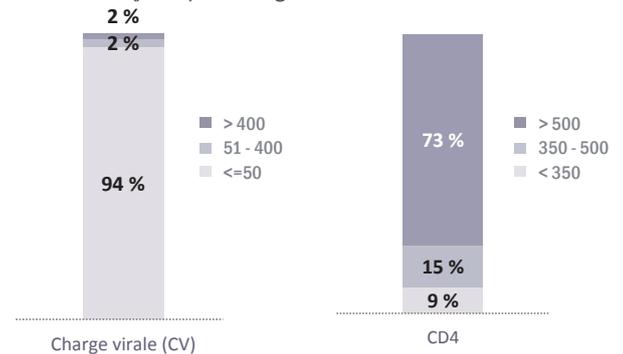
TRAITEMENTS

L'essentiel des patients est sous traitement antiviral

En 2019, seuls 1,1 % des patients n'ont jamais reçu de traitement antiviral (naïfs de tout traitement, le plus souvent du fait de charges virales spontanément très basses ou indétectables), 97,4 % sont sous traitement et seulement 1,5 % des patients déjà traités ne l'est plus au cours de l'année (suspension transitoire, choix du patient...). Au cours des dernières années, l'apparition des inhibiteurs d'intégrases, nouvelle classe thérapeutique très puissante et dont la tolérance globale paraît bonne à moyen terme, a fortement modifié les habitudes de prescription : alors qu'elles étaient quasi-inexistantes jusqu'en 2010, elles représentent aujourd'hui la base de plus de la moitié (50,4%) des 159 schémas thérapeutiques différents recensés au sein du COREVIH Bretagne.

Chez les patients ayant une charge virale durablement indétectable sous trithérapie, se pose la question des allègements de traitements, qui peuvent se faire sous la forme d'une réduction du nombre de

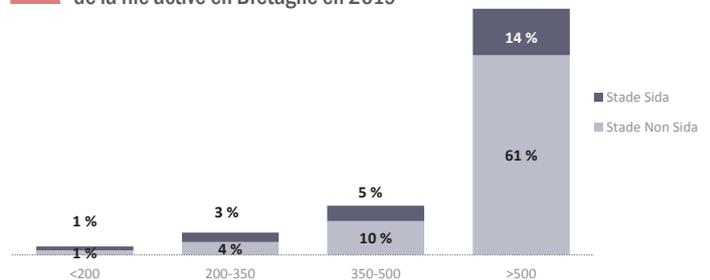
17 Répartition des patients en fonction de leur charge virale (copies/ml) et de leur $CD4$ ($/mm^3$) en Bretagne en 2019*



Source : COREVIH Bretagne – File active 2019 sans Saint-Brieuc, exploitation ORS Bretagne.

*Il s'agit de la dernière charge virale qui concerne uniquement les patients traités depuis plus de 6 mois, ont été exclus les patients ayant initié leur traitement au cours des 6 derniers mois.

18 Niveau de $CD4$ ($/mm^3$) selon le stade clinique pour l'ensemble de la file active en Bretagne en 2019*



Source : COREVIH Bretagne – File active 2019 sans Saint-Brieuc, 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.

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 aujourd'hui supérieur à $350/mm^3$ (19 % en 2019).

molécules utilisées en passant à la bithérapie, ou une réduction du nombre de prise hebdomadaire (traitement 5j/7, en attendant la validation des schémas 4j/7). Ces allègements ont l'avantage de diminuer la « charge thérapeutique » et le risque d'intolérance à long terme pour des résultats équivalents en termes de succès clinique et virologique, et permettent également le plus souvent une réduction des coûts de traitement. En 2019, 10 % des patients sous traitement au sein du COREVIH Bretagne sont traités en bithérapie. Il est beaucoup plus difficile d'évaluer le nombre de personnes recevant un traitement intermittent (5j/7), cette notion ne pouvant être extraite directement de la base de données.

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-sept combinaisons différentes sont prises par plus de 10 personnes, et on dénombre près de 160 combinaisons différentes prescrites au sein du COREVIH (non compris les patients de Saint-Brieuc). Mais en pratique, les deux tiers (64,3 %) des personnes traitées ne prennent qu'un seul comprimé/j d'antirétroviral, que ce soit des trithérapies (très majoritaires, avec 60,3 %), bithérapies ou monothérapies (très minoritaires).

¹ Données 2019, Virginie Supervie, Inserm U1136.

CARACTÉRISTIQUES DES CAS PRÉVALENTS

Rappel : Tous les résultats présentés ici se rapportent à l'ensemble de la cohorte de patients suivis en Bretagne, non compris les patients suivis au CH de Saint-Brieuc.

Des recommandations suivies chez plus de 80 % des personnes traitées

Malgré la diversité des schémas possibles, les combinaisons recommandées sont majoritaires : la base majoritaire du traitement 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) : 84 % des personnes traitées répondent à l'un de ces trois schémas.

CO-INFECTIONS VIH-HÉPATITES

Elles concernent 1 patient sur 7 (14 %)

En 2019, 14 % des patients de la file active sont porteurs de l'AgHBs (114 patients) ou ont été en contact avec le virus de l'hépatite C (375 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, dont 6 % (24 patients) ont une charge virale détectable.
- Moins de 1 % cumule les deux situations.

Parmi les patients pour lesquels l'information est renseignée, l'infection par le virus de l'hépatite B est en lien avec une transmission sexuelle pour près des deux-tiers (63 %) et une toxicomanie intraveineuse (14 %) tandis qu'inversement, pour le virus de l'hépatite C, ce sont celles en lien avec une toxicomanie intraveineuse qui prédominent (64 %) suivies par les infections par voie sexuelle (19 %).

