

Surveillance et prévention des infections à VIH et autres infections sexuellement transmissibles

SOMMAIRE

Édito p.1 **Points clés** p.1 Surveillance des infections à VIH p.2 Surveillance des infections sexuellement transmissibles bactériennes p.9 Pour en savoir plus, remerciements et contacts p.15

EDITO

L'infection par le VIH a cette caractéristique de faire évoluer les pratiques et de remettre en permanence en question les certitudes des acteurs de la lutte contre cette maladie. Si la tendance à la baisse des cas de Sida se confirme, le nombre de découvertes de l'infection par le VIH dans notre région (182 cas d'infection à VIH ont été notifiés par les professionnels de santé (biologistes et cliniciens)) aux autorités sanitaires reste stable avec cependant une possible inversion dans la courbe épidémique. Les personnes originaires de zones d'endémie forte (POZEFs) constitueraient la part la plus importante des nouvelles séropositivités. Ce résultat est à prendre avec précaution compte tenu du nombre de données manquantes plus important que les années précédentes en raison de difficultés techniques survenues à l'occasion de la mise en place de l'e-do. Par ailleurs l'activité de dépistage se poursuit et même si notre région ne fait pas partie de celles qui dépistent le plus, le taux de positivité pour 1000 habitants est comparable aux autres régions. Le taux de positivité est logiquement plus élevé lors de la pratique de TROD, celle-ci s'adressant à des publics plus ciblés. Les chiffres de 2017 sont-ils le témoin d'une baisse de prévalence ou d'un ciblage moins approprié des populations à risque ? Toutes les structures formées à cette technique ont-elles l'opportunité de la mettre en pratique ? Quoiqu'il en soit le chiffre de 33% de diagnostics au stade tardif est le reflet d'un déficit de dépistage et probablement de nombreuses occasions manquées de proposer un test VIH qui ne peut se faire qu'accompagné d'autres recherches d'infections sexuellement transmissibles. On notera qu'il est impossible pour le moment de juger de la portée des autotests dans la politique régionale de dépistage par manque d'information. Il s'agit donc de résultats à surveiller avec attention dans la mesure où ils nous indiquent vers quelles populations nous devons faire porter les mesures de prévention et de promotion de la santé sexuelle.

La baisse de la mortalité associée à la persistance de nouvelles infections se solde par une file active de patients suivis en Pays de la Loire qui augmente avec cependant une grande efficacité du maintien dans le soin et du traitement puisque sur 4300 patients suivis, 3828 ont une charge virale indétectable et ne transmettent donc plus la maladie. La Prophylaxie pré exposition (Prep) constitue un autre moyen de protéger la population exposée en proposant un traitement antiviral prophylactique pouvant être pris de façon intermittente ou continue. Des données sont maintenant disponibles sur cette activité qui permet de réduire le risque de contamination par le VIH mais expose au risque des autres ISTs, notamment la syphilis, la gonococcie et l'infection à *Chlamydiae*.

Le recueil d'information sur les autres ISTs est essentiellement dû aux Cegidd qui ne représentent pourtant que 7 à 8% de l'ensemble des dépistages. Les tendances observées doivent donc être analysées avec précaution la population fréquentant les Cegidd pouvant être différente de celle ayant recours aux médecins généralistes ou à des spécialistes de ville.

Ce travail pour lequel il faut remercier la Santé publique France Pays de la Loire et la cellule épidémiologie du COREVIH permet de rappeler que bien que n'étant pas une région particulièrement touchée par l'infection par le VIH, les Pays de la Loire sont concernés par les infections sexuellement transmissibles au même titre que les autres régions, la santé sexuelle ayant cette caractéristique d'être universellement partagée.

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

POINTS CLÉS

VIH/Sida

- Le taux de sérologies positives dans la région a été estimé à 1,4/1000 tests, en 2017, équivalent à celui de la France métropolitaine hors Ile-de-France.
- Il y a eu 182 notifications d'infections à VIH et 134 personnes ont bénéficié d'une nouvelle prise en charge pour la maladie
- Au total, 33% de personnes ont été diagnostiquées au stade avancé de l'infection
- De façon globale la complétude des données a diminuée en 2017 de 10% par rapport à la période 2012-2016

Infections sexuellement transmissibles

- Syphilis récente : hausse du nombre de cas signalés dans le cadre du réseau ResIST et augmentation du nombre de participants au réseau en 2017
- Gonococcie : accroissement du nombre de prélèvements positifs pour *Neisseria gonorrhoeae* signalés au réseau Rénago en Pays de la Loire en 2017

SURVEILLANCE DES INFECTIONS A VIH EN 2017 EN PAYS DE LA LOIRE

Sources de données et méthodes d'analyse

1) *Surveillance nationale*

a) Sources de données

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

La surveillance de l'activité de dépistage du VIH dans les laboratoires (LaboVIH) repose sur le recueil auprès de l'ensemble des laboratoires volontaires, en ville et à l'hôpital, du nombre de personnes testées pour le VIH, et du nombre de personnes confirmées positives pour la première fois pour le laboratoire.

La notification obligatoire de l'infection par le VIH est réalisée séparément par le biologiste et par le clinicien pour toute personne dont la sérologie est confirmée positive pour la première fois pour le laboratoire. La notification obligatoire du sida est réalisée par le clinicien pour tout nouveau diagnostic de sida. Ces deux notifications sont anonymisées à la source par le déclarant. Depuis avril 2016, les DO du VIH et sida s'effectuent en ligne sur www.e-do.fr, qui intègre le calcul du code d'anonymat. Toute information complémentaire concernant cette méthode de déclaration est disponible sur le site de SpFrance¹.

