

Surveillance des infections à VIH et des IST en 2016 en Pays de la Loire

Ronan Ollivier¹, Solène Secher², Audrey Boumier², Eric Billaud²

¹ Santé publique France CIRE des Pays de la Loire

² COREVIH des Pays de la Loire

| Editorial |

Santé publique France souhaite impliquer ses cellules d'intervention en région (CIRE) dans la surveillance épidémiologique des infections sexuellement transmissibles (IST) en développant un partenariat avec les COREVIH¹ (partenaires locaux du réseau national de santé publique dans ce domaine). Ce bulletin est donc le fruit de la collaboration entre la CIRE et le COREVIH des Pays de la Loire et propose une synthèse des différentes sources de données contribuant à la surveillance parmi lesquelles figurent les notifications obligatoires et le système de suivi des patients géré par le COREVIH. Il a vocation à apporter aux professionnels de santé ainsi qu'aux associations et de façon plus générale à toute personne concernée, des informations sur l'évolution des infections à VIH et des autres IST survenues au cours de l'année 2016 dans notre région.

Quelques clés de lecture sont nécessaires à sa compréhension. Certains chiffres peuvent différer en fonction du recueil de données et des calculs de correction prenant en compte les données manquantes ou les retards de déclaration. Par exemple, le nombre de nouvelles séropositivités dans la région chez les personnes résidant en Pays de la Loire peut varier selon qu'il s'agisse du nombre brut de notifications obligatoires (n=189), du nombre corrigé de ces mêmes notifications (n=175 avec un intervalle de confiance à 95% à [126 – 196]), ou du nombre de personnes bénéficiant d'un suivi dans la région (n=161). Cette différence, entre nombre brut et nombre corrigé, peut s'expliquer notamment par le retard de la déclaration du clinicien par rapport à celle du biologiste. Quoi qu'il en soit ce chiffre est relativement stable depuis 2003. Cette stabilité pourrait trouver son explication soit dans la persistance de nouvelles contaminations comme en témoigne le chiffre de 10 % de patients découverts au stade de primo-infection et de 32 % découverts avec 500 T4 ou plus, témoignant d'une absence de déficit immunitaire, soit dans un déficit de dépistage que traduit un nombre de tests réalisés dans notre région inférieure à la moyenne nationale.

Cependant de nouveaux outils de dépistage et de prévention sont à notre disposition, et l'on peut constater que l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) entraîne une amélioration du ciblage des actions hors les murs avec un taux de positivité de 0,75% à comparer à celui de 0,46% en 2015. Il est cependant encore inférieur aux chiffres nationaux (0,87%). Par ailleurs, nous disposons depuis septembre 2015 de la possibilité de bénéficier d'autotests.

Un autre point qui mérite d'être souligné, issu de l'analyse des déclarations obligatoires, est le fait qu'au moment du dépistage, 7 % des patients présentaient une co-infection par le virus de l'hépatite B et 22 % avaient contracté une infection sexuellement transmissible. Ceci met en exergue l'intérêt majeur de rechercher la présence d'autres maladies sexuellement transmissibles lorsque l'on décide de faire une sérologie VIH. Réciproquement la découverte d'une IST doit conduire systématiquement à la réalisation d'un bilan sérologique complet.

Depuis février 2017, plusieurs pays en Europe observent une augmentation du nombre d'hépatites A, touchant en particulier les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH). Cette recrudescence a aussi été constatée en Pays de la Loire. Elle nous rappelle que cette maladie peut rentrer dans le cadre des IST tout en sachant qu'elle bénéficie d'une vaccination efficace et que sa prévention dépend de la perception du risque en fonction des comportements liés à la sexualité (ou du risque au sein de certaines populations).

Notre région présente la particularité d'avoir un taux de personnes issues d'Afrique subsaharienne supérieur au reste de la France métropolitaine hors Ile-de-France (38 % vs 26 %), en augmentation par rapport à la période 2011-2015. Les données concernant le nombre de cas de sida, les pathologies inaugurales, et le nombre de décès concernent un trop faible nombre de patients pour pouvoir dégager une tendance.

Enfin, si le recueil des informations concernant le VIH est relativement exhaustif et de qualité, les années qui viennent devront se consacrer à la même exigence vis-à-vis des autres IST conformément aux recommandations de la stratégie nationale de santé sexuelle.

Dr. Eric Billaud, Président du COREVIH des Pays de la Loire.

¹ Comité de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine

1. Méthodes

1.1. Données de surveillance nationale

a) Sources de données

Les données nationales proviennent des trois systèmes coordonnés par Santé publique France (SpFrance) :

- La surveillance de l'activité de dépistage du VIH dans les laboratoires (LaboVIH) repose sur le recueil auprès de l'ensemble des laboratoires volontaires, 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.
- La notification obligatoire de l'infection par le VIH est réalisée séparément par le biologiste et par le clinicien pour toute personne dont la sérologie est confirmée positive pour la première fois pour le laboratoire. 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. Depuis avril 2016, les DO du VIH et sida s'effectuent en ligne sur www.e-do.fr, qui intègre le calcul du code d'anonymat. Toute information complémentaire concernant cette méthode de déclaration est disponible sur le site de SpFrance².
- 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.

b) Méthodes de redressement

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. En 2016, **81% des laboratoires des Pays de la Loire ont participé au système LaboVIH**. Ce taux de participation est stable dans la région et identique à la moyenne nationale.

