

BILAN DE LA SURVEILLANCE DES IST ET DU VIH EN NORMANDIE

Page 2 | Le dispositif de surveillance des infections sexuellement transmissibles en Normandie |

Page 5 | Bilan de la surveillance des cas de syphilis récente |

Page 6 | Bilan de la surveillance des cas de gonocoques |

Page 7 | La prise en charge des urétrites masculines non compliquées dans le service des urgences du Centre Hospitalier Intercommunal (CHI) d'Elbeuf Louviers |

Page 9 | Description des cas de VIH en Haute-Normandie et Basse-Normandie déclarés en 2014 |

Page 10 | Les résultats en Haute-Normandie |

Page 12 | Les résultats en Basse-Normandie |

Page 15 | Epidémie de VIH-sida : chiffres clés en 2014 , Corevih Haute-Normandie |

Page 17 | Sexualité et contraception chez les élèves de seconde en Haute-Normandie |

Page 18 | Evolution du dispositif de dépistage des IST en région |

| Editorial |

Arnaud Mathieu, Nathalie Nicolay (InVS-Cire Normandie)

L'analyse des données de surveillance, présentée ici, permet de décrire l'épidémiologie du VIH et des IST (syphilis et gonocoques) en Normandie en termes de tendance temporelle et de groupes à risque. Bien que réseau de surveillance des IST (ResIST) soit en Normandie encore jeune, il compte les acteurs essentiels en matière de dépistage et de prévention des IST (tous les Ciddist de la Normandie). Pour la syphilis, outre la jeunesse du dispositif, il est important de renforcer ce dernier avec des acteurs complémentaires de médecine de ville, notamment pour permettre une observation plus réaliste de l'évolution de cette épidémie. Nous observons la poursuite de l'augmentation des cas de gonocoque. Même si cette hausse trouve son explication pour partie à travers l'évolution du dispositif régional, elle reste notable quel que soit le sexe et les orientations sexuelles. Les caractéristiques des personnes diagnostiquées avec une syphilis et/ou un gonocoque permettent d'identifier une population nécessitant des actions de dépistage ciblées.

Les structures d'urgence sont aussi un lieu de dépistage et de diagnostic des IST à l'image du retour d'expérience de celle du CHI d'Elbeuf – Louviers illustrant la nécessité d'une prise en charge globale des patients diagnostiqués avec une urétrite d'origine infectieuse afin de ne pas manquer une opportunité de dépister une co-infection.

En 2014, en Normandie, l'activité de dépistage du VIH en laboratoires d'analyses médicales de ville et hospitaliers (données LaboVIH) stagne. Un complément à ce dispositif est la promotion du TROD *via* les structures associatives dans différents milieux communautaires, à l'image de l'effort de promotion bas-normand réalisé en 2014 (1 693 tests, dont 42 % chez des personnes n'ayant jamais eu recours au dépistage auparavant). Pour rappel, outre les TROD, l'achat d'auto-tests est désormais possible directement en pharmacie depuis l'été dernier et fournit une offre de dépistage supplémentaire, en particulier pour les personnes préférant des modalités de dépistage alternatives.

L'analyse des données de la déclaration obligatoire du VIH a permis d'identifier que si en Basse-Normandie, l'incidence des infections à VIH était en 2014 inférieure à celle observée au niveau national, celle de Haute-Normandie y était quant à elle supérieure. Par ailleurs, l'analyse des données révèle que la majorité des cas de VIH de Basse-Normandie est diagnostiquée à un stade asymptomatique (82 %) alors qu'en Haute-Normandie, seuls 49 % des cas sont diagnostiqués précocement. Les données de la file active transmise par le Corevih Haute-Normandie fournissent une information complémentaire sur les profils des personnes vivant avec le VIH dans la région et prises en charge dans les structures de soins.

Au-delà des populations à risque, un nécessaire effort de sensibilisation aux IST et à leurs préventions doit être fait ou renforcé à l'attention des plus jeunes, au regard des constats faits par l'OR2S qui identifie notamment une mauvaise connaissance des IST et un usage limité du préservatif.

Ainsi ce bulletin mis en place pour l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida du 1^{er} décembre 2015, permet à l'ensemble des acteurs normands de mesurer l'importance de certaines épidémies d'IST sur les deux régions de Normandie. Ce bulletin a permis la collaboration de différents acteurs impliqués dans la lutte contre les IST pour qu'ils témoignent de leurs bilans et des évolutions attendues des dispositifs et réseaux. Tous ces travaux ont pour vocation de guider les politiques de santé publique dans la promotion et la prévention des IST dans la population en général.

Les infections sexuellement transmissibles (IST) représentent un problème de santé publique majeur en raison de leur fréquence, des risques de séquelles qu'elles peuvent présenter (infertilité par exemple) et d'un risque de transmission accrue du VIH. L'épidémiologie des IST a beaucoup évolué en France durant ces deux dernières décennies avec la recrudescence des cas de gonococcie, la résurgence de la syphilis précoce à partir de l'an 2000 et l'émergence de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale à partir de 2003. Après l'abandon de la déclaration obligatoire des quatre IST « classiques » (syphilis, gonococcie, chancre mou et LGV) en l'an 2000 du fait d'un très faible taux d'exhaustivité et d'une mauvaise représentativité des cas déclarés, la surveillance épidémiologique des IST repose désormais sur plusieurs réseaux sentinelles volontaires de praticiens :

- un réseau de cliniciens pour la surveillance de la syphilis et de la gonococcie appelé « RésIST » ;
- des réseaux de laboratoires appelés « Rénago » pour la surveillance de la gonococcie et des résistances du gonocoque aux antibiotiques, Rénachla pour la surveillance des infections à *Chlamydiae* et le réseau LGV pour la surveillance des LGV coordonné par le Centre national de référence (CNR) des *Chlamydiae*.

Le réseau RésIST est composé de cliniciens volontaires exerçant dans des lieux de diagnostic variés : les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (Ciddist), les consultations de dépistage anonymes et gratuites (CDAG), les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF), les consultations hospitalières de dermatologie, les services de maladies infectieuses ou de médecine interne, les cabinets de médecine libérale, etc. Il a été mis en place par l'Institut de veille sanitaire (InVS) en 2004. Il a été déployé en régions Basse-Normandie et Haute-Normandie à partir des années 2010. Il a été « régionalisé » en 2013, c'est-à-dire que l'animation de ce réseau a été confiée à la Cellule de l'Institut de veille sanitaire en régions Haute et Basse Normandie (Cire Normandie).

| Surveillance de la syphilis par le réseau RésIST |

A travers le réseau RésIST sont surveillés les cas de syphilis récente datant de moins de 1 an : syphilis primaire, secondaire ou latente précoce. Les cas de syphilis récentes sont définis sur des critères cliniques et biologiques. Les critères cliniques correspondent à la présence d'un chancre pour la syphilis primaire, à la présence de lésions cutanéomuqueuses localisées ou diffuses pour la syphilis secondaire et à l'absence de signes cliniques pour la syphilis latente précoce, l'infection initiale ayant eu lieu dans les 12 derniers mois. Les cas doivent être confirmés biologiquement (microscopie à fond noir, sérologie VDRL et TPHA, amplification génique : PCR).

Après consentement du patient, des informations socio-démographiques, comportementales et biologiques sont recueillies par le médecin : âge, sexe, orientation sexuelle, antécédents d'IST, présence ou non de signes cliniques, résultats biologiques de la syphilis, statut sérologique vis-à-vis du VIH. Par ailleurs, le clinicien propose également au patient un auto-questionnaire (rempli par le patient seul) recueillant des informations sur ses comportements sexuels au cours des 12 derniers mois, en particulier le nombre et le sexe des partenaires, les pratiques sexuelles et l'utilisation du préservatif.

Jusqu'en 2014, la syphilis était traitée par benzathine benzylpénicilline, la surveillance clinique était complétée par les données des ventes d'unités d'Extencilline[®] 2,4 MUI aux officines de ville et aux hôpitaux de France métropolitaine. Avec l'arrêt de la commercialisation de l'Extencilline[®], la surveillance d'autres indicateurs est actuellement à l'étude, notamment à partir des données de l'Assurance maladie.

| Surveillance des gonococcies par le réseau RésIST |

La surveillance des cas gonococcie a été initiée en 2004, *via* le réseau de cliniciens RésIST. Les modalités de surveillance sont similaires à la surveillance de la syphilis. Seuls les cas confirmés de gonococcie par culture positive ou test d'amplification des acides nucléiques (TAAN-PCR) positif, font l'objet d'une surveillance. Après consentement du patient, des informations socio-démographiques, comportementales et biologiques sont recueillies par le médecin (âge, sexe, orientation sexuelle, antécédents d'IST, présence ou non de signes cliniques, résultats biologiques de la gonococcie, statut VIH). Le clinicien propose au patient le même auto-questionnaire que décrit ci-dessus.

Le réseau Rénago permet de disposer d'informations complémentaires aux données cliniques du réseau RésIST dans la mesure où les patients du réseau Rénago consultent majoritairement en médecine de ville alors que les patients atteints de gonococcie observés dans le réseau RésIST consultent quasi exclusivement dans des structures spécialisées (Ciddist et CDAG).

| Analyses des indicateurs |

Les analyses présentées dans ce bulletin, sont des analyses descriptives portant sur les cas de syphilis et de gonococcies signalés à travers le réseau RésIST établi en Basse-Normandie et en Haute-Normandie. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata (V12.0, Stata Corporation, College Station, TX, USA). Les analyses descriptives portent sur l'ensemble des cas de syphilis et gonococcie déclarés depuis la régionalisation du réseau en 2013. La présentation de tendances entre 2013 et 2014 est réalisée à site dit constant, c'est-à-dire pour lesquels l'information sur le signalement de cas ou de l'absence de cas est disponible pour le site signalant.

| Nombre de sites |

Depuis 2013, année où le réseau RésIST a été régionalisé en Basse-Normandie et en Haute-Normandie, 7 structures ont signalé des cas de syphilis : il s'agissait de 2 structures situées en Basse-Normandie parmi lesquelles les Ciddist de Caen et de Cherbourg - Saint-Lô et 5 structures situées en Haute-Normandie dont le Ciddist de Rouen, du Havre et d'Elbeuf - Louviers (depuis 2014).

| Nombre de signalements et caractéristiques socio-démographiques des cas signalés |

La régionalisation du réseau et le recrutement de nombreux Ciddist (lieu de dépistage important de la syphilis récente) ont été associés à une augmentation importante du nombre de signalements en 2013.

Entre 2013 et 2014, le nombre total de signalements de cas de syphilis récente est passé de 30 à 25 cas. La diminution s'observe également à sites constants. Aucune conclusion ne peut être formulée quant à une diminution de l'incidence de la syphilis au vue du peu de recul sur les données.

La majorité des cas signalés étaient des hommes : 93 % (n = 28/30) des signalements en 2013 et 80 % (n = 20/25) des signalements en 2014 (Figure S1 et Tableau S1). La diminution (modérée) observée entre 2013 et 2014 ne concernait que les signalements de cas masculins. Le nombre de signalements rapportés chez les femmes était en légère augmentation (n = 2 en 2013 et n = 5 en 2014).

