

## Le VIH et les infections sexuellement transmissibles en Nouvelle-Aquitaine Bilan annuel 2016

[Page 2-5](#) | Infection à VIH- activité de dépistage et bilan des déclarations obligatoires en 2016 |

[Page 5-6](#) | Sida - bilan des déclarations obligatoires en 2016 |

[Page 7-9](#) | IST - bilan RésIST en 2016 |

[Page 10-11](#) | Mise en place de la PrEP dans l'ex-Aquitaine et premiers résultats au CHU de Bordeaux (C. Cazanave, M. Deborde, M. Hessamfar au nom de la Commission PREP du COREVIH ex-Aquitaine) |

[Page 12](#) | COREVIH Nouvelle-Aquitaine

[Page 12](#) | Cohorte GECSA -COREVIH, bilan 2016

### | A la une |

L'année 2017 a été marquée par plusieurs nouveautés, institutionnelles, thérapeutiques et épidémiologiques. Sur le plan institutionnel, la création du Corevih Nouvelle Aquitaine va permettre une meilleure coordination des acteurs de prévention, de dépistage et de traitement des IST dans toute la région Nouvelle Aquitaine. De plus le Corevih, chargé de récolter les données épidémiologiques, pourra à l'avenir produire des informations régionales associant la prévention, et la surveillance.

L'année 2017 est également marquée par l'épidémie d'hépatite A qui touche toutes les régions métropolitaines. Du 1er janvier au 31 octobre 2017, 186 cas d'hépatite A ont été déclarés en Nouvelle-Aquitaine, affectant principalement des hommes (76% des cas) dans tous les départements. Les trois souches dites épidémiques circulant chez les Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes ont été identifiées parmi les cas en Nouvelle-Aquitaine. La survenue de plusieurs foyers de cas groupés impliquant des femmes suggère un début de diffusion de la communauté HSH vers la population générale.

Les données de surveillance épidémiologique de l'année 2016, présentées dans ce numéro montrent une stabilisation de l'activité de dépistage du VIH et des découvertes de séropositivité VIH en Nouvelle-Aquitaine. La baisse du nombre de diagnostics

de sida s'est poursuivie en 2016. Par contre, on observe une augmentation de la syphilis et de l'infection à gonocoque en Nouvelle-Aquitaine. Cette hausse pourrait être associée à une meilleure fréquentation des Cegidd, car ces structures sont les principaux participants du réseau de surveillance des IST en région (ResIST).

Depuis 2016, la possibilité d'utiliser la prophylaxie pré exposition, ou PrEP, a permis une meilleure prise en charge, à la fois préventive pour les risques de contamination par le VIH et thérapeutique. En effet, les patients inclus dans les protocoles du PrEP sont des personnes particulièrement à risque pour les pathologies liées aux pratiques sexuelles. La mise à disposition de ce traitement nécessite un suivi médical et permet d'encourager le dépistage des IST non traitées par le PrEP. Cependant, la substitution du préservatif par le PrEP dans les populations les plus exposées ne doit pas faire diminuer la vigilance des professionnels de santé sur l'importance du dépistage des IST. Dans ce numéro, Charles Cazanave et l'équipe de la Commission PreP du Corevih Nouvelle-Aquitaine présentent les premiers résultats de la mise en œuvre de la PrEP dans les départements de l'ex-Aquitaine et plus particulièrement, au CHU de Bordeaux.

Cette partie du bulletin présente les données du dépistage et du diagnostic de l'infection à VIH et du diagnostic de Sida en région Nouvelle-Aquitaine à partir de trois systèmes de surveillance 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. Le formulaire papier ou le lien pour répondre en ligne à LaboVIH sont disponibles auprès de Santé publique France. Depuis avril 2016, il est possible de participer à LaboVIH en ligne sur [www.e-do.fr](http://www.e-do.fr)

La notification obligatoire de l'infection par le VIH est réalisée à la fois par le biologiste et par le clinicien pour toute personne dont la sérologie est confirmée positive pour la première fois par le laboratoire. A 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 une personne.

La notification obligatoire du Sida est réalisée par le clinicien pour tout nouveau diagnostic de Sida. Ces deux notifications sont anonymisées à la source par le déclarant, elles comportent en guise d'identifiant un code d'anonymat, calculé au moyen d'un logiciel fourni par Santé publique France.

Jusqu'en avril 2016, les notifications obligatoires étaient réalisées à partir de formulaires papier, fournis sur demande aux déclarants (biologistes et cliniciens) par l'ARS de leur région d'exercice. Depuis avril 2016, la notification peut s'effectuer en ligne sur [www.e-do.fr](http://www.e-do.fr).

La surveillance virologique est couplée à la notification obligatoire 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.

## DONNEES NATIONALES

- Le nombre total de sérologies VIH réalisées en 2016 est estimé, à partir de l'activité des laboratoires participant au réseau LaboVIH, à 5,43 millions (IC 95% 5,34-5,52), soit 81 sérologies VIH pour 1 000 habitants. Cette activité de dépistage est identique à celle calculée en 2015. La proportion de sérologies confirmées positives est de 2,0 pour 1 000 sérologies réalisées, une proportion identique à celle calculée en 2015.
- Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en France en 2016 est estimé, à partir de la DO du VIH, à près de 6 000 personnes (IC 95% 5 751- 6 255), soit 90 découvertes par million d'habitants. Ce nombre est stable sur la période 2014-2016.
- Environ 900 cas de sida ont été diagnostiqués en 2016, majoritairement des hommes (67%) et principalement chez des personnes qui n'avaient pas reçu de traitement antirétroviral avant leur diagnostic de sida (76%).

## NOTE

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

Ces données peuvent être brutes, c'est-à-dire limitées aux données parvenues à SpF à cette date. Les données brutes permettent de décrire les caractéristiques des cas.

Ces données peuvent être corrigées pour tenir compte des délais de déclaration, de la sous-déclaration, et des valeurs manquantes sur les déclarations reçues. Pour connaître le nombre annuel de diagnostics, pour analyser les évolutions au cours du temps ou pour comparer les régions en rapportant les cas à la population, il est nécessaire d'utiliser des données corrigées. Ces corrections sont d'autant plus fiables et précises que l'exhaustivité de la déclaration est élevée.

L'analyse porte sur les cas d'infection à VIH et de Sida résidant dans la région Nouvelle-Aquitaine. Dans les données corrigées, la région de déclaration est utilisée par défaut lorsque la région de domicile n'est pas renseignée.

## 1 Activité de dépistage du VIH

En 2016, 402 013 (IC 95% : 380 222 - 423 804) sérologies VIH ont été réalisées en Nouvelle-Aquitaine. Le nombre de sérologies VIH réalisées pour 1 000 habitants est de 68 (IC95% : 64-71) en 2016. La Nouvelle-Aquitaine figure parmi les régions avec un taux de dépistage intermédiaire (Figure 1). Ce nombre est relativement stable sur les cinq dernières années (Figure 2) et est inférieur à la moyenne en France (81 sérologies / 1000 habitants).

La proportion de sérologies VIH positives pour 1 000 tests est de 1,1 en 2016, inférieure à la proportion calculée pour la France (2,0) et stable depuis 2010 (Figure 2). La proportion de sérologies VIH positives pour 1 000 tests anonymes est de 2,6 en 2016, inférieure à la proportion en France (3,5 sérologies positives / 1 000 tests anonymes) mais nettement supérieure à la proportion calculée en 2015 (1,4 / 1000 tests anonymes) pour la région.

