

## Le VIH et les infections sexuellement transmissibles en Nouvelle-Aquitaine *Bilan annuel 2015*

### | Editorial |

Il existe plus de trente agents infectieux, bactéries, virus ou parasites, responsables d'infections sexuellement transmissibles (IST). Les IST jouent un rôle majeur dans la transmission du VIH et des autres IST, en augmentant le risque de contamination par fragilisation des muqueuses. Les IST survenant chez des personnes atteintes du virus du Sida peuvent également être plus sévères et compliquer le traitement. La prise en compte des IST et de leurs modes de transmission est un élément indispensable pour mieux comprendre la dynamique de l'épidémie de VIH/Sida, raison pour laquelle ce Bulletin de veille sanitaire (BVS) - 1er bulletin de rétro-information de la nouvelle région Nouvelle-Aquitaine sur ce thème - intègre les données de surveillance à la fois sur les infections à VIH-Sida et les infections sexuellement transmissibles (IST).

Il présente, pour l'année 2015, les données de surveillance du dépistage du VIH (réseau LaboVIH) et les données issues de la notification obligatoire des cas d'infection par le VIH et des cas de Sida et les données du réseau de cliniciens volontaires RésIST, qui concerne la surveillance des syphilis récentes et des gonococcies à l'échelle de la nouvelle région.

Au total, même si la Nouvelle-Aquitaine occupe une position faible en nombre de découvertes de séropositivité VIH par million d'habitants, la région figure parmi les régions avec un taux de dépistage intermédiaire. La part des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes parmi les découvertes de séropositivité VIH est élevée et continue d'augmenter, justifiant des actions de prévention ciblées en direction de cette population. Parallèlement, la progression des autres IST chez les personnes d'orientation homo/bisexuelle sur les dernières années, en particulier du nombre de syphilis récentes, ainsi que l'augmentation des comportements sexuels à risque incitent à maintenir les messages de prévention de l'ensemble des IST au sein de ces populations.

Ce BVS est aussi l'occasion de mettre en lumière les ruptures du parcours de soins et déterminer les facteurs de non adhésion au suivi après le diagnostic, et les irrégularités de suivi au travers des travaux anthropologiques menés par le Corevih d'Aquitaine auprès de personnes vivant avec le VIH.

*Stéphanie Vandentorren, Responsable CIRE Nouvelle-Aquitaine*

### VIH/sida et syphilis - données internationales

A l'échelle mondiale, les cibles relatives au sida du sixième Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD), soit enrayer et inverser la propagation du VIH, sont désormais atteintes. Les nouvelles infections à VIH ont chuté de 35% depuis 2000 (de 58% parmi les enfants) et les décès liés au sida ont baissé de 42% depuis le pic de 2004.

En 2014, environ 2 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH et 1,2 million de personnes sont décédées de maladies liées au VIH. En 2014, 36,9 millions de personnes vivaient avec le VIH. Le nombre de personnes vivant avec le VIH continue d'augmenter, en grande partie du fait que davantage de personnes dans le monde ont accès à la thérapie antirétrovirale et vivent ainsi plus longtemps, et en meilleure santé. En juin 2015, 15,8 millions de personnes avaient accès au traitement.

En Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord, le nombre des nouvelles infections est resté relativement stable depuis 2000 : 87 000 [53 000-130 000] infections en 2000 et 85 000 [48 000-130 000] en 2014.

Pour faire avancer la riposte au sida, l'ONUSIDA a élaboré une approche d'accélération pour atteindre un ensemble de cibles assorties de délais d'ici à 2020. Les cibles sont notamment : 90% de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH, 90% des personnes qui connaissent leur séropositivité au VIH ont accès au traitement, et 90% des personnes sous traitement ont une charge virale supprimée.

(Référence: [Rapport ONUSIDA, Le sida en chiffres 2015](#))

D'après l'ECDC, en 2013, le taux de notification de la syphilis en Europe était de 5,4 cas pour 100 000 habitants. La syphilis était cinq fois plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. La majorité des cas était rapporté chez les adultes de plus de 25 ans. Plus de la moitié (58%) des cas de syphilis pour lesquels l'information sur la transmission était renseignée étaient des Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). En Europe, le taux de déclaration a globalement diminué entre 2004 et 2009. Mais depuis 2010, le taux de déclaration des cas de syphilis augmente, en particulier chez les hommes.

(Référence: [ECDC Surveillance report on Sexually transmitted infections in Europe 2013](#))

Cette partie du bulletin présente les données de surveillance du dépistage et du diagnostic de l'infection à VIH et du diagnostic de Sida en région Nouvelle-Aquitaine à partir de trois systèmes coordonnés par Santé publique France (l'Agence Nationale de Santé Publique).

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 pour 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). Les anciens formulaires papier en stock peuvent être utilisés jusqu'en fin 2016. A épuisement des stocks ou au plus tard en janvier 2017, les déclarants qui ne parviendraient pas à déclarer en ligne pourront obtenir des formulaires sous forme de PDF à imprimer en s'adressant au support téléphonique e-DO Info Service. Plus d'information sur [le site web de Santé publique France](http://le site web de Santé publique France).

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 2015 est estimé, à partir de l'activité des laboratoires participant au réseau LaboVIH, à 5,35 millions (IC 95% [5,29-5,42]), soient 81 sérologies VIH pour 1000 habitants. Cette activité de dépistage a augmenté modérément, de 3% par rapport à 2013. La proportion de sérologies confirmées positives est de 2,0 pour mille sérologies réalisées.
- A ce dépistage par sérologie, s'ajoutent les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) communautaires, réalisés par les associations agréées, en nombre beaucoup plus faible (62 000 en 2015), mais dont le public ciblé est plus exposé que la population générale. La proportion de tests positifs y est donc plus élevée (7,7 pour mille TROD réalisés).
- Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en France en 2015 est estimé, à partir de la DO du VIH, à près de 6000 personnes (IC 95% [5538-6312]), soient 89 découvertes par million d'habitants. Ce nombre est stable sur la période 2011-2015.
- Environ 1200 cas de sida ont été diagnostiqués en 2015, principalement (83%) chez des personnes qui n'avaient pas reçu de traitement antirétroviral avant leur diagnostic de sida.