L'âge médian des cas de syphilis était de 27 ans [IQ 25-75 % : 23-34] en 2013 et de 33 ans [IQ 25-75 % : 27-50] en 2014 (Tableau S1, Figure S2). Une majorité d'entre eux étaient nés en France (79 % en 2013 et 87 % en 2014).

| Orientation sexuelle |

Les cas de syphilis récente signalés en 2013 et 2014 concernaient une majorité d'hommes homosexuels ou bisexuels (Figure S3) : 83 % des cas signalés en 2013 (n = 25/30) et 64 % (n = 16/25) des cas signalés en 2014 (Tableau S1).

| Motifs de consultation |

Le dépistage systématique et la présence de signes cliniques d'IST représentaient respectivement 38 % et 35 % des motifs de consultation en 2013 et 29 % et 38 % des motifs de consultations en 2014. Il s'agissait moins fréquemment d'un partenaire présentant des signes d'IST (Tableau S1).

| Caractéristiques cliniques |

Sur la période 2013/14 (N = 50), les signalements concernaient une majorité de cas de syphilis latente précoce (Figure S4) (56 %) et un tiers environ (27 %) de cas de syphilis secondaire. Deux cas de co-infection syphilis/VIH ont été signalés : un en 2013 et un en 2014 (Tableau S1).

| Comportements sexuels à risque déclarés* |

* *parmi les cas concernés par cette pratique, ayant accepté de répondre à l'auto-questionnaire et ayant renseigné l'indicateur.*

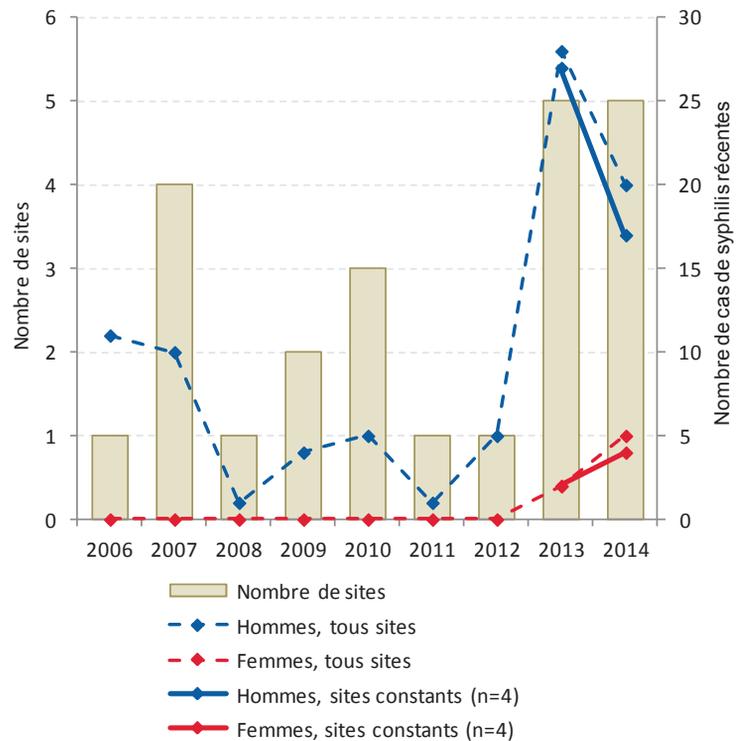
Le taux de remplissage de l'auto-questionnaire était de 87 % en 2013 et 84 % en 2014 (Tableau S2).

Les cas de syphilis signalés ont rapporté un nombre médian de partenaires sexuels égal à 5 [IQ 25-75 % : 2-20] en 2013 et à 3 [IQ 25-75 % : 1-7] en 2014 (Tableau S2) et une utilisation systématique du préservatif très insuffisante (en moyenne sur 2013/14) :

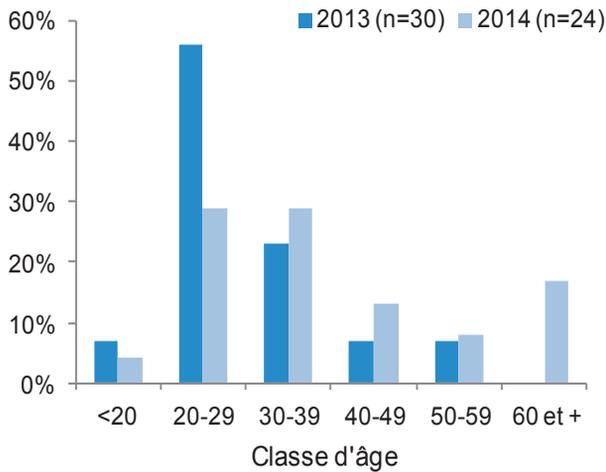
- 33 % des cas pour la pénétration vaginale ;
- 36 % de l'ensemble des cas pour la pénétration anale.

L'utilisation systématique du préservatif en cas de sexe oral n'était rapportée par aucun cas* alors qu'il s'agit d'un mode de contamination très efficace de la syphilis (Tableau S2).

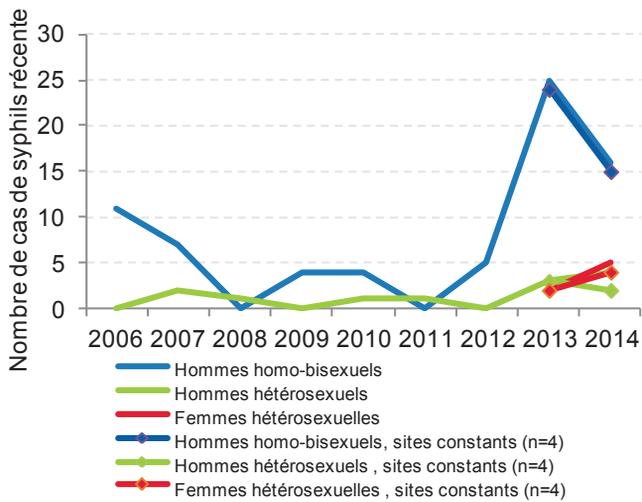
| Figure S1 | Evolution du nombre de sites participants et du nombre de cas de syphilis récente selon le sexe, réseau RésIST Normandie, 2006-2014.



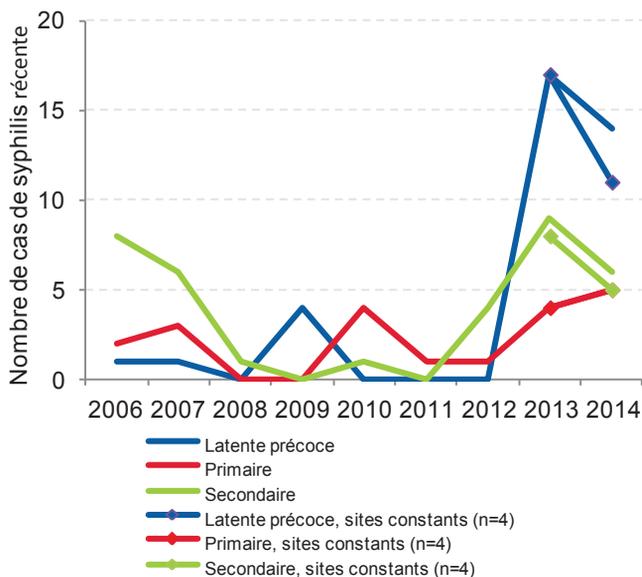
| Figure S2 | Distribution des cas de syphilis récente par classe d'âge, réseau RésIST Normandie, 2013/14



| Figure S3 | Evolution du nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST Normandie, 2006-2014



| Figure S4 | Evolution du nombre de cas de syphilis récente selon le stade d'évolution de la maladie, réseau RésIST Normandie, 2006-2014



| Tableau S1 | Caractéristiques des cas de syphilis récente signalés, réseau RésIST Normandie, 2013/14

	2013 (n=30)	2014 (n=25)
Sexe (%)		
Homme	28 (93)	20 (80)
Femme	2 (7)	5 (20)
Age médian [IQ 25-75 %]		
	27 [23-34]	33 [27-50]
Pays de naissance (%)		
France	23 (79)	20 (87)
Autre pays d'Europe	2 (7)	0
Autre	4 (14)	3 (13)
Non renseigné	1	2
Orientation sexuelle (%)		
Homme homo-bisexuel	25 (83)	16 (64)
Homme hétérosexuel	3 (10)	4 (16)
Femme hétérosexuelle	2 (7)	5 (20)
Motif de consultation (%)		
Dépistage systématique	10 (38)	7 (29)
Signes d'IST	9 (35)	9 (38)
Partenaire ayant une IST	5 (19)	2 (8)
Suivi infection VIH	0	0
Autre	2 (8)	6 (25)
Non renseigné	4	1
Présence de signes cliniques (%)		
Oui	13 (43)	10 (42)
Non	17 (57)	14 (58)
Non renseigné	0	1
Stade syphilis (%)		
Latente précoce	17 (57)	14 (56)
Primaire	4 (13)	5 (20)
Secondaire	9 (30)	6 (24)
Co-infection VIH (%)		
Oui	1 (4)	1 (6)
Non	23 (96)	17 (94)
Non renseigné	6	7

| Tableau S2 | Comportements sexuels au cours des 12 derniers mois déclarés par les cas de syphilis, réseau RésIST Normandie, 2013/14

	2013 (n=30)	2014 (n=25)
Taux de remplissage (%)	26 (87)	21 (84)
Nombre médian de partenaires [IQ 25 % - 75 %]	5 [2-20]	3 [1-7]
Utilisation systématique du préservatif (%)*		
Pour la pénétration vaginale	1 (25)	4 (36)
Pour la pénétration anale	8 (33)	7 (39)
Pour le sexe oral	0	0

* parmi les cas concernés par cette pratique, ayant accepté de répondre à l'auto-questionnaire et ayant renseigné l'indicateur

| Nombre de sites |

Depuis 2013, année où le réseau RésIST a été régionalisé en Basse-Normandie et Haute-Normandie, 6 structures ont signalé des cas de gonococcie : il s'agissait de 2 structures situées en Basse-Normandie dont les Ciddist de Caen et de Cherbourg - Saint-Lô et de 4 structures situées en Haute-Normandie dont les Ciddist de Rouen, du Havre et d'Elbeuf - Louviers (depuis 2014).

| Nombre de signalements et caractéristiques sociodémographiques des cas signalés |

En 2013, le réseau comportait 4 sites participant ayant signalé 31 cas de gonococcie et en 2014, 5 sites participants ayant signalé 53 cas de gonococcie (Figure G1). La hausse observée s'explique en partie par le recrutement d'un site supplémentaire mais aussi par la recherche systématique des gonococcies avec l'utilisation plus répandue de la PCR combiné *Chlamydiae* / gonococcie notamment chez les femmes. L'analyse restreinte aux sites ayant participé au réseau les deux années consécutives confirme une hausse des diagnostic de gonococcie au sein de ces structures. La hausse du nombre de signalements s'observait aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

La majorité des cas de gonococcie signalés concernait des hommes : 74 % (n = 23/31) des cas en 2013 et 57 % (n = 30/53) des cas en 2014 (Tableau G1).

L'âge médian des cas de gonococcie était de 23 en 2013 en 2014 (Tableau G1). La classe d'âge [20-29 ans] représentait 80 % des cas en 2013 et 54 % en 2014 (Figure G2).

| Orientation sexuelle |

Les hommes homosexuels et/ou bisexuels et les femmes hétérosexuelles représentaient chacun 36 % des cas déclarés sur l'ensemble de la période 2013/14 dont l'orientation sexuelle était connue. Entre 2013 et 2014, une augmentation des signalements a été observée dans ces deux catégories de population (Tableau G1). La hausse a été marquée chez les femmes parmi lesquelles le nombre de signalement est passé de 8 à 23 entre 2013 et 2014, soit respectivement 27 % et 43 % des cas de gonococcie signalés et dont l'orientation sexuelle était connue (Figure G3, Tableau G1).

| Motifs de consultation et méthode de diagnostic |

L'apparition de signes cliniques d'IST a motivé 83 % des consultations en 2013 et 56 % des consultations en 2014 (Tableau G1). La fréquentation d'un partenaire présentant une IST (17 % des cas en 2013) et le dépistage systématique (26 % des cas en 2014) étaient également des motifs de consultation rapportés par les cas.