Pour connaître le nombre annuel de diagnostics, analyser les évolutions au cours du temps ou comparer les régions en rapportant les cas à la population, les données ont été corrigées pour tenir compte des délais de déclaration, de la sous-déclaration, et des valeurs manquantes sur les déclarations reçues. Ces corrections sont d'autant plus fiables et précises que l'exhaustivité de la déclaration était élevée. Les coefficients de redressement pour les délais de déclaration sont calculés par SpFrance en se basant sur les délais observés au cours des années antérieures. Pour la sous-déclaration, la méthode de redressement est différente pour les cas de séropositivité et pour les cas de sida :

- pour la séropositivité, la sous-déclaration est estimée en croisant les données des systèmes de surveillance LaboVIH et de maladies à déclaration obligatoire. Pour l'année 2015, elle a été estimée à 9% dans les Pays de la Loire contre 32% au niveau national (en 2013 : 11% contre 29%), mettant en évidence l'implication forte des médecins et biologistes ligériens dans la surveillance des découvertes de séropositivité VIH et l'amélioration des pratiques de déclaration.
- pour les nouveaux cas de sida, la sous-déclaration a été

estimée par une enquête capture-recapture [1], réactualisée pour la période 2007-2009. Elle était alors de 34% dans la région et de 40% en France. Avant 2003, les dénombrements des nouveaux cas de sida dans la région n'ont pas été corrigés, aucune estimation de la sous-déclaration régionale n'étant alors disponible. Pour les estimations départementales, en l'absence de coefficient de redressement spécifique, les coefficients régionaux ont été appliqués aux données départementales. Les analyses présentant les caractéristiques des patients (mode de contamination, stade clinique, etc.) excluent systématiquement les valeurs manquantes.

Pour décrire les caractéristiques des cas notamment sociodémographiques et cliniques, les données utilisées étaient brutes c'est-à-dire qu'elles correspondaient aux données parvenues à SpFrance jusqu'à la date sus-citée.

L'analyse portait sur les cas d'infection à VIH et de sida résidant en Pays de la Loire. La région de déclaration était utilisée par défaut lorsque la région de domicile n'était pas renseignée. Les données brutes de 2016 en Pays de la Loire ont été comparées à celles retrouvées en France métropolitaine hors Ile-de-France en 2016 et à celles des Pays de la Loire durant les cinq années précédentes (2011-2015).

1.2. Données de surveillance régionale : suivi des cas prévalents

Concernant la file active des patients infectés par le VIH suivis dans la région et les caractéristiques des cas prévalents dans la région, les données sont issues du logiciel Nadis®, DPI (dossier patient informatisé) dont les données sont collectées en temps réel par le médecin lors de la consultation médicale avec le consentement du patient. Le DPI Nadis® est déployé en 2016 dans l'ensemble de la région des Pays de la Loire dans les centres de suivi spécialisés (CHU de Nantes, CHU d'Angers, CHD Vendée de La Roche sur Yon, CH du Mans, CH de Laval, CH de St Nazaire) sauf le CH de Cholet déployé en 2017.

Issues de l'exploitation de la base constituée par les dossiers médicaux, ces données permettent une vision croisée entre celles de la déclaration obligatoire et les données en temps réel. Les différences observées peuvent être dues à la non exhaustivité des données conduisant à l'estimation de la déclaration obligatoire et/ou la prise en charge de patients dans d'autres régions que les Pays de la Loire après un dépistage dans cette région. Les données extraites sont issues de la base Nadis® globale sans distinction du département.

La base Nadis® est hébergée par le CHU de Nantes, hébergeur agréé des données de santé depuis avril 2013. Les Tecs (Techniciens d'études cliniques) du COREVIH effectuent un contrôle continu de la qualité des données : exhaustivité, données aberrantes et cohérence du dossier. Certaines données du dossier Nadis® sont également contrôlées par l'outil Workflow fonctionnant sur des requêtes exécutées quotidiennement et alertant le clinicien d'une action à effectuer. L'ensemble de ce contrôle qualité garantit la validité des données disponibles dans la base Nadis®.

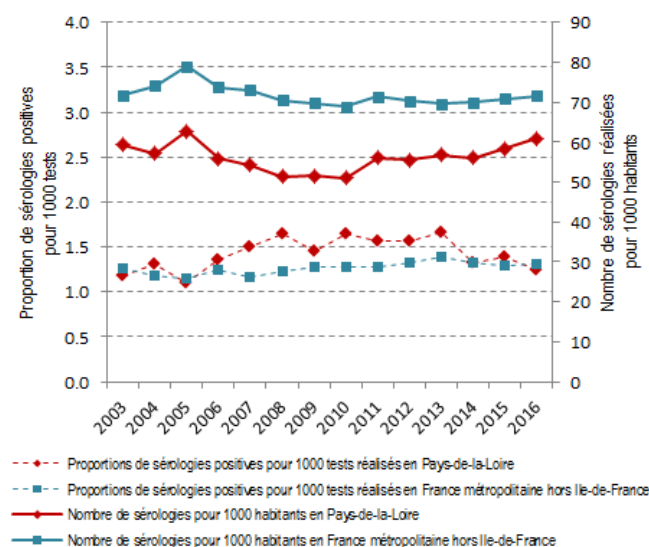
² <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Espace-professionnels/Maladies-a-declaration-obligatoire/e-DO-Declaration-obligatoire-en-ligne-de-l-infection-par-le-VIH-et-du-sida>