Figure 1. Taux de dépistage du VIH par 1000 habitants par région en 2016, (Source : SpF données DO VIH)

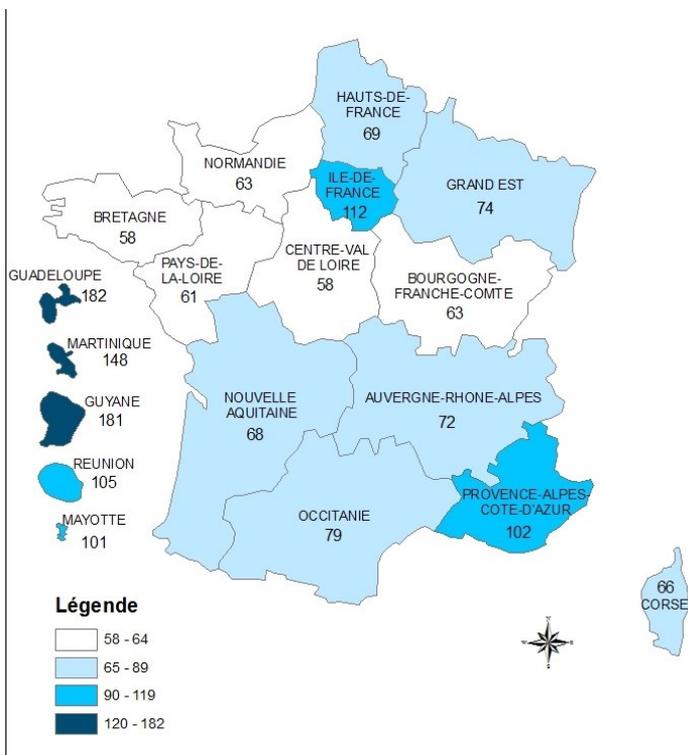
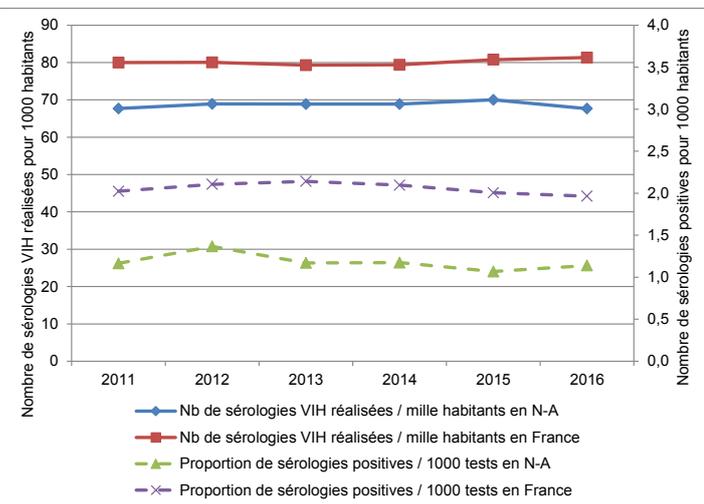


Figure 2. Évolution du nombre de sérologies réalisées pour 1 000 habitants et du nombre de sérologies positives pour 1 000 tests en région Nouvelle-Aquitaine et en France, 2011-2016. (Source : SpF données DO VIH)



## 2 Découvertes de Séropositivité

### 2.1 Évolution des découvertes de séropositivité

En 2016, le nombre corrigé\* de découvertes de séropositivité VIH par million d'habitants résidant en Nouvelle Aquitaine, se situe entre 35 et 55, avec une valeur centrale de 45. La région est parmi les régions avec les taux de découverte les plus faibles (Figure 3).

Le taux annuel de découvertes de séropositivité VIH en Nouvelle Aquitaine est stable depuis 2003 et semblable au taux calculé pour la France métropolitaine hors Ile-de-France (Figure 4).

\* pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes

Figure 3. Nombre de découvertes de séropositivité VIH par million d'habitants par région, en 2016 (Sources : SpF DO VIH, données corrigées).

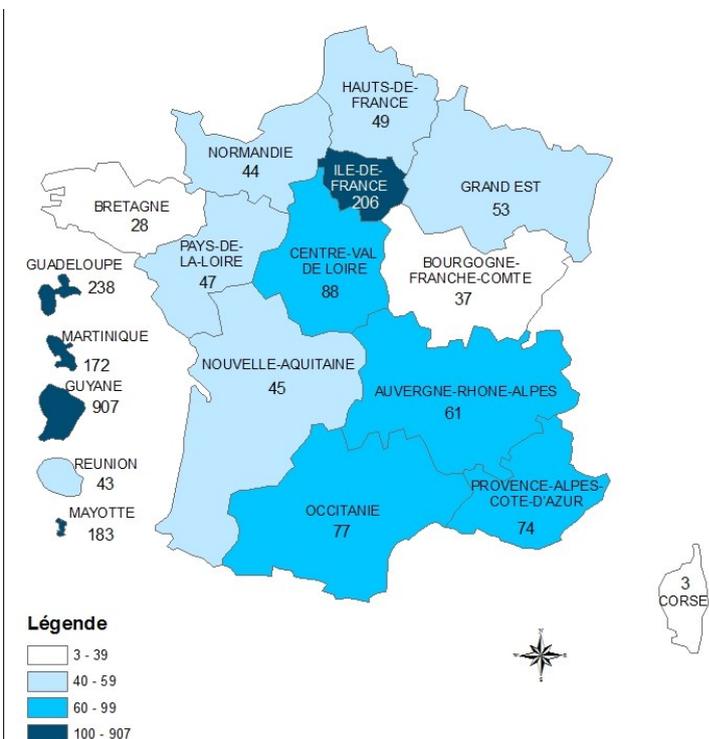
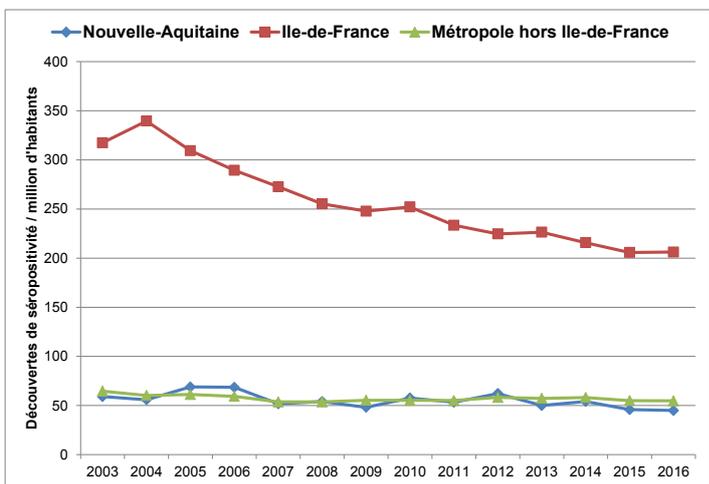


Figure 4. Évolution du taux annuel de découverte de séropositivité VIH en France métropolitaine hors IDF, Ile-de-France (IDF) et Nouvelle Aquitaine (NA) de 2003 à 2016 ((Sources : SpF DO VIH, données corrigées).



## 2.2 Caractéristiques des découvertes de séropositivité VIH

- Les caractéristiques socio-démographiques des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2016 sont semblables à celles de la période 2011-2015 (Tableau 1). Les découvertes de séropositivité VIH concernent toujours majoritairement les hommes (71% des découvertes). L'âge médian est de 39 ans. Soixante et un pourcent des découvertes en 2016 sont dans la tranche d'âge 25-49 ans, 10% chez les moins de 25 ans et 29% chez les 50 ans et plus. 28% des personnes ayant découvert leur séropositivité sont nées en Afrique sub-Saharienne.
- Le mode de contamination principal est le rapport sexuel : rapports sexuels entre hommes (HSH) pour 44% des découvertes et rapports hétérosexuels pour 53% des découvertes. La proportion des HSH était inférieure à celle des hétérosexuels en 2016 à l'inverse de ce qui avait été observé en 2015 (Figure 5).

**Tableau 1.** Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des découvertes de VIH notifiées en Nouvelle Aquitaine entre 2011 et 2016 (Sources : SpF données de la DO de VIH brutes après avoir exclu les valeurs « inconnu »)

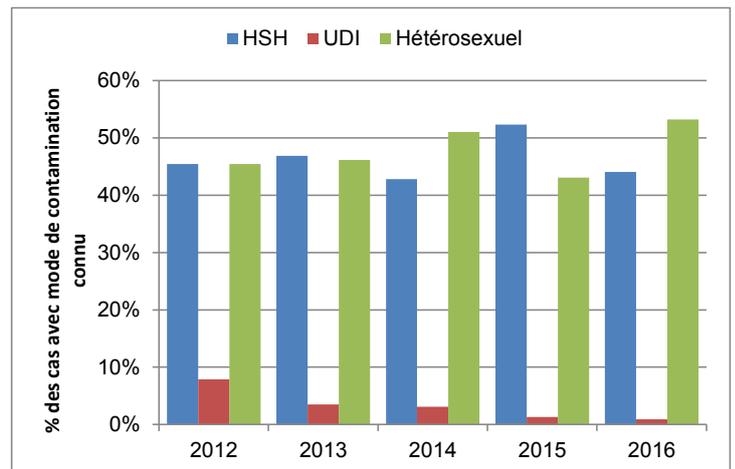
Nouvelle-Aquitaine			
	2011-2015	2016	
<b>Age (année) (%)</b>	(n=1197)	(n=243)	
médiane	38	39	
<25 ans	12	10	
25-49 ans	65	61	
50 ans et plus	23	29	
<b>Sexe (%)</b>	(n=1197)	(n=243)	
Hommes	71	71	
Femmes	29	29	
<b>Pays de naissance (%)</b>	(n=814)	(n=103)	
France	64	61	
Afrique sub-saharienne	24	28	
Autres	12	11	
<b>Mode de contamination (%)</b>	(n=818)	(n=109)	
HSH	47	44	
Hétérosexuels	46	53	
Usager de drogues injectables (UDI)	4	1	
HSH et UDI	0	1	
Transfusé (en France ou à l'étranger)	1	0	
Mère/enfant	1	0	
Autre	0	1	
<b>CD4 au diagnostic VIH (%)</b>	(n=782)	(n=103)	
<200	27	25	
200-349	22	22	
350-499	19	21	
≥500	32	31	
<b>Délai diagnostic (%)</b>	(n=782)	(n=103)	
précoce*	38	39	
tardif**	28	25	