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

Les personnes vivant avec le VIH et le VHC sont plus à risque d'évoluer rapidement vers des complications (par rapport à des personnes vivant uniquement avec le VHC), notamment fibrose et carcinome hépatocellulaire. Les antiviraux utilisés actuellement permettent de guérir 95 à 98 % des personnes vivant avec le VHC, avec une excellente tolérance. En 2017, le COREVIH Bretagne s'était fixé comme objectif 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'agissait à la fois d'un objectif individuel (guérison définitive) et d'un objectif de santé publique (supprimer la chaîne de transmission).

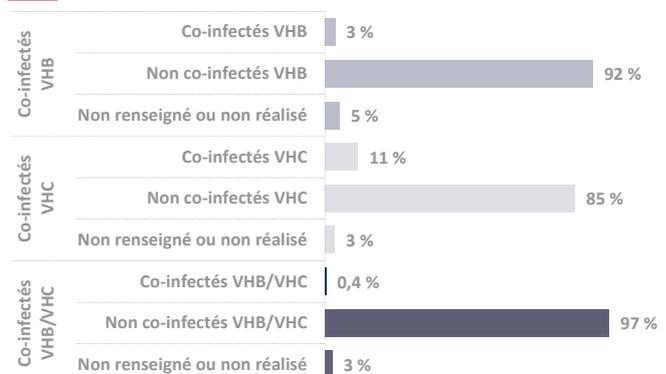
Parmi les patients co-infectés VIH/VHC, 33 % n'ont jamais reçu de traitement anti-VHC, en raison principalement d'une guérison spontanée. Parmi les personnes ayant initié un traitement en 2019, 8 % sont toujours en cours de traitement au 31/12/2019 et on ne peut statuer sur la guérison. Il reste néanmoins 24 personnes infectées par le VIH et porteuses d'une infection VHC active (ARN VHC positif) en Bretagne. Parmi celles-ci, 8 (soit 33 % de ceux qui ont aujourd'hui une infection active) n'ont jamais reçu de traitement, essentiellement par refus de la personne d'être traitée. On n'atteint donc pas le « zéro patient » non traité, mais on s'en approche ! Il est important que les acteurs du COREVIH s'emploient à convaincre ces personnes des bienfaits du traitement, même si elles sont asymptomatiques aujourd'hui, et que toutes les personnes concernées puissent être guéries dans un avenir très proche.

19 Principaux schémas de traitement rencontrés chez les patients traités par antirétroviraux en 2019

	2019	
	N	%
2N+1NN	1239	38 %
2N+1II	1227	37 %
2N+1IPb	298	9 %
Autres	537	16 %

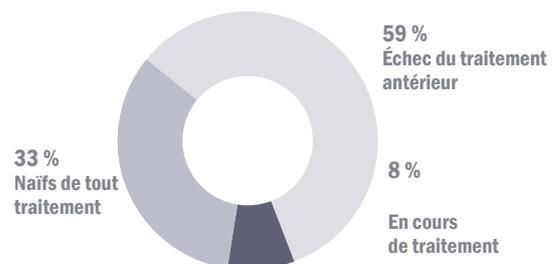
Source : COREVIH Bretagne - File active 2019 sans Saint-Brieuc, exploitation ORS Bretagne.
N : inhibiteur nucléosidique de la transcriptase ; NN : inhibiteur non nucléosidique.
II : inhibiteur d'intégrase boosté ou non ; IPb : inhibiteur de protéase boosté.

20 Co-infections VHB et VHC dans la file active en Bretagne en 2019*



Source : COREVIH Bretagne - File active 2019 sans Saint-Brieuc, 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 2019*



Source : COREVIH Bretagne - File active 2019 sans Saint-Brieuc, exploitation ORS Bretagne.
* Charge virale VHC détectable : ARN viral du VHC >15 copies/ml.

Deux patients sont encore en cours de traitement avec un ARN VHC positif au dernier contrôle en 2019, et seront probablement guéris en 2020 ; 14 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 au plus vite de la pertinence d'un traitement aujourd'hui beaucoup mieux toléré. Enfin, comme en 2018, 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 notification obligatoire des découvertes de séropositivité au VIH sont présentées en pages 5 et 6. Les données ci-dessous, sans celles du CH de Saint-Brieuc, 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 2019, dans les centres participant au recueil du COREVIH à l'exception de Saint-Brieuc, au total 83 personnes (contre 86 en 2018) ont découvert leur séropositivité au VIH en Bretagne.

L'âge moyen est de 36,3 ans et l'âge médian de 35 ans, soit 17 ans en dessous de celui de la file active globale. Ce sont majoritairement des hommes (60 % pour 40 % de femmes), proportion inférieure à celle observée dans la file active globale. Les hommes ont été majoritairement infectés lors de rapports sexuels avec d'autres hommes (52 %, contre 58 % dans la totalité de la file active) et les femmes par rapports hétérosexuels (88 % contre 82 % dans la totalité de la file active). La part des modes d'infection inconnus est quatre fois plus élevée chez les nouveaux dépistés (15 %) que dans la file active globale (4 %). Ce phénomène est probablement lié au fait que le mode d'infection est parfois renseigné après plusieurs consultations seulement. On note une forte proportion de personnes nées en Afrique, notamment chez les femmes : 45 % des nouveaux dépistés dont les données sont renseignées sont nés en Afrique occidentale et centrale (contre 22 % dans la file active globale).

Des prescriptions en conformité avec les recommandations du groupe d'experts de 2019

Pour les 99 patients ayant débuté leur premier traitement en 2019, les trithérapies à base d'inhibiteurs d'intégrases sont majoritaires, avec 44 % des prescriptions, suivies par les associations à base d'inhibiteurs de protéases, qui représentent 38 % et sont en forte baisse au cours des dernières années. Les trithérapies comportant un inhibiteur non nucléosidique et deux inhibiteurs nucléosidiques ne représentent que 17 % des premiers traitements.