2. Dépistage du VIH

2.1. Sérologie VIH

Le nombre total de sérologies réalisées en Pays de la Loire en 2016 a été estimé à 228 408 (IC95 : [211 791 - 245 024]). Le nombre de personnes testées dans le cadre de tests anonymes a été estimé à 17 311 ce qui représentait 8% des personnes testées de façon anonyme en France métropolitaine hors Ile-de-France. La proportion de sérologies positives pour 1000 tests effectués en Pays de la Loire, estimée à 1,2 en 2016 était peu différente de celle retrouvée en France métropolitaine hors Ile-de-France (1,3 / 1000 tests). Cette proportion s'est avérée supérieure à 1,5 entre 2008 et 2013 en Pays de la Loire (Figure 1).

Figure 1 : Evolution du nombre de sérologies réalisées pour 1000 habitants et de la proportion de sérologies positives pour 1000 tests en Pays de la Loire et en France métropolitaine hors Ile-de-France, 2003-2016

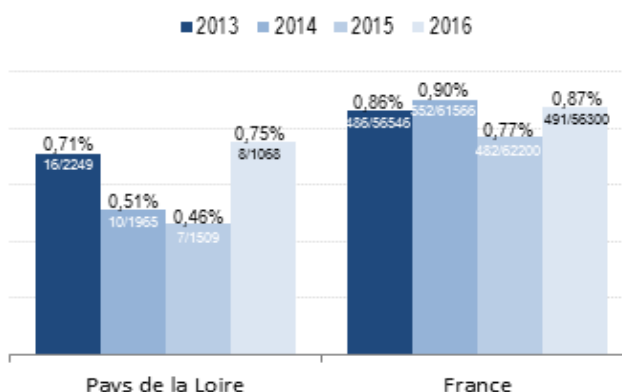


Source : SpFrance, données LaboVIH, 2016

2.2. Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD)

Parmi les autres moyens de dépistage, en Pays de la Loire, 1068 TROD ont été effectués en 2016 par les associations AIDES, Logis Montjoie, ALIA et le Centre Fédératif de Prévention et de Dépistage de Mayenne. Ce nombre est en diminution mais les TROD semblent mieux ciblés car le taux de TRODs positifs est en augmentation (Figure 3).

Figure 3 : Taux de TRODs positifs parmi les TRODs réalisés

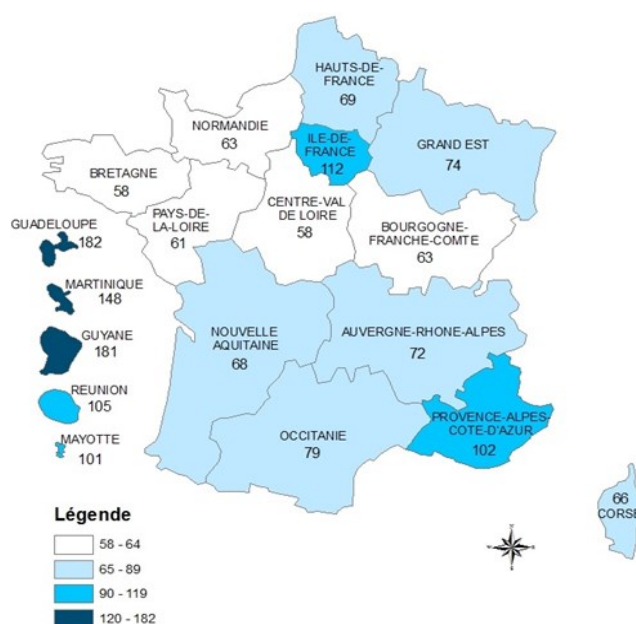


Sources : Assurance Maladie

2.3. Autotest

Les autotests sont en vente depuis septembre 2015 : 74651 autotests ont été vendus en France en 2016.

Figure 2 : Nombre de sérologies réalisées pour 1000 habitants en Pays de la Loire en France en 2016 par région



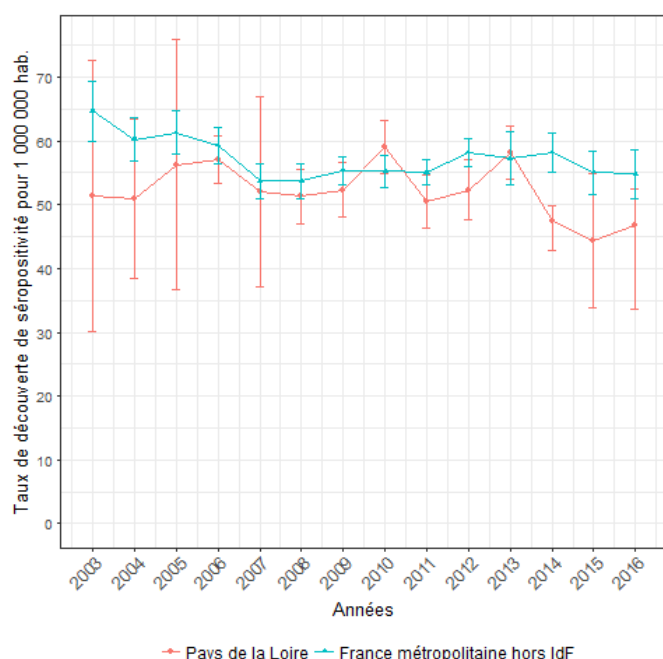
Source : SpFrance, données DO VIH au 30/06/2017 corrigées pour les délais, la sous-déclaration et les valeurs manquantes