\*Def diag précoce:  $cd4 > 500/mm^3$  ou PIV au diagnostic

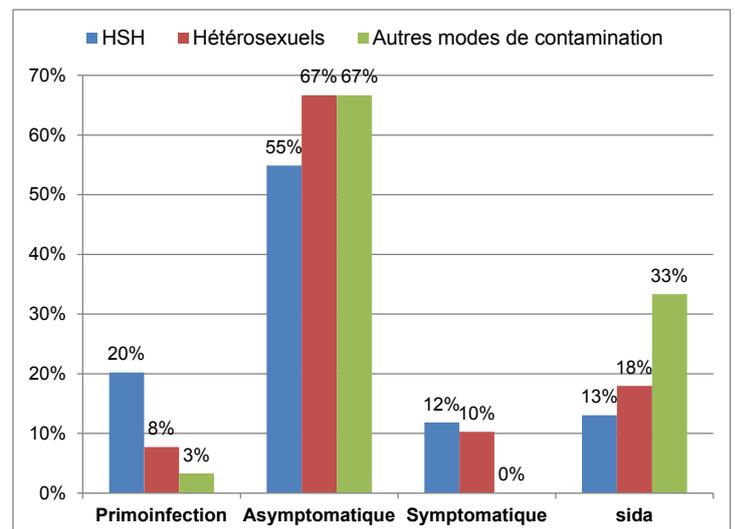
\*\*Def diag tardif:  $cd4 < 200/mm^3$  ou Sida au diagnostic

NB: Les variables CD4 et diagnostic précoce ou tardif sont disponibles seulement depuis 2008

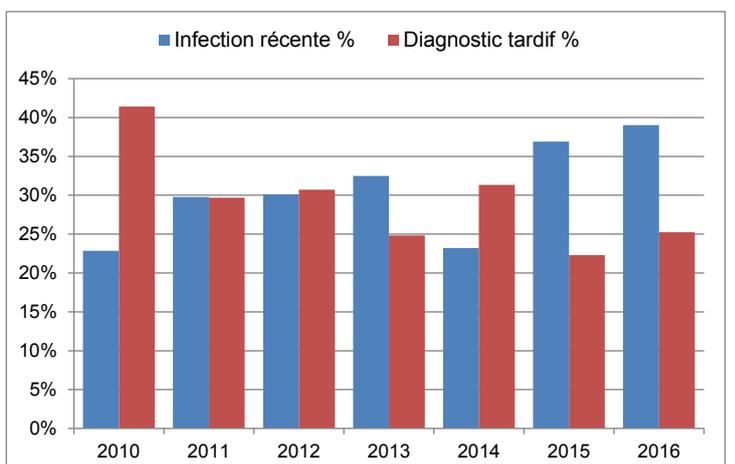
**Figure 5.** Évolution de la part des trois principaux modes de contamination parmi les cas d'infection à VIH déclarés en Nouvelle-Aquitaine de 2012 à 2016 (Sources : SpF données DO VIH brutes, non corrigées)



**Figure 6.** Stade clinique au moment de la découverte de la séropositivité selon le mode de contamination, Nouvelle-Aquitaine, 2010-2016. (Sources : SpF données DO VIH brutes, non corrigées)



**Figure 7.** Pourcentage de diagnostic tardif et d'infection récente parmi les découvertes de séropositivité, Nouvelle-Aquitaine, 2010-2016. (Sources : SpF données DO VIH brutes, non corrigées) (Def diag tardif:  $cd4 < 200/mm^3$  ou Sida au diagnostic)

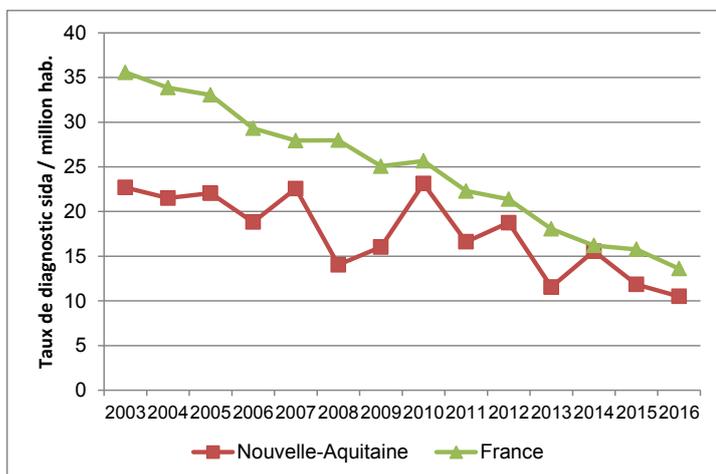


- Les motifs de dépistage des personnes découvrant leur séropositivité VIH en 2016 étaient un dépistage orienté pour 32% d'entre eux, des signes cliniques ou biologiques pour 25%, une exposition récente pour 16%, un bilan systématique ou une grossesse pour 25% et un autre motif pour 2%.
- En 2016, le stade clinique lors de la découverte de séropositivité VIH était : asymptomatique pour 55% des personnes, primo-infection pour 15%, sida pour 11% et symptomatique non sida pour 19%. Ces proportions varient selon le mode de contamination, notamment la proportion de primo-infections qui est plus du double chez les HSH par rapport aux hétérosexuels et aux UDI sur la période 2003 à 2015 (Figure 6).
- Parmi les découvertes de séropositivité en 2016, la proportion de diagnostics tardifs était de 25%, en diminution par rapport à la moyenne sur 2003-2015. La proportion d'infections récentes continue d'augmenter : 39% en 2016 (Figure 7 et Tableau 1).

### 3 Diagnostics de SIDA

- En 2016, le nombre corrigé (pour les délais de déclaration et la sous-déclaration) de découvertes de cas de sida résidant en Nouvelle Aquitaine est estimé à 62 (IC 95%: 45-80). Le taux de diagnostics de sida en région est en baisse par rapport à celui de 2003. La tendance à la baisse est constante et semblable à celle observée en France depuis 2014 (Figure 8).
- Les cas de sida concernent majoritairement les hommes (62% en 2016). L'âge médian des cas de sida diagnostiqués en 2016 était 49 ans.
- 80% des cas de sida sont nés en France et 15% en Afrique sub-saharienne (Tableau 2).
- Parmi les modes de contamination principaux, les rapports sexuels entre hétérosexuels représentaient 60% des cas, les HSH 35% et l'usage de drogues injectables 5% (Tableau 2). La part des cas de sida pour les hétérosexuels est de 60% en 2016, la plus élevée depuis 2010 (Figure 10).
- Les cas de sida n'étaient majoritairement pas sous traitement antirétroviral au moment du diagnostic (71%) et plus de la moitié des cas (52%) n'avaient pas connaissance de leur séropositivité VIH avant le diagnostic de sida.
- Parmi les cinq pathologies inaugurales chez les cas de sida notifiés entre 2011 et 2015, le Kaposi et la pneumocystose étaient les plus fréquents pour les cas notifiés en 2016 (24% pour chaque pathologie), suivi de la candidose oesophagienne (14%) (Tableau 2).