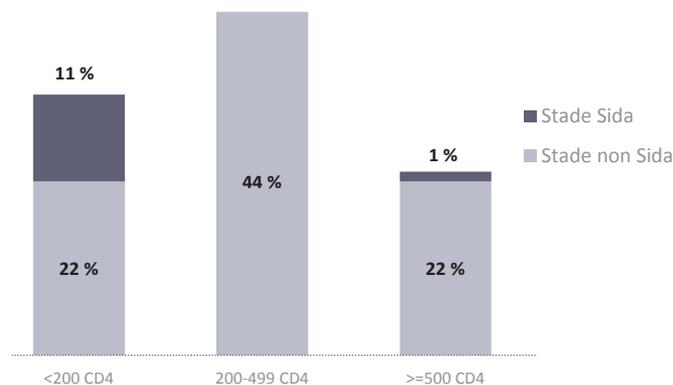
LE SUIVI PÉDIATRIQUE ET LES GROSSESSES

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 d'entrée dans la file active, aux dépens des contaminations verticales en France. Ainsi, en 2019, 18 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 au total que treize combinaisons différentes pour les 18 enfants sous traitement. Le taux de succès virologique (94 %, 17/18) est statistiquement 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.

Près d'un nouveau dépisté sur 4 l'est tardivement

Pour les nouveaux dépistés dont le niveau de CD4 est renseigné (82/83), 23 % (19/82) ont découvert leur infection tardivement parmi lesquels 12 % (10/82) ont atteint le stade Sida et 33 % (27/82) présentent des 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 Bretagne en 2019



Source : COREVIH Bretagne – File active 2019 sans Saint-Brieuc, exploitation ORS Bretagne.

23 Répartition des combinaisons utilisées lors de la première prescription d'antirétroviraux en 2019

	Nombre	%
INHIBITEURS D'INTÉGRASES	44	44 %
Bictégravir / emtricitabine / ténofovir	32	32 %
Raltégravir avec emtricitabine / ténofovir	5	5 %
Dolutégravir / emtricitabine / ténofovir	3	3 %
avec abacavir / lamiduvine	4	4 %
INHIBITEURS DE PROTÉASES	38	38 %
Darunavir/r avec emtricitabine / ténofovir	36	36 %
raltégravir avec emtricitabine / ténofovir*	2	2 %
AUTRES	17	17 %
Rilpivirine / emtricitabine / tenofovir	13	13 %
Autres combinaisons	4	4 %
TOTAL DES COMBINAISONS	99	100 %

Source : COREVIH Bretagne – File active 2019 sans Saint-Brieuc, exploitation ORS Bretagne.

*Les quadrithérapies darunavir/raltégravir/emtricitabine/ténofovir sont liées à la recherche clinique.

En 2019, 75 femmes vivant avec le VIH ont déclaré une grossesse ; 39 femmes porteuses du VIH ont accouché cette même année. L'essentiel de ces femmes (34/39) avait une charge virale indétectable à l'accouchement. L'objectif d'une charge virale indétectable à l'accouchement est donc atteint pour au moins 87 % 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. Certaines femmes dépistées négatives en début de grossesse peuvent ainsi s'infecter avec un conjoint séropositif non dépisté, d'autant plus qu'il existe une plus grande vulnérabilité au VIH en cours de grossesse et d'allaitement. Il est impératif d'intégrer le dépistage des conjoints dans les politiques de prise en charge des femmes enceintes.

Bilan d'activité des CeGIDD 2019

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 Ile-et-Vilaine et un dans les Côtes-d'Armor. Ces centres sont issus de la fusion des anciens CDAG (spécialisés dans le VIH) et CIDDIST (spécialisés dans les autres IST).

En 2019, les 8 sites bretons¹ ont totalisé, en moyenne hebdomadaire, 40,5 demi-journées d'ouverture (125,5 heures/semaine), ce qui est globalement stable par rapport à l'année 2018.

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, 0,07 ETP d'assistante sociale et 0,06 ETP de psychologue. Un certain nombre de coopérations avec d'autres professionnels ont été mises en place (gynécologues, dermato-vénérologues, sexologues, sages-femmes,...), mais elles restent, après quatre années de fonctionnement, assez limitées.

Près de 29 000 consultations ou informations de dépistage ont été réalisées², dont 95 % de consultations médicales. Certains sites associent des activités supplémentaires qui viennent compléter la palette de l'offre : traitement post-exposition du VIH (TPE), Prévention Pré-Exposition (PrEP), conseil en contraception, sexologie...

Par rapport à l'activité des anciens CDAG et CIDDIST, le public consultant s'est diversifié : près de 1 400 hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) ont consulté dans les centres, soit une augmentation de +12 % par rapport à 2018 ; on ne note que 14 personnes transgenres ayant consulté dans les CeGIDD bretons en 2018, ce qui illustre que ces sites ne sont pas encore clairement identifiés comme des lieux de recours par les personnes concernées. Avec plus de 700 usagers de drogues accueillis (5 % de la file active des CeGIDD comme en 2018), on peut par contre se féliciter que les CeGIDD soient considérés comme un lieu d'accueil potentiel. Le public reste très jeune... plus de la moitié des hommes ont moins de 30 ans (60 %) et des femmes moins de 25 ans (61 %) ; près de 700 mineurs ont été accueillis (une proportion en baisse : -27 % par rapport à 2018). Le nombre de consultants migrants a diminué de -20 % : près de 530 migrants se sont rendus dans un CeGIDD en 2019 contre 660 en 2018. Ce dernier chiffre dépend des modalités migratoires et de la politique de répartition nationale des demandeurs d'asile, et peut être très fluctuant d'une année à l'autre.