3. Notification obligatoire de l'infection à VIH

3.1. Découvertes de séropositivité

En 2016, le nombre estimé de personnes ayant découvert leur séropositivité en Pays de la Loire était de 175 (IC95% : [126-196]) soit un taux de 46,7 (IC95% : [33,7-52,4]) pour 1 000 000 d'habitants. Ce taux a peu varié depuis 2003 et était comparable à celui retrouvé en France métropolitaine hors Ile-de-France (Figure 4).

Figure 4 : Evolution du taux annuel estimé de découvertes de séropositivité VIH en France métropolitaine (hors Ile-de-France) et en Pays de la Loire de 2003 à 2016 avec intervalle de confiance à 95%



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

Figure 5 : Taux annuel estimé de découvertes de séropositivité VIH en France métropolitaine en 2016 par million d'habitants



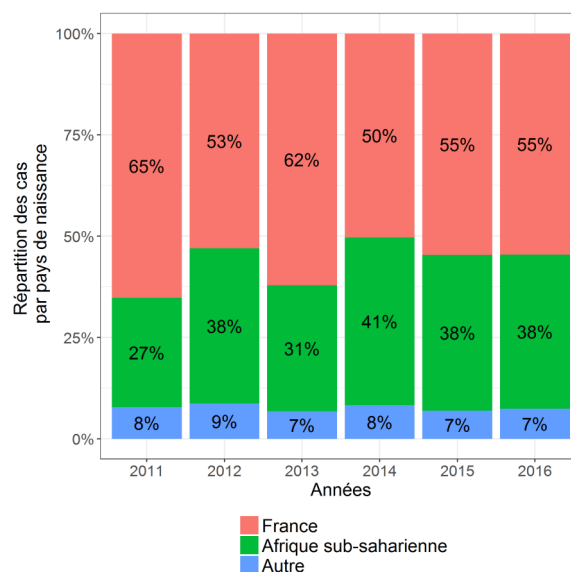
Source : SpFrance, données DO VIH au 30/06/2017 corrigées pour les délais, la sous-déclaration et les valeurs manquantes

3.2. Caractéristiques cliniques et sociodémographiques

La répartition par sexe était de 65% pour les hommes et 35% pour les femmes en 2016. Elle était peu différente de celle retrouvée dans la région les cinq années précédentes. Comparativement aux autres régions françaises hors Ile-de-France, la proportion de femmes était légèrement supérieure en Pays de la Loire. La médiane d'âge (36 ans) est restée la même en Pays de la Loire en 2016 par rapport à la période 2011-2015. La répartition par classe d'âge montrait une augmentation minime dans la classe d'âge des moins de 25 ans en 2016 en Pays de la Loire par rapport aux cinq années précédentes.

La proportion de personnes nées en Afrique sub-saharienne ayant découvert leur séropositivité en 2016 était plus élevée dans les Pays de la Loire qu'en France métropolitaine hors Ile-de-France (Tableau 1). Cette différence était retrouvée entre les Pays de la Loire et la France métropolitaine hors Ile-de-France pour la période 2011-2015 (Figure 6). Parmi ces personnes la majorité des cas touchaient des femmes (63%) contrairement aux personnes nées en France qui étaient le plus souvent des hommes (87%).

Figure 6 : Evolution de la répartition des pays de naissance chez les personnes pour qui une découverte de séropositivité VIH a été notifiée, Pays-de-la-Loire, 2011-2016



Source : SpFrance, données déclarations obligatoires VIH brutes au 30/06/2017

En Pays de la Loire, les rapports sexuels entre hommes constituaient près de la moitié des modes de contamination en 2016 (47% vs 53% en France métropolitaine hors Ile-de-France). Depuis 2011, ce chiffre a eu tendance à diminuer en Pays de la Loire passant de 49 à 47% alors qu'il a eu tendance à augmenter en France métropolitaine passant de 50 à 53%.

Les autres modes de contamination étaient représentés par les usagers de drogues injectables UDI (3%) et les rapports hétérosexuels (43%). Ce dernier mode de contamination concernait plutôt les personnes d'origine subsaharienne (64%) et parmi celles-ci une majorité de femmes (75%).

Dix pourcents des personnes pour qui une découverte de séropositivité a été notifiée en 2016 en Pays de la Loire, étaient au stade de primo-infection. La découverte de séropositivité lors d'une primo-infection était plus rare chez les femmes (5%) que chez les hommes (16%).

Vingt-quatre pourcents des personnes résidant en Pays de la Loire ayant découvert leur séropositivité pour le VIH avaient un nombre de CD4 inférieur à 200/mm³. Cette proportion était peu différente de celle retrouvée en France métropolitaine hors Ile-de-France. Les diagnostics réalisés tardivement (CD4<200mm³ ou découverte réalisée au stade de sida) représentaient 25% des notifications en 2016 en Pays de la Loire.