## 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 31/12/2015.

Ces données peuvent être brutes, c'est-à-dire limitées aux données parvenues à l'ANSP 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.

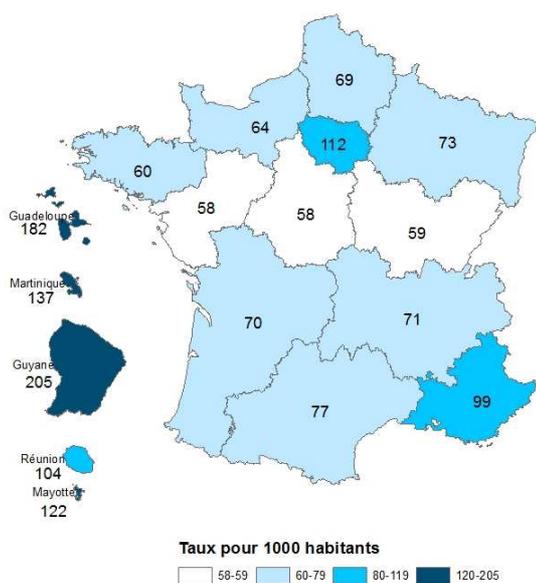
L'analyse porte sur les cas d'infection à VIH et de Sida résidant dans la région Nouvelle-Aquitaine. Dans les données corrigées, la région de déclaration est utilisée par défaut lorsque la région de domicile n'est pas renseignée.

## 1 Activité de dépistage du VIH

En 2015, 412 513 (IC : 390 184 - 434 843) sérologies VIH ont été réalisées en région Nouvelle-Aquitaine. Le nombre de sérologies VIH réalisées pour 1 000 habitants en région est de 70 en 2015 (IC : 66-74). La région 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 2015, inférieure à la proportion calculée pour la France (2,0) et stable depuis 2010 (Figure 2).

**Figure 1.** Taux de dépistage du VIH par 1000 habitants par région en 2015.



## 2 Découvertes de Séropositivité

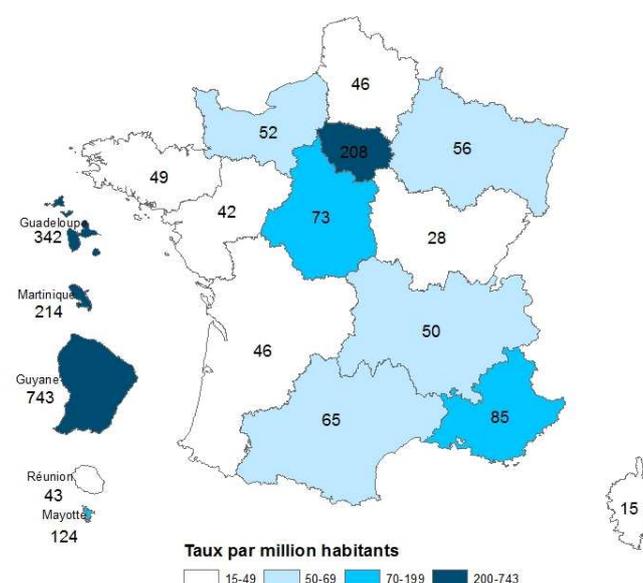
### 2.1 Évolution des découvertes de séropositivité

En 2015, le nombre corrigé\* de découvertes de séropositivité VIH par million d'habitants résidant en Nouvelle Aquitaine, se situe entre 26 et 65, avec une valeur centrale de 46. La région est parmi les régions avec les taux de découverte les plus faibles (Figure 3).

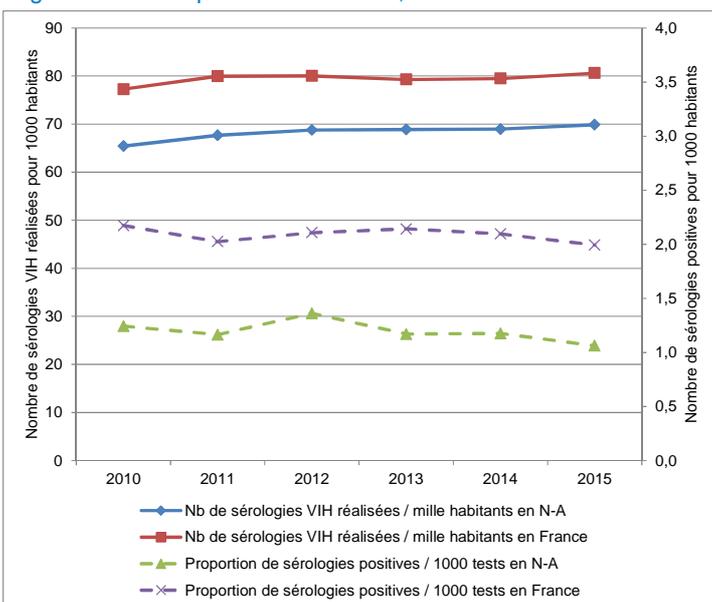
Le taux annuel de découvertes de séropositivité VIH en Nouvelle Aquitaine est stable depuis 2003 et semblable au taux calculé pour la France métropolitaine hors Ile-de-France (Figure 4).

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

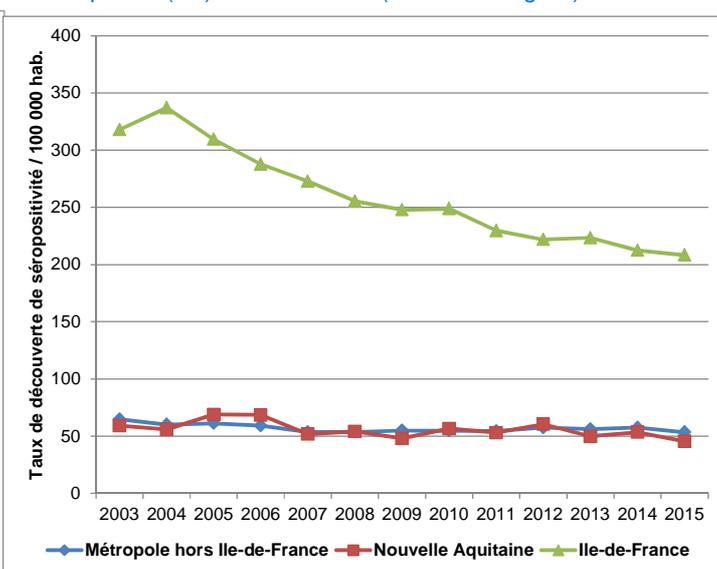
**Figure 3.** Nombre de découvertes de séropositivité VIH par million d'habitants par région, 2015 (données corrigées).