En 2013, le diagnostic a été confirmé majoritairement par culture cellulaire (84 %), tandis qu'en 2014, la PCR a confirmé le diagnostic dans 94 % des cas (Tableau G1).

| Co-infection par le VIH |

Sur la période 2013/14, 5 cas étaient con-infectés par la VIH (Tableau G1).

| Comportements sexuels à risque* |

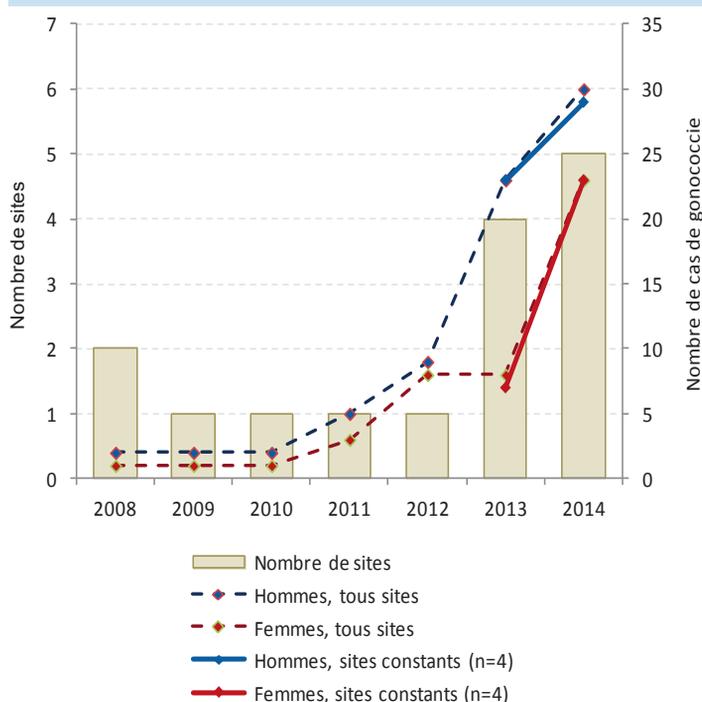
* *parmi les cas concernés par cette pratique, ayant accepté de répondre à l'auto-questionnaire et ayant renseigné l'indicateur.*

Le taux de remplissage de l'auto-questionnaire était de 64 % en 2013 et 81 % en 2014 (Tableau G2).

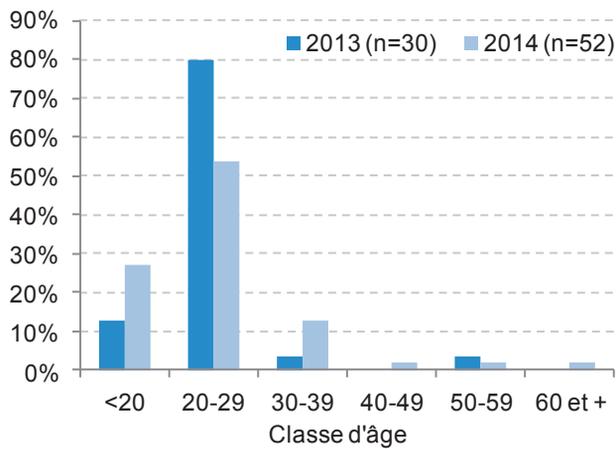
Les cas ont rapporté un nombre médian de partenaires sexuels de 3 [IQ 25-75 % : 2 - 6] en 2013 et de 4 [IQ 25-75 % : 2 - 7] en 2014 et une faible proportion d'entre eux utilisait le préservatif de façon systématique avec en moyenne sur la période 2013/14 :

- 9 % des cas pour la pénétration vaginale ;
- 24 % des cas pour la pénétration anale ;
- 7 % des cas pour le sexe oral.

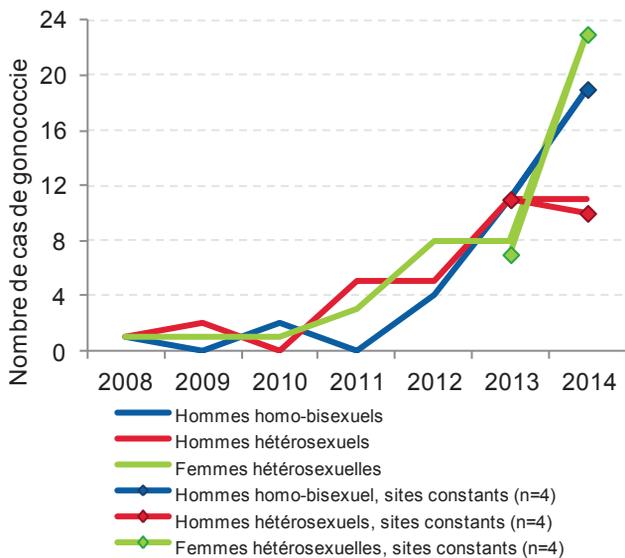
| Figure G1 | Nombre de cas de gonococcie signalés selon le sexe et de sites participant, réseau Résist Normandie, 2008-2014.



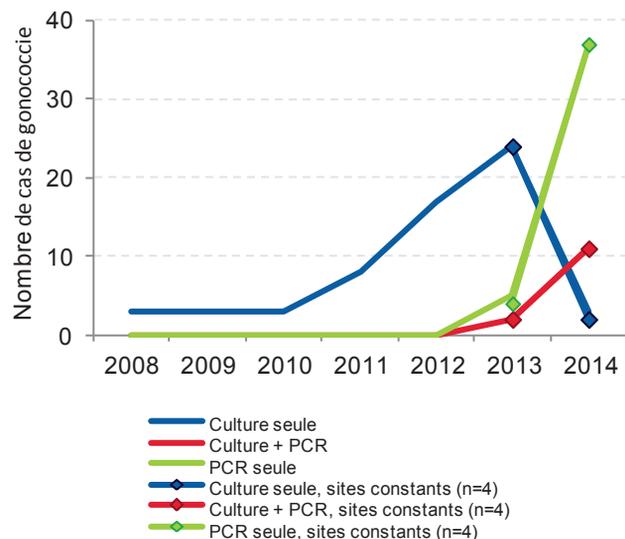
| Figure G2 | Distribution des cas de gonococcie par classe d'âge, réseau RésIST Normandie, 2013/14



| Figure G3 | Evolution du nombre de cas de gonococcie selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST Normandie, 2008-2014



| Figure G4 | Evolution du nombre de cas de gonococcie selon les modalités de dépistage, réseau RésIST Normandie, 2008-2014



| Tableau G1 | Caractéristiques des cas de gonococcie, réseau RésIST Normandie, 2013/14

	2013 (n=31)	2014 (n=53)
Sexe (%)		
Homme	23 (74)	30 (57)
Femme	8 (26)	23 (43)
Age médian [IQ 25-75 %]	23 [21-26]	23 [19-28]
Pays de naissance (%)		
France	27 (93)	39 (83)
Autre pays d'Europe	0	1 (2)
Autre	2 (7)	7 (15)
Non renseigné	2	6
Orientation sexuelle (%)		
Homme homo-bisexual	11 (36,5)	19 (36)
Homme hétérosexuel	11 (36,5)	11 (21)
Femme hétérosexuelle	8 (27)	23 (43)
Non renseigné	1	0
Motif de consultation initiale (%)		
Dépistage systématique	0	11 (26)
Signes d'IST	25 (83)	24 (56)
Partenaire ayant une IST	5 (17)	1 (2)
Suivi infection VIH	0	0
Autre	0	7 (16)
Non renseigné	1	10
Modalités de dépistage (%)		
Culture seule	24 (77)	3 (6)
Culture + PCR	2 (7)	11 (21,5)
PCR seule	5 (16)	37 (72,5)
Non renseigné	0	2
Présence de signes cliniques (%)		
Oui	27 (87)	29 (57)
Non	4 (13)	22 (43)
Non renseigné	0	2
Co-infection VIH (%)		
Oui	0	5 (11)
Non	23 (100)	40 (89)
Non renseigné	8	8

| Tableau G2 | Comportements sexuels au cours des 12 derniers mois déclarés par les cas de gonococcie, réseau RésIST Normandie, 2013/14

	2013 (n=31)	2014 (n=53)
Taux remplissage (%)	20 (64)	43 (81)
Nombre médian de partenaires [IQ 25-75 %]	3 [2-6]	4 [2-7]
Utilisation systématique du préservatif (%) *		
Pour la pénétration vaginale	1 (7)	3 (9)
Pour la pénétration anale	2 (17)	7 (28)
Pour le sexe oral	1 (6)	3 (8)

* parmi les cas concernés par cette pratique, ayant accepté de répondre à l'auto-questionnaire et ayant renseigné l'indicateur

Evaluation de la prise en charge des urétrites masculines non compliquées dans la structure d'urgence du Centre hospitalier intercommunal (CHI) d'Elbeuf - Louviers.

Mise en place d'un protocole.

Dr P. Chopinaud, Structure d'urgence, CHI Elbeuf - Louviers

| Introduction |

Les signes fonctionnels urinaires sont un motif fréquent de consultation en médecine de ville mais également dans les structures d'urgence (SU). Les urétrites masculines doivent être diagnostiquées et traitées rapidement afin de limiter les risques de contaminations et de complications. Poser un diagnostic (précoce) d'urétrite infectieuse permet la mise en place d'un traitement adéquat mais également une surveillance épidémiologique de la pathologie (1). En 2013, le taux d'incidence annuel était estimé à 291 cas pour 100 000 hommes dans une étude réalisée en médecine ambulatoire (2). Les agents pathogènes principalement responsables de ces infections sont *Neisseriae gonorrhoeae* (gonocoque), *Chlamydiae trachomatis* (chlamydia), *Mycoplasma genitalium* (mycoplasme). *Ureaplasma urealyticum* (mycoplasme) serait une cause plus rare d'urétrite (3). Des recommandations diagnostiques et thérapeutiques relatives à la prise en charge de ces infections ont été mises à disposition en 2006 par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) et actualisées en 2008 (4). Ces recommandations proposent des traitements monodoses probabilistes permettant de favoriser l'observance thérapeutique, d'interrompre rapidement la contagiosité et de limiter la pression antibiotique, facteur de résistance (4).

Un protocole de prise en charge validé par le Comité des maladies infectieuses de notre établissement a été mis en place depuis le 1^{er} avril 2015. Ce dernier reprend les bases des recommandations sur les prélèvements à effectuer pour le diagnostic bactériologique ainsi que pour le dépistage des co-infections et il précise le traitement antibiotique en insistant sur sa réalisation sur place. Il propose également un suivi des patients qui sont convoqués systématiquement en consultation 7 jours après le passage aux urgences afin de vérifier l'efficacité du traitement et rendre les résultats des sérologies. Ces mesures associées sont recommandées dans la prise en charge des urétrites.

Les résultats présentés dans ce papier portent sur l'évaluation de la mise en place de ce protocole au sein de la structure d'urgence du CHI d'Elbeuf - Louviers.

| Matériels et méthodes |

L'étude décrit les pratiques sur deux périodes « avant / après » mise en place du protocole : soit entre le 01/11/2013 et 31/10/2014 (1^{er} groupe) et le 01/04/2015 et 21/08/2015 (2^{ème} groupe). Un cas d'urétrite était défini comme tout patient de sexe masculin, âgé de plus de 16 ans, ayant consulté aux urgences du CHI d'Elbeuf - Louviers et dont l'infection a été confirmée biologiquement pour *Neisseriae gonorrhoeae*, *Chlamydiae trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* ou *Ureaplasma urealyticum* pendant l'une des deux périodes d'étude. La confirmation biologique a pu être réalisée soit par la recherche de gonocoque, de chlamydia, de mycoplasme et de trichomonas sur un prélèvement 1^{er} jet urinaire mis en culture et analysés par PCR ou soit par la recherche de mycoplasme et de trichomonas sur un prélèvement urétral mis en culture et analysé par PCR. Les cas ont été identifiés à partir des données du laboratoire de bactériologie (listing des prélèvements biologiques rendus positifs).

Les informations complémentaires portant sur les patients ont été recueillies dans les dossiers médicaux conservés aux urgences. L'âge des patients a été recueilli ainsi que le motif principal de consultation, la nature des prélèvements biologiques effectués (1^{er} jet urinaire et/ou urétral), les recherches de co-infections (sérologie VIH, hépatite B, hépatite C et/ou syphilis) et le type de traitement reçu.

| Résultats |

Cinquante-deux dossiers médicaux ont été analysés : 40 dossiers dans le 1^{er} groupe et 12 patients dans le 2^{ème} groupe. L'âge moyen des patients était de 25 ans dans le 1^{er} groupe et de 27 ans dans le 2^{ème} groupe (p = ns). L'âge moyen de l'ensemble des 52 cas était de 25 ans. Le motif principal de consultation était des brûlures mictionnelles dans les 2 groupes (n = 26/40 dans le 1^{er} groupe et n = 9/12 dans le 2^{ème} groupe).

| Nature des prélèvements et résultats bactériologiques |

Dans le 1^{er} groupe (n = 40), les analyses bactériologiques ont été réalisées sur prélèvement urinaire 1^{er} jet pour 37 patients plus ou moins associées à un prélèvement urétral pour 7 d'entre eux : 17 prélèvements étaient positifs à gonocoque (+/- autre germe), 17 prélèvements étaient positifs à mycoplasme (+/- autre germe) et 22 étaient positifs à chlamydia (+/- autre germe) (Tableau 1).