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2016 et résidant en Pays de la Loire, 2% présentaient une coinfection par le virus de l'hépatite C, 7% présentaient une coinfection par le virus de l'hépatite B et 22% avaient contracté une infection sexuellement transmissible (IST). Ces résultats

étaient comparables à ceux retrouvés en France métropolitaine hors Ile-de-France mise à part une proportion de coinfections avec le virus de l'hépatite B légèrement inférieure (3%) (Tableau 1). En prenant en compte le pays de naissance, les IST touchaient plus souvent les personnes nées en France (28%) que celles nées en Afrique sub-saharienne (6%). Par contre les personnes nées en Afrique sub-saharienne avaient été plus souvent infectées par le VHB (10%) que celles nées en France (3%).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité VIH notifiées en région Pays de la Loire et en France métropolitaine hors Ile-de-France

	Pays de la Loire		France ¹
	2011-2015	2016 ²	2016
	N=899	N=189	N=1953
Classe d'âge			
Moins de 25	14%	17%	13%
25 à 49 ans	71%	67%	66%
50 ans ou plus	16%	16%	21%
Sexe			
Homme	66%	65%	71%
Femme	34%	35%	29%
Pays de naissance			
France	57%	55%	62%
Afrique sub-saharienne	35%	38%	26%
Autre	8%	7%	12%
Mode de contamination			
Homo/bisexuel (HSH)	49%	47%	53%
Hétérosexuel	49%	46%	44%
Usage de drogues injectables (UDI)	1%	3%	1%
Autre	1%	4%	1%
Stade clinique			
Primo-infection	13%	10%	14%
Asymptomatique	64%	69%	62%
Symptomatique	11%	6%	11%
Sida	12%	15%	12%
Nombre de CD4/mm³			
0-199	27%	24%	28%
200-349	19%	21%	21%
350-499	22%	23%	21%
500 ou plus	33%	32%	30%
Délai de diagnostic			
Précoce	39%	36%	38%
Intermédiaire	32%	39%	34%
Au stade avancé de l'infection	28%	25%	29%
Coinfection avec hépatite virale C			
Oui	4%	2%	4%
Non	96%	98%	96%
Coinfection avec hépatite virale B			
Oui	6%	7%	3%
Non	94%	93%	97%
Coinfection avec maladie sexuellement transmissible			
Oui	20%	22%	22%
Non	80%	78%	78%

¹ France métropolitaine hors Ile-de-France, ² Données provisoires brutes, ³ Diagnostic précoce : CD4>500/mm³ hors sida ou Primo-infection ; Diagnostic au stade avancé de l'infection : CD4 <200/mm³ hors primo-infection, ou sida

Source : SpFrance, données DO VIH brutes au 30/06/2017

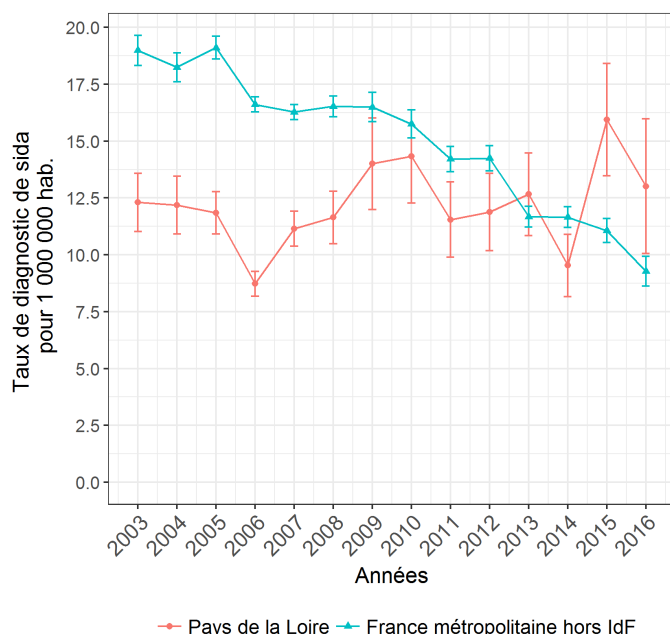
4. Diagnostic de sida

4.1. Evolution des taux de diagnostic de sida depuis 2003

En 2016, en Pays de la Loire, le nombre estimé de nouveaux cas de sida diagnostiqués à partir des déclarations obligatoires était de 49 (IC95% : [38 – 60]). Cet effectif a été obtenu à partir des 25 cas notifiés en 2016 dans la région, à comparer aux 46 cas issus de la base Nadis®.

Le taux de diagnostic de sida a été estimé à 13 cas pour 1 000 000 d'habitants en Pays de la Loire en 2016. Il était supérieur à celui de la France métropolitaine hors Ile-de-France qui se situait à 9 par million d'habitants (Figure 7).

Figure 7 : Evolution du taux estimé de diagnostics de sida par million d'habitants en Pays de la Loire comparativement à la France métropolitaine hors Ile-de-France, 2003-2016



Source : SpFrance, données DO sida au 31/06/2017 corrigées pour les délais et la sous-déclaration

4.2. Caractéristiques sociodémographiques

Le Tableau 2 représente les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des cas de sida notifiés (données brutes). Les résultats de 2016 doivent être interprétés avec prudence à cause du faible nombre de notifications (N=25).