**Figure 2.** Évolution du nombre de sérologies réalisées pour 1000 habitants et du nombre de sérologies positives pour 1000 tests en région Nouvelle-Aquitaine et en France, 2010-2015.



**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 2015 (données corrigées).



## 2.2 Caractéristiques des découvertes de séropositivité VIH

- Les caractéristiques socio-démographiques des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2015 ne sont pas différentes de celles de la période 2003-2014 (Tableau 1). Les découvertes de séropositivité VIH concernent majoritairement les hommes (72% des découvertes). L'âge médian est de 38 ans. Soixante-trois pourcent des découvertes en 2015 sont dans la tranche d'âge 25-49 ans, 13% chez les moins de 25 ans et 24% chez les 50 ans et plus. 25% 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 55% des découvertes et rapports hétérosexuels pour 39% des découvertes. La proportion des HSH était supérieure à celle des hétérosexuels en 2015 à l'inverse de ce qui est observé en 2014 (Figure 5).

**Tableau 1.** Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des découvertes de VIH notifiées en Nouvelle-Aquitaine entre 2003 et 2015 (calcul réalisé sur les données de la DO de VIH brutes après avoir exclu les valeurs « inconnu »).

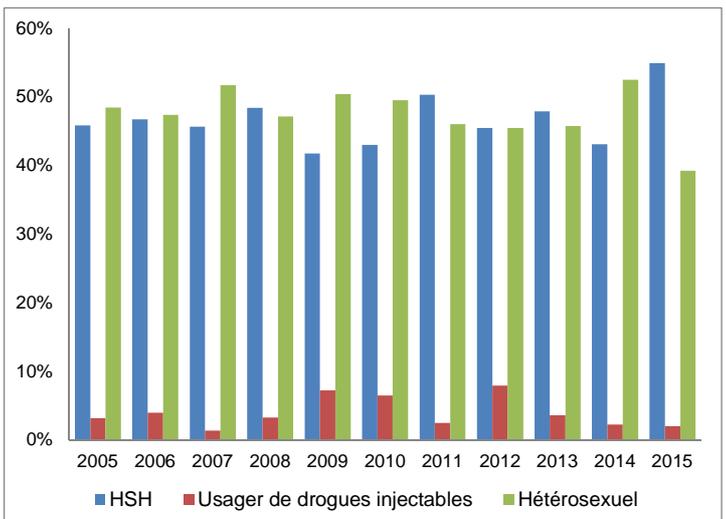
	Nouvelle-Aquitaine	
	2003-2014	2015
<b>Age (année)</b>		
médiane	38	38
<25	12%	13%
25-49	68%	63%
50 et plus	21%	24%
<b>Sexe</b>		
Hommes	71%	72%
Femmes	29%	28%
<b>Pays de naissance</b>		
France	68%	66%
Afrique sub-saharienne	23%	25%
Autres	10%	9%
<b>Mode de contamination</b>		
HSH	45%	55%
hétérosexuels	49%	39%
Usager de drogues injectables (UDI)	4%	2%
HSH et UDI	0%	1%
transfusé	0,3%	0%
mère/enfant	1%	2%
Autre	0%	1%
<b>CD4 au diagnostic VIH</b>		
<200	32%	20%
200-349	20%	25%
350-499	19%	20%
≥500	29%	35%
<b>Délai diagnostic</b>		
précoce*	34%	45%
tardif**	32%	21%

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

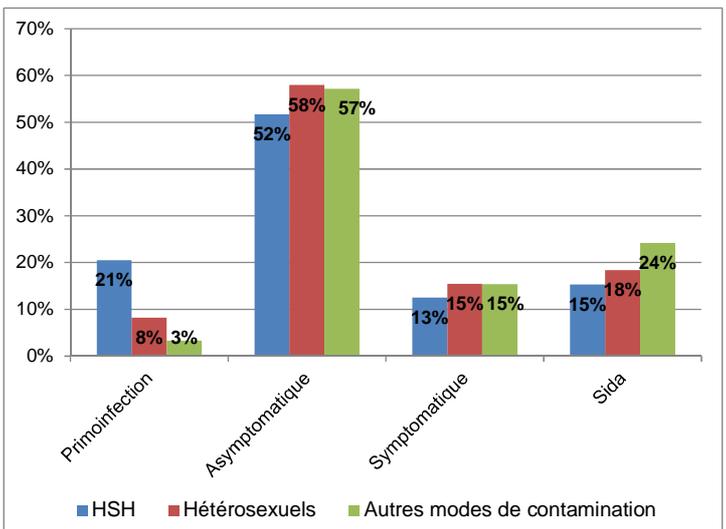
\*\*Def diag tardif:  $cd4 < 200/mm^3$  ou Sida au diagnostic

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

**Figure 5.** Évolution de la part des principaux modes de contamination parmi les cas d'infection à VIH déclarés en Nouvelle-Aquitaine de 2005 à 2015 (données brutes)

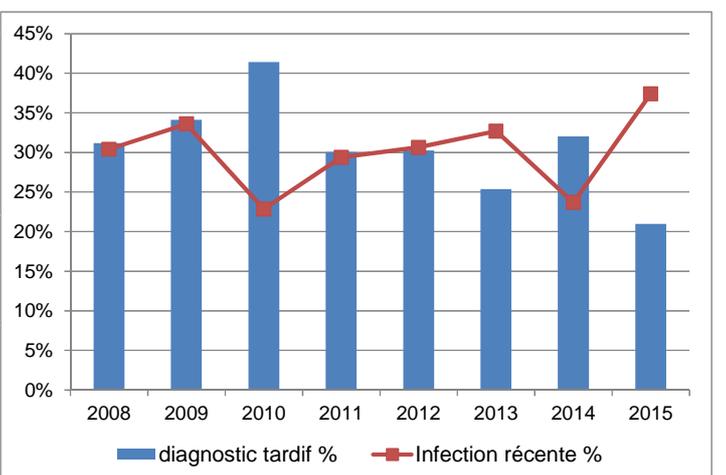


**Figure 6.** Stade clinique au moment de la découverte de la séropositivité selon le mode de contamination, Nouvelle-Aquitaine, 2003-2015. (données brutes)