**Figure 8.** Évolution annuelle du taux de diagnostics de sida en région Nouvelle-Aquitaine et France de 2003 à 2016. (Source : SpF données DO Sida brutes)



**Tableau 2.** Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des cas de sida notifiés en Nouvelle-Aquitaine entre 2011 et 2016. (Sources : SpF données de la DO Sida brutes après avoir exclu les valeurs « inconnu »)

		Nouvelle-Aquitaine	
		2011-2015	2016
<b>Sexe (%)</b>		(n=197)	(n=21)
	Hommes	77	62
	Femmes	23	38
<b>Pays de naissance (%)</b>		(n=186)	(n=20)
	France	71	80
	Afrique sub-saharienne	17	15
	Autres	12	5
<b>Mode de contamination (%)</b>		(n=174)	(n=20)
	HSH	39	35
	Usager de drogues injectables (UDI)	10	5
	HSH et UDI	1	0
	Hétérosexuel	49	60
	transfusé	1	0
	mère/enfant	1	0
<b>Traitement antirétroviral avant sida (%)</b>		(n=192)	(n=21)
	oui	14	29
<b>Connaissance séropositivité avant sida (%)</b>		(n=194)	(n=21)
	oui	42	48
<b>Pathologies inaugurales (les 5 plus fréquentes) (%)</b>		(n=197)	(n=21)
	Candidose oesophagienne	10	14
	Kaposi	8	24
	Lymphome (autre localisation que cérébral)	9	0
	Pneumocystose	33	24
	Toxoplasmose cérébrale	16	0

- La figure 10 montre les pathologies inaugurales de sida les plus fréquentes sur la période 2011-2016. La pneumocystose est la pathologie inaugurale la plus fréquente, suivie par la toxoplasmose cérébrale, la candidose oesophagienne, la tuberculose pulmonaire et le sarcome de Kaposi.

**Figure 9.** Evolution de la part des cas de sida pour les trois modes de contamination (hétérosexuel, HSH, UDI) en Nouvelle-Aquitaine de 2011 à 2016. (source : SpF, données DO sida brutes non corrigées)

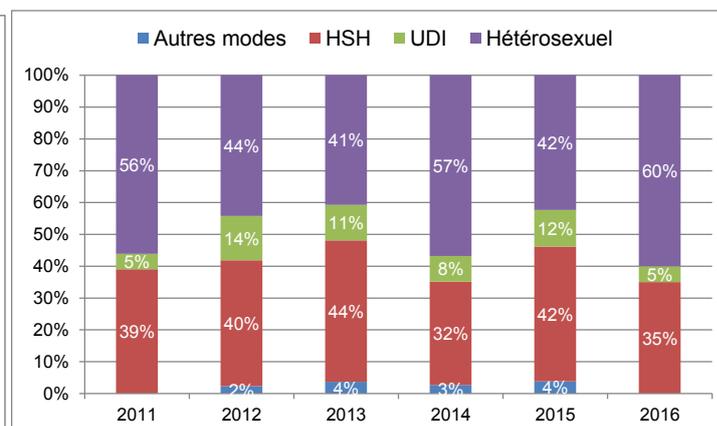
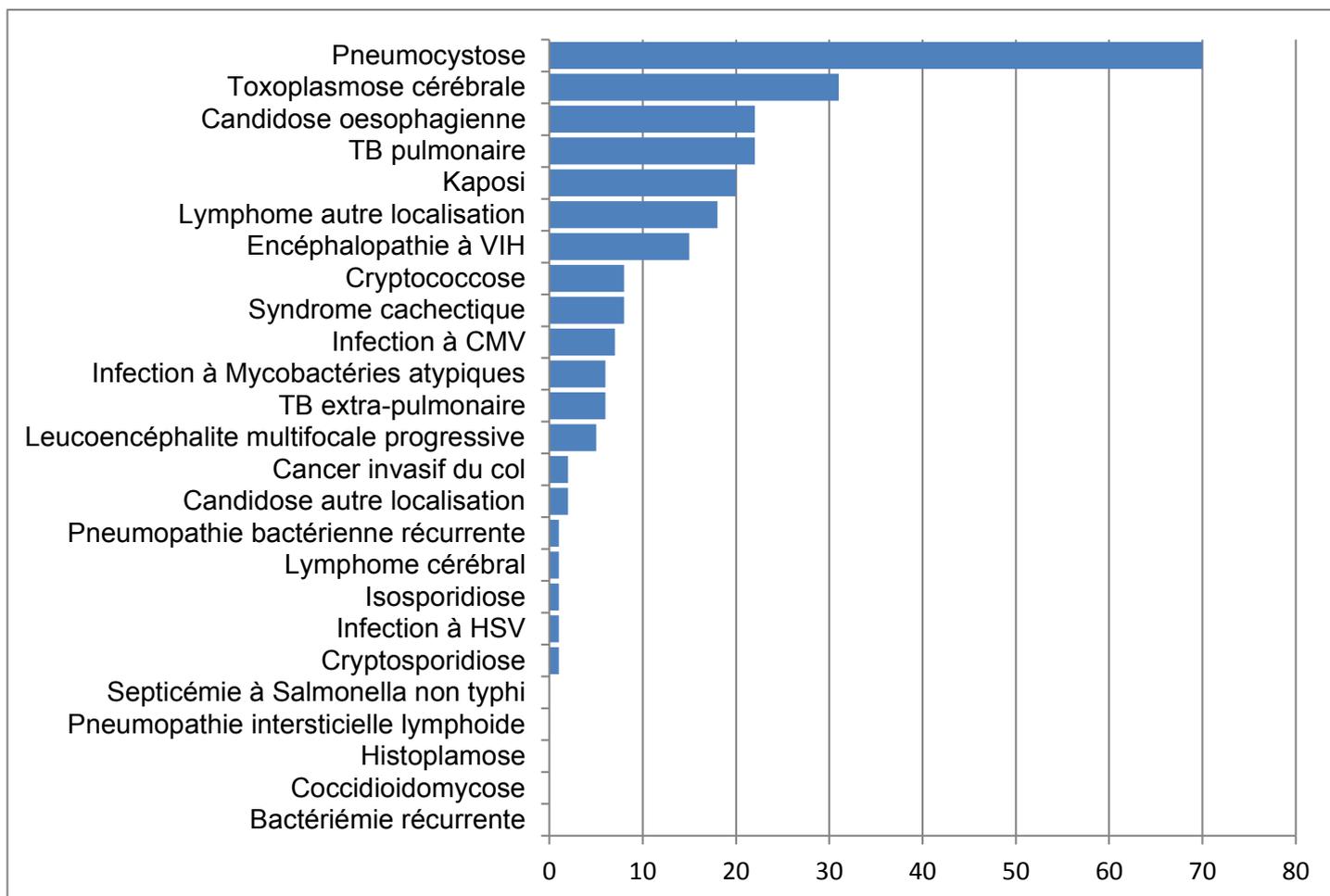


Figure 10.: Fréquence des pathologies inaugurales de sida, région Nouvelle-Aquitaine, 2011-2016. (source: SpF, données DO sida brutes non



Cette partie du bulletin présente les données de surveillance de la syphilis récente et de l'infection à gonocoque en région Nouvelle-Aquitaine à partir du Réseau de surveillance des IST (RéSIST). Celui-ci s'est déployé sur le territoire sur plusieurs années, avec des dates d'entrée dans le dispositif différentes pour chaque structure participante. RéSIST est un réseau de cliniciens volontaires qui permet le recueil d'informations cliniques et comportementales des cas de syphilis récente et d'infection à gonocoque. La syphilis et la gonococcie ne sont pas des maladies à déclaration obligatoire. Les données de la surveillance (RéSIST) par ce système sentinelle ne permettent pas le calcul de taux d'incidence des infections.

Les cas d'IST inclus dans la surveillance sont:

- les syphilis récentes cliniques et biologiques dans leur forme primaire, secondaire et latente de moins d'un an;
- Les gonococcies accompagnées d'une mise en évidence de souches de *Neisseria gonorrhoeae* par culture ou PCR à partir de tout prélèvement.

**\* NOTE**

- Pour analyser les évolutions au cours du temps, il est nécessaire de restreindre l'analyse aux données des sites ayant participé de façon constante sur la période d'intérêt. Ici, les sites constants sont les sites ayant déclaré au moins 1 cas de syphilis récente en 2014, 2015 et 2016.
- Les données brutes sont utilisées pour décrire les caractéristiques des cas.

Après consentement du patient, sont recueillis par le clinicien, l'âge, le sexe, l'orientation sexuelle, la présence de signes cliniques, les résultats biologiques, les antécédents d'infection sexuellement transmissible, le statut sérologique du patient vis-à-vis du VIH. Le formulaire papier utilisé pour recueillir ces informations est envoyé à la Cire pour validation et transmission dans la base de données nationale de Santé Publique France. Jusque fin 2015, le clinicien proposait au patient un auto-questionnaire centré sur les comportements sexuels au cours des 12 derniers mois.

**1 Syphilis récente**

**1.1 Évolution des déclarations de syphilis récente**

- Quatorze sites (Cegidd et services hospitaliers d'un même CH sont considérés comme un seul et même site) ont participé à RéSIST dans la région en déclarant au moins un cas de syphilis en 2016. Un à trois sites par département participent à RéSIST à l'exception des départements de la Creuse et de la Dordogne où aucun site n'a participé sur la période 2014-2016.