Sur les six années allant de 2011 à 2016, il y avait une majorité d'hommes à avoir déclaré un sida (70%). La part des femmes a eu tendance à augmenter entre 2011 et 2016 en Pays de la Loire passant de 23% à 36%. De la même façon la part des personnes nées en Afrique sub-saharienne est passée de 15% à 40% (Tableau 2, Figure 8). La moyenne d'âge des patients ayant déclaré un sida a été calculée à 44,8 ans (médiane 46 ans). Elle était plus élevée chez les hommes (46,6 ans) que chez les femmes (39,7 ans). L'âge moyen était plus bas chez les patients nés en Afrique subsaharienne (37,4 ans médiane : 40 ans) que chez ceux nés en France (46,1 ans médiane : 47 ans). Les UDI étaient 77% à connaître leur séropositivité alors qu'ils étaient 42% chez les homosexuels et 49% chez les hétérosexuels.

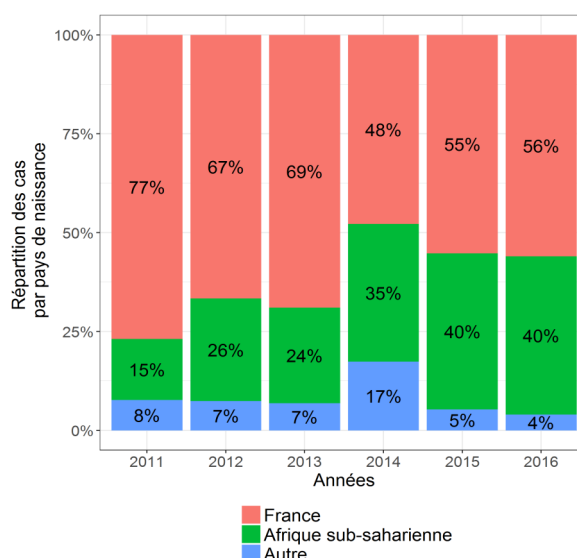
Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des cas de sida notifiés en Pays de la Loire et en France métropolitaine hors Ile-de-France, 2011-2016

	Pays-de-la-Loire 2011-2015 N=143	2016 ² N=25	France ¹ 2016 N=199
Classe d'âge			
Moins de 25	4%	16%	3%
25 à 49 ans	59%	56%	60%
50 ans ou plus	36%	28%	37%
Sexe			
Hommes	75%	64%	68%
Femmes	25%	36%	32%
Pays de naissance			
France	63%	56%	63%
Afrique sub-saharienne	29%	40%	25%
Autre	8%	4%	13%
Mode de contamination			
Homo/bisexuel (HSH)	33%	35%	38%
Hétérosexuel	58%	52%	54%
Usage de drogues injectables (UDI)	7%	4%	6%
Autre	3%	9%	2%
Connaissance de la séropositivité avant sida			
Oui	44%	50%	44%
Non	56%	50%	56%
Traitement antirétroviral avant sida			
Oui	22%	27%	26%
Non	78%	73%	74%

²Pourcentages réalisées sur les données brutes, calculés après exclusion des valeurs inconnues. ¹ France métropolitaine hors Ile-de-France

Source : SpFrance, données DO sida brutes au 30/06/2017

Figure 8 : Evolution de la part des pays de naissance chez les personnes pour lesquels un diagnostic de sida a été notifié, Pays de la Loire, 2011-2016



Source : SpFrance, données DO sida brutes au 30/06/2017

4.3. Pathologies inaugurales

En 2016, la candidose œsophagienne était la pathologie d'entrée dans le sida la plus fréquente en Pays de la Loire avec près d'un quart des cas. La pneumocystose pulmonaire était la deuxième maladie la plus fréquente d'entrée dans le sida en 2016 en Pays de la Loire. Toutefois, cette pathologie restait prépondérante en Pays de la Loire entre 2011 et 2015 et dans le reste de la France hors Ile-de-France en 2016. Suivaient la maladie de Kaposi, la tuberculose pulmonaire, la toxoplasmose cérébrale et le lymphome par ordre de fréquence et pour lesquelles il n'y avait pas de différence notable entre les Pays de la Loire, l'Ile-de-France ou le reste de la France (Tableau 3).

Tableau 3 : Pathologies inaugurales les plus fréquentes lors des notifications de sida, région Pays de la Loire comparativement à la France métropolitaine hors Ile-de-France, 2011-2016

Maladie inaugurale	Pays-de-la-Loire		France ¹
	2011-2015	2016	2016
Pneumocystose	29%	23%	29%
Toxoplasmose cérébrale	11%	6%	9%
Kaposi	11%	13%	10%
Candidose œsophagienne	9%	26%	7%
Tuberculose pulmonaire	8%	10%	10%
Tuberculose extra-pulmonaire	7%	3%	7%
Lymphome autre localisation	6%	6%	6%
Encéphalopathie à VIH	4%	3%	6%
Leucoencéphalite multifocale progressive	4%	3%	2%