La surveillance virologique est couplée à la notification obligatoire du VIH. Elle est réalisée par le Centre national de référence du VIH qui effectue des tests complémentaires à partir d'un échantillon de sérum sur buvard, déposé par le biologiste à partir du fond de tube ayant permis le diagnostic VIH. Elle ne concerne que l'adulte et l'adolescent, et elle est volontaire pour le patient comme pour le biologiste.

b) Données corrigées

Seules les données issues de la surveillance LaboVIH ont fait l'objet d'un redressement et sont présentées dans ce bulletin. Les découvertes de séropositivité et les nouveaux cas de sida corrigés en tenant compte des délais de déclaration, de la sous-déclaration et des valeurs manquantes relevées dans les notifications pour la région Pays de la Loire ne sont pas proposés dans ce document.

c) Données brutes

Pour décrire les caractéristiques des cas notamment sociodémographiques et cliniques, les données utilisées sont brutes c'est-à-dire qu'elles correspondent aux données parvenues à SpFrance.

L'analyse porte sur les cas d'infection à VIH et de sida résidant en France avec une extraction sur les Pays de la Loire. La région de déclaration est utilisée par défaut lorsque la région de domicile n'est pas renseignée. Les données brutes de 2017 en Pays de la Loire ont été comparées à celles retrouvées durant les cinq années précédentes (2012-2016) et à celles de France métropolitaine hors Ile-de-France en 2017.

2) *Surveillance régionale*

Concernant la file active des patients infectés par le VIH suivis dans la région et les caractéristiques des cas prévalents dans la région, les données sont issues du logiciel Nadis®, DPI (dossier patient informatisé) dont les données sont collectées en temps réel par le médecin lors de la consultation médicale avec le consentement du patient. Le DPI Nadis® est déployé progressivement depuis 2001 dans l'ensemble de la région des Pays de la Loire dans les centres de suivi spécialisés (CHU de Nantes, CHU d'Angers, CHD Vendée de La Roche sur Yon, CH du Mans, CH de Laval, CH de St Nazaire) et au CH de Cholet depuis 2017. Les données disponibles excluent donc celles du CH de Cholet.

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

Les Tecs (Techniciens d'études cliniques) du CORE-VIH effectuent un contrôle continu de la qualité des données : exhaustivité, données aberrantes et cohérence du dossier. L'ensemble de ce contrôle qualité garantit la validité des données disponibles dans la base Nadis®.

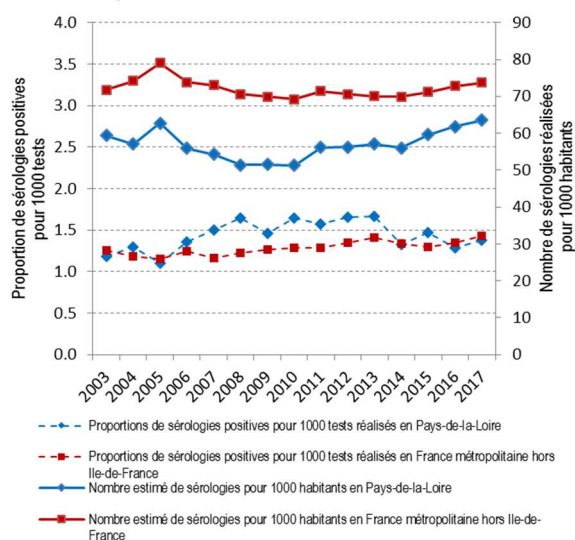
¹ <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Espace-professionnels/Maladies-a-declaration-obligatoire/e-DO-Declaration-obligatoire-en-ligne-de-l-infection-par-le-VIH-et-du-sida>

Dépistage du VIH

1) Sérologies VIH

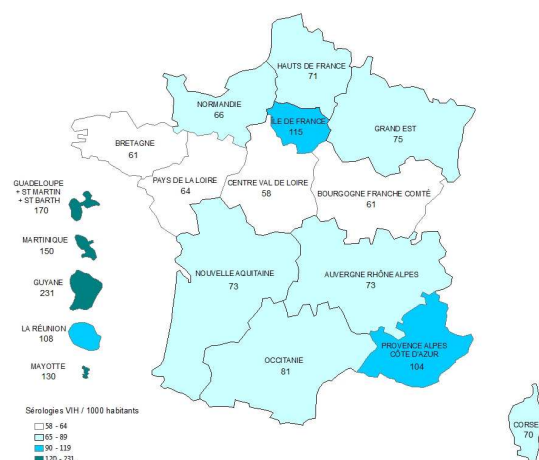
Le nombre total de sérologies réalisées en Pays de la Loire en 2017 a été estimé à **239 510** (IC95 : [220 993 - 258 028]). Le nombre estimé de sérologies réalisées pour 1000 habitants en Pays de la Loire était inférieur au niveau national (Figure 1, Figure 2). La proportion de sérologies positives pour 1000 tests effectués en Pays de la Loire, estimée à 1,4 en 2017 était équivalente à celle retrouvée en France métropolitaine hors Ile-de-France (1,4/1000 tests). Ce taux était à 1,5 entre 2008 et 2013 en Pays de la Loire (Figure 1, Figure 3).