**Figure 7.** Pourcentage de diagnostic tardif et d'infection récente parmi les découvertes de séropositivité, Nouvelle-Aquitaine, 2008-2015. (données brutes)

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

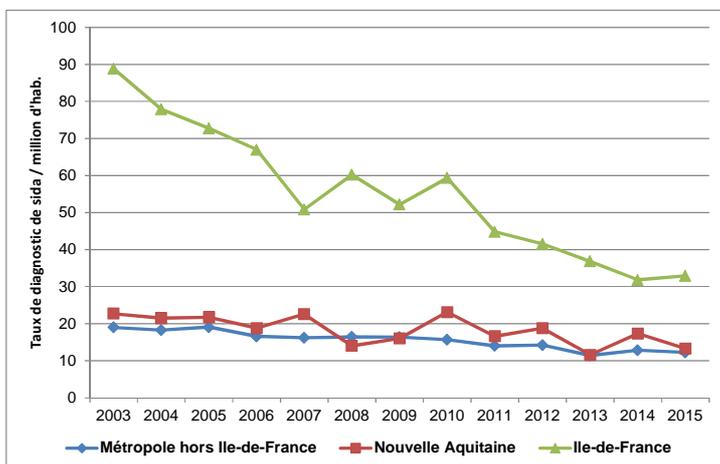


- Le motif de dépistage des personnes découvrant leur séropositivité VIH en 2015 était un dépistage orienté pour 33% d'entre eux, des signes cliniques ou biologiques pour 24%, une exposition récente pour 23%, un bilan ou grossesse pour 17% et un autre motif pour 3%.
- En 2015, le stade clinique lors de la découverte de séropositivité VIH était : asymptomatique pour 61% des personnes, primo-infection pour 19%, sida pour 11% et symptomatique non sida pour 9%. Ces proportions varient selon le mode de contamination, notamment la proportion de primo-infections qui est plus du double chez les HSH que chez les hétérosexuels et les UDI sur la période 2003 à 2015 (Figure 6).
- Parmi les découvertes de séropositivité en 2015, la proportion de diagnostics tardifs était de 21%, en diminution par rapport aux années antérieures, alors que la proportion d'infections récentes a augmenté de 54%, passant de 24% en 2014 à 37% en 2015 (Figure 7 et Tableau 1).

### 3 Diagnostics de SIDA

- En 2015, le nombre corrigé (pour les délais de déclaration et la sous-déclaration) de découvertes de cas de sida résidant en Nouvelle Aquitaine se situe entre 42 et 115 cas (IC large). L'évolution du taux de diagnostics de sida en région sur la période 2003-2015 est semblable à celle observée pour la France métropolitaine hors Ile-de-France (Figure 8).
- Les cas de sida concernent majoritairement les hommes (68% en 2015).
- 65% des cas de sida sont nés à l'étranger (Tableau 2).
- Parmi les modes de contamination principaux, les rapports sexuels entre hétérosexuels représentaient 50% des cas, les HSH 25% et l'usage de drogues injectables 19% (Tableau 2). La part des cas de sida pour les UDI a fortement augmenté (+111%) en 2015 par rapport à 2014 alors que la part des HSH a diminué de 19% sur cette même période (Figure 9).
- Seulement 12% des cas de sida étaient sous traitement antirétroviral avant le diagnostic du stade sida et 54% des cas 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 2003 et 2015, la toxoplasmose cérébrale était la plus fréquente pour les cas notifiés en 2015 (26%), suivi du lymphome non cérébral (16%). Les trois autres pathologies inaugurales les plus fréquentes sont la pneumocystose, la candidiose eosophagienne et le Kaposi (Tableau 2).

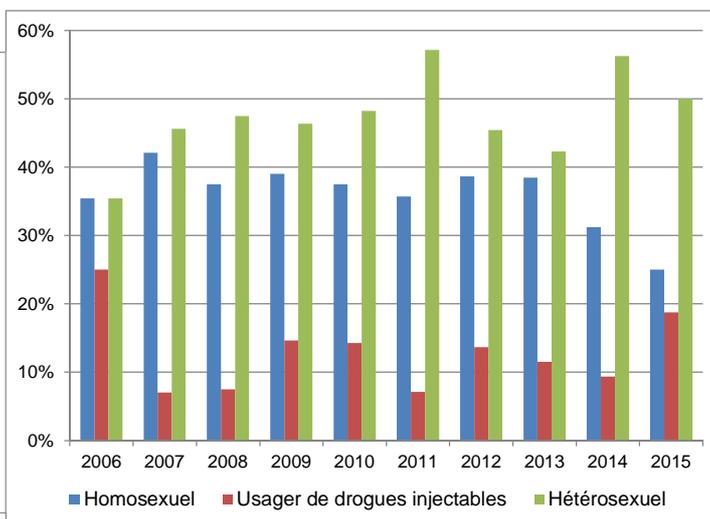
**Figure 8.** Évolution annuelle du taux de diagnostics de sida en région Nouvelle-Aquitaine, Ile-de-France et métropole hors IDF de 2003 à 2015.



**Tableau 2** Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des cas de sida notifiés en Nouvelle-Aquitaine entre 2003 et 2015.