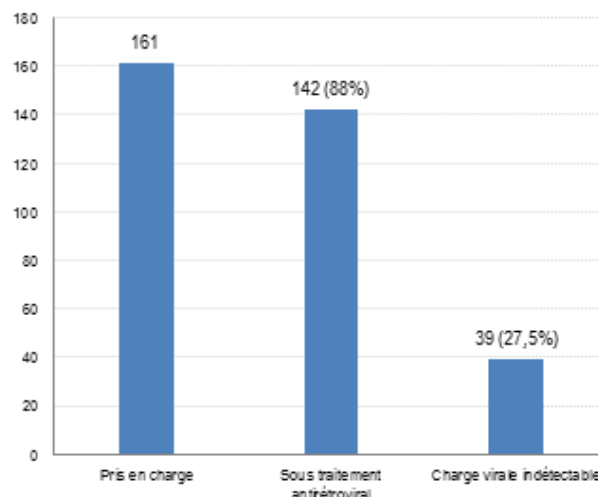
¹ France métropolitaine hors Ile-de-France

Source : SpFrance, données DO sida brutes au 30/06/2017

5. Caractéristiques des cas prévalents des infections à VIH

En 2016, 161 patients ont été pris en charge dans la région d'après la base Nadis®. Parmi eux, 142 bénéficiaient d'un traitement antirétroviral au 31/12/2016. La baisse de la charge virale étant progressive au cours du temps, 27,5% avaient une charge virale indétectable au 31/12/2016.

Figure 9 : Cascade de prise en charge des nouveaux patients diagnostiqués VIH, Pays de la Loire, 2016



Source : Données issues de Nadis®, base gelée au 31/12/2016

6. Décès et perdus de vue

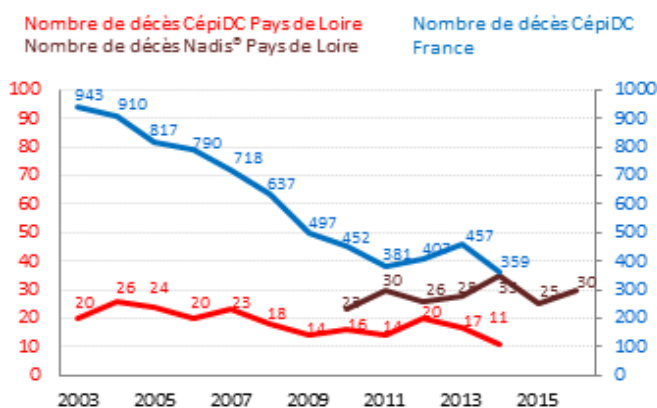
6.1 Décès

Entre 2003 et 2014, le nombre de décès par an de personnes vivant avec le VIH était fourni par l'INSERM CépiDC. Les données de 2010 à 2016 sont issues de la base de données Nadis® et concernaient tous les décès de patients infectés par le VIH quelle qu'en soit la cause (Figure 10). En 2016, 30 patients infectés par le VIH et pris en charge dans la région sont décédés. Ce nombre est relativement stable depuis 2010.

6.2. Perdus de vue

Les patients perdus de vue sont des patients infectés par le VIH non venus en consultation pendant au moins 13 mois. D'après la base de données Nadis®, 46 patients sont venus en 2015 pour le suivi de leur infection VIH et n'ont pas été pris en charge dans l'un des centres hospitaliers de la région en 2016.

Figure 10 : Evolution du nombre de décès des personnes infectées par le



Sources : Inserm CépiDC – Décès liés à l'infection VIH et Nadis® - Décès de patients infectés par le VIH quelle qu'en soit la cause

7. Surveillance des IST en Pays de la Loire

Santé publique France a pour mission de protéger efficacement la santé des populations, grâce à l'observation épidémiologique et la surveillance de l'état de santé des populations, la promotion de la santé et le développement de la prévention et de l'éducation pour la santé. Pour réaliser ses missions, l'agence s'appuie sur ses partenaires membres du réseau national de santé publique.

Outre le suivi des infections VIH/sida, la surveillance des IST comprend d'autres maladies comme la syphilis, la gonococcie et la lymphogranulomatose vénérienne (LGV). Néanmoins, si la déclaration obligatoire des quatre IST « classiques » (syphilis, gonococcie, chancre mou et LGV) a été abandonnée en France en 2000 en raison d'un très faible taux d'exhaustivité et d'une mauvaise représentativité des cas déclarés, la surveillance de ces maladies repose désormais sur des réseaux sentinelles. Le premier d'entre eux (ResIST pour la surveillance de la syphilis et de la gonococcie) s'appuie sur des cliniciens. Les trois autres sont fondés sur les laboratoires de biologie médicale (Rénago pour la surveillance de la gonococcie et des résistances du gonocoque aux antibiotiques ; Rénachla pour la surveillance des infections à chlamydia ; réseau LGV coordonné par le centre national de référence (CNR des Chlamydiae).

ResIST a été mis en place suite à la réémergence de la syphilis en 2000 et de la LGV en 2003. Il s'appuie sur un réseau de cliniciens volontaires notamment les médecins généralistes. Mais ce sont majoritairement les CeGIDD³ qui réalisent la remontée d'information vers SpFrance. Jusqu'en 2016, SpFrance par le biais de ses Cellules d'intervention en Région (CIRe) coordonnait, animait et selon les cas adressait une rétro-information aux professionnels de soins. Néanmoins force a été de constater que ce réseau était inégalement réparti sur le territoire.