Au total, près de 12 000 dépistages VIH ont été réalisés (dont 24 se sont avérés des découvertes de séropositivité). Il existe toujours une forte activité de dépistage de la syphilis (6 000 dépistages), avec une baisse du nombre de nouveaux cas diagnostiqués (51 contre 71 en 2018). En 2019, l'activité de dépistage du gonocoque reste en forte augmentation (9 100 tests réalisés contre 6 800 en 2018,

avec 168 positifs, un nombre plutôt stable par rapport à 2018 où 158 positifs étaient décomptés) ainsi que celle des Chlamydiae (9 300 tests en 2019 contre 6 600 en 2018, avec respectivement 694 positifs contre 513). Le dépistage des hépatites B est en légère hausse (7 700 tests contre 7 000 tests en 2018, avec respectivement 55 positifs en AgHBs contre 64 en 2018). Celui des hépatites C est en hausse (6 800 tests contre 5 700 en 2018), pour un nombre des cas positifs relativement stable par rapport à 2018 (36 cas dépistés contre 39 en 2018).

Tous les CeGIDD bretons organisent des activités « hors les murs » : plus de 230 actions ayant touché 3 850 personnes (dont près de 1 200 avec dépistage). Les lieux d'intervention sont diversifiés et sont orientés vers des publics ne fréquentant pas habituellement les CeGIDD « dans les murs » : foyers de jeunes travailleurs, lieux de rencontres extérieurs, saunas, restos du cœur, structures d'accueil de migrants etc.

L'activité de Prévention Pré-exposition et post exposition au VIH est difficile à mesurer au sein des CeGIDD, car distribuée de façon variable d'un site à l'autre entre CeGIDD et services hospitaliers. Entre le 1^{er} janvier 2016 et le 30 septembre 2019³, 568 personnes ont débuté une PrEP en Bretagne (2,8% de la file active française). Le budget global des CeGIDD bretons (hors antenne de Pontivy) atteint presque 1 820 000 €, soit une augmentation de +2 % par rapport à 2018. L'activité des CeGIDD se traduit par de fortes dépenses en biologie (plus de 850 000 € pour la totalité des sites, +19 % par rapport à 2018), alors que les frais de personnels sont un peu supérieurs à 810 000 €.

La base de données commune Web-Suivi/Siloxane, qui sera implantée dans tous les CeGIDD bretons à partir de l'année 2020, doit faciliter encore le suivi des personnes concernées et le recueil des données, permettant ainsi de réaliser facilement les rapports d'activité et la transmission des données individuelles anonymisées à Santé publique France, afin d'être agrégées et exploitées au niveau national.

En 2020-2021, il faudra travailler sur le rapprochement et la complémentarité des CeGIDD avec les Centres de Planification et d'éducation Familiale (CPEF), dont une partie des missions se recoupe.

Dr Cédric ARVIEUX.
Président du COREVIH Bretagne.

24 Dépistages dans les CeGIDD en 2019*

	Dépistages réalisés		Dépistages positifs	
	Nombre	Dont % d'hommes	Nombre	Taux pour 1 000 tests
Infections à VIH	11 812	59 %	24	2,0
Chlamydioses	9 317	nd	694	74,5
Gonocoques	9 099	58 %	168	18,5
Hépatite B	7 738	62 %	55	7,1
Hépatite C	6 772	65 %	36	5,3
Syphilis	5 999	67 %	51	8,5

Source : Rapports d'activité des CeGIDD (non compris l'antenne de Pontivy) - 2019, exploitation ORS Bretagne.
*Le taux de dépistages positifs des gonocoques est un peu sous-estimé, le nombre de tests positifs n'étant pas renseigné pour le site de Morlaix.

¹ Les données pour l'année 2019 n'ont pas pu être collectées pour l'antenne de Pontivy. Toutes les comparaisons par rapport à 2018 sont donc réalisées à site constant, c'est-à-dire sans l'activité de l'antenne de Pontivy.

² Ibid.

³ Groupement d'Intérêt Scientifique EPI-PHARE, novembre 2019 : Suivi de l'utilisation de Truvada® ou génériques pour une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS).

L'HÉPATITE C EN BRETAGNE : TABLEAU DE BORD à paraître prochainement

Depuis 2013, de nouvelles thérapeutiques permettent, grâce à des traitements courts, simples et bien tolérés, d'atteindre des taux de guérison compris entre 95 et 100 %. Ainsi l'hépatite virale C est devenue la première maladie virale chronique que l'on peut guérir. C'est dans ce contexte que l'OMS en a fait une stratégie mondiale appelant à l'éliminer d'ici 2030. Des objectifs convergents ont été repris au niveau national et déclinés en Bretagne dans le Plan Régional de Santé Sexuelle (PRSS) et le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) État-ARS.

L'enjeu majeur pour la région Bretagne est donc, de renforcer le dépistage pour les personnes qui ignorent leur séropositivité

pour le VHC et d'amener le maximum de personnes, dépistées positives, vers une guérison grâce à une prise en charge adéquate par les structures de soins. La surveillance de l'hépatite C est l'une des clés de la lutte contre ce virus.

C'est dans ce cadre que l'ORS Bretagne, avec la collaboration de l'ARS Bretagne, du Réseau Hépatites Bretagne et du service des maladies infectieuses du CHU de Rennes, a élaboré un tableau de bord sur l'hépatite C en Bretagne. Ce document regroupe et analyse l'ensemble des dernières données régionales disponibles sur la prévention (dépistage et diagnostic) et la prise en charge (soin et l'accompagnement).

HÉPATITE C EN BRETAGNE



Tableau de Bord Octobre 2020

Le contexte

Avec l'avancée récente des traitements de l'hépatite C, grâce à la mise sur le marché depuis la fin 2013 des nouvelles générations d'antiviraux à action directe (AAD) et progressivement l'élargissement de l'accès de ces nouvelles thérapeutiques à l'ensemble des porteurs chroniques du VHC, l'hépatite C est devenue la première maladie virale chronique que l'on peut guérir.