		Nouvelle-Aquitaine	
		2003-2014	2015
<b>Sexe</b>	Hommes	76%	68%
	Femmes	24%	32%
<b>Pays de naissance</b>	France	74%	35%
	Afrique sub-saharienne	15%	41%
	Autres	11%	24%
<b>Mode de contamination</b>	HSH	38%	25%
	Usager de drogues injectables (UDI)	12%	19%
	HSH et UDI	0%	6%
	Hétérosexuel	47%	50%
	transfusé	1,3%	0%
	mère/enfant	1%	0%
	Autre	0,3%	0%
	<b>Traitement antirétroviral avant sida</b>	oui	18%
<b>Connaissance séropositivité avant sida</b>	oui	45%	46%
<b>Pathologies inaugurales (les 5 plus fréquentes)</b>	Candidose eosophagienne	12%	6%
	Kaposi	10%	0%
	Lymphome (autre localisation que cérébral)	9%	16%
	Pneumocystose	32%	5%
	Toxoplasmose cérébrale	15%	26%

**Figure 9.** Evolution de la part des cas de sida pour les trois modes de contamination (hétérosexuel, HSH, UDI) en Nouvelle-Aquitaine de 2006 à 2015. (source: SpF, données DO sida brutes non corrigées)



Cette partie du bulletin présente les données de surveillance de la syphilis récente et de l'infection gonocoque en région Nouvelle-Aquitaine à partir du Réseau de surveillance des IST (RéSIIST). Celui-ci s'est déployé sur le territoire sur plus années, avec des dates d'entrée dans le dispositif différentes pour chaque structure participante. RéSIIST 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 (RéSIIST) par ce système sentinelle ne permet 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.

## 1 Syphilis récente

### 1.1 Evolution des déclarations de syphilis récente

- Au total, 17 sites (Cegid et services hospitaliers d'un même CH sont considérés comme 1 seul et même site) participant à RéSIIST dans la région ont déclaré au moins un cas de syphilis sur les trois dernières années (2013 à 2015). Dix des 12 départements participent à RéSIIST (Tableau 1). Treize des 17 sites affichent une participation constante depuis 2012.

**Tableau 1.** Nombre de sites participant à RéSIIST par département (sites ayant déclaré au moins 1 cas sur les trois années 2013 à 2015)

Département	Nb de sites
Charente	2
Charente-Maritime	2
Deux-Sèvres	1
Vienne	2
Haute-Vienne	1
Creuse	0
Corrèze	1
Gironde	3
Lot-et-Garonne	1
Landes	2
Dordogne	0
Pyrénées-Atlantique	2

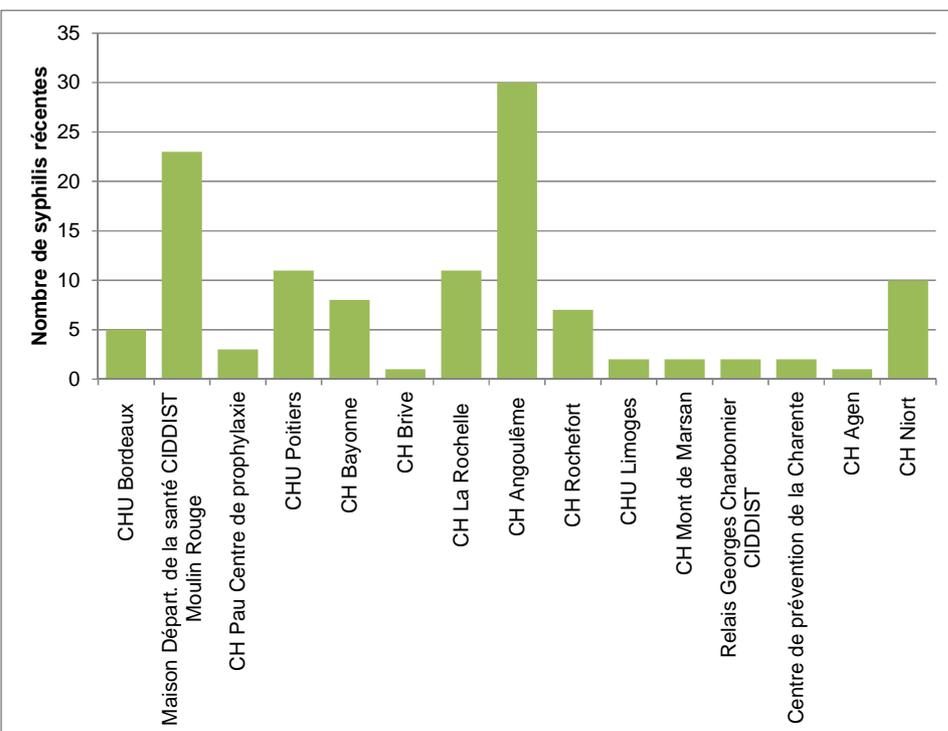
- En 2015, 118 cas de syphilis récentes ont été rapportés par les 17 sites ayant déclaré au moins un cas depuis 2013 (Figure 1).
- Cent six cas de syphilis récente ont été rapportés en 2015 par les treize sites à participation constante. Cela représente une baisse globale de 9% par rapport à 2014, après une hausse sur deux années consécutives (78 cas en 2012, 92 cas en 2013 et

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 la fin 2015, le clinicien proposait au patient un auto-questionnaire centré sur les comportements sexuels au cours des 12 derniers mois.

#### NOTE

- Les données présentées ici sont brutes, c'est-à-dire limitées aux données des cas diagnostiqués en 2015 et parvenues à Santé Publique France avant le 31/07/2016. Les données brutes permettent de décrire les caractéristiques des cas.
- 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.

**Figure 1** Nombre de syphilis récente déclarés par site en 2015 pour les 17 sites participant à RéSIIST en région Nouvelle-Aquitaine.

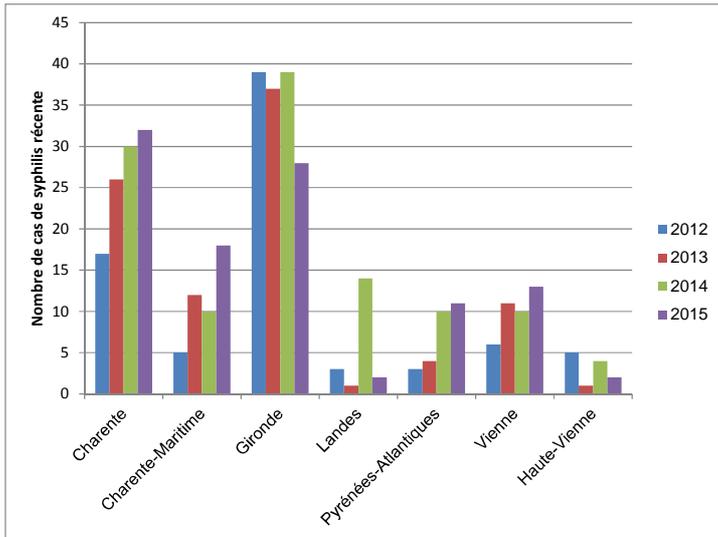


117 cas en 2014). L'évolution des déclarations est hétérogène sur le territoire et a augmenté dans les départements de la Charente, Charente-Maritime, Vienne et Pyrénées-Atlantiques. La baisse des déclarations de syphilis récente au niveau régional est essentiellement liée à la baisse des déclarations dans deux départements: la Gironde (baisse de 28% sur un site) et les Landes (baisse de 86% sur un site) (Figure 2). La baisse observée en région en 2015 contraste avec la hausse globale de 24% observée en France (+38% pour les régions hors Ile-de-France).