Les CeGIDD sont des structures locales créées en 2016 pour assurer le dépistage du VIH, des hépatites virales et des IST. Ils représentent une réelle opportunité pour améliorer les connaissances épidémiologiques utiles à la promotion de la santé sexuelle. Ils offrent une approche globale de santé sexuelle et contribuent à mieux cibler les publics éloignés du dispositif de santé. Ils sont partie prenante dans ResIST et remontent des

informations individuelles à partir de formulaires papier téléchargeables sur le site Internet⁴. Une remontée d'information à partir d'un outil informatique est à l'étude. L'équipement informatique régional déployé dans les CEGIDD devrait être compatible avec ce format.

En Pays de la Loire, les signalements réalisés dans le cadre de ResIST ont été adressés directement à la direction des maladies infectieuses de SpFrance. La CIRe n'était pas impliquée jusqu'à présent. Au total, 171 cas de syphilis ont été signalés de 2012 à 2015. Toutefois, la majorité des cas l'ont été par le CHU de Nantes notamment par le CeGIDD-44 et les services des maladies infectieuses et de dermatologie. Les autres cas provenaient du CHD de la Roche sur Yon plus précisément du service de maladies infectieuses et de l'UCSA de la maison d'arrêt. Pour les gonococcies, 92 fiches ont été adressées à SpFrance sur quatre années et provenaient presque exclusivement du CHU de Nantes. Seuls trois signalements ont été réalisés en dehors de cette structure dans le département de Vendée par le service de médecine infectieuse et un médecin généraliste.

Pour les réseaux Rénachla et Renago, des données régionales sont disponibles. Elles feront l'objet d'une rétro-information dans un bulletin de veille sanitaire à venir.

Pour conclure, la surveillance des IST dans les Pays de la Loire par le biais de réseaux sentinelles, spécialement ResIST, demande à être développée. La publication récente de textes législatifs [2] préconisant une collaboration entre SpFrance s'appuyant notamment sur sa cellule d'intervention en région, le COREVIH et les CeGIDD, devrait permettre, à terme, de sensibiliser les professionnels de santé et ainsi de mieux représenter la région dans les données de surveillance publiées par Santé publique France.

³ Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH, les hépatites virales et les IST

⁴ <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Questionnaires-pour-la-surveillance>

I Références I

- [1] Spaccaferri G, Cazein F, Lièvre L, Bernillon P, Geffard S, Lot F, et al. Estimation de l'exhaustivité de la surveillance des cas de sida par la méthode capture-recapture, France, 2004-2006. Bull Epidemiol Hebd. 2010(30):4.
- [2] Ministère des affaires sociales et de la santé. Décret n° 2017-682 du 28 avril 2017 relatif à la coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine
- [3] Barin F, Meyer L, Lancar R, Deveau C, Gharib M, Laporte A, et al. Development and validation of an immunoassay for identification of recent human immunodeficiency virus type 1 infections and its use on dried serum spots. J Clin Microbiol. 2005;43(9):4441-7.
- [4] Capsec J, Brand D, Chaillon A, Le Vu S, Moreau A, Cazein F, et al. Caractéristiques des infections VIH très récentes et réseaux de transmission à partir des données de la déclaration obligatoire, France, 2012-2014. Numéro thématique. Journée mondiale du sida, 1er décembre 2016. Bull Epidemiol Hebd. 2016(41-42):755-62.
- [5] Cazein F, Pillonel J, Le Strat Y, Pinget R, Le Vu S, Brunet S, et al. Découvertes de séropositivité VIH et sida, France, 2003-2013. Bull Epidemiol Hebd. 2015(9-10):10.
- [6] Morlat P. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, actualisation 2014 du rapport 2013. Paris : Conseil National du Sida; 2014. 112 p. Disponible: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/experts-vih_actualisations2014.pdf
- [7] Organisation Mondiale de la Santé. ONUSIDA : fiche d'information juillet 2017. Disponible: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf
- [8] Assurance maladie. Rapport annuel de l'activité de dépistage communautaire par TROD VIH dans le cadre de la convention signée avec l'Assurance maladie (AIDES, Logis Montjoie, CPEF 53). 2016.

Cire des Pays de la Loire
Tél : 02.49.10.43.62 - Fax : 02.49.10.43.92
✉ ars-pdl-cire@ars.sante.fr

Retrouvez ce numéro sur <http://www.santepubliquefrance.fr>

Directeur de la publication : François Bourdillon, Directeur général de Santé publique France
Rédacteur en Chef : Dr Bruno Hubert, responsable de la Cire des Pays de la Loire
Maquettiste : Sophie Hervé, Cire des Pays de la Loire
Comité de rédaction : Noémie Fortin, Ronan Ollivier, Delphine Barataud, Pascaline Loury et Bruno Hubert, Cire des Pays de la Loire
Diffusion : Cire des Pays de la Loire - 17 boulevard Gaston Doumergue - CS 56233 - 44262 Nantes cedex 2
<http://www.santepubliquefrance.fr> - <http://ars.paysdelaloire.sante.fr>

La publication d'un article dans le BVS n'empêche pas sa publication par ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.