C'est dans ce contexte qu'en 2014, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini un cadre mondial pour l'élimination des hépatites B et C à l'horizon 2030. Au niveau national, des objectifs convergents de travail ont été repris dans la Stratégie nationale de Santé Sexuelle, le Plan Priorité Prévention, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), de l'Association Française pour l'Étude du Foie (AFEF)... Ces objectifs ont aussi été déclinés en Bretagne dans le Plan Régional de Santé Sexuelle (PRSS) et le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) État-ARS.

Par ailleurs, en référence au Plan Priorité Prévention, la dernière avancée importante dans le renforcement de l'accessibilité aux traitements de l'hépatite C date du 20 mai 2019. Elle se traduit par la simplification du parcours de soins des patients atteints de formes non compliquées de l'hépatite C et sans facteur de comorbidités, grâce à l'ouverture de la prescription de deux médicaments AAD à l'ensemble des médecins (notamment aux médecins généralistes).

Néanmoins, renforcer le dépistage, et notamment dans une approche systématique combinée du VIH, du virus de l'hépatite C (VHC) et du virus de l'hépatite B (VHB), reste la première étape vers l'éradication de l'hépatite C pour permettre une prise en charge rapide et éliminer les réservoirs de personnes susceptibles de transmettre le virus. En effet, l'hépatite C est une maladie silencieuse et encore trop de personnes demeurent non testées et porteuses d'infections virales non diagnostiquées.

Quels objectifs ?

L'enjeu majeur pour la région Bretagne est donc, de dépister les personnes qui ignorent leur séropositivité pour le VHC et d'amener le maximum de personnes, dépistées positives, vers une guérison grâce à une prise en charge adéquate par les structures de soins.

La surveillance de l'hépatite C est l'une des clés de la lutte contre ce virus. Dans ce cadre, la mise en œuvre d'un tableau de bord régional tel que présenté par le [rapport D201900004](#) a pour objectifs de regrouper les données épidémiologiques régionales disponibles sur l'hépatite C, d'explorer et d'analyser l'ensemble de ces données sur la prévention (dépistage) et la prise en charge (soin et accompagnement).

Document à diffusion contrôlée et réservé aux professionnels de santé. Association Française pour l'Étude du Foie, Ministère des affaires sociales et de la santé. Financé dans le cadre de la convention de partenariat de l'ARS Bretagne et de l'Association Française pour l'Étude du Foie. Rapport de recommandations Paris - EDI/EPJ Sciences, 2014.





Les chiffres-clés

... du dépistage en Bretagne (en 2016)

39 dépistages du VHC pour 1 000 habitants
la Bretagne est la région française qui dépiste le moins (soit 130 500 tests réalisés)



4 % des tests réalisés en CeGIDD



Au 4^e rang des régions les moins touchées avec 789 sérologies positives



soit un taux de 24 tests positifs pour 100 000 habitants



L'enjeu majeur pour la région Bretagne



1 personne infectée sur 5 ne connaît pas son statut

... de la prise en charge en Bretagne



2 400 personnes en ALD pour hépatite C en 2016



au 4^e rang des régions les moins concernées

74 pour 100 000 habitants



Au total, 2 400 patients suivis en RCP* par le Réseau Hépatite Bretagne entre 2014 et 2019



En 2019, 400 patients bretons ont eu au moins un remboursement pour un traitement par un AAD majoritairement délivré en officine de ville**



L'enjeu majeur pour la région Bretagne



L'hépatite C peut être traitée avec des médicaments qui ont un taux de guérison

> 95 %

*Réunion de concertation pluridisciplinaire.
**Antiviral à action directe.

INFECTIONS À SYPHILIS ET CHLAMYDIA

ACTIVITÉ DE DÉPISTAGE DANS LES LABORATOIRES HOSPITALIERS PRIVÉS À PARTIR DES DONNÉES DU SNDS

Les données nationales de surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) témoignaient d'une très forte croissance des diagnostics d'infection à chlamydiae, gonocoques et syphilis depuis le début des années 2000. En l'absence des résultats de l'enquête LaboIST, les données relatives à l'activité de dépistage présentées sous Géodes¹ sont restituées.

MÉTHODOLOGIE :

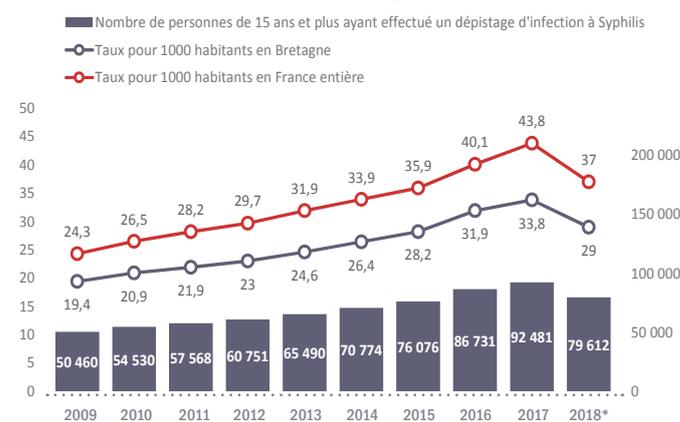
Les données de remboursement de l'assurance maladie permettent de connaître l'activité de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis et de la syphilis dans les laboratoires privés (laboratoires de ville et établissements de soins privés). Les tests réalisés gratuitement ne sont pas inclus dans ces données.

INFECTIONS À SYPHILIS

Des dépistages de la syphilis moins fréquents en Bretagne

En 2018, 79 612 personnes de 15 ans et plus ont effectué un test de dépistage de la syphilis remboursé par l'AM en Bretagne dans le secteur privé pour l'ensemble des régimes, soit un taux de dépistage de 29 pour 1 000 habitants nettement inférieur à celui mesuré en France (37 pour 1 000 habitants) ce qui place la Bretagne au 4^e rang des régions métropolitaines qui dépiste le moins la syphilis. Après l'augmentation constante observée entre 2009 et 2017 : +7 % en moyenne annuelle au niveau régional et national, le taux de personnes dépistées pour infection à syphilis a diminué en 2018. Mais, les données étant incomplètes pour le 3^e trimestre 2018, cette baisse est à interpréter avec prudence.