### 1.2 Caractéristiques des cas de syphilis

- Les cas de syphilis sont majoritairement des hommes (88% en 2015) (Tableau 2). Néanmoins, la part des femmes a augmenté de façon significative en 2015 (12%) comparé à la période 2010-2014 (5%) ( $p < 0,01$ ;  $\chi^2$ ).
- L'âge médian est de 36 ans pour les hommes et de 27 ans pour les femmes.
- Près de 24% des cas sont dans la tranche d'âge 15-24 ans et près de 20% des cas dans la tranche d'âge 25-29 ans (Tableau 2).
- Les cas de syphilis récentes sont majoritairement d'orientation homo/bisexuelle (74% en 2015). Néanmoins, la proportion des hétérosexuels parmi les cas de syphilis a augmenté en 2015 (26%) par rapport à la période 2010-2014 (17%) de façon significative

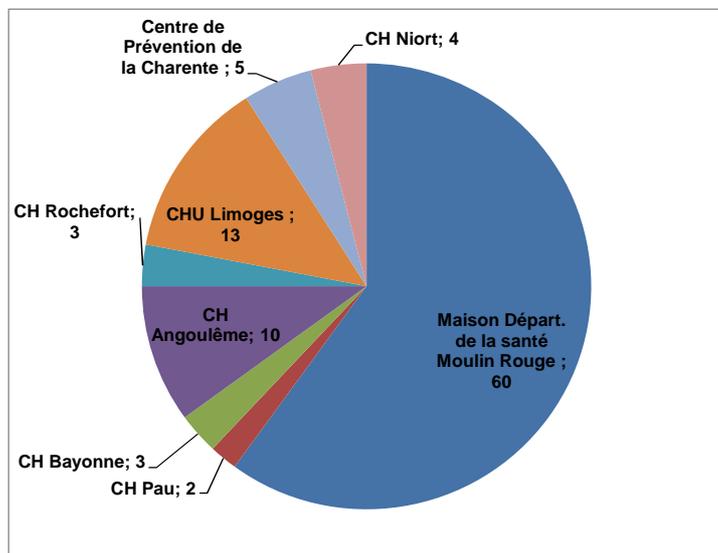
**Figure 2** Nombre de syphilis récente déclarés par département et par année pour les 13 sites à participation constante sur la période 2012-2015 en région Nouvelle-Aquitaine.



( $p < 0,05$  ; Chi2). Les femmes hétérosexuelles représentent 11% des cas de syphilis déclarés en 2015.

- En 2015, 20% des cas de syphilis étaient au stade primaire ou primo-secondaire, 40% étaient au stade secondaire et 40% au stade de syphilis latente précoce, des proportions inchangées par rapport à 2010-2014.
- La présence de signes cliniques d'une infection sexuellement transmissible était le motif de consultation le plus fréquent en 2015 (51% des cas). Ce motif est en augmentation par rapport à la période 2010-2014 ( $P=0,017$ ; Chi2)(Tableau 2).
- La majorité des cas de syphilis a une sérologie VIH négative (81% en 2015). La proportion des cas de syphilis avec une sérologie VIH positive reste importante (19% des cas en 2015) malgré une baisse significative par rapport à la période 2010-2014 (35%) ( $p < 0,05$  ; Chi2). En 2015, 90% des cas co-infectés syphilis et VIH connaissait déjà leur statut sérologique VIH au moment du diagnostic syphilis.
- La majorité des cas de syphilis déclarés en 2015 est née en France (92%).
- Les informations comportementales recueillies à partir de l'auto-questionnaire sur la période 2010-2015 montrent que 36% des sujets déclarent une utilisation systématique du préservatif pour un rapport sexuel anal, 40% pour un rapport vaginal et seulement 2% pour un rapport sexuel oral.

**Figure 3** Nombre de gonococcies déclarées par les sites participant à RésIST en 2015, région Nouvelle-Aquitaine.



**Tableau 2.** Caractéristiques des cas de syphilis récente déclarés sur la période 2010-2014 et en 2015 en région Nouvelle-Aquitaine.

	Nouvelle Aquitaine	
Caractéristiques	2010-2014	2015
<b>Sexe</b>		
Femme	5%	12%
Homme	95%	88%
<b>Age</b>		
âge médian (années)	38	32,5
âge médian des hommes	38	36
âge médian des femmes	32	27
<b>Classes d'âge</b>		
0-4	0,0%	0,9%
5-14	0,0%	0,0%
15-24	17,6%	23,8%
25-29	16,6%	19,5%
30-34	8,6%	8,5%
35-44	26,6%	15,3%
45-49	12,6%	11,9%
50-54	7,4%	4,2%
55-64	7,6%	11,0%
65 et +	3,1%	5,1%
<b>Orientation sexuelle</b>		
Bisexuel	18%	17%
Hétérosexuel	17%	26%
Homosexuel	65%	57%
<b>Stade clinique</b>		
Primaire ou primo-secondaire	19%	20%
Secondaire	33%	40%
Latente Précoce	48%	40%
<b>Motif de consultation</b>		
Signes d'IST	38%	51%
Partenaire avec IST	12%	0%
Dépistage	40%	41%
Autres signes cliniques	10%	8%
<b>Statut sérologique VIH</b>		
Négatif	65%	81%
Positif (déjà connu)	29%	17%
Positif (découverte)	6%	2%