- L'analyse de l'évolution annuelle se base sur les déclarations faites par les sites constants\* qui sont 8 sur la période 2014-2016 : CHU Bordeaux, Maison départementale de la santé Bordeaux, CHU Poitiers, CH Bayonne, CH La Rochelle, CH Angoulême, CHU Limoges, Relais Georges Charbonnier Poitiers.

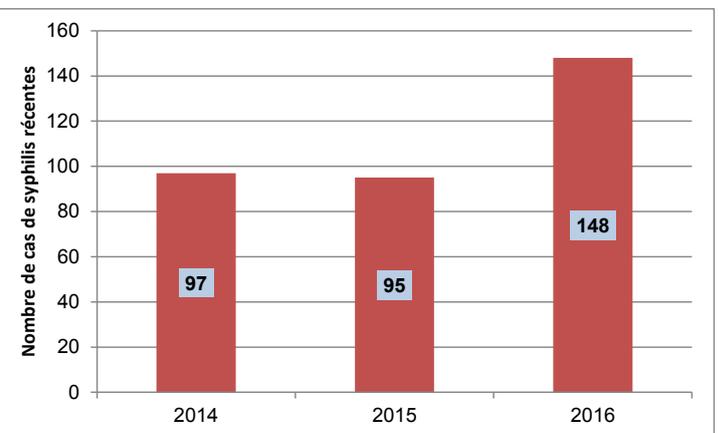
- En 2016, 192 cas de syphilis récentes ont été rapportés par 14 sites. En se limitant aux (8) sites constants, on observe une stabilité du nombre des déclarations en 2015 par rapport à 2014 et une augmentation de 56% en 2016 par rapport à 2015 (figure 1). L'augmentation en 2016 est observée pour la majorité des sites et est très marquée pour le CH d'Angoulême (+73%) (figures 2 et 3).

- Le CH d'Angoulême et la Maison départementale de la santé de Bordeaux ont contribué à hauteur de 60% du nombre total de cas de syphilis déclarés en région en 2016 (figure 3).

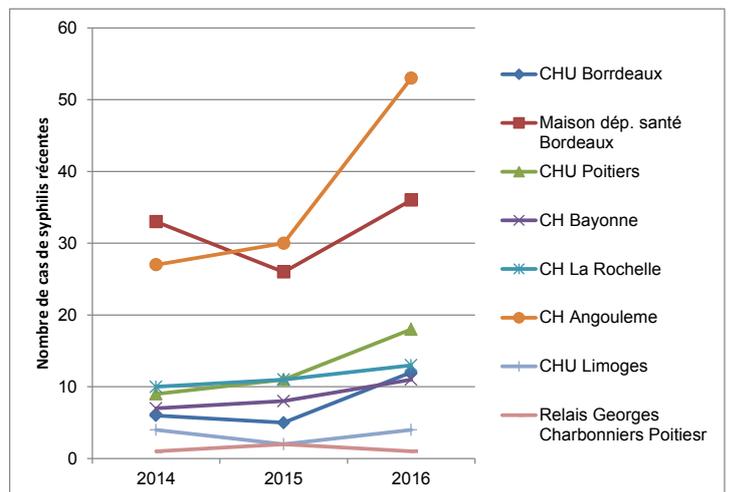
- L'augmentation des cas de syphilis observée en région en 2016 sur plusieurs départements ne plaide pas en faveur d'une épidémie localisée de syphilis.

**1.2 Caractéristiques des cas de syphilis**

- Les cas de syphilis sont majoritairement des hommes (93% en 2016) à l'instar des années précédentes et de ce qui est observé en France (tableau 1).
- L'âge médian est de 38 ans pour les hommes, hétérosexuels et homosexuels, et 34,5 ans pour les femmes.
- L'orientation sexuelle des cas de syphilis en région est semblable à celle observée en France (tableau 1) : 81% des cas sont des hommes homo-bisexuels. L'augmentation de la proportion des



**Figure 1.** Nombre de cas de syphilis récentes parmi les 8 sites constants en Nouvelle-Aquitaine, 2014-2016 (Sources : SPF données RéSIST)

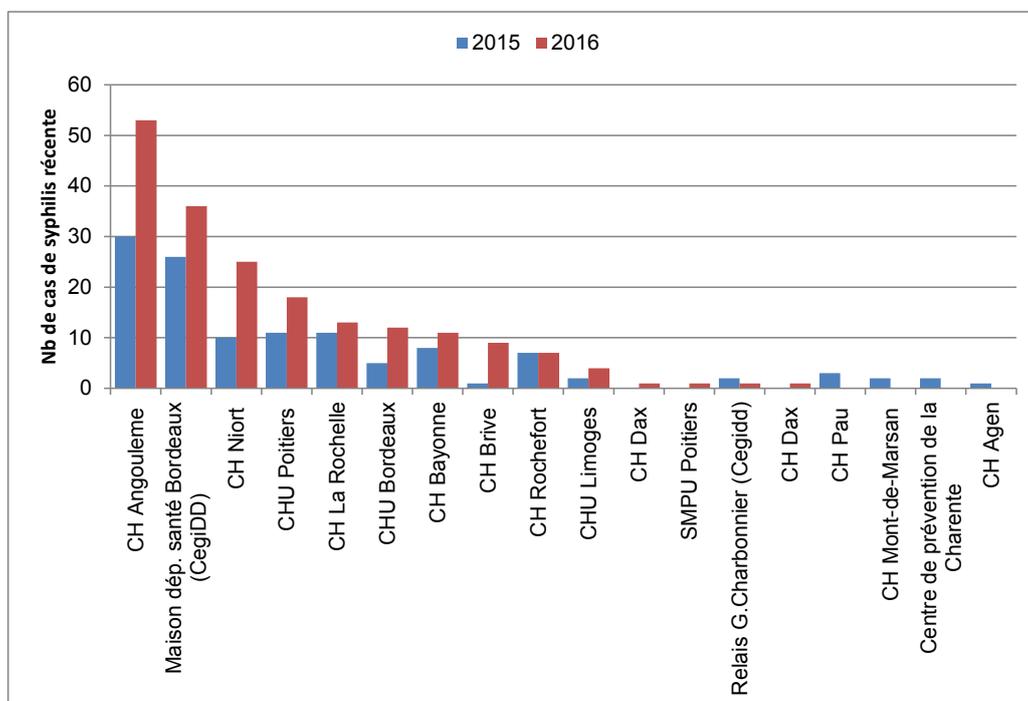


**Figure 2.** Nombre de cas de syphilis récentes par site constant en Nouvelle-Aquitaine (2014-2016) (Sources : SPF données RéSIST)

femmes hétérosexuelles observée en 2015 en région ne s'est pas confirmée en 2016 (5%).

- 24% des cas de syphilis ont été diagnostiqués au stade clinique primaire en 2016, en hausse par rapport à 2015 (21%) et à la période 2010-2014 (17%). 31% des cas ont été diagnostiqués au stade secondaire et 45% au stade de syphilis latente précoce.

**Figure 3** Nombre de syphilis récente déclarés par site pour les 18 sites participant à RésIST en région Nouvelle-Aquitaine en 2015 et 2016. (Source : SPF données RésIST)



**Tableau 1.** Caractéristiques des cas de syphilis récente déclarés sur la période 2010-2014, 2015 et 2016 en région Nouvelle-Aquitaine et France. (Source : SPF données RésIST)

- Les deux motifs de consultation initiale principaux étaient la présence de signes d'infection sexuellement transmissible (38%) et un dépistage systématique (30%) (tableau 1).

- La majorité des cas de syphilis avait une sérologie VIH négative (71%), une proportion semblable à celle des années précédentes. 2% des cas ont découvert leur séropositivité à l'occasion du diagnostic de syphilis. La proportion de cas de syphilis récentes séropositifs pour le VIH (découvertes et déjà connu) est de 23%, en baisse par rapport à celle calculée pour la période 2010-2014 (32%) (tableau 1).