2.5 Évolution du nombre de personnes de 15 ans et plus dépistées pour infection à syphilis et des taux pour 1 000 habitants en Bretagne et en France, 2009-2018 (données tous régimes)



Source : Santé publique France, Géodes - Exploitation SNDS : données téléchargées le 26/10/2020, exploitation ORS Bretagne.

* Données incomplètes pour le 3^e trimestre 2018.

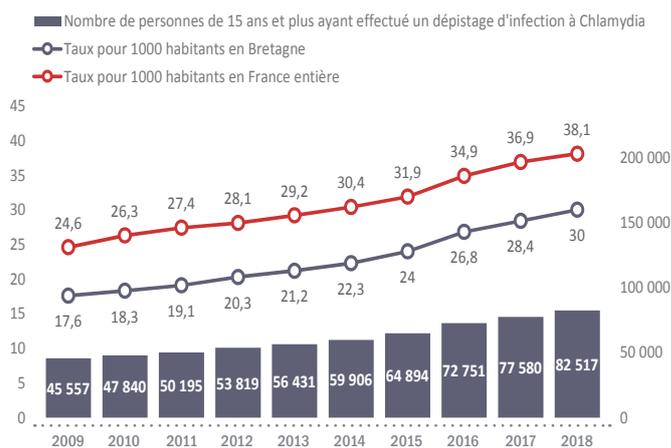
INFECTIONS À CHLAMYDIA TRACHOMATIS

La Bretagne au 4^e rang des régions de métropole qui dépiste le moins les infections à Chlamydia

En 2018, 82 517 personnes de 15 ans et plus ont réalisé un test de dépistage d'infection à Chlamydia trachomatis remboursé par l'AM en Bretagne, soit un taux de dépistage de 30 pour 1 000 habitants nettement inférieur à celui mesuré en France (38,1 pour 1 000 habitants) ce qui positionne la région au 4^e rang des régions de France métropolitaine de plus faible recours. Ce constat perdure depuis 2009, malgré l'accroissement continu du taux de +8 % en moyenne annuelle, soit une augmentation sur l'ensemble de la période de +70 % en Bretagne contre +55 % en France. La Bretagne reste donc parmi les régions métropolitaines où l'on dépiste le moins les chlamydiae.

La situation est contrastée au niveau départemental. Les Côtes-d'Armor affiche le taux de dépistage d'infection à chlamydia le plus faible (24 pour 1 000 habitants), à l'opposé, l'Ille-et-Vilaine présente le taux le plus élevé (36,2). Les deux autres départements bretons sont dans une situation intermédiaire avec des taux similaires (Finistère : 28,5 et Morbihan : 28,2) proches de la moyenne régionale (30).

2.6 Évolution du nombre de personnes dépistées de 15 ans et plus pour infection à Chlamydia trachomatis et des taux pour 1 000 habitants en Bretagne et en France, 2009-2018 (données tous régimes)



Source : Santé publique France, Géodes - Exploitation SNDS : données téléchargées le 26/10/2020, exploitation ORS Bretagne.

¹ L'observatoire cartographique de Santé publique France, cliquer sur le lien suivant pour accéder à [Géodes](#).

UTILISATION DE LA PREP AU VIH EN CHIFFRES...

Suivi de l'utilisation de l'association ténofovir-emtricitabine à partir des données du SNDS

Le Groupement d'Intérêt Scientifique (GIS) EPI-PHARE a publié, fin novembre 2019, une étude sur le suivi de l'évolution de l'exposition des personnes traitées par ténofovir-emtricitabine pour une PrEP du VIH à partir des bases du Système National des Données de Santé (SNDS). Cette étude a actualisé les chiffres, précédemment exploités par l'ANSM, depuis le début de la prise en charge de ténofovir-emtricitabine dans le cadre de la PrEP du VIH.

Des initiations de PrEP en forte augmentation au cours de la période récente...

En Bretagne, près de 570 bretons ont bénéficié d'une 1^{ère} prescription PrEP entre le 1^{er} janvier 2016 et le 30 juin 2019, soit 2,8 % de l'ensemble des initiations de traitement par l'association ténofovir-emtricitabine (TDF/FTC) en France (n=20 478). Plus de la moitié (51 %) de ces délivrances ont eu lieu au 2^e semestre 2018 et au 1^{er} semestre 2019 en Bretagne. Par ailleurs, elles sont variables selon le département de résidence des patients : l'Ille-et-Vilaine et le Finistère concentrant plus des trois quarts (78 %) des initiations de PrEP dans la région.

... qui s'accompagnent d'une forte progression des renouvellements

En Bretagne comme en France, l'ensemble des utilisateurs de PrEP (en initiation ou en renouvellement)¹ a augmenté continuellement tous les semestres entre 2016 et 2019. La part des utilisateurs en renouvellement a aussi progressé fortement. Depuis 2018 les PrEP par ténofovir-emtricitabine concernent davantage de personnes en renouvellement qu'en initiation. Depuis cette date, chaque semestre, 6 utilisateurs sur 10 concernent des personnes en renouvellement. Ce dernier résultat suggère un bon niveau de maintien du traitement après son initiation.

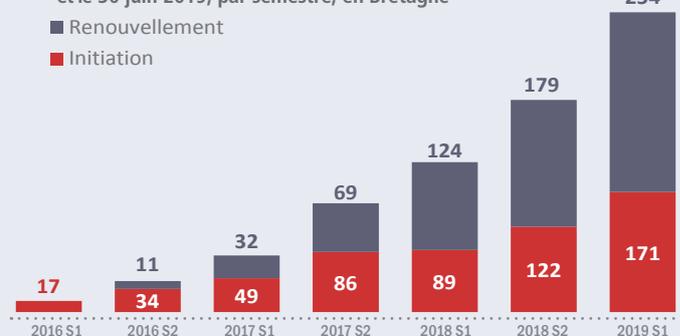
Les prochains résultats avec les données du second semestre 2019 et du premier semestre 2020, à paraître prochainement, permettront de confirmer si les tendances observées se poursuivent.