Dans le 2^{ème} groupe (n = 12), les analyses bactériologiques ont toutes été réalisées sur un prélèvement urinaire 1^{er} jet : 5 prélèvements étaient positifs à gonocoque, 7 étaient positifs à chlamydia et 7 étaient positifs à mycoplasme.

Aucun prélèvement n'était positif à trichomonas.

	1er groupe n = 40	2ème groupe n = 12
<i>Chlamydiae</i> seul	12	3
Mycoplasme seul	9	2
Gonocoque seul	7	2
Gonocoque + <i>Chlamydiae</i>	4	0
Gonocoque + <i>Chlamydiae</i> + Mycoplasme	4	2
Gonocoque + Mycoplasme	2	1
<i>Chlamydiae</i> + Mycoplasme	2	2

| Recherche de co-infections |

Dans le 1^{er} groupe, une sérologie VIH a été réalisée chez 23 patients (58 %) et une sérologie TPHA VDRL chez 22 (55 %). Aucune n'était positive. Une sérologie hépatite B accompagnée d'une sérologie hépatite C ont été prescrites et réalisées chez 19 patients (47 %) : 8 patients étaient immunisés contre l'hépatite B, 11 ont présenté des résultats négatifs. Aucun cas d'hépatite C n'a été dépisté. Les résultats de deux sérologies prescrites en ville n'ont pas été rapportés.

Dans le 2^{ème} groupe, les sérologies ont été réalisées pour l'ensemble des cas (n=12). Un cas d'hépatite C a été identifié. La recherche de co-infections était exhaustive après la mise en place du protocole.

| Traitement antibiotique |

Dans le 1^{er} groupe, l'information concernant la prise d'un traitement antibiotique était disponible pour 37/40 cas. Un total de 22 patients ont reçu une association Ceftriaxone/Azithromycine. Des posologies différentes ont été prescrites : 18 patients ont eu une prescription de Ceftriaxone 500 mg + Azithromycine 1000 mg et 4 ont reçu une prescription de Ceftriaxone 1000 mg + Azithromycine 1000 mg. Un total de 15 patients traités par un schéma Ceftriaxone + Azithromycine ont reçu le traitement aux urgences. Un total de 8 patients ont reçu une prescription d'Ofloxacine 200 mg (2 fois par jour) mais avec une durée de traitement variable (7, 10, 15 ou 21 jours). Les autres traitements prescrits comprenant entre autre le Doxycycline et le Ceftriaxone en monothérapie. La moitié des traitements prescrits (49 %) était en adéquation avec les recommandations thérapeutiques.

Dans le 2^{ème} groupe, tous les patients ont reçu aux urgences un traitement associant Ceftriaxone 500 mg + Azithromycine 1000 mg (n=12) : 100 % des traitements étaient en adéquation avec les recommandations.

| Consultations J+7 |

Dans le 2^{ème} groupe (n = 12), 8 patients se sont présentés à la consultations de suivi à J+7.

| Discussion |

Les patients avaient un âge moyen plus jeune (36,6 ans) que celui retrouvé dans la littérature (2). Le motif principal de consultation des patients a été recherché plutôt que les symptômes présentés afin de repérer le patient rapidement et codifier sa prise en charge. Les symptômes habituellement rapportés dans ces pathologies sont la dysurie, le prurit et l'écoulement génital : aucun des 2 derniers n'était relevé comme motif de consultation. La gêne occasionnée par la description de ces symptômes à l'accueil pourrait expliquer cette absence.

Les identifications bactériologiques ont pour la grande majorité été réalisées sur des analyses urinaires de type 1^{er} jet, conformément aux recommandations. Les prélèvements urétraux ne sont plus recommandés ; seuls des écouillons peuvent être réalisés en cas d'écoulements urétraux. Aucun écouillon n'a été réalisé après mise en place du protocole.

Le germe le plus fréquent était celui de chlamydia devant le gonocoque, mais il est à noter l'importance des infections multiples. Seize patients présentaient des multi-infections ce qui renforce l'importance d'un traitement antibiotique bien codifié. Ce traitement repose sur une bi-antibiothérapie : une antibiothérapie anti gonococcique Ceftriaxone 500 mg en une injection en intra musculaire (IM) ou intraveineuse (IV) ou en cas de contre indication, Spectinomycine, une injection en IM ou en cas de refus d'injection par une prise unique de Cefixime 400 mg en per os (PO) et une antibiothérapie anti chlamydia et anti mycoplasme Azithromycine 1 g PO en monodose ou Doxycycline 200 mg en 2 prises pendant 7 jours (4). L'absence de traitement efficace augmente la durée de l'infection, ce qui contribue à augmenter les risques de complication de l'urétrite ainsi que le risque de transmission secondaire (7). L'utilisation d'Azithromycine 1 g est depuis peu remise en cause devant l'émergence de souches résistantes de mycoplasmes Genitalium (8,9). Le traitement antibiotique était conforme dans moins de la moitié des dossiers analysés dans le 1^{er} groupe.

La recherche des co-infections virales recommandées n'a quant à elle été réalisée que dans environ la moitié des dossiers du 1^{er} groupe. Cette recherche est primordiale .

L'étude retrouve une adéquation aux recommandations avant mise en place du protocole peu satisfaisante. La mise en place de protocole a permis une amélioration de la qualité des soins en adéquation avec les recommandations de bonnes pratiques. Il sera intéressant par la suite de développer et d'évaluer d'autres protocoles afin d'améliorer la qualité des soins au sein du service.

Bibliographie :

1. Cariou G, Sotto A, Bugel H, et al (2010) Recommandations de bonnes pratiques cliniques : diagnostic et traitement des urétrites aiguës non compliquées de l'homme, par le comité d'infectiologie de l'association française d'urologie (CIAFU). Progrès en urologie 20:184-187
2. Réseau Sentinelles, INSERM/UPMC, <http://www.sentiweb.fr>
3. Frenkl T L, Potts J (2008) Sexually transmitted infections. Urol Clin North Am 35:33-46
4. Gerhardt P (2006) Traitement antibiotique probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Med Mal Infect 36(1):27-35 [et actualisation 2008]

Description des cas de VIH en Haute-Normandie et Basse-Normandie déclarés en 2014

Données actualisées au 31 Décembre 2014

Nathalie Nicolay - InVS-Cire Normandie

| Introduction |

Cet article présente les données d'activité de dépistage et de surveillance de l'infection à VIH en régions Basse-Normandie et Haute-Normandie en 2014.

Ces données sont issues de deux systèmes de surveillance coordonnés par l'Institut de veille sanitaire (InVS) (1,2) :

- la surveillance de l'activité de dépistage de l'infection à VIH par le recueil « LaboVIH » ;
- la notification obligatoire des diagnostics d'infection à VIH à laquelle est couplée la surveillance virologique du VIH réalisée par le Centre national de référence (CNR) du VIH.

Pour la Haute-Normandie, les données sont complétées par une présentation de la file active hospitalière par le Corevih de Haute-Normandie.

| Les deux systèmes de surveillance du VIH coordonnés par l'InVS |

La surveillance de l'activité de dépistage de l'infection à VIH se fait à partir du recueil « LaboVIH » (3,4). Elle a pour objectif de décrire la dynamique de dépistage en collectant des informations sur le nombre de sérologies réalisées et le nombre de sérologies positives rendues par les laboratoires d'analyses médicales de ville et hospitaliers. Elle inclut les sérologies prescrites par les centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG) et les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist). En France, 89 % des laboratoires recensés transmettent ces données à l'InVS. Toutes les données « LaboVIH » présentées dans ce point sont redressées afin de représenter l'activité de l'ensemble des laboratoires de la région (3,4). Elles ont été complétées par le nombre de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) réalisés par les structures associatives dans le cadre d'actions de dépistage (4).

La déclaration obligatoire (DO) des diagnostics d'infection à VIH complète depuis 2003 la DO du sida (2). Elle a pour objectif de décrire le nombre et les caractéristiques des personnes découvrant leur séropositivité vis-à-vis du VIH et de suivre la dynamique de l'infection, ceci afin de mieux adapter les actions de prévention. Le nombre annuel de DO d'infection à VIH est estimé en prenant en compte les délais de déclaration et la sous déclaration (5). Les données d'exhaustivité de la DO ne sont pas encore disponibles pour l'année 2014.

Depuis 2008, un indicateur de diagnostic tardif construit à partir de la combinaison du stade clinique et du nombre de CD4 du patient est disponible et présenté dans cette analyse. Tout diagnostic au stade de primo-infection ou avec des CD4 supérieurs ou égaux à 500/mm³ en l'absence de pathologie inaugurale de sida est considéré comme précoce, tout diagnostic au stade sida ou avec des CD4 inférieurs à 200/mm³ est considéré comme tardif.

La surveillance virologique consiste entre autre en la réalisation d'un test d'infection récente et un sérotypage (non présenté). Le test d'infection récente permet d'estimer la part des contaminations récentes (moins de 6 mois en moyenne) parmi les découvertes de séropositivité. Ces résultats sont utilisés pour estimer l'incidence de l'infection par le VIH (6,7).

| Analyses des données |

Les chiffres redressés du nombre de DO sont donnés avec leur intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %). Les analyses descriptives des caractéristiques des personnes ayant découvert leur infection à VIH et des cas de sida sont réalisées à partir des données brutes issues des DO reçues à l'InVS au 31 décembre 2014 pour des personnes domiciliées en région Haute-Normandie. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata (V12.0, Stata Corporation, College Station, TX, USA). La comparaison entre deux proportions a été faite à l'aide d'un Chi2.

Bibliographie

1. Institut de veille sanitaire. Dépistage du VIH [Internet]. Disponible : <http://www.invs.sante.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Depistage-du-VIH>
2. Institut de veille sanitaire. Déclaration obligatoire de l'infection à VIH et du sida. Disponible : <http://www.invs.sante.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Declaration-obligatoire-de-l-infection-a-VIH-et-du-sida>
3. Cazein F, Le Strat Y, Pillonel J et al. Dépistage du VIH et découverte de séropositivité, France 2003 - 2010. Bull Epidemiol Hebd 2011;43-44:446-54. Disponible : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-n-43-44-2011>
4. Cazein F, Le Strat Y, Sarr A, Ramus C, Bouche N, Le Vu S et al. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2013. Bull Epidemiol Hebd. 2014;32-33:534-40
5. Cazein F, Lot F, Pillonel J, Le Strat Y, Sommen C, Pinget R et al. Découverte de séropositivité VIH et sida - France, 2003-2012. Bull Epidemiol Hebd [Internet]. 2014;9-10:154-62. Disponible : http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12010

| Les résultats en Haute-Normandie |

| Activité de dépistage |

| L'activité de dépistage en Haute-Normandie était stable mais inférieure à ce qui était observé à l'échelle nationale |

En 2014, en région Haute-Normandie, le nombre de sérologie VIH réalisés a été estimé à 131 380 (IC 95 % 119 564-142 769) (Figure 1) soit 71 sérologies pour 1 000 habitants (IC 95 % 65-77). Il était de 80 sérologies pour 1000 habitants (IC 95 % 79-81) à l'échelle nationale en 2014. La Haute-Normandie se situait au 11^{ème} rang des régions ayant le plus de recours au dépistage.

| Le nombre de sérologies VIH positives était également stable |

Le nombre de sérologies VIH confirmées positives était estimé à 197 (IC 95 % 135-259) (Figure 2), soit 1,5 sérologies positives pour 1 000 sérologies réalisées. Il était légèrement inférieur au taux observé à l'échelle nationale : 2,1 sérologies pour 1 000 sérologies.

| Le nombre de TROD réalisés par les structure associative était stable |

En 2014, en Haute-Normandie, 1 019 TROD ont été réalisés par trois structures associatives dans différents milieux communautaires. Quatre tests ont été positifs. L'activité était similaire à celle observée en 2013.

| La déclaration obligatoire des diagnostics d'infection à VIH |

| Le nombre de découvertes d'infection à VIH supérieur à ce qui était observé à l'échelle nationale |

En 2014, en Haute-Normandie, le nombre de personnes ayant découvert leur infection à VIH a été estimé à 116 (IC 95 % 56-175) soit un taux rapporté à la population de 63 cas par million d'habitants (IC 95 % 30-95). Ce nombre a été estimé à partir des 60 déclarations d'infection à VIH reçues à l'InVS au 31 décembre 2014 pour des personnes domiciliées en Haute-Normandie. Le taux de découverte s'élevait à 100 (IC 95 % 92-107) par million d'habitant à l'échelle nationale.