- Les informations comportementales recueillies à partir du nouveau modèle de questionnaire depuis 2016 montrent que 12% des sujets (n=128) déclarent une utilisation systématique du préservatif pour un rapport sexuel anal, 9% (47 sujets) pour un rapport vaginal et 0% (163 sujets) pour un rapport sexuel oral

Caractéristiques	Nouvelle Aquitaine			France
	2010-2014	2015	2016	2016
N=	422	121	192	1742
<b>Sexe (%)</b>				
Femme	5	12	6	4,9
Homme	95	88	93	94,9
Inconnu	0	0	1	0,3
<b>Age médian (ans)</b>				
Hommes homo-bisexuels	39	37	38	37,0
Hommes hétérosexuels	36,5	33	38	35,5
Femmes hétérosexuelles	32	27	34,5	32,0
<b>Orientation sexuelle (%)</b>				
Hommes homo-bisexuels	82	74	81	81,2
Hommes hétérosexuels	12	15	10	10,7
Femmes hétérosexuelles	5	11	5	4,4
Femmes homobisexuelles	0	1	2	0,5
Inconnue	1	0	2	3,3
<b>Stade clinique (%)</b>				
Primaire ou primosecondaire	17	21	24	26,8
Secondaire	35	40	31	30,8
Latente Précoce	48	39	45	42,4
<b>Motif de consultation (%)</b>				
Signes d'IST	34	46	38	45,8
Partenaire avec IST	11	0	14	7,8
Dépistage systématique	44	44	30	32,5
Bilan autre	1	0	7	6,5
Non renseigné	9	10	11	7,4
<b>Statut sérologique VIH (%)</b>				
Négatif	61	73	71	62,7
Séropositif connu	27	21	21	28,9
Découverte de séropositivité	5	2	2	2,6
Inconnu	6	4	6	5,8

## 2 Gonococcie

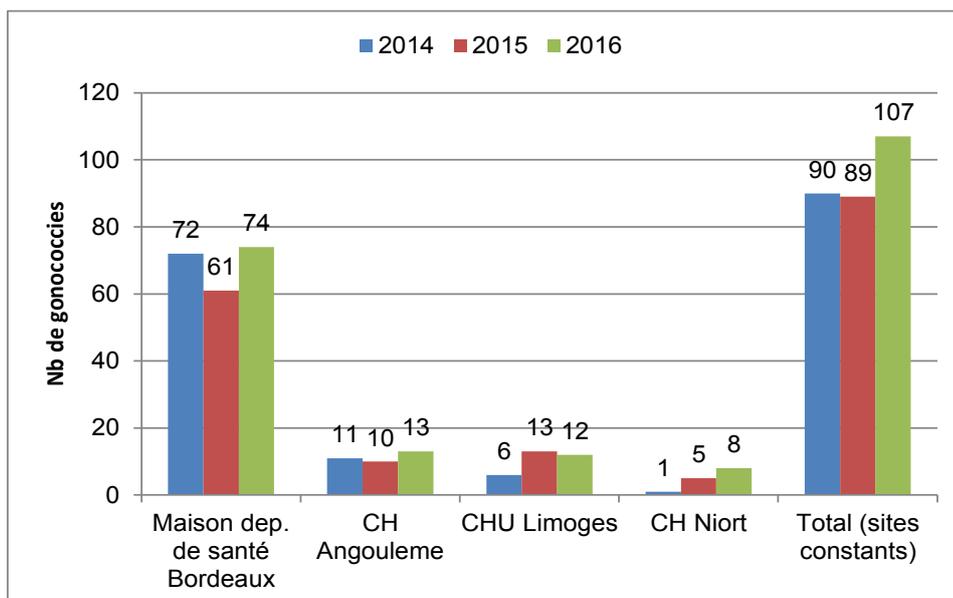
### 2.1 Évolution des déclarations de gonococcie

L'analyse de l'évolution annuelle se base sur les déclarations faites par les sites à participation constante sur la période 2014-2016 : Maison départementale de la santé à Bordeaux, CH d'Angoulême, CHU de Limoges et CH de Niort (figure 4). Le nombre de gonococcies a augmenté en 2016 après une évolution stable en 2015. Cette hausse est observée dans trois des sites situés dans trois départements différents: la Gironde, la Charente et les Deux-Sèvres (figure 4).

### 2.2 Caractéristiques des cas de gonococcie

- Les hommes sont majoritaires et représentaient 82% des cas de gonococcie en 2016 (tableau 2).
- Les hommes homo-bisexuels sont majoritaires et représentaient 62% des cas en 2016. Cette proportion a augmenté par rapport à 2015 (50%) et aux années 2010-2014 (55%). Les hommes et femmes hétérosexuelles représentaient respectivement 19% et 15% des cas en 2016.
- La co-infection avec le VIH est faible, représentant 8% des cas en 2016, mais est en hausse par rapport à 2015 (2%) et à la période 2010-2014 (5%) (tableau 2).
- L'âge médian est de 20 ans pour les femmes hétérosexuelles. Chez les hommes, l'âge médian est de 24 ans chez les hétérosexuels et 25 ans chez les homosexuels.
- Le motif principal de consultation initiale était la présence de signes cliniques d'infection sexuellement transmissible (50% des cas en 2016). Pour un quart des cas, une gonococcie a été diagnostiquée dans le cadre d'un dépistage systématique: cette proportion reste inchangée (tableau 2).
- Globalement, les caractéristiques des cas de gonococcie en région sont semblables à celles observées en France en 2016 (tableau 2).

**Figure 4** Nombre de gonococcies déclarées par année et par site à participation constante sur la période 2014-2016 en région Nouvelle-Aquitaine. (Source SpF, données Res/ST)



**Tableau 2.** Caractéristiques des cas de gonococcie déclarées, 2010-2016 en région Nouvelle-Aquitaine et en France. (Source SpF, données Res/ST)

	Nouvelle-Aquitaine			France
	2010-2014	2015	2016	2016
N=	252	102	132	2 528
<b>Orientation sexuelle (%)</b>				
Hommes homo-bisexuels	55	50	62	68,8
Hommes hétérosexuels	21	25	19	14,2
Femmes hétérosexuelles	21	23	15	13,3
Femmes homobisexuelles	2	3	2	1,1
Inconnue	1	0	2	2,7
<b>Statut sérologique VIH (%)</b>				
Séropositif connu	5	2	8	12,3
Decouverte de séropositivité	2	0	1	1,1
Négatif	82	93	83	81,2
Inconnu	12	5	8	5,5
<b>Age médian (ans)</b>				
Hommes homo-bisexuels	27,0	25,0	25,0	29,0
Hommes hétérosexuels	24,0	24,0	24,0	25,0
Femmes hétérosexuelles	21,0	22,0	20,0	22,0
<b>Sexe (%)</b>				
Hommes	77	75	82	84,8
Femmes	23	25	17	15,0
Inconnu	0	0	1	0,2
<b>Motif de consultation initiale (%)</b>				
Signes d'IST	51	58	50	40,0
Partenaires avec une IST	6	0	11	11,9
Dépistage systématique	32	23	24	31,1
Bilan autre	0	0	11	8,7
Non renseigné	11	20	4	8,3

# Mise en place de la PrEP dans l'ex-Aquitaine et premiers résultats au CHU de Bordeaux

Charles Cazanave<sup>1</sup>, Matthieu Deborde<sup>1</sup>, Mojgan Hessamfar<sup>1</sup> au nom de la Commission PREP du COREVIH ex-Aquitaine.

<sup>1</sup> CHU de Bordeaux

## Contexte

Le préservatif, la réduction des risques de transmission, l'augmentation de l'offre de dépistage, la mise immédiate sous traitement anti-rétroviral des patients dépistés, et le traitement post-exposition (TPE) constituent avec la cascade de prise en charge du VIH l'ensemble des moyens de lutte contre l'épidémie. Le préservatif demeure le pilier principal de la prévention de la transmission du VIH depuis le début de l'épidémie. Néanmoins il semble moins systématiquement utilisé : l'utilisation du préservatif lisse, les représentations de la maladie ont changé, les pratiques à risques sont plurielles, nouvelles (chemsex, slam), parfois délibérées, voire revendiquées (« bareback »). Il semble donc que la prévention normative classique ne fonctionne plus et c'est alors que la PrEP trouve sa place.

La PrEP, ou Prophylaxie Pré-Exposition, est un nouveau moyen de prévention ciblée. Il consiste en l'administration prophylactique d'antirétroviraux chez des personnes séronégatives pour le VIH définies comme étant à haut risque de transmission. La PrEP est un outil de prévention supplémentaire.

Plusieurs études ont montré l'efficacité de la PrEP chez les hétérosexuel(le)s<sup>1</sup>, et d'autres (iPrEP, IPERGAY, PROUD) ont confirmé son efficacité chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH)<sup>2-4</sup>. Ces études ont mis en évidence une réduction du risque de transmission de l'infection VIH de l'ordre de 86 % grâce à l'association fixe emtricitabine/ténofovir disoproxil (FTC/TDF) chez des personnes à haut risque sexuel (HSH, avec multi partenariat et utilisant très peu le préservatif)<sup>3-4</sup>. L'essai français IPERGAY utilisait un schéma discontinu de « PrEP à la demande », avec des comprimés encadrant les rapports potentiellement à risque, et l'essai anglais PROUD préconisaient un schéma continu.