Figure 1 : Evolution du nombre de sérologies réalisées pour 1000 habitants et de la proportion de sérologies positives pour 1000 tests en Pays de la Loire et en France métropolitaine hors Ile-de-France, 2003-2017



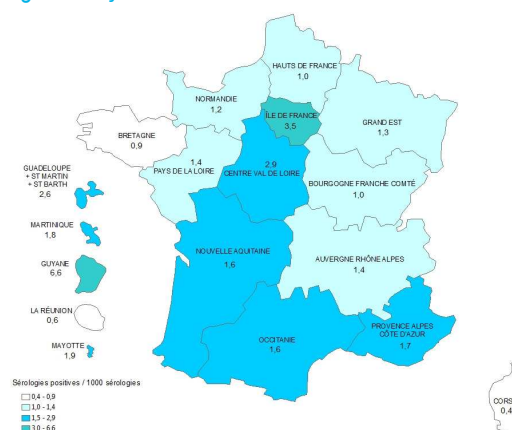
Source : SpFrance, données LaboVIH validées en 2018

Figure 2 : Nombre de sérologies réalisées pour 1000 habitants par région française en 2017



Source : SpFrance, données LaboVIH validées en 2018

Figure 3 : Nombre de sérologies positives pour 1000 tests par région française en 2017

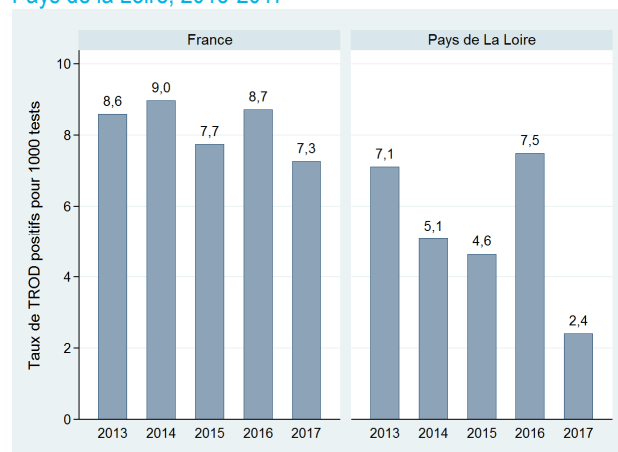


Source : SpFrance, données LaboVIH validées en 2018

2) Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD)

Parmi les autres moyens de dépistage, en Pays de la Loire, 1245 TROD ont été effectués en 2017 par les associations AIDES et Logis Montjoie, et les Centres Gratuits d'information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) de Vendée, Loire-Atlantique et Mayenne. Ce nombre est en augmentation mais la pratique des TROD semble moins ciblée car le taux de TRODs positifs est en diminution (Figure 4).

Figure 4 : Taux de TRODs positifs parmi les TRODs réalisés, Pays de la Loire, 2013-2017



Source : COREVIH Pays de la Loire

3) Autotests

Les autotests sont en vente depuis septembre 2015. En 2017, 73 094 autotests ont été vendus en France dont 3 325 en Pays de la Loire représentant 5% des ventes en France métropolitaine.

Notifications obligatoires

1) Diagnostics d'infection à VIH

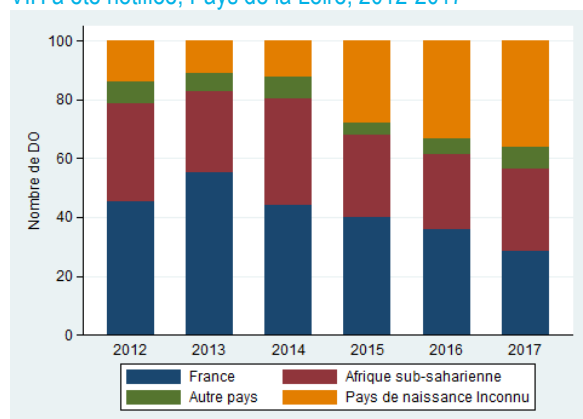
a) Caractéristiques cliniques et sociodémographiques

En 2017, 182 cas d'infection à VIH ont été notifiés par les professionnels de santé (biologistes et cliniciens) aux autorités sanitaires.

La répartition par sexe était de 63% pour les hommes et 37% pour les femmes en 2017. Elle était peu différente de celle retrouvée dans la région les cinq années précédentes. Comparativement aux autres régions françaises hors Ile-de-France, la proportion de femmes était légèrement supérieure en Pays de la Loire. La médiane d'âge des femmes sur la période 2017 (33 ans) était plus basse que dans le reste de France (37 ans) comme au cours de la période 2012-2016. La part des 50 ans ou plus était plus importante en 2017 que les années précédentes en Pays de la Loire.

Si on exclut les données manquantes (36% en Pays de la Loire et 40% en France hors Ile de France), la proportion de personnes nées en Afrique sub-saharienne ayant découvert leur séropositivité en 2017 était significativement plus élevée dans les Pays de la Loire (44%) qu'en France métropolitaine hors Ile-de-France (29%) (Tableau 1). Cette proportion a été à peu près constante depuis 2012 tout en constatant que les données manquantes ont été en progression depuis 2015 (Figure 5). Les femmes représentaient 73% des cas nés en Afrique subsaharienne mais seulement 20% de ceux nés en France. En Ile de France les personnes nées en Afrique subsaharienne représentaient 48% des cas en 2017.