¹ Au cours d'un semestre, les utilisateurs de PrEP regroupent d'une part, les personnes initiant le traitement au cours du semestre, et d'autre part, les personnes pour lesquelles le traitement, initié précédemment, est renouvelé au cours du semestre.

27 Nombre de personnes ayant initié un traitement par ténofovir-emtricitabine pour une PrEP entre le 1^{er} janvier 2016 et le 30 juin 2019 en Bretagne

Département de résidence	Total période 2016 S1 à 2019 S1	% / Total Bretagne
22-Côtes-d'Armor	50	8,8 %
29-Finistère	190	33,5 %
35-Ille-et-Vilaine	251	44,2 %
56-Morbihan	77	13,6 %
Bretagne	568	100,0 %

Source : EPI-PHARE - Données au 30 juin 2019, exploitation ORS Bretagne.

28 Nombre total d'utilisateurs (initiation ou renouvellement) entre le 1^{er} janvier 2016 et le 30 juin 2019, par semestre, en Bretagne

Source : EPI-PHARE - Données au 30 juin 2019, exploitation ORS Bretagne.

RÉFÉRENCES

Billioti de Gage S, Le Tri T, Dray-Spira R, GIS EPI-PHARE. Suivi de l'utilisation de Truvada® ou génériques pour une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS) - Actualisation des données jusqu'au 30 juin 2019. Novembre 2019, 30 pages.

<https://www.epi-phare.fr/rapports-etudes-et-publications/>

« PRÉVENTION & DÉPISTAGE » : données complémentaires

▪ **Vente des autotests de dépistage de l'infection par le VIH** : les autotests sont en vente en pharmacie sous ordonnance depuis septembre 2015. Au cours de l'année 2019, en Bretagne, 2 425 ont été vendus. En 2018, 2 579 autotests y avaient été vendus à un prix moyen de 26,14 €.

▪ **Vente de préservatifs masculins** : en 2019, en Bretagne, 5 314 435 préservatifs masculins ont été vendus, à l'unité, en pharmacie et en grande distribution (ventes en ligne, en parapharmacie et supermarchés à dominante marque propre non comptabilisées) contre 5 105 658 en 2018. Par ailleurs, Santé publique France, l'Agence régionale de santé (ARS) Bretagne, le COREVIH et les Conseils Départementaux mettent également à disposition gratuitement des préservatifs pour l'ensemble des acteurs régionaux de la prévention (CeGIDD, associations, ...).

▪ **Utilisation de la PrEP** : l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) actualise pour la 4^e année consécutive, les données nationales et régionales sur l'utilisation de la prophylaxie pré-exposition au VIH par Truvada (ou génériques). Ces données nationales et régionales actualisées seront disponibles sur le site de l'ANSM fin novembre 2020. Les données de l'année dernière sont présentées dans l'encart précédent.

Sources : Santé publique France et Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

ALGORITHME DE REPÉRAGE DES CANDIDATS POTENTIELS AU TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE PRÉ-EXPOSITION DU VIH (PREP) À PARTIR DE L'EXPLOITATION D'UN ENTREPÔT DE DONNÉES*



La PrEP est efficace dans la prévention de l'infection par le VIH, en particulier chez les HSH, mais sous-utilisée en France. Il reste difficile d'identifier un certain nombre de candidats à la PrEP en dehors du parcours CeGIDD ou des personnes fréquentant les associations qui s'intéressent au sujet. Le but de cette étude a été de développer un algorithme automatisé de prédiction du risque d'infection VIH qui utilise les données du Dossier Patient informatisé disponibles dans le Centre de Données Cliniques du CHU de Rennes.

>> MÉTHODE

Un peu plus de 160 variables potentiellement prédictives du risque VIH ont été construites (précarité, pratiques à risques, antécédents IST,...). Ont été incluses les données clinico-biologiques des patients âgés de 18 ans ou plus ayant réalisé au moins une visite entre 2013 et 2019. Deux groupes (appariés selon le sexe, l'âge et le nombre de visites) ont été constitués avec :

- 156 patients qui ont eu une infection par le VIH durant la période et,
- 761 témoins qui n'ont pas eu d'infection VIH connue et aucun suivi PrEP durant la période.

>> RÉSULTATS

L'algorithme retenu, sur les neuf modèles de prédiction testés, a permis d'identifier 73,3 % des patients ayant réellement une infection à VIH. En miroir, 88,7 % des patients n'ayant pas eu d'infection à VIH ont été détectés comme non à risque d'infection VIH par l'algorithme. L'outil développé semble être efficace, dans un parcours hospitalier classique, pour identifier les patients à risque de contracter le VIH et pourrait aider à repérer les candidats potentiels à la PrEP. Une étape de validation sur données externes est toutefois nécessaire.

>> PERSPECTIVES

Ultérieurement, le COREVIH souhaiterait inclure les données de l'assurance maladie dans les recherches de ce type, afin de rendre le système plus performant. Restera à définir collectivement comment les personnes identifiées comme pouvant bénéficier de la PrEP doivent être abordées pour leur transmettre l'information.

Jean-Charles DUTHÉ.

Technicien d'Études Cliniques - COREVIH Bretagne.

* Étude réalisée dans le cadre d'un stage de master 2 au sein de l'équipe INSERM «Données massives en Santé» du Centre de Données Cliniques du CHU.