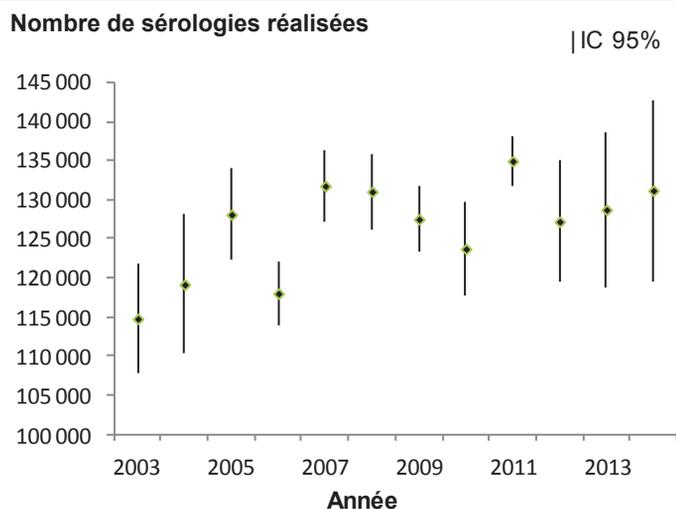
| Depuis 2003, la déclaration concerne une majorité d'hommes âgés entre 31 et 49 ans |

La majorité de personnes ayant découvert leur infection à VIH en 2014 était des hommes (N = 38/60, 63 %). Cette proportion est restée stable sur la période 2003-2013 (61 %) et 2014 (p = 0,734) (Tableau 1).

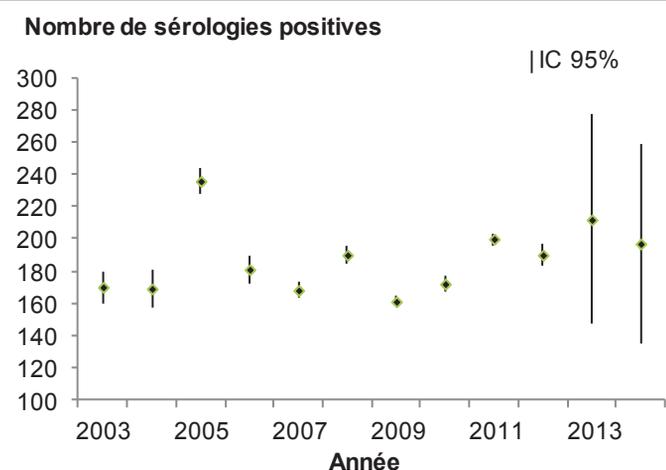
Les personnes âgées entre 31 et 49 ans représentaient 57 % (N = 34/60) des découvertes d'infection à VIH en 2014, celles âgées de moins de 30 ans 22 %, et celles âgées de 50 ans et plus 22 %. Cette distribution n'a pas évolué par rapport aux déclarations reçues sur la période 2003-2013 (p = 0,142).

Figure 3 : Source : InVS, données DO VIH corrigées pour la sous-déclaration et les délais de notification

| Figure 1 | Evolution du nombre estimé de sérologies VIH réalisées, Haute-Normandie, 2003-2014

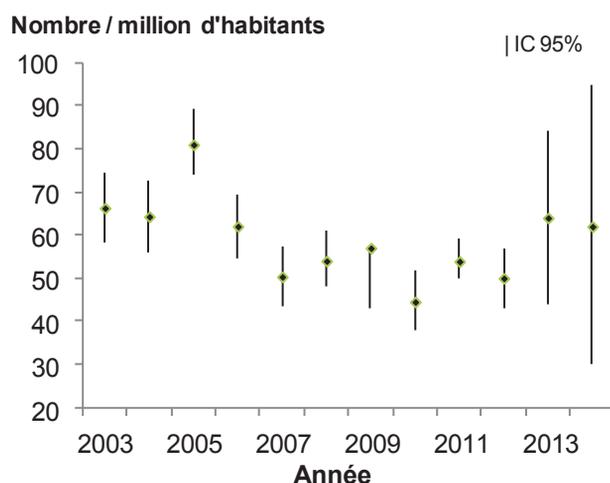


| Figure 2 | Evolution du nombre estimé de sérologies VIH positives, Haute-Normandie, 2003-2014



Source : InVS, données DO VIH corrigées pour la sous-déclaration et les délais de notification

| Figure 3 | Evolution du nombre estimé de découvertes d'infection à VIH par million d'habitants, Haute-Normandie, 2003-2014



| Une contamination fréquente parmi les femmes d'origine d'Afrique subsaharienne |

Lorsque le lieu de naissance était documenté (N = 43/60), près des deux tiers (65 %) des personnes ayant découvert leur infection à VIH en 2014 étaient nées en France, 33 % étaient nées en Afrique subsaharienne. Parmi ces dernières, 57 % étaient des femmes. Cette distribution est restée stable ($p = 0,587$) (Tableau 1).

| Des modes de contamination différents selon le sexe : hétérosexuels chez les femmes et homosexuels chez les hommes |

Le mode de contamination était connu pour 67 % des personnes ayant découvert leur infection à VIH en 2014 (N = 40/60). Parmi ces personnes, 63 % ont été contaminées à l'occasion de rapports hétérosexuels et un tiers (35 %) étaient des hommes contaminés à l'occasion de rapports sexuels avec des hommes (HSH). Une personne a été contaminée par usage de drogue injectable. La distribution des différents modes de contamination était identique entre la période 2003/13 et 2014 ($p = 0,849$) (Tableau 1).

Les rapports hétérosexuels étaient la source de contamination de l'ensemble des femmes (N = 11) et de 48 % des hommes pour lesquels le mode de contamination était connu (N = 40). Ce mode de contamination touchait des personnes majoritairement âgées entre 31 et 49 ans (60 %). Près de la moitié (44 %) de ces personnes était née en Afrique subsaharienne, 54 % des femmes contaminées à l'occasion de rapports hétérosexuels étaient originaires d'Afrique subsaharienne.

Parmi les HSH, 36 % étaient âgés de moins de 30 ans, 50 % étaient âgés entre 31 et 49 ans et 14 % étaient âgés de 50 ans et plus. Ils étaient majoritairement nés en France (95 %). Ce mode de contamination concernait 48 % des hommes pour lesquels le mode de contamination était connu (N = 14).

| La présence de signes cliniques et biologiques liés au VIH était le motif de dépistage le plus fréquent en 2014 |

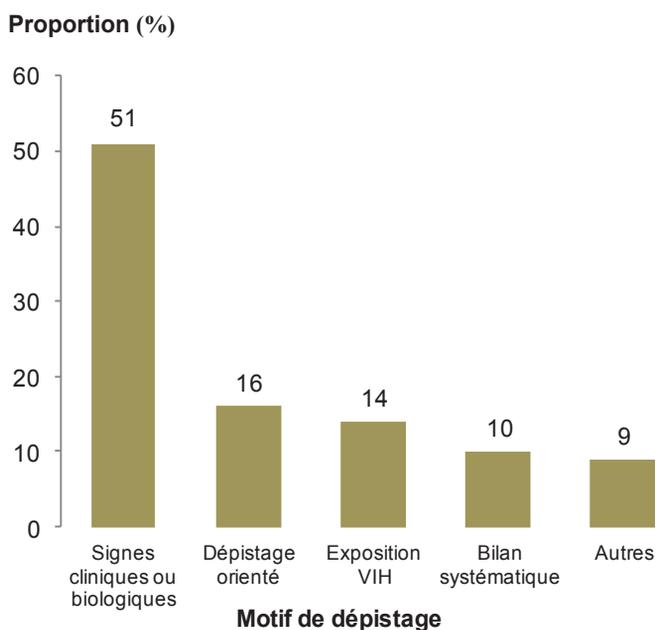
En 2014, en Haute-Normandie, la présence de signes cliniques et biologiques liés au VIH était le motif de dépistage le plus fréquent (51 %) suivi par le dépistage orienté (16 %) (Figure 4).

Depuis 2012, le dépistage orienté, c'est-à-dire la sérologie VIH proposée à l'occasion d'une consultation pour une pathologie autre que le VIH (exemple : hépatite) ou dans un contexte suggérant une contamination possible (exemple : prise de risque ancienne) représentait un diagnostic sur dix (entre 10 % et 11 %) contre 1 % en 2003 ($p < 0,015$).

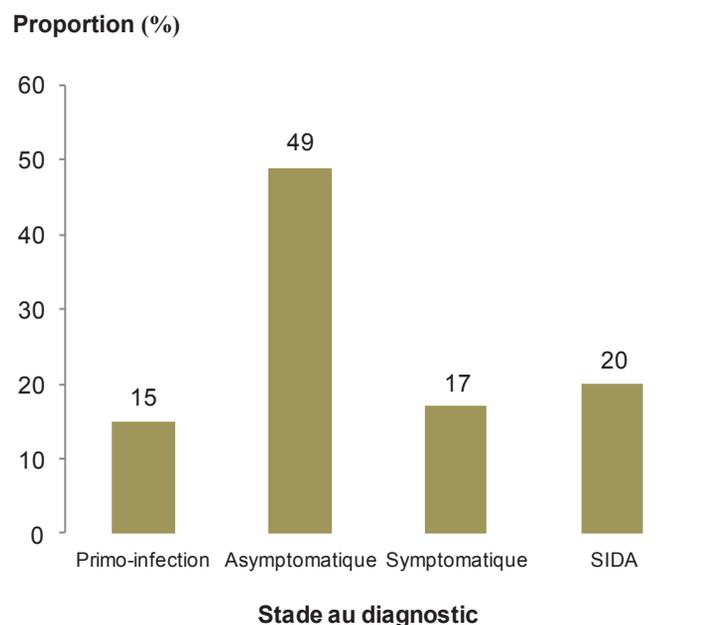
| Des motifs de dépistage différents selon le mode de contamination |

La présence de signes cliniques ou biologiques était un motif de dépistage plus fréquent chez les hommes hétérosexuels (78 % parmi ceux nés en France et 40 % parmi ceux nés en Afrique subsaharienne) et chez les HSH (36 %). La présence de signes cliniques ou biologiques ou la grossesse étaient les motifs de dépistage les plus fréquents chez les femmes, respectivement 54 % et 23 % en 2014.

| Figure 4 | Distribution des motifs de dépistage parmi les personnes ayant découvert leur infection à VIH, Haute-Normandie, 2014 (N = 43)



| Figure 5 | Distribution du stade clinique au moment du diagnostic d'infection à VIH, Haute-Normandie, 2014 (N = 41)



| Un tiers de diagnostic tardif au moment de la découverte de l'infection à VIH |

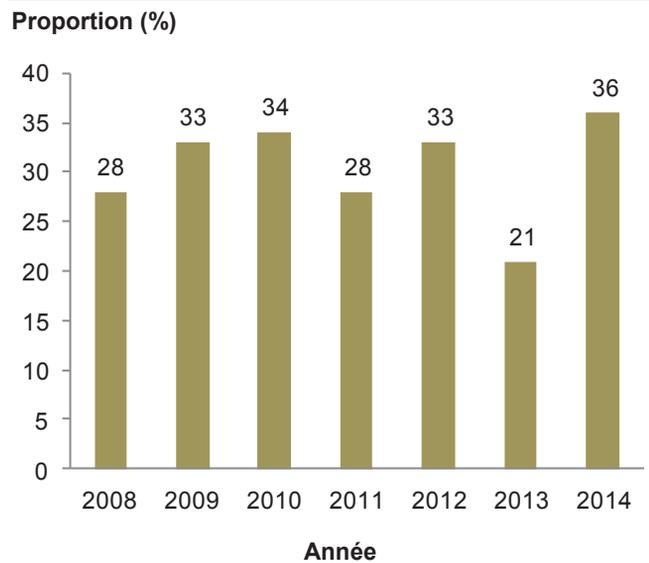
Parmi les personnes ayant découvert leur infection à VIH en 2014 et dont le stade clinique était documenté (N = 41/60), 15 % étaient au stade de primo-infection symptomatique, 49 % à un stade asymptomatique, 17 % à un stade symptomatique non sida et 20 % au stade sida (Figure 5, Tableau 1). Ces deux derniers stades de découverte étaient en diminution par rapport à 2003 où ils représentaient respectivement 23 % et 22 % des stades de découverte ($p < 0,01$).