Figure 5 : Evolution de la répartition des pays de naissance chez les personnes pour qui une découverte de séropositivité VIH a été notifiée, Pays de la Loire, 2012-2017



Source : SpFrance, données DO VIH brutes au 15/10/2018

En Pays de la Loire, les rapports sexuels entre hommes constituaient 39% des modes de contamination en 2017 vs 54% en France métropolitaine hors Ile-de-France.

Douze pourcents des personnes pour qui une découverte de séropositivité a été notifiée en 2017 en Pays de la Loire, étaient au stade de primo-infection. La découverte de séropositivité lors d'une primo-infection était plus rare chez les femmes (5%) que chez les hommes (15%) sur la période 2012-2016 comme dans le reste de la France. Par contre la découverte de la séropositivité pour les cas asymptomatiques était un peu plus fréquente chez les femmes (70%) que chez les hommes (60%).

La proportion des personnes résidant en Pays de la Loire ayant découvert leur séropositivité pour le VIH tardivement ($CD4 < 200mm^3$ ou découverte réalisée au stade de sida) était à 33% en 2017 en Pays de la Loire proportion supérieure à celle retrouvée en France métropolitaine (Tableau 1). Les personnes nées en France étaient moins souvent diagnostiquées au stade avancé de l'infection à VIH que celles nées à l'étranger (24% vs 32% $p < 0,001$).

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2017 et résidant en Pays de la Loire, 9% présentaient une coinfection par le virus de l'hépatite C, 8% présentaient une coinfection par le virus de l'hépatite B et 31% avaient contracté une infection sexuellement transmissible (IST). Cette dernière proportion est apparue significativement plus importante que les années précédentes et que pour le reste de la France (hors Ile-de-France) (Tableau 1). Les IST touchaient majoritairement les personnes nées en France (80%). Les personnes infectées par le VHB étaient plus souvent nées en Afrique sub-saharienne (70%) puis les personnes nées en France (27%).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité VIH notifiées en région Pays de la Loire et en France métropolitaine hors Ile-de-France, 2012-2017.

	Pays de la Loire		France ¹
	2012-2016	2017 ²	2017
	N=916	N=182	N=2031
Classe d'âge			
Moins de 25	15%	16%	15%
25 à 49 ans	69%	64%	61%
50 ans ou plus	16%	20%	24%
Sexe			
Homme	66%	63%	71%
Femme	34%	37%	29%
Pays de naissance			
France	55%	45%	57%
Afrique sub-saharienne	37%	44%	29%
Autre	8%	11%	14%
Mode de contamination			
Homo/bisexuel (HSH)	47%	39%	54%
Hétérosexuel	50%	60%	44%
Usage de drogues injectables (UDI)	3%	1%	2%
Stade clinique			
Primo-infection	12%	12%	14%
Asymptomatique	67%	61%	65%
Symptomatique	8%	9%	9%
Sida	13%	18%	12%
Nombre de CD4/mm³			
0-199	26%	33%	25%
200-349	19%	26%	22%
350-499	23%	19%	23%
500 ou plus	32%	23%	30%
Délai de diagnostic³			
Précoce	38%	32%	38%
Intermédiaire	35%	36%	35%
Au stade avancé de l'infection	27%	33%	27%
Coinfection avec hépatite virale B			
Oui	6%	8%	5%
Non	94%	92%	95%
Coinfection avec hépatite virale C			
Oui	4%	9%	4%
Non	96%	91%	96%
Coinfection avec maladie sexuellement transmissible			
Oui	20%	31%	20%
Non	80%	69%	80%

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

Source : SpFrance, données DO VIH brutes au 15/10/2018

b) Complétude des données

Depuis 2015, une baisse de la complétude des données de la déclaration obligatoire pour l'infection à VIH a été observée. Le retour des deux volets de la déclaration qui impliquent les cliniciens et les biologistes s'avère moins exhaustif depuis 2015. La double notification se situait à 90% avant 2015 et à 55% en 2017 (Figure 6). De façon globale la complétude des données a diminuée en 2017 de 10% par rapport à la période 2012-2016. Toutefois elle apparaissait meilleure qu'en France entière (Tableau 2). Le défaut d'information intéressait plusieurs variables notamment celles relevant de l'examen clinique. Les DO du VIH et sida s'effectuent exclusivement en

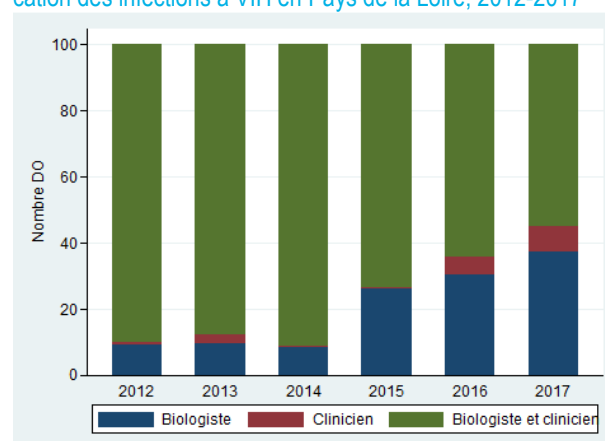
ligne depuis avril 2016. Deux raisons peuvent expliquer ce phénomène. D'une part certains centres n'ont pas encore mis à disposition la solution numérique permettant aux médecins ou aux biologistes de faire la déclaration en ligne. Par ailleurs, un dysfonctionnement d'e-DO a empêché Santé publique France de relancer les cliniciens depuis juillet 2015. Cette anomalie a été corrigée en juillet 2018. Néanmoins, les cliniciens ont notifié majoritairement leurs déclarations sur le support informatique e-do tandis que les biologistes ont eu recours plus souvent à la déclaration papier (Tableau 3).