## 2 Gonococcie

### 2.1 Évolution des déclarations de gonococcie

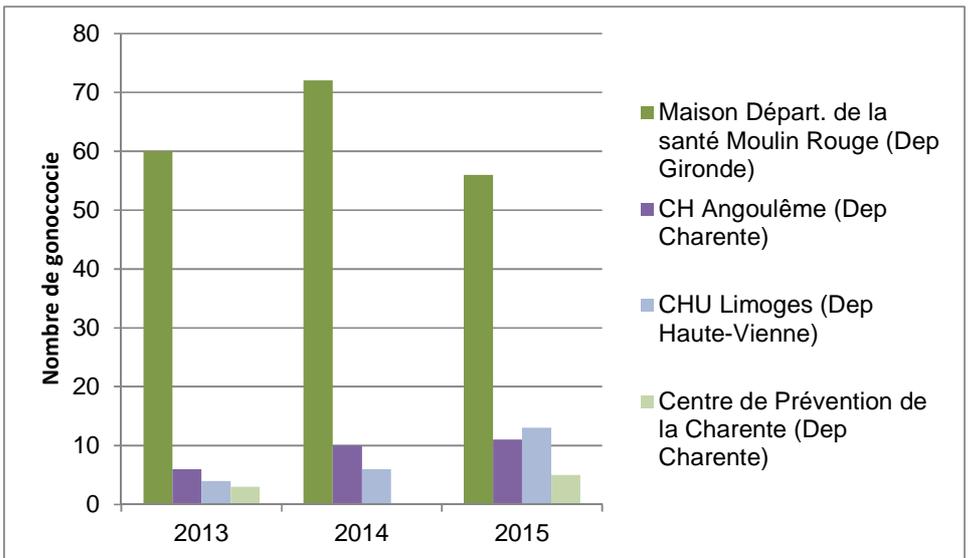
- Les 8 sites déclarant des gonococcies à RésIST ont déclarés 100 cas en 2015. La Maison départementale de la santé Moulin Rouge à Bordeaux est le déclarant principal des gonococcies et a contribué à hauteur de 60% des cas (Figure 3). Le CHU de Limoges a déclaré 13 cas et le CH d'Angoulême 10 cas en 2015.

- L'analyse de l'évolution annuelle des gonocoques se base sur les déclarations faites par les 4 sites à participation constante sur la période 2013-2015 (Figure 4). Le nombre d'infections à gonocoque est globalement stable sur les deux dernières années avec 89 cas en 2014 et 88 cas en 2015. La Maison départementale de la santé Moulin Rouge à Bordeaux contribue 68% des cas en 2015. La baisse des cas de gonocoque enregistrée dans ce centre en 2015 par rapport à 2014 n'est pas observée dans les autres centres (Figure 4).

## 2.2 Caractéristiques des cas de gonocoque

- Les hommes sont majoritaires et représentent 75% des cas de gonocoque déclarés en 2015 (Tableau 3). Les hommes homo/bisexuels représentent 53% des cas, les hommes hétérosexuels 25% et les femmes hétérosexuelles 23% des cas.
- L'âge médian varie de 22 ans pour les femmes hétérosexuelles à 25 ans pour les hommes homo/bisexuels.
- Seize pourcent des sujets sont nés à l'étranger.
- Le motif principal de consultation était la présence de signes cliniques d'infection sexuellement transmissible chez 71% des cas (Tableau 3).
- La co-infection avec le VIH est très faible chez les sujets avec une infection gonocoque et concernait 1% des cas en 2015 (Tableau 3).
- Les informations comportementales recueillies à partir de l'auto-questionnaire sur la période 2011-2015 montrent que 34% des sujets déclarent une utilisation systématique du préservatif pour un rapport sexuel anal, 14% pour un rapport vaginal et seulement 2% pour un rapport sexuel oral.

**Figure 4** Nombre de gonocoques déclarées par année et par site à participation constante sur la période 2013-2015 en région Nouvelle-Aquitaine.



**Tableau 3.** Caractéristiques des cas de gonocoque déclarées sur la période 2011-2015 en région Nouvelle-Aquitaine.

		Nouvelle Aquitaine	
		2011-2014	2015
		n=366	n=100
<b>Caractéristiques</b>			
<b>Sexe</b>			
	Femme	24%	25%
	Homme	76%	75%
<b>Age médian (années)</b>			
	des cas	24	24
	femmes hétérosexuelles	21	22
	hommes hétérosexuels	24	24,5
	homo/bisexuels masculins	26,5	25
<b>Pays de naissance</b>			
	France	84%	84%
	Autre pays	16%	16%
<b>Sexe et orientation sexuelle</b>			
	Femmes hétérosexuelles	22%	23%
	Hommes hétérosexuels	20%	25%
	Homo-bi sexuels masculins	58%	53%
<b>Motif de consultation</b>			
	Signes d'IST	56%	71%
	Partenaire avec IST	7%	0%
	Dépistage	31%	26%
	Autres signes cliniques	6%	3%
<b>Statut sérologique VIH</b>			
	Négatif	92%	99%
	Positif (déjà connu)	6%	1%
	Positif (découverte)	2%	0%

## Les patients vivant avec le VIH suivis en milieu hospitalier :

### La cohorte GECSA – COREVIH

#### Près de 4 400 patients suivis dans les hôpitaux de l'ancienne Aquitaine

Au 15 septembre 2016, le nombre cumulé de personnes identifiées par le système d'information aquitain sur l'infection par le VIH s'élève à 9 907. Pour la seule année 2015, 4 391 patients ont eu au moins un contact avec l'un des services hospitaliers participants.

Parmi eux, 3 169 (72 %) sont des hommes et plus de la moitié 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 (13 %) et autres (8 %). La moitié des patients ont découvert leur séropositivité au VIH il y a 17,4 ans (délai médian).

Toujours en 2015, 266 nouveaux patients ont été inclus dans la cohorte, dont 90 diagnostiqués au cours de l'année.

#### La charge virale indétectable pour 90 % des patients

En 2015, parmi les patients vus au moins une fois, 4 361 (99 %) recevaient un traitement antirétroviral, dont 4 125 depuis plus de six mois.

La charge virale plasmatique était indétectable (inférieure à 50 copies/mL) pour 89,7 % des patients.