La proportion de diagnostic tardif ($CD4 < 200/mm^3$ ou sida au moment du diagnostic, figure 6) était de 36 % et n'a pas évolué depuis 2008 ($p = 0,689$) (Figure 6, Tableau 1).

| Un quart d'infection récente |

Le résultat du test d'infection récente était disponible pour 93 % des découvertes d'infection à VIH (N = 56/60) (Tableau 1). Un quart (23 %) des découvertes d'infection à VIH était des infections récentes (en moyenne moins de 6 mois). Cette proportion est restée stable par rapport à la période 2003-2013 (26 %) ($p = 0,849$).

| Figure 6 | Proportion de diagnostic tardif parmi les personnes ayant découvert leur infection à VIH, Haute-Normandie, 2008-2014



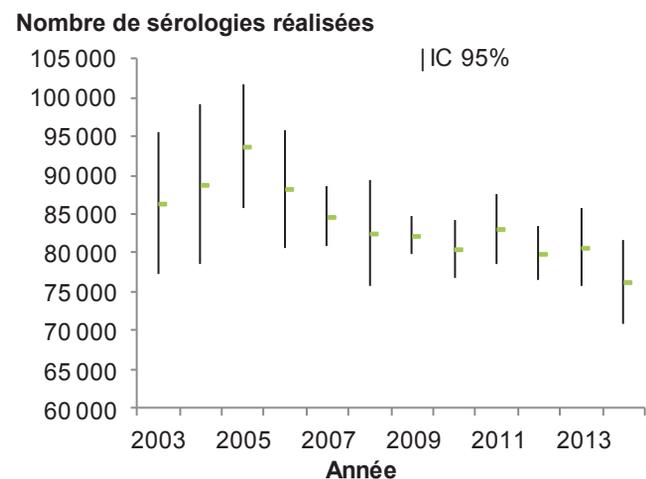
| Les résultats en Basse-Normandie |

| Activité de dépistage |

| L'activité de dépistage en Basse-Normandie était stable et inférieure à ce qui était observé à l'échelle nationale... |

En 2014, en région Basse-Normandie, le nombre de sérologie VIH réalisés était estimé à 76 289 (IC 95 % 70 867-81 712) soit 52 sérologies pour 1 000 habitants (IC 95 % 48-55) (Figure 1). Il était de 80 sérologies pour 1000 habitants (IC 95 % 79-81) à l'échelle nationale en 2014. La Basse-Normandie se situait au 3^{ème} rang des régions ayant le moins recours au dépistage.

| Figure 1 | Evolution du nombre estimé de sérologies VIH réalisées, Basse-Normandie, 2003-2014

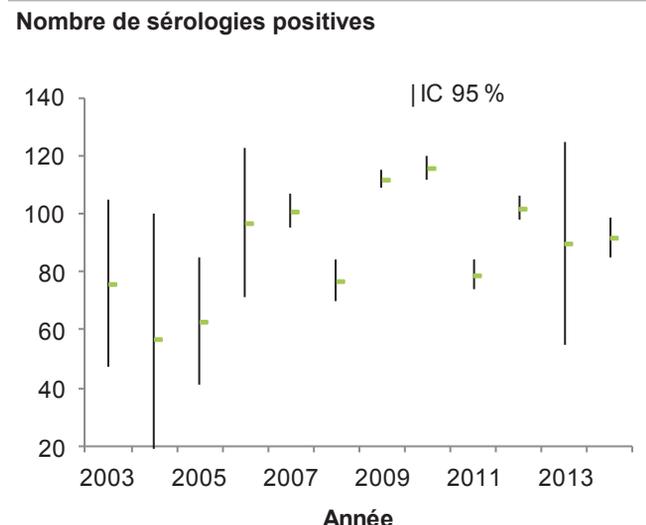


Source : InVS, données DO VIH corrigées pour la sous-déclaration et les délais de notification

| ... ainsi que le nombre de sérologies positives |

Le nombre de sérologies VIH confirmées positives était estimé à 92 (IC 95 % 85-99) (Figure 2), soit 1,2 sérologies positives pour 1 000 sérologies réalisées. Il était inférieur au taux observé à l'échelle nationale : 2,1 sérologies pour 1000 sérologies.

| Figure 2 | Evolution du nombre estimé de sérologies VIH positives, Basse-Normandie, 2003-2014



| Le nombre de TROD réalisés par les structure associative s'élevait à |

En 2014, en Basse-Normandie, 1 693 TROD ont été réalisés par sept structures associatives dans différents milieux communautaires. Un test était positif.

| La déclaration obligatoire des diagnostics d'infection à VIH |

| Le nombre de découvertes d'infection à VIH est inférieur à ce qui était observé à l'échelle nationale |

En 2014, en Basse-Normandie, le nombre de personnes ayant découvert leur infection à VIH a été estimé à 50 (IC 95 % 20-80) soit un taux rapporté à la population de 34 cas par million d'habitants (IC 95 % 14-54). Ce nombre a été estimé à partir des 29 déclarations d'infection à VIH reçues à l'InVS au 31 décembre 2014 pour des personnes domiciliées en Haute-Normandie. Le taux de découverte s'élevait à 100 (IC 95 % 92-107) par million d'habitant à l'échelle nationale.

| Depuis 2003, la déclaration a concerné une majorité d'hommes âgés entre 31 et 49 ans |

Une majorité de personnes ayant découvert leur infection à VIH en 2014 était des hommes (N = 18/29 %). Cette proportion est restée stable entre la période 2003-2013 (69 %) et 2014 (p = 0,6) (Tableau 1).

Les personnes âgées entre 31 et 49 ans représentaient 52 % (N = 15/29) des découvertes d'infection à VIH en 2014, celles âgées de moins de 30 ans 24 %, et celles âgées de 50 ans et plus 24 %. Cette distribution n'a pas évolué par rapport aux données des déclarations reçues sur la période 2003-2013 (p = 0,87).

| Une contamination fréquente parmi les femmes d'origine d'Afrique subsaharienne |

Lorsque le lieu de naissance était documenté (N = 28/29), deux tiers (64 %) des personnes ayant découvert leur infection à VIH en 2014 étaient nées en France, huit personnes (29 %) étaient nées en Afrique subsaharienne parmi lesquelles, six étaient des femmes. La distribution des cas par lieu de naissance est restée stable entre la période 2003-2013 et l'année 2014 (p = 0,867) (Tableau 1).

| Des modes de contamination différents selon le sexe : hétérosexuels chez les femmes et homosexuels chez les hommes |

Le mode de contamination était connu pour 28/29 personnes ayant découvert leur infection à VIH en 2014. Parmi ces personnes, 17 (61 %) ont été contaminées à l'occasion de rapports hétérosexuels et neuf (32 %) étaient des hommes contaminés à l'occasion de rapports sexuels avec des hommes (HSH). Deux personnes ont été contaminées par usage de drogue injectable. La distribution des différents modes de contamination était identique entre la période 2003-2013 et 2014 (p = 0,849) (Tableau 1).

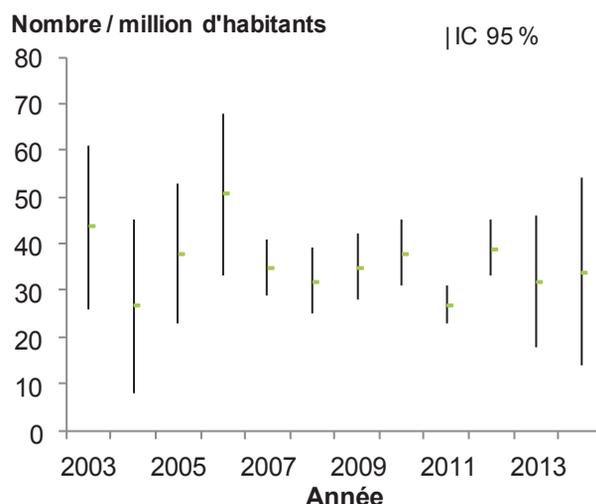
Les rapports hétérosexuels étaient la source de contamination de neuf femmes parmi les 10 femmes pour lesquelles le mode de contamination était connu (N = 10/11) et de 8 hommes (44 %). Ce mode de contamination touchait des personnes principalement âgées entre 31 et 49 ans (47 %). Près de la moitié (44 %) de ces personnes était née en Afrique subsaharienne, la moitié (47 %) des femmes contaminées à l'occasion de rapports hétérosexuels étaient originaires d'Afrique subsaharienne.

Parmi les HSH (N = 9), quatre personnes (44 %) étaient âgés de moins de 30 ans, quatre personnes (44 %) étaient âgés entre 31 et 49 ans et une personne était âgés de 50 ans et plus. Ils étaient tous nés en France.

| Des motifs de dépistage mal renseignés |

Les motifs de dépistage ont été mal renseignés en 2014 et majoritairement classés en catégorie autres (87 %).

| Figure 3 | Evolution du nombre estimé de découvertes d'infection à VIH par million d'habitants, Basse-Normandie, 2003-2014



Source : InVS, données DO VIH corrigées pour la sous-déclaration et les délais de notification

| Une majorité de diagnostic à un stade asymptomatique |

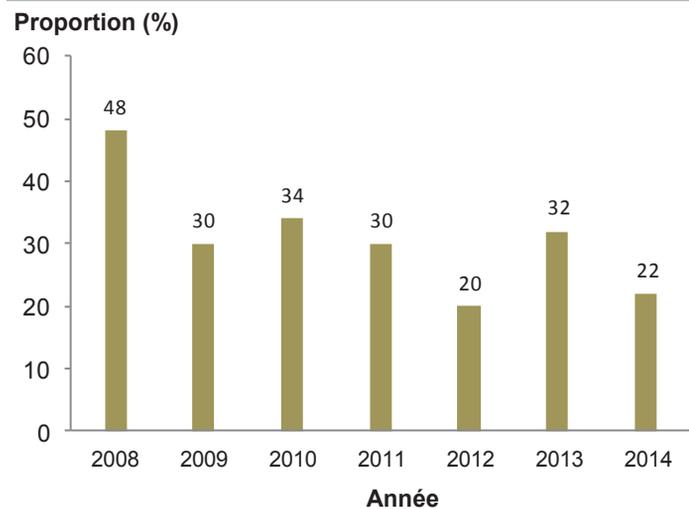
Parmi les personnes ayant découvert leur infection à VIH en 2014 et dont le stade clinique était documenté (N = 28/29), 23 (82 %) étaient à un stade asymptomatique, 3 à un stade de primo-infection symptomatique et 1 au stade sida. La proportion de stade sida a diminué entre la période 2003-2013 et 2014 passant de 17 % à 7 % (p = 0,094).