Tableau 2 : Complétude des données de déclaration obligatoire d'infection à VIH en Pays de la Loire, 2012-2017

	Pays de la Loire		France ¹
	2012-2016	2017 ²	2017
	N=916	N=182	N=2031
Source DO			
Biologiste	17%	37%	39%
Clinicien	2%	8%	13%
Biologiste et clinicien	81%	55%	48%
Données manquantes globalement			
Non	81%	70%	68%
Oui	19%	30%	32%

Source : SpFrance, données DO VIH brutes au 15/10/2018

Figure 6 : Evolution du taux de complétude de la double notification des infections à VIH en Pays de la Loire, 2012-2017



Source : SpFrance, données DO VIH brutes au 15/10/2018

Tableau 3 : Proportions de déclaration par région française et par profession en 2017 sur la plateforme de déclaration e-DO

Proportion de déclarations électroniques en 2017	Biologistes Cliniciens	
	Biologistes	Cliniciens
Auvergne-Rhône-Alpes	57%	69%
Bourgogne-Franche-Comté	58%	87%
Bretagne	65%	74%
Centre-Val-de-Loire	55%	58%
Grand-Est	60%	90%
Guadeloupe	48%	0%
Guyane	91%	95%
Hauts de France	17%	70%
Île-de-France	51%	45%
La Réunion	25%	100%
Martinique	77%	93%
Mayotte	100%	100%
Normandie	74%	81%
Nouvelles-Aquitaine	87%	81%
Occitanie	66%	69%
Pays de la Loire	79%	93%
PACA	76%	89%

Source : SpFrance, données brutes au 30/11/2018, e-DO.

2) Diagnostic de sida

a) Caractéristiques sociodémographiques

Le Tableau 4 représente les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des cas de sida notifiés (données brutes). Les résultats de 2017 doivent être interprétés avec prudence à cause du faible nombre de notifications (N=24).

Sur les six années allant de 2012 à 2017, il y avait une majorité d'hommes à avoir déclaré un sida (70%). La part des femmes a eu tendance à augmenter entre 2012 et 2016 en Pays de la Loire passant de 23% à 39%. Elle était à 33% en 2017. De la même façon, la part des personnes nées en Afrique sub-saharienne a augmenté en 2017 (46%) par rapport aux années précédentes (36% ou moins) (Tableau 4, Figure 7). La médiane d'âge des patients ayant déclaré un sida était à 46 ans en Pays de la Loire depuis 2012 et à 37 ans en 2017. Elle était plus élevée chez les hommes (48 ans) que chez les femmes (39,5 ans). L'âge médian était plus bas chez les patients nés en Afrique subsaharienne (38 ans) que chez ceux nés en France (48,5 ans).

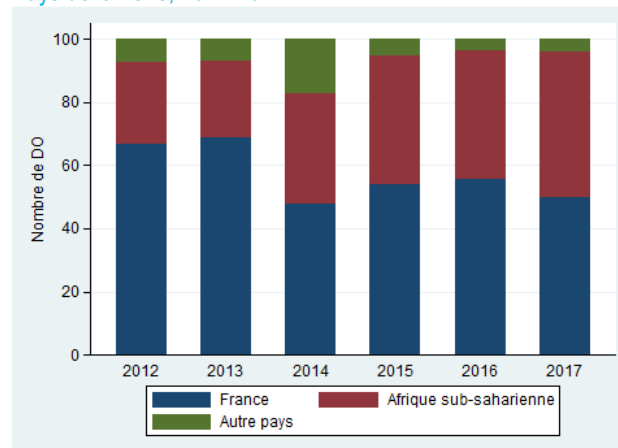
Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des cas de sida notifiés en Pays de la Loire et en France métropolitaine hors Ile-de-France, 2012-2017

	Pays de la Loire		France ¹
	2012-2016 N=145	2017 ² N=24	2017 N=207
Classe d'âge			
Moins de 25	6%	0%	3%
25 à 49 ans	60%	83%	57%
50 ans ou plus	34%	17%	40%
Sexe			
Hommes	72%	67%	75%
Femmes	28%	33%	25%
Pays de naissance			
France	59%	50%	55%
Afrique sub-saharienne	34%	46%	23%
Autre	8%	4%	19%
Mode de contamination			
Homo/bisexuel (HSH)	29%	33%	33%
Hétérosexuel	50%	58%	41%
Autre	8%	0%	6%
Non renseigné	13%	8%	20%
Connaissance de la séropositivité avant sida			
Oui	43%	46%	41%
Non	57%	54%	59%
Traitement antirétroviral avant sida			
Oui	21%	25%	20%
Non	79%	75%	77%

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

Source : SpFrance, données DO sida brutes au 15/10/2018

Figure 7 : Evolution de la part des pays de naissance chez les personnes pour lesquels un diagnostic de sida a été notifié, Pays de la Loire, 2011-2017



Source : SpFrance, données DO sida brutes au 15/10/2018

b) Pathologies inaugurales

En 2017, la pneumocystose était la pathologie d'entrée dans le sida la plus fréquente en Pays de la Loire avec près d'un tiers des cas. La tuberculose pulmonaire et la toxoplasmose cérébrale représentaient les deuxièmes causes les plus fréquentes d'entrée dans la maladie en 2017 (Tableau 5).