Concernant les infections par les virus des hépatites virales, 4 % étaient co-infectés par le virus de l'hépatite B et 17,5 % par le virus de l'hépatite C.

Enfin, 933 patients (21 %) sont classés au stade Sida de la maladie, dont 14 passages en 2015.

### Le système d'information du GECSA - COREVIH

Dans l'ancienne région Aquitaine, dès octobre 1987, les services de médecine interne et de maladies infectieuses du CHU de Bordeaux et le Département d'Informatique Médicale de l'Université Bordeaux Segalen ont élaboré un système de suivi épidémiologique et clinique des personnes infectées par le VIH. Un groupe de travail multidisciplinaire, le Groupe d'Épidémiologie Clinique du Sida en Aquitaine (GECSA), a alors mis en place un projet collaboratif permettant de recueillir systématiquement des données anonymes sur tous les patients adultes vivant avec le VIH pris en charge par les services cliniques et ayant donné leur consentement. Les services cliniques des hôpitaux publics de l'ancienne région Aquitaine ont été progressivement impliqués dans ce système d'information hospitalier, tout à fait unique et novateur à l'époque pour constituer la base de données du GECSA. Aujourd'hui, 16 centres participent (7 au sein du CHU de Bordeaux et 9 dans les centres hospitaliers de Périgueux, Libourne, Arcachon, Mont-de-Marsan, Dax, Agen, Villeneuve-sur-Lot, Bayonne et Pau).

La base de données du GECSA est désormais le système d'information unique du COREVIH Aquitaine et contribue à la base de données nationale des COREVIH (DOMEVIH). Ces données sont également exploitées à des fins scientifiques en tant que Cohorte ANRS CO3 Aquitaine, tant au niveau régional, national qu'international.

### Les COREVIH

Les COREVIH sont les comités de coordination de la lutte contre le VIH. Mis en place en 2007, ils ont trois missions :

- Favoriser la coordination entre les différents acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA en mettant en lien les professionnels médicaux, médico-sociaux et les associations représentant des usagers.
- Participer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de la prise en charge et à l'harmonisation des pratiques.
- Procéder au recueil et à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH.

# Étude qualitative des ruptures du parcours de soins chez les PVVIH sur le territoire de l'ancienne Aquitaine

Giacomoni Caroline, Docteur en anthropologie « corps et santé », chargée de recherche au COREVIH Aquitaine et les membres de la commission « Prise en charge des Rupture de soins » du Corevih Aquitaine.

## Contexte

Afin de limiter l'épidémie du VIH et d'améliorer la prise en charge des PVVIH, l'étude qualitative concernant les ruptures du parcours de soins chez les Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) en Aquitaine, menée par le COREVIH Aquitaine, s'est intéressée aux PVVIH qui tardent à rentrer dans le soin et à celles en rupture du parcours de soins, dans le but de comprendre les causes de la rupture du parcours de soins et déterminer les facteurs induisant non seulement la non adhésion au suivi après le diagnostic, mais également l'irrégularité du suivi.

## Méthodologie

Pour répondre à ces objectifs, une approche compréhensive a été envisagée à travers une recherche anthropologique afin d'appréhender les logiques sous-jacentes chez les personnes ayant rompu ou n'ayant pas intégré un suivi médical. Entretiens individuels de recherche réalisés auprès de 36 PVVIH, observations des consultations dans les services référents VIH au sein des établissements de soins, et analyse des données issues de l'état de l'art ont permis d'aboutir à de riches résultats présentés dans un rapport à paraître fin 2016.

Les PVVIH incluses dans notre recherche sont issues de quatre populations distinctes, correspondant à des critères définis en pluridisciplinarité, dont la randomisation a permis de s'assurer d'une observance complète ou non, à la fois du suivi mais aussi du traitement.

## Résultats

La recherche démontre une diversité des facteurs de rupture du parcours de soins qui semble être associée à la diversité socio-culturelle des PVVIH rencontrées sur le territoire Aquitain. Elle met en exergue plusieurs facteurs agissant sur la rupture du parcours de soins. La majorité des facteurs identifiés relèvent d'un ensemble d'éléments propres à la thérapie, à la prise en charge et au parcours de soins tels que : les effets secondaires des traitements ; la lourdeur des examens biologiques et de la

prise médicamenteuse ; les changements de médecins, de vie, etc., préjudiciables au patient ; les bouleversements corporels ; les aléas du parcours de soins d'ordre relationnel et organisationnel, pouvant fragiliser le lien hôpital-patient et engendrer des ruptures de parcours ; les dysfonctionnements dans la gestion du parcours de soins pouvant impacter la santé des patients ; le type de relation médecin-patient (plus généralement soignant-soigné) parfois défavorable au suivi.

Si ces facteurs majeurs ont des conséquences directes sur l'observance du suivi, d'autres « indirects » agissant sur la rupture du parcours de soin ont également été identifiés. Comme l'altération de la qualité de vie, notamment de la vie sexuelle, mais aussi tous les phénomènes de lassitude induits par la maladie chronique.

Dans un deuxième temps, en s'intéressant aux raisons pour lesquelles les personnes diagnostiquées porteuses du VIH tardent à rentrer ou ne rentrent pas dans le système de soins, l'analyse du parcours de soins au regard de la chronicité de l'infection par le VIH a souligné des éléments limitant l'adhésion au suivi, à « trois temps clés » de la prise en charge identifiés comme décisifs : Au diagnostic, à l'initiation au traitement, et lorsque se manifeste une banalisation du suivi. Indépendamment à la temporalité du parcours de soins, la suspicion autour de l'efficacité des traitements semble également limiter l'entrée dans le soin.

## Conclusion

Au final, cette étude anthropologique sur les ruptures du parcours de soins chez les PVVIH en Aquitaine a permis d'enrichir les données qualitatives sur ce phénomène, de déterminer les facteurs pouvant contribuer à diminuer le nombre de PVVIH "perdus de vue", et à capter et réintégrer les personnes en rupture de suivi dans le parcours de soins. Elle a également établi des recommandations et des pistes favorables à l'amélioration de la prise en charge des PVVIH.



**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) et Nadine Scandella (ORS Aquitaine)

Cartes VIH : Marlène Leclerc, 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