La proportion de diagnostic tardif (CD4 < 200/mm³ ou sida au moment du diagnostic, figure 6) était de 22 % (N = 6/27) et cette proportion n'a pas diminué significativement depuis 2008 (p = 0,348) (Figure 3).

| Un tiers d'infection récente |

Le résultat du test d'infection récente était disponible pour 28 découvertes d'infection à VIH (96 %) (Tableau 1). Environ un tiers des découvertes d'infection à VIH (29 %) était des infections récentes (en moyenne moins de 6 mois). Cette proportion est restée stable par rapport à la période 2003-2013 (29 %) (p = 0,962).

| Figure 3 | Proportion de diagnostic tardif parmi les personnes ayant découvert leur infection à VIH, Basse-Normandie, 2008-2014



Source : InVS, données DO VIH au 31/12/2014 brutes non corrigées pour la sous-déclaration ni pour les délais de notification

| Tableau 1 | Distribution des caractéristiques des personnes ayant découvert leur infection à VIH en Basse-Normandie et Haute-Normandie, période 2003-2013 et 2014 (N = 60)

	Haute-Normandie		Basse-Normandie	
	2003-2013 (N = 908)	2014 (N = 60)	2003-2013 (N = 380)	2014 (N = 29)
Age médian (ans) [IC 25 % - 75 %]	36 [28 - 46]	39 [31 - 47]	38 [30 - 48]	42 [33 - 49]
Classe d'âge				
< 30 ans	308 (34 %)	13 (22 %)	102 (27 %)	7 (24 %)
31 - 49 ans	422 (46 %)	34 (57 %)	201 (23 %)	15 (52 %)
50 ans et plus	178 (20 %)	13 (22 %)	77 (20 %)	7 (24 %)
Sexe				
Homme	555 (61 %)	38 (63 %)	254 (67 %)	18 (62 %)
Femme	353 (39 %)	22 (37 %)	126 (33 %)	11 (38 %)
Pays de naissance				
France	456 (57 %)	28 (65 %)	229 (68 %)	18 (64 %)
Afrique subsaharienne	312 (39 %)	14 (33 %)	92 (27 %)	8 (29 %)
Autres	28 (3 %)	1 (2 %)	17 (5 %)	2 (7 %)
Inconnu	112	17	42	1
Mode de contamination				
HSH	240 (32 %)	14 (35 %)	124 (38 %)	9 (32 %)
Hétérosexuel	487 (64 %)	25 (63 %)	191 (58 %)	17 (61 %)
Autre	29 (4 %)	1 (2 %)	12 (5 %)	2 (7 %)
Inconnu	152	20	53	1
CD4 au diagnostic VIH^a				
< 200	104 (27 %)	14 (33 %)	60 (30 %)	6 (22 %)
200 - 349	81 (21 %)	4 (10 %)	38 (19 %)	12 (44 %)
350 - 499	68 (18 %)	10 (24 %)	48 (24 %)	5 (18 %)
>= 500	126 (33 %)	14 (33 %)	53 (27 %)	4 (15 %)
Inconnu	98	18	34	2
Infection récente				
Oui	177 (24 %)	13 (23 %)	87 (29 %)	8 (29 %)
Non	550 (76 %)	43 (77 %)	213 (71 %)	20 (71 %)
Inconnu	181	4	80	1
Stade de diagnostic^b				
Précoce	145 (38 %)	16 (38 %)	61 (31 %)	7 (26 %)
Intermédiaire	124 (33 %)	11 (29 %)	77 (38 %)	14 (52 %)
Tardif	110 (29 %)	15 (36 %)	61 (31 %)	6 (22 %)
Inconnu	98	18		

a Données disponibles depuis 2008 ; b Données disponibles depuis 2012
Source : InVS, données DO VIH au 31/12/2014 brutes non corrigées pour la sous-déclaration ni pour les délais de notification

Epidémie de VIH-sida : chiffres clés en 2014 , Corevih Haute-Normandie

G. Unal¹, S. Plumecocq¹, D. Theron¹, J. Gardy¹, F. Lebrun¹, J. Leporrier^{1,2}, M. Etienne^{1,2}

¹ Corevih Haute-Normandie, ² Service de maladies infectieuses et tropicales, CHU de Rouen

| Introduction |

Une bonne connaissance de l'épidémiologie en région est précieuse pour optimiser les stratégies de dépistage, réduire le nombre de personnes qui vivent avec le VIH (PVVIH) non diagnostiquées et non traitées et ainsi réduire la transmission du VIH. A terme, la connaissance détaillée des patients nouvellement dépistés pourrait orienter les stratégies locales et régionales de dépistage.

Créés en 2005 par décret, les comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (Corevih) sont des organisations territoriales engagées dans la lutte contre le VIH notamment à travers le recueil et l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux PVVIH. Les Corevih ont un rôle de coordination de tous les acteurs engagés dans la lutte contre le VIH qu'ils soient professionnels (de soins, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, acteurs sociaux, médico-sociaux) ou associatifs. Les Corevih mènent également des actions de recherches clinique et épidémiologique et participent à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients. Depuis sa création en 2007, le Corevih de Haute-Normandie contribue au recueil annuel de données épidémiologiques régionales relatives au VIH/sida. Les données ainsi recueillies pour l'année 2014 sont présentées dans l'article suivant.

| Matériels et méthodes |

Les données médicales sont recueillies à chaque recours au système de soins, saisies dans un logiciel spécifique (Nadis™, dossier médical de spécialité utilisable à des fins de recherche) sur 4 des 5 principaux sites de prise en charge des PVVIH (Rouen, Le Havre, Dieppe, Elbeuf - Val-de-Reuil). Les techniciens d'étude clinique du Corevih garantissent l'exhaustivité et la qualité des données saisies notamment à travers un contrôle qualité.

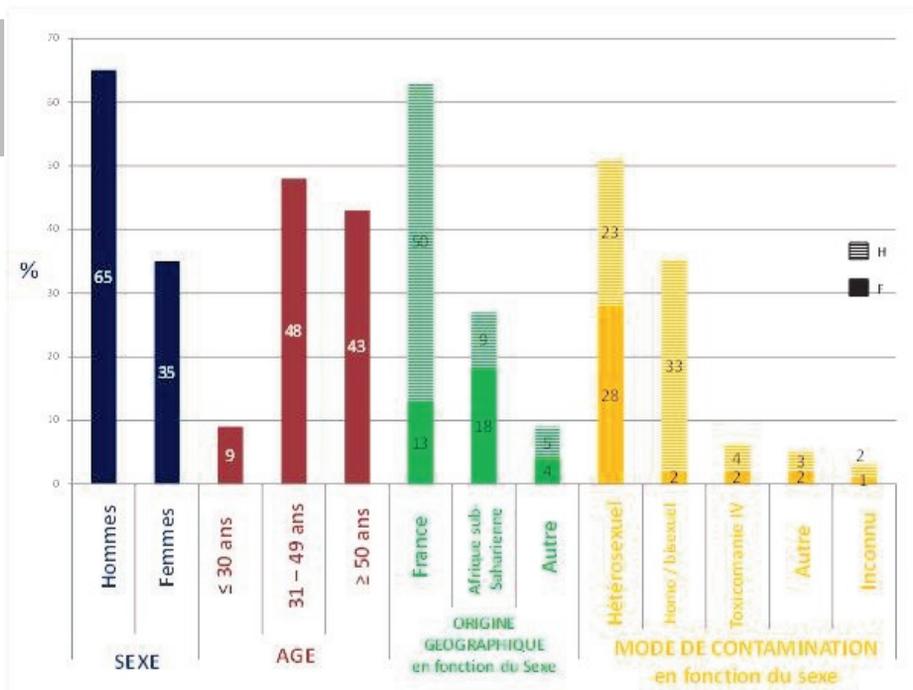
Pour le site d'Evreux, les données de prise en charge des PVVIH sont saisies dans une base de données locale, puis transmises au Corevih. Les données ainsi saisies sont transmises annuellement : à la Direction générale de la santé (DGS) et à l'unité Inserm U943 pour alimenter une base de données nationale. Localement, ces données sont présentées à l'Agence régionale de santé (ARS), aux acteurs locaux de la lutte contre le VIH et exploitées à des fins de recherche.

| Résultats |

En 2014, 1798 patients étaient suivis en Haute-Normandie pour une infection à VIH (Figure 1). Cette file active correspond au nombre de patients vus au moins une fois en consultation entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2014.

La majorité des PVVIH (69,7 %) était suivie au CHU de Rouen, 13,9 % au Havre, 11,2 % à Evreux, 3,5 % au CH de Dieppe et 1,6 % à Elbeuf - Val-de-Reuil. Pour 432 d'entre eux (24 %), l'infection était diagnostiquée depuis plus de 20 ans. Les patients de plus de 50 ans constituaient 43 % de cette file active dont la moyenne d'âge était de 47,3 ans ($\pm 12,4$). Les hommes représentaient 65 % de la file active, 35 % étaient des femmes, dont 34 patientes transgenres (Figure 1).

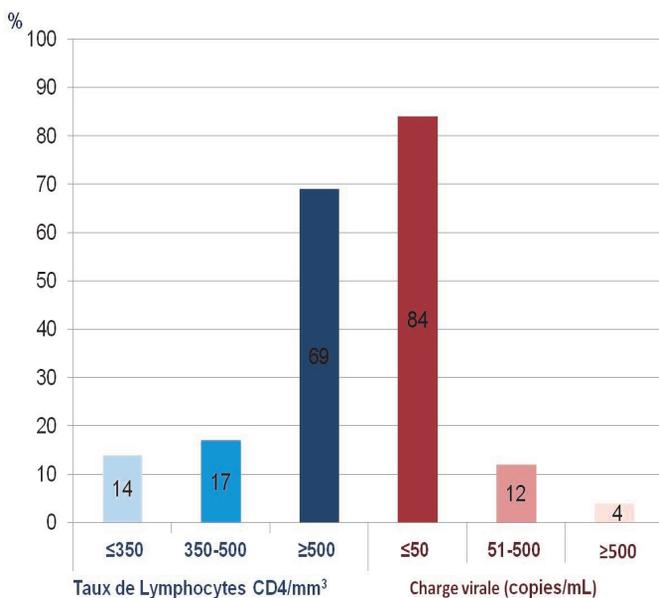
| Figure 1 | Caractéristiques principales des PVVIH, données Corevih, Haute-Normandie, 2014



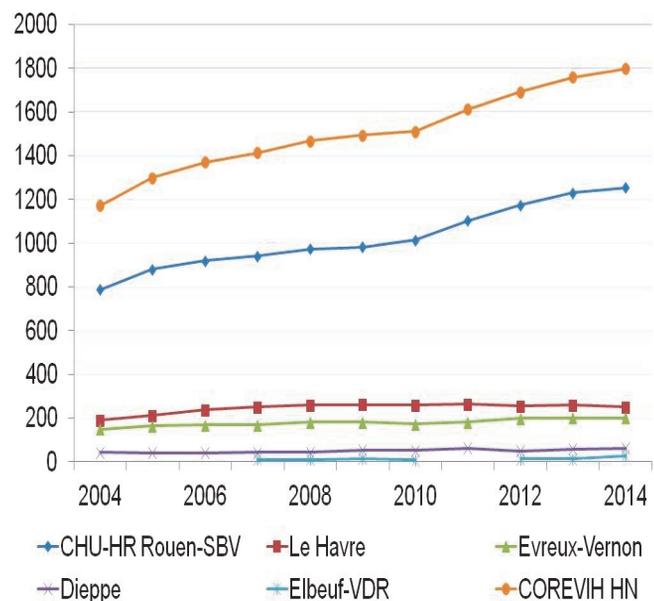
Le mode de contamination principal était par la voie hétérosexuelle (55 %). Concernant l'origine géographique, 62 % des patients vivant avec le VIH suivi en Haute-Normandie étaient originaires de France et 29 % étaient originaires d'Afrique subsaharienne.