Tableau 5 : Pathologies inaugurales les plus fréquentes lors des notifications de sida, région Pays de la Loire comparative-ment à la France métropolitaine hors Ile-de-France, 2011-2017

Maladie inaugurale	Pays-de-la-Loire		France ¹
	2012-2016	2017	2017
Pneumocystose	26%	30%	24%
Toxoplasmose cérébrale	12%	11%	10%
Kaposi	10%	7%	10%
Candidose œsophagienne	9%	4%	12%
Tuberculose pulmonaire	8%	11%	9%
Tuberculose extra-pulmonaire	7%	0%	5%
Lymphome autre localisation	5%	4%	6%
Encéphalopathie à VIH	5%	4%	2%
Infection à CMV	5%	15%	5%

¹ France métropolitaine hors Ile-de-France

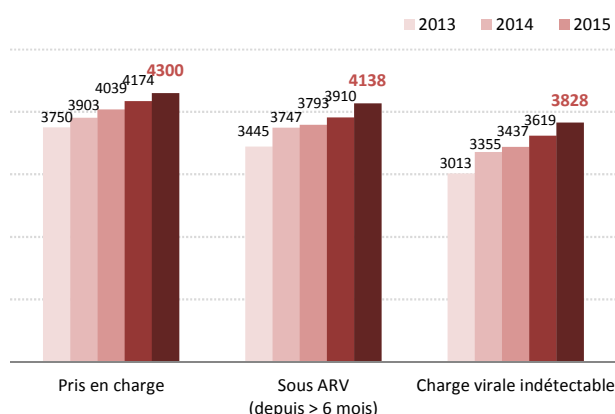
Source : SpFrance, données DO sida brutes au 15/10/2018

Cas d'infection à VIH suivis en Pays de la Loire

1) Nombre total de cas suivis

En 2017, 4300 patients étaient suivis pour une infection à VIH dans la région d'après la base Nadis®. Parmi eux, 4138 (96,2%) bénéficiaient d'un traitement antirétroviral depuis plus de 6 mois dont 3828 (92,5%) avaient une charge virale indétectable au 31/12/2017.

Figure 8 : Cascade de prise en charge des patients infectés par le VIH, Pays de la Loire, 2013-2017



Source : Données issues de Nadis®, base gelée au 31/12/2017

Le Tableau 4 représente les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des patients infectés par le VIH et ayant été vu au moins une fois en 2017 dans l'un des centres spécialisés de la région (file active), d'après la base Nadis® gelée au 31/12/2017.

La moitié de la file active a plus de 50 ans et un tiers sont des femmes. La moitié des femmes sont nées en Afrique subsaharienne et 85% ont été contaminées par voie hétérosexuelle. 80,5% des hommes sont nés en France et 52,4% ont

été contaminés par voie homosexuelle. 22% de la file active est au stade SIDA mais 87% sont à l'abri d'une infection opportuniste ($CD4 > 350/mm^3$).

Les coinfections définies par une sérologie positive concernent 7% pour l'hépatite B et 10% des patients pour l'hépatite C. La quasi-totalité des patients coinfectés C ont bénéficié d'un traitement anti-VHC. Ces données reflètent l'histoire de l'épidémie dans la région ce qui explique la différence avec les nouveaux diagnostics d'infection à VIH en 2017.

Tableau 6 : Caractéristiques des cas suivis en Pays de la Loire en 2017

Pays de la Loire 2017 N=4300	
Classe d'âge	
Moins de 25	2%
25 à 49 ans	49%
50 ans ou plus	49%
Sexe	
Homme	66,3%
Femme	33,4%
Transgenre Homme vers Femme	0,3%
Pays de naissance	
France	68%
Afrique sub-saharienne	26%
Autre	6%
Mode de contamination	
Homo/bisexuel (HSH)	39%
Hétérosexuel	47%
Usage de drogues injectables (UDI)	5%
Autre	9%
Stade clinique	
Asymptomatique	64%
Symptomatique	14%
Sida	22%
Nombre de CD4/mm ³	
0-199	4%
200-349	9%
350-499	15%
500 ou plus	72%
Coinfection avec hépatite virale C	
Oui	10%
Non	90%
Coinfection avec hépatite virale B	
Oui	7%
Non	93%

Source : Données issues de Nadis®, base gelée au 31/12/2017

2) Nouveaux cas suivis en 2017

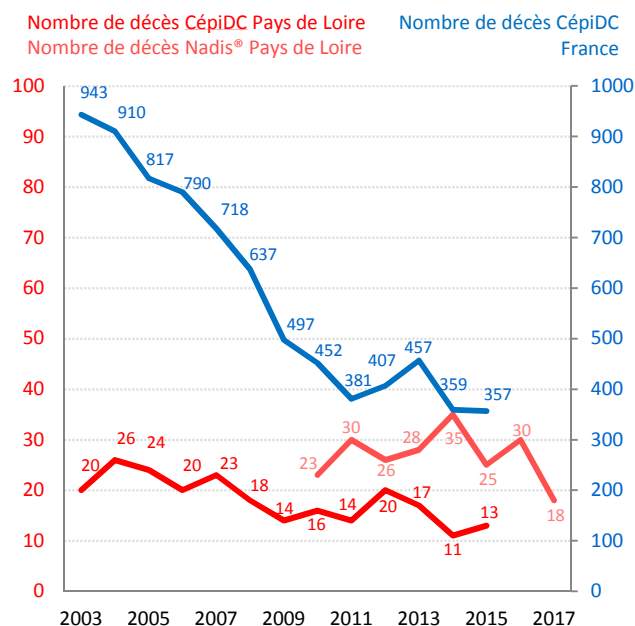
En 2017, 134 nouveaux patients ont été pris en charge dans la région d'après la base Nadis®. Parmi eux, 124 bénéficiaient d'un traitement antirétroviral au 31/12/2017 et 10 étaient en attente de traitement. La baisse de la charge virale étant progressive au cours du temps, 48,4% avaient une charge virale indétectable au 31/12/2017.