SEMAINES SANTÉ SEXUELLE EN BRETAGNE : BILAN 2019 ET 1^{ÈRE} SEMAINE DU DÉPISTAGE 2020



Une bonne santé sexuelle est un élément essentiel de la qualité de vie. Comment accompagner les acteurs de la lutte contre le Sida vers une approche de la santé sexuelle, en construisant une culture commune avec les acteurs « historiques » de la santé sexuelle (CPEF, réseau périnatalité, ...)?

Comment mettre en place un parcours coordonné de prise en charge pour l'utilisateur ?

La construction des semaines de santé sexuelle du COREVIH Bretagne s'est appuyée essentiellement sur 3 opportunités :

- **Les collectifs Sida en Bretagne** : ils ont de plus en plus de difficultés à mobiliser les acteurs de la lutte contre le Sida. Le principe a été d'élargir ces collectifs en y intégrant les acteurs de la santé sexuelle.
- **Le Plan Régional de Santé Sexuelle (PRSS)** : l'ARS Bretagne a décliné la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle en plan régional spécifique de façon concertée avec les acteurs.
- **Semaine du dépistage** : cette action nationale a été déclinée de façon régionale en intégrant un volet « dépistage » au sein des semaines de santé sexuelle de Bretagne.

ACTIONS 2020 :

Semaine du dépistage du 22/09 au 01/10



Semaine du dépistage en Bretagne

Après l'été, je me fais dépister !

Du 22 septembre au 1^{er} octobre 2020

>> MÉTHODE

En 2019, le COREVIH Bretagne a organisé quatre « Semaines de la santé sexuelle » successives, une dans chaque département breton, **entre le 18 novembre et le 15 décembre**.

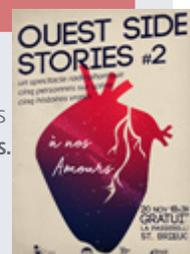
Ces semaines ont pour objectif global de sensibiliser le public aux questions de santé sexuelle, dans toutes ses dimensions.

> OBJECTIFS DE LA SEMAINE DE SANTÉ SEXUELLE

- >**SENSIBILISER** le public aux questions de Santé sexuelle.
- >**INFORMER** sur les différentes approches de la Santé sexuelle.
- >**RASSEMBLER** à la lueur de cette mobilisation, acteurs et spectateurs des manifestations, professionnels et usagers de la Santé sexuelle.
- >**AIDER** au développement de réseaux de solidarité, de réflexion et de soins en Santé sexuelle.
- >**FAIRE CONNAÎTRE** les lieux, les moyens et les personnes pouvant apporter un soutien ou une information de proximité
- >**RENFORCER** la prévention et le dépistage des IST et renforcer les stratégies de vaccination.

>> RÉSULTATS

- **13 référents** par action et/ou territoire ont été désignés.
- **169 acteurs** représentant **98 structures** différentes ont rassemblé **1 160 personnes** en **25 actions** réalisées.
- Création du spectacle « **A nos amours** » par OUIFIPO/ OUEST SIDE STORIES : **523 spectateurs** en **6 représentations**.
- Création et diffusion d'outils de communication.
- Achats et diffusion de matériels de réduction des risques.



>> CONCLUSION

Ces semaines de santé sexuelle ont rendu possible la collaboration et la mobilisation des acteurs bretons. Elles ont atteint leur objectif d'unification des acteurs traditionnels de la lutte contre le Sida et de ceux de la santé sexuelle.

Hadija CHANVRIL.

Coordinatrice du COREVIH Bretagne.



POUR EN SAVOIR PLUS :

>> VEILLE DOCUMENTAIRE :

- BULLETIN D'INFORMATION DU COREVIH - 1^{er} décembre 2020, n° 23 : [consulter le bulletin sur le site du COREVIH](#)
- BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE - DÉPISTAGE DU VIH : NOUVELLES EXPÉRIMENTATIONS, DONNÉES DE SURVEILLANCE ET IMPACT DE LA COVID - 1^{er} décembre 2020, n° 33-34 : [télécharger le bulletin](#)
- BULLETIN DE SANTÉ PUBLIQUE - ÉDITION NATIONALE. SURVEILLANCE DU VIH ET DES IST BACTÉRIENNES. Décembre 2020 : [télécharger le bulletin](#)
- BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE - DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DES HÉPATITES B ET C ET DE LEURS COMPLICATIONS - 24 novembre 2020, n° 31-32 : [télécharger le bulletin](#)
- COVID 19 - POUR UNE REPRISE PROGRESSIVE DES ACTIVITÉS DES STRUCTURES DE PRÉVENTION EN SANTÉ : [télécharger la fiche](#)
- COVID 19 - FICHE RELATIVE À LA REPRISE DES ACTIVITÉS POUR LES ASSOCIATIONS HABILITÉES À RÉALISER DES TROD VIH ET VHC : [télécharger la fiche](#)
- CORONAVIRUS ET SEXUALITÉ, CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE OU NE PAS FAIRE PENDANT VOTRE PÉRIODE DE CONFINEMENT : [consulter la plateforme Charles.co](#)
- LA RÉDUCTION DES RISQUES À L'ÉPREUVE DU COVID 19 : [lire le numéro spécial de SWAPS](#)

>> LIENS UTILES :

- SANTÉ PUBLIQUE FRANCE : [accéder au site](#)
 - SURVEILLANCE ET PRÉVENTION : [VIH/sida](#) | [Syphilis](#) | [Gonococcie](#) | [Chlamydiae](#) | [Santé sexuelle](#)
 - DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES PAR PUBLIC (tout public, jeunes, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, migrants) : retrouver tous les dispositifs [en cliquant ici](#)
 - OBSERVATOIRE CARTOGRAPHIQUE – GÉODES : Toutes les données régionales et nationales de la surveillance épidémiologique du VIH-Sida et des hépatites virales en France : [cliquez ici](#)
- SIDA INFO SERVICE : [accéder au site](#)
- HÉPATITES INFO SERVICE : [accéder au site](#)
- ONUSIDA : [accéder au site](#)