En 2014, les recommandations préconisaient d'initier un traitement antirétroviral (ARV) chez tous les patients infectés par le VIH. En Haute-Normandie, 96 % des patients de la file active bénéficiaient d'un traitement ARV, depuis en moyenne 10 ans ($\pm 6,5$). Parmi les 1564 patients traités depuis plus de 1 an, 86 % avaient un taux de lymphocytes CD4 > 350/mm³ témoignant d'une immunité satisfaisante et 84 % avaient une charge virale plasmatique (CVp) indétectable (inférieure à la limite de quantification virale par les techniques utilisées), témoignant d'un contrôle de l'infection par le VIH (Figure 2). Pour mémoire, les patients dont la CVp est indétectable gardent une sérologie positive et restent porteurs du VIH, mais ont une espérance de vie proche de la population générale et un risque de transmettre le virus extrêmement réduit.

| Figure 2 | Caractéristiques immunologiques et virologiques des PVVIH traités depuis plus de 1 an par antirétroviraux, Haute-Normandie, 2014.



| Figure 3 | Evolution de la file active des PVVIH suivis en Haute-Normandie, 2004-2014



Le nombre de PVVIH dans la file active régionale entre 2004 et 2014 était en constante augmentation, ce résultat étant la conséquence à la fois de la nette diminution de la morbi-mortalité pour les PVVIH traités par ARV et de patients nouvellement dépistés (Figure 3). Entre 2009 et 2014, 337 nouveaux patients ont été dépistés et pris en charge pour leur infection à VIH. Les patients dépistés en 2014 totalisaient 4 % des patients suivis en consultation, cette proportion étant restée stable entre 2012 et 2014. Une analyse portant sur ces patients diagnostiqués dans l'année montre qu'un tiers étaient des hommes, de 39 ans en moyenne ($\pm 13,6$), contaminés majoritairement par voie homosexuelle. En 2014, lorsque le diagnostic d'infection par le VIH a été réalisé, 13 % des patients diagnostiqués dans l'année étaient au stade sida et 22 % avaient un taux de lymphocytes CD4 < 200/mm³, ces deux marqueurs attestant d'un dépistage du VIH tardif par rapport à la contamination.

| Conclusion |

La file active de personnes vivant avec le VIH en Haute-Normandie est en augmentation constante (+ 4 % par an en moyenne depuis 2004). Cette augmentation résulte de la diminution de la morbi-mortalité des patients traités par ARV et de nouveaux diagnostics. Le risque de transmission virale étant nettement réduit pour les patients diagnostiqués et traités, la rupture de la dynamique épidémique passe désormais par des stratégies de prévention et de dépistage ciblées sur les patients qui ignorent leur séropositivité et une prise en charge médicale rapide (dès le diagnostic) afin d'interrompre la transmission du VIH. L'analyse régionale détaillée des patients nouvellement dépistés pourrait, à terme, aider à mieux cibler les populations échappant aux stratégies globales de dépistage.

Les recommandations nationales incitent à la mise en œuvre des stratégies de dépistage ciblé auprès des populations les plus touchées et de mobiliser les professionnels de santé et les associations autour de ces stratégies. Une analyse épidémiologique régionale détaillée des patients nouvellement dépistés est actuellement menée par le Corevih de Haute-Normandie pour mieux connaître ces patients et guider les stratégies de prévention et de dépistage. En sus des outils de dépistages conventionnels, cette politique de prévention et de dépistage ciblé peut s'appuyer, dans une stratégie globale de réduction des risques, sur l'utilisation de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), réalisés en Haute-Normandie par les associations Médecins du Monde, AIDES et ABRI.

Sexualité et contraception chez les élèves de seconde en Haute-Normandie, enquête Indiss 2012/13

Olivia Guérin - Observatoire régional de la santé et du social (OR2S)

En partenariat avec l'académie de Rouen, l'ARS et la région Haute-Normandie, l'Observatoire régional de la santé et du social (OR2S) a réalisé une enquête sur la santé des jeunes en milieu scolaire intitulée *Indicateur de suivi en santé* (Indiss). Menée au cours de l'année 2012/13, l'objectif de l'enquête Indiss était de documenter l'état de santé, les comportements à risque et les modes de vie des élèves des classes de cinquième et de seconde (générale, technologique et professionnelle) en région Haute-Normandie. Plusieurs thématiques étaient abordées parmi lesquelles la santé mentale, la consommation de substances psychoactives, la nutrition, la santé et la prévention, la sexualité et la contraception (uniquement chez les élèves de seconde). L'ensemble des analyses a fait l'objet d'une fiche de synthèse présentant les principaux résultats à travers une approche territoriale.

Cette enquête a été réalisée par questionnaires auto-administrés auprès d'un échantillon d'élèves issus d'un tirage au sort de leur établissement scolaire et de leur classe. Les données ainsi recueillies ont été redressées afin que l'échantillon constitué soit représentatif selon le genre, le bassin d'éducation et de formation, le caractère prioritaire du territoire de l'établissement scolaire et le type de seconde le cas échéant. Au total, 2 930 élèves de cinquième, 1 682 élèves de seconde générale et technologique et 1 059 élèves de seconde professionnelle ont été inclus dans l'enquête.

Sur la thématique sexualité et contraception, près de deux élèves sur cinq (38 %) ont déclaré avoir déjà eu des relations sexuelles, les garçons plus souvent (45 %) que les filles (32 %). Parmi les élèves ayant eu des rapports sexuels, 16 % des élèves de seconde ont déclaré ne pas avoir utilisé de préservatif lors de leur premier rapport sexuel. Trois garçons sur dix (29 %) et deux filles sur cinq (40 %) ayant des relations sexuelles déclaraient ne pas utiliser le préservatif à chaque rapport avec leur partenaire. Ce constat semblait plus fréquent chez les filles de seconde professionnelle (55 %) que chez celles de seconde générale et technologique (32 %), alors que chez les garçons, aucune différence n'était constatée selon le type de seconde.

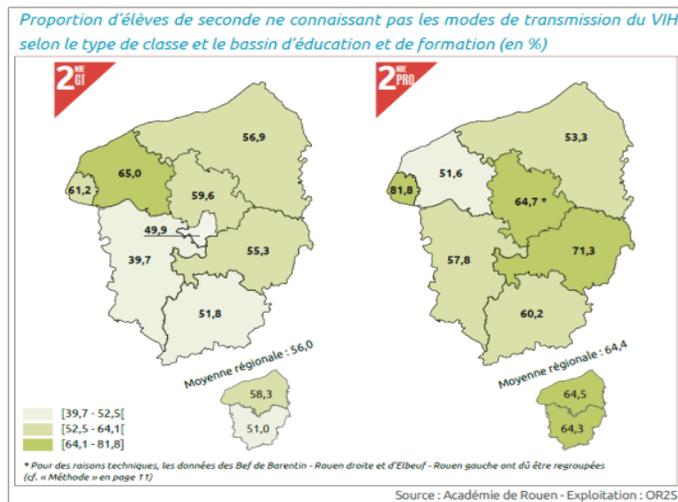
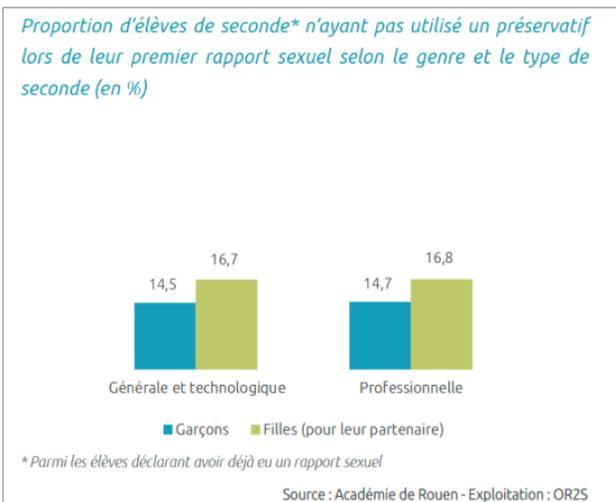
Un élève sur huit (13 %) ne se sentait pas suffisamment informé sur les IST. Toutes choses égales par ailleurs, aucune différence n'était observée entre une information estimée suffisante sur les IST par les élèves et le genre, l'âge, le type de seconde, la situation familiale, la situation sociale ou le fait d'avoir déjà eu des relations sexuelles.

Même si la proportion d'élèves ne se sentant pas suffisamment informés restait faible, plus de la moitié des élèves de seconde générale et technologique (56 %) ne connaissaient pas précisément les modes de transmission du VIH et près des deux tiers des élèves de seconde professionnelle (64 %). En effet, 57 % des élèves de seconde générale et technologique et 51 % des élèves de seconde professionnelle connaissaient la transmission de la mère à l'enfant respectivement 79 % et 72 % connaissaient la transmission par les produits sanguins. La transmission par voie sexuelle était quant à elle plus connue des élèves enquêtés (91 % des élèves de seconde générale et technologique et 90 % des élèves de seconde professionnelle). En revanche, 13% des élèves ont cité la transmission par la salive qui n'est pas un mode de transmission du VIH, sans différence selon le type de seconde.

Des disparités sont en outre observées entre les territoires. Si les connaissances des modes de transmission du VIH ne diffèrent pas selon le département de scolarisation pour les élèves de seconde professionnelle, ce n'est pas le cas pour les classes de seconde générale et technologique. En effet, dans cette filière, les élèves scolarisés en Seine-Maritime sont plus nombreux à ne pas connaître les modes de transmission du VIH (58 %) que ceux scolarisés dans l'Eure (51 %). À un échelon géographique plus fin, des différences se dégagent également entre les bassins d'éducation et de formation.

Au regard de ces résultats, cette enquête montre qu'il est nécessaire de continuer à prévenir les comportements à risque chez les élèves de seconde à un âge où ils se retrouvent confrontés à l'émergence des relations affectives et amoureuses débouchant sur les premières expériences sexuelles. La connaissance de ces éléments apporte un éclairage supplémentaire et indispensable aux acteurs de prévention dans l'orientation et la conduite de politiques de santé publique auprès des jeunes de la région.

Le détail des informations sur la thématique sexualité et contraception et l'ensemble des documents thématiques de l'enquête Indiss sont disponibles sur le site internet de l'OR2S : www.or2s.fr/index.php/publications.



Evolution du dispositif de dépistage des IST en région

Murielle Sérèmes - ARS de Haute-Normandie

Le plan national de lutte contre les VIH/sida et les IST (2010 - 2014), rappelle que les infections sexuellement transmissibles (IST) ont été définies en 2001 par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) comme étant des infections dont les agents responsables sont exclusivement ou préférentiellement transmis par voie sexuelle (rapport anal, vaginal ou oro-génital) et qui justifient de la prise en charge du ou des partenaires.

Ce même plan prévoit la fusion des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (Ciddist). Ainsi, à partir du 1^{er} janvier 2016, les CeGIDD (centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles) accueilleront en un lieu unique toute personne souhaitant une information ou un dépistage et contribueront à :

- la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés ;
- la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles ;
- la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, notamment par la prescription de contraception.

L'un des objectifs de la réorganisation du dispositif de dépistage est d'accroître l'accessibilité et la qualité de l'offre de prévention et de dépistage et de mieux garantir la continuité du parcours de soins.

Leurs activités seront menées dans ou hors les murs. Les actions hors les murs consisteront en la délivrance d'un message d'information et de prévention et, le cas échéant, si les conditions techniques, de gratuité, de confidentialité et de possibilité d'anonymat sont respectées, en la réalisation d'un dépistage du VIH, des hépatites virales ou d'autres IST. Ce dépistage peut être fait par tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) ou par prélèvement sanguin ou local.

Le CeGIDD aura vocation à accueillir la population générale et devra adapter ses actions et les diriger vers les publics les plus exposés (sur la base des données épidémiologiques) ou les plus éloignés du système de soins, au risque de transmission du VIH, des IST et des hépatites virales B et C.

L'analyse de l'activité des CeGIDD sera ainsi simplifiée et permettra d'adapter les actions de prévention et promotion de la santé sexuelle.

POUR TOUT SIGNALEMENT

ARS de Basse-Normandie

Tel : 02 31 70 95 10 - Fax : 02 31 70 95 50

ARS de Haute-Normandie

Tel : 02 32 18 31 69 - Fax : 02 32 18 26 92

Liste des 31 maladies à déclaration obligatoire

- Botulisme
- Brucellose
- Charbon
- Chikungunya
- Choléra
- Dengue
- Diphtérie
- Fièvres hémorragiques africaines
- Fièvre jaune
- Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes
- Hépatite aiguë A
- Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B
- Infection par le VIH
- Infection invasive à méningocoque
- Légionellose
- Listériose
- Mésothéliome
- Orthopoxviroses dont la variole
- Paludisme autochtone
- Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer
- Peste
- Poliomyélite
- Rage
- Rougeole
- Saturnisme de l'enfant mineur
- Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines
- Tétanos
- Toxi-infection alimentaire collective
- Tuberculose et suivi de traitement
- Tularémie
- Typhus exanthématique

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin de veille sanitaire sur : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire>

Directeur de la publication : Dr François BOURDILLON, Directeur Général de l'Institut de veille sanitaire

Rédacteur en chef : Arnaud MATHIEU, coordonnateur scientifique de la Cire Normandie

Comité de rédaction : Nathalie NICOLAY, Marguerite WATRIN

Diffusion : Cire Normandie - 31, rue Malouet 76000 Rouen

Tél. : 02 32 18 31 64 - Fax : 02 32 18 26 50

<http://www.invs.sante.fr/>