3) Décès et perdus de vue

a) Décès

Entre 2003 et 2015, le nombre de décès par an de personnes vivant avec le VIH était fourni par l'INSERM CépiDC. Les données de 2010 à 2017 sont issues de la base de données Nadis® et concernaient tous les décès de patients infectés par le VIH quelle qu'en soit la cause (Figure 9). En 2017, 18 patients infectés par le VIH et pris en charge dans la région sont décédés. Ce nombre est relativement stable depuis 2010.

Figure 9 : Evolution du nombre de décès des personnes infectées par le VIH, Pays de la Loire et France, 2003-2017



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

b) Perdus de vue

Les patients perdus de vue sont des patients infectés par le VIH non venus en consultation pendant au moins 13 mois. D'après la base de données Nadis®, 173 patients sont venus en 2016 pour le suivi de leur infection VIH et n'ont pas

été pris en charge dans l'un des centres hospitaliers de la région en 2017 (Source : Nadis®).

4) Prophylaxie Préexposition (PREP)

La Prophylaxie préexposition (PREP) est un outil de prévention du VIH qui peut être utilisé par les personnes séronégatives pour prévenir une infection au VIH. Ce traitement est disponible et remboursé à 100% depuis janvier 2016.

En 2017, la prophylaxie préexposition au VIH était délivrée dans 5 centres de la région :

- Unité CeRRISe (Centre de Réduction des Risques Infectieux liés à la Sexualité), CHU Nantes
- Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, CH St Nazaire
- Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU Angers
- Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, CH Le Mans
- Médecine Post-Urgence, CHD Vendée La Roche sur Yon

En 2017, d'après la base de données Nadis®, 257 personnes ont été vues en consultation pour une demande de PREP et 219 (85,2%) l'ont effectivement reçue.

Conclusion

Au total, en Pays de la Loire en 2017, il y a eu 182 notifications d'infections à VIH et 134 personnes ont bénéficié d'une nouvelle prise en charge pour la maladie s'ajoutant à la file active des patients suivis à concurrence de 4300 patients en 2017. Une tendance semble se dessiner vers une prédominance de nouveaux diagnostics chez les personnes originaires de zones d'endémie et le caractère tardif du dépistage se confirme avec 33% de personnes diagnostiquées avec moins de 200 T4/mm3.

SURVEILLANCE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES BACTERIENNES EN 2017 EN PAYS DE LA LOIRE

Introduction

La surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) est coordonnée par Santé Publique France au niveau national. Elle a pour objectif de décrire l'évolution annuelle du nombre d'IST et les caractéristiques cliniques, épidémiologiques et comportementales des patients chez qui elles ont été diagnostiquées.

Outre le suivi des infections VIH/sida, la surveillance des IST comprend d'autres maladies comme la syphilis, la gonococcie et la lymphogranulomatose vénérienne (LGV). Ces trois maladies ne sont plus à déclaration obligatoire depuis 2000. Elles sont suivies par le biais de réseaux sentinelles qui ne visent pas l'exhaustivité mais la reconnaissance de tendances.

Le premier type de réseau est constitué par les laboratoires d'analyse et de biologie médicale (LABM). Le premier dénommé Rénago recense les prélèvements ayant isolé le gonocoque et relève la résistance aux antibiotiques de cette bactérie. Le deuxième dénommé Rénachla répertorie les isoléments de chlamydiae, le troisième est consacré aux LVG et est coordonné par le centre national de référence (CNR) des chlamydiae. Les LABM signalent leurs prélèvements positifs par l'intermédiaire d'une interface informatique (Figure 10).

Le deuxième type de réseau (ResIST), centré sur la syphilis et la gonococcie, s'appuie sur les cliniciens notamment les médecins généralistes, les médecins hospitaliers spécialisés en infectiologie ou en dermatologie ou les professionnels de santé des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement

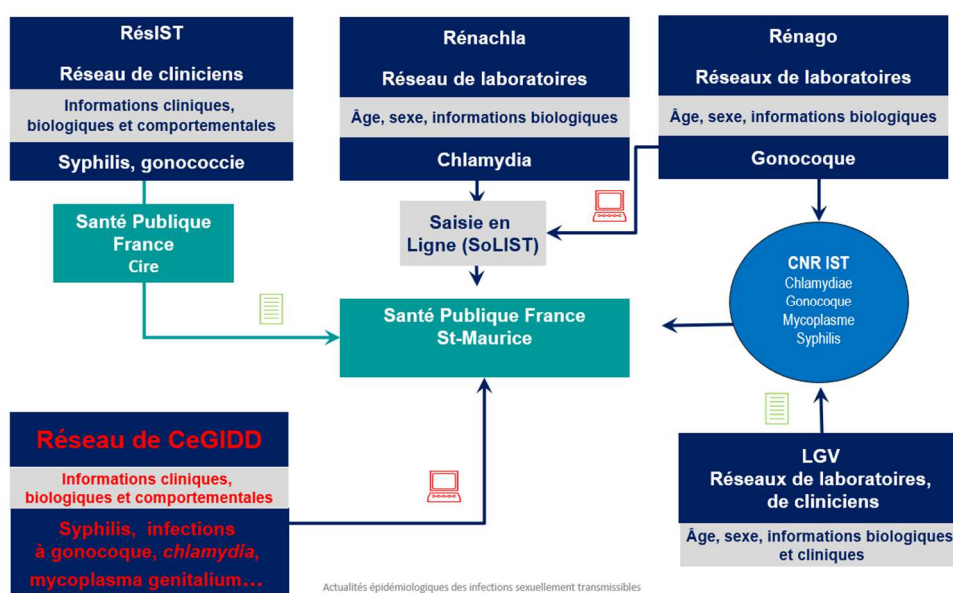
transmissibles (CeGIDD) (Figure 10). Le soignant renseigne un questionnaire anonyme sur un support papier² et l'envoie par la poste sous pli confidentiel à Santé publique France soit à la direction des maladies infectieuses (DMI) soit à la cellule d'intervention en région (Cire). La fiche peut aussi être faxée ou scannée et déposée sur un site sécurisé de SpFrance. En Pays de la Loire, ces structures sont intégrées aux centres fédératifs de prévention et de dépistage (CFPD) des établissements de santé départementaux.

Les CeGIDD constituent en eux-mêmes un troisième type de réseau (Figure 10). Ce sont des structures locales créées en 2016 pour assurer le dépistage du VIH, des hépatites virales et des IST. Ils offrent une approche globale de santé sexuelle et contribuent à mieux cibler les publics éloignés du dispositif de santé. Il en existe cinq en Pays de la Loire, un par département avec plusieurs antennes locales. Ils sont intégrés dans des centres fédératifs de prévention et de dépistage appartenant aux établissements de santé. S'ils sont partie prenante dans ResIST, ils sont aussi tenus d'établir un rapport d'activité et de performance (RAP) contenant des données agrégées et de remonter des données individuelles par le biais d'une interface informatique vers SpFrance.

Les données présentées dans ce bulletin proviennent de trois sources. Les rapports d'activité et de performance des CeGIDD nous ont été transmis par l'ARS. Les données ResIST et Rénago pour la région ont été mises à disposition par la direction des maladies infectieuses de Santé publique France. Le traitement des données a été réalisé sous Stata et Excel. Elles visent à donner un aperçu de l'activité des professionnels de santé (cliniciens et biologistes) dans le domaine des IST et non pas une estimation de l'incidence ou de la prévalence de ces maladies dans la région.

² <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Questionnaires-pour-la-surveillance>

Figure 10 : Réseaux de surveillance des IST bactériennes en France, 2018 (Source : Santé publique France)



Activité des CeGIDD en région Pays de la Loire en 2017

Au total 16 centres ont adressé des RAP à l'ARS. Les rapports n'avaient pas tous le même degré de complétude. Certaines rubriques n'étaient pas renseignées notamment celles concernant les populations à risque. Ceci explique les disparités entre centres notamment pour la population des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et celles des personnes hétérosexuelles multipartenaires (Tableau 7).

Le nombre de tests positifs par maladie a été rapporté au nombre de tests réalisés pour cette même maladie. La chlamydie était l'IST la plus fréquemment diagnostiquée dans les centres de la région avant la gonococcie et la syphilis (Tableau 8).

Tableau 7 : Données agrégées issues des rapports d'activité et de performance des CeGIDD 2017 en Pays de la Loire, populations soignées

	Départements				
	44 N=7008	49 N=3922	53 N=959	72 N=1931	85 N=2855
Genre					
Hommes	60 %	53 %	61 %	56 %	53 %
Femmes	40 %	47 %	39 %	44 %	47 %
Trans	0,07 %	0 %	0 %	0,05 %	0,04 %
Populations jeunes					
Hommes de moins de 30 ans	62 %	69 %	57 %	61 %	59 %
Femmes de moins de 25 ans	61 %	71 %	45 %	49 %	56 %
Mineurs moins de 18 ans	2 %	1 %	4 %	4 %	4 %
Mineurs moins de 18 ans	3 %	3 %	4 %	7 %	5 %
Populations à risque					
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	17 %	2 %	17 %	10 %	7 %
Personnes migrantes	11 %	11 %	6 %	22 %	9 %
Personnes usagères de drogues (IV snif...)	10 %	0 %	7 %	2 %	0 %
Hétérosexuelles multipartenaires (deux partenaires et plus dans les 12 derniers mois)	46 %	6 %	48 %	40 %	88 %
Personnes qui se prostituent	1 %	0 %	0 %	1 %	0 %
Personnes en situation de précarité	34 %	0 %	0 %	51 %	0 %

Tableau 8 : Données agrégées issues des rapports d'activité et de performance des CeGIDD 2017 en Pays de la Loire, pathologies rencontrées

	Départements				
	44 N=7008	49 N=3922	53 N=959	72 N=1931	85 N=2855
Syphilis					
Cas diagnostiqués hors cicatrice sérologique	22 ‰	5 ‰	9 ‰	20 ‰	17 ‰
Syphilis précoces	15 ‰	4 ‰	9 ‰	13 ‰	13 ‰
Tests	44 %	69 %	74 %	47 %	82 %
Gonococcie					
Diagnostics	28 ‰	12 ‰	14 ‰	21 ‰	21 ‰
Tests	80 %	46 %	60 %	66 %	67 %
Chlamydie					
Diagnostics LGV	0