La recommandation temporaire d'utilisation (RTU) du TRUVA-DA® en PrEP a débuté en France le 4 janvier 2016, précédant l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché le 1<sup>er</sup> mars 2017. Les personnes éligibles à la PrEP sont les HSH à haut risque, mais aussi d'autres personnes en situation de vulnérabilité sexuelle (transgenres, migrants, prostitué(e)s, notamment). Dans ce contexte de nouveauté il apparaissait important de décrire l'évolution des consultations PrEP au CHU de Bordeaux en 2016, ainsi que les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des premiers consultants.

## Méthodologie

Nous avons mis en place dès janvier 2016 en ex-Aquitaine (d'abord au CHU de Bordeaux, puis dans les Centres hospitaliers généraux) des consultations dédiées pour répondre à cette demande et ce conformément à la mise à jour 2017 des recommandations du groupe d'experts sur la prévention de la l'infection par le VIH<sup>5</sup>.

Les indications de la PrEP sont :

- Pour les HSH ou transgenres :
  - au moins deux rapports anaux non protégés avec des partenaires différents dans les 6 derniers mois, ou
  - antécédent de plusieurs IST dans l'année écoulée, ou
  - antécédent de plusieurs recours au TPE dans l'année écoulée, ou
  - usage de drogues psycho-actives pendant les rapports sexuels (chemsex).
- Pour les autres personnes en situation à haut risque d'acqui-

tion de l'infection par le VIH (prostitution non protégée, vulnérabilité et rapports avec des personnes appartenant à des groupes à risque dont la prévalence pour le VIH est supérieure à 1 % : UDI, origine d'un pays à forte prévalence pour le VIH, partenaires multiples) : rapports non protégés avec des personnes ayant des facteurs physiques augmentant le risque de transmission.

Le recueil des caractéristiques médicales a été guidé par des formulaires de recueil de données élaborés à partir des items étudiés dans l'étude IPERGAY, dans la fiche de suivi de la RTU, et à la recherche des pratiques à risque de transmission du VIH. Le suivi biologique a été pensé en corrélation avec les recommandations du rapport d'experts, des recommandations de bon usage du TDF/FTC, de la RTU du TDF/FTC, et dans un souci de coût-efficacité.

Les formulaires de recueil ont été validés et édités par le GECSA-COREVIH via la commission PrEP qui est en charge de la coordination technique du projet PrEP en ex-Aquitaine.

## Résultats

Au 30 septembre 2017, en ex-Aquitaine, 13 services et CeGIDD hospitaliers ont ouvert une consultation PrEP et 10 ont déclaré avoir reçu au moins une demande de consultation pour une PrEP :

CHU de Bordeaux, GH Pellegrin  
CHU de Bordeaux, GH Saint-André  
CH de Libourne  
CH de Pau  
CH de Bayonne  
CH de Dax  
CH d'Orthez  
CH de Villeneuve-sur-Lot  
CH de Mont-de-Marsan  
CeGIDD de Libourne

Au total, 216 personnes ont demandé une prescription de PrEP (Figure 1), pour un total de 890 consultations à ce jour au sein des 10 services actifs (Figure 2) : 193 prescriptions ont été effectuées et 23 étaient non éligibles (soit 10,6 %).

Les 89 premiers consultants au CHU de Bordeaux (27 janvier 2016 au 28 février 2017) ont fait l'objet d'une analyse préliminaire. Il s'agit essentiellement d'HSH (95,5% HSH exclusif), célibataires (77%), de 34 ans d'âge médian, ayant majoritairement fait des études supérieures, actifs professionnellement, avec un niveau socio-professionnel assez élevé et sans comorbidité. Il s'agit de personnes à haut risque sexuel avec un nombre médian de partenaires de 18 sur les 3 derniers mois, des rapports anaux non systématiquement protégés dans près de trois quarts des cas, et une pratique du chemsex pour un peu plus d'un tiers d'entre eux.

La PrEP était essentiellement délivrée sous forme de schémas continus (deux tiers des cas), avec des effets indésirables mineurs rapportés dans 39 % des cas (aucun cas d'arrêt pour problème rénal).

Concernant les IST, 72 % avaient déclaré un antécédent d'IST, les plus rapportées étaient infections à gonocoque, chlamydia et syphilis.

Plusieurs IST ont été diagnostiquées (Tableau 1) dans le bilan initial et lors du suivi. Il s'agissait essentiellement d'infections asymptomatiques, majoritairement dépistées au niveau anal lors

des dépistages multisites.

Enfin, la PrEP a été aussi l'occasion de remettre à jour certaines vaccinations recommandées dans cette population (hépatites A et B, HPV) et de parfois diagnostiquer des condylomes anaux grâce aux consultations proctologiques systématiques.

A ce jour, très peu de perdus de vue sont à signaler (en dehors des changements de centre pour cause de déménagement) et aucune séroconversion VIH n'a été enregistrée.

### Conclusion

La PrEP semble efficace parmi les personnes suivies au CHU de Bordeaux et ses perspectives sont prometteuses. Elle s'inscrit pleinement dans la Stratégie Nationale en Santé Sexuelle. La globalité de la prise en charge qu'elle implique apporte un réel bénéfice en termes de santé sexuelle. Elle laisse entrevoir l'espoir d'un infléchissement de la dynamique de l'épidémie au sein de la population des HSH.

Dans un vraisemblable contexte d'abandon du préservatif, l'incidence et le traitement des IST restent le sujet le plus sensible. Cette problématique est d'autant plus prégnante à l'ère des bactéries multirésistantes. En dépistant régulièrement les IST, chez les HSH les plus exposés, et en les traitant aussitôt, nous pourrions à terme diminuer « leur réservoir », et malgré tout (et surtout malgré la baisse de l'utilisation des préservatifs) diminuer l'incidence des IST, dont le VIH.

La prescription d'une PrEP au plus grand nombre ne sera possible que lorsque tous les prescripteurs auront accepté l'évolution de l'éventail des moyens de prévention et que l'on parviendra à un véritable passage à l'échelle supérieure en termes de prescriptions dans les populations ciblées par ce nouvel outil de prévention qui a fait ses preuves.

### Références

- 1 Etude Partners: Alison, Rogers, et al: JAMA. 2016;316(2):171-181.
- 2 Etude iPrEx: Robert M. Grant, et al: N Engl J Med 2010; 363:2587-2599. December 30, 2010.
- 3 Molina JM, Charreau I, Spire B, et al. Efficacy, safety, and effect on sexual behaviour of on-demand pre-exposure prophylaxis for HIV in men who have sex with men: an observational cohort study. The Lancet HIV. 2017;4(9):e402-410.
- 4 McCormack S, Sheena et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-A infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomized trial. The Lancet, volume 387, Issue 10013, 53-60.
- 5 Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013 sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS.

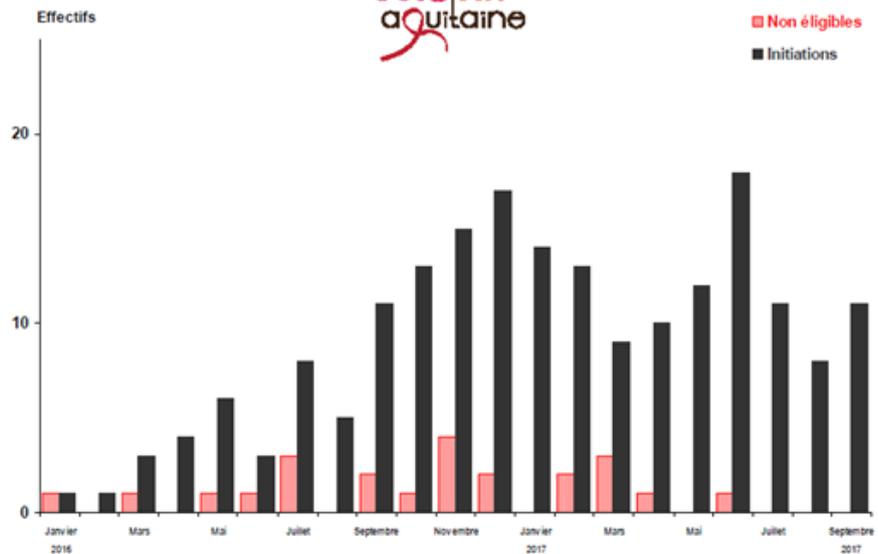


Figure 1. Répartition mensuelle des demandes de PrEP entre janvier 2016 et septembre 2017, 10 services de l'ex-Aquitaine (données provisoires).

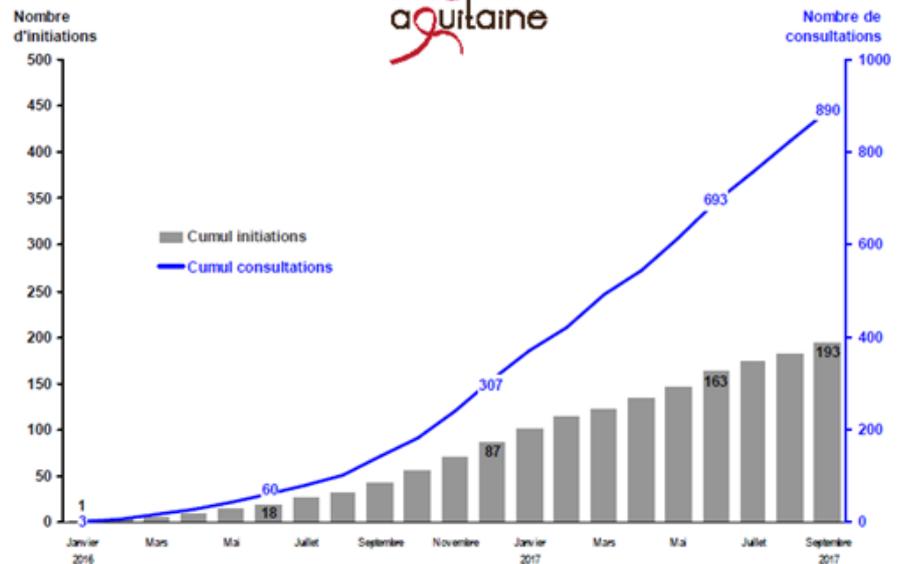


Figure 2. Evolution des consultations de PrEP entre janvier 2016 et septembre 2017 dans 10 services de l'ex-Aquitaine (données provisoires)

Tableau 1. IST diagnostiquées à l'inclusion et durant le suivi des PrEPeurs au CHU de Bordeaux (janvier 2016 – mai 2017).

	Cas à l'inclusion	Prévalence % [IC 95%]	Cas au cours du suivi	Incidence† % [IC 95 %]
Ng*	11	12,4 [6,3 ; 21,0]	10	19,3 [10,4 ; 35,9]
Ct*	11	12,4 [6,3 ; 21,0]	8	15,3 [7,7 ; 30,7]
Mg*	9	10,1 [4,7 ; 18,3]	9	17,4 [9,1 ; 33,5]
Syphilis	4	4,5 [1,2 ; 11,1]	2	3,6 [0,9 ; 14,3]
UI	0	0	5	9,1 [3,8 ; 21,8]

Ng : *Neisseria gonorrhoeae*, Ct : *Chlamydia trachomatis*, Mg : *Mycoplasma genitalium*

UI : uréthrite indéterminée, sans documentation microbiologique, IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %

\* Détections dans la gorge, le premier jet d'urines ou l'anus

† Incidence pour 100 personnes-années

## Le Corevih Nouvelle Aquitaine

Depuis le 1<sup>er</sup> juin dernier, le comité de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) Nouvelle Aquitaine (NA) est en place.

Suite au décret du 28 avril 2017 relatif à la réforme des Corevih, les missions des Corevih ont été révisées et élargies, elles sont de :

- Coordonner dans son champ, et selon une approche de santé sexuelle mentionnée à l'article L. 3121-2 du présent code, les acteurs œuvrant dans les domaines du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de la formation, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé ;
- Participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, dans les domaines du soin, de la prévention et des dépistages, ainsi qu'à l'évaluation de cette prise en charge et à l'harmonisation des pratiques, notamment pour la prise en compte des besoins spécifiques des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine ou exposées à un risque d'infection par ce virus ;
- Recueillir et analyser l'ensemble des données épidémiologiques mentionnées à l'article D. 3121-36, ainsi que toutes les données régionales utiles à l'évaluation de la politique nationale en matière de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine ;
- Concourir par son expertise à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques nationales et régionales de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine et dans le domaine de la santé sexuelle, ainsi que, sur demande du directeur général de l'agence régionale de santé, au projet régional de santé prévu à l'article L. 1434-1 du présent code ;
- Établir et mettre en œuvre un rapport annuel d'activité.

**COREVIH**  
Nouvelle Aquitaine

## Les patients vivant avec le VIH suivis en milieu hospitalier : la cohorte ANRS - CO3-Aquitaine - COREVIH

Dans l'ancienne région Aquitaine, dès octobre 1987, le recueil des données hospitalières sur l'infection par le VIH produisant la Cohorte ANORS CO3 Aquitaine a été mis en place par le Groupe d'Epidémiologie Clinique du Sida en Aquitaine (GECSA). Il a été progressivement consolidé quand les instances de coordination régionale de la lutte contre le VIH ont été créées, d'abord les CISIH en 1991 devenus COREVIH en 2008 et lorsqu'il a été labellisé par l'ANRS en 1992. Ce recueil régional de données est conforme au dispositif national de surveillance de l'infection par le VIH du Ministère de la Santé, en vigueur depuis 1991. La Cohorte ANRS CO3 Aquitaine s'est construite à partir d'un système de surveillance épidémiologique et clinique de l'infection par le VIH en région qui avait pour objectif général de recueillir de manière standardisée des informations cliniques, biologiques, thérapeutiques et épidémiologiques concernant les sujets séropositifs suivis dans cinq services de médecine interne et de maladies infectieuses du Centre Hospitalier (CHU) de Bordeaux.

Actuellement 16 centres participent à la Cohorte (6 au CHU de Bordeaux et 9 dans les centres hospitaliers de Périgueux, Libourne, Arcachon, Mont de Marsan, Dax, Agen, Villeneuve sur Lot, Bayonne, Orthez et Pau).

Depuis 2016, le CHU est devenu le gestionnaire de la cohorte.

La base de données de la cohorte est le système d'information unique du COREVIH Aquitaine et contribue à la base de données nationale des COREVIH. Ces données sont également exploitées à des fins scientifiques en tant que cohorte ANRS co3 Aquitaine, tant au niveau régional, national qu'international. L'extension du système d'information du Ministère de la Santé se fera progressivement.

### Près de 4 500 patients suivis dans les hôpitaux de l'ancienne Aquitaine

Au 15 novembre 2016, le nombre cumulé de personnes identifiées par le système d'information aquitain sur l'infection par le VIH s'élève à 10 078. Pour la seule année 2016, 4 494 patients ont eu au moins un contact avec l'un des services hospitaliers participants.

Parmi eux, 3 244 (72 %) sont des hommes et 40 % des patients ont au moins 50 ans. La distribution des groupes de transmission est la suivante : hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (43 %), hétérosexuels (37 %), usagers de drogues intraveineuses (12 %) et autres (9 %). La moitié des patients ont découvert leur séropositivité au VIH il y a 17,8 ans (délai médian).

Toujours en 2016, 287 nouveaux patients ont été inclus dans la cohorte, dont 50 diagnostiqués au cours de l'année.

### La charge virale indétectable pour 92 % des patients traités.

En 2016, parmi les patients vus au moins une fois, 4 471 (99 %) recevaient un traitement antirétroviral, dont 4 297 depuis plus de six mois. La charge virale plasmatique était indétectable (inférieure à 40 copies/mL) pour 92 % des patients.

Concernant les infections par les virus des hépatites virales, 4 % étaient co-infectés par le virus de l'hépatite B et 17 % par le virus de l'hépatite C.

Enfin, 939 patients (21 %) sont classés au stade Sida de la maladie, dont 11 passages en 2016.

Récapitulatif de la file active des personnes vivant avec le VIH pris en charge en Nouvelle-Aquitaine en 2016

Nouvelle Aquitaine	ex-Aquitaine	ex-Limousin	ex-Poitou-Charentes
6500 à 7500	4500	810	1900



Directeur de la publication : François Bourdillon, Directeur général de Santé publique France

Rédacteur en chef : Stéphanie Vandentorren, Responsable de la Cire Nouvelle Aquitaine

Coordination et rédaction: Marie-Eve Raguenaud (Santé publique France)

Cartes VIH : Hélène Hagui-Boulai, Santé publique France

Retrouvez-nous sur :  
[www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)  
Cire Nouvelle-Aquitaine

Site Bordeaux :  
103 bis rue de Belleville - CS 91704 - 33063 Bordeaux cedex

Tel. : 05 57 01 46 20 - Fax : 05 57 01 47 95

Site Poitiers :

4 rue Micheline Ostermeyer - 86021 Poitiers cedex  
Tel. : 05 49 42 31 87—fax : 05 49 42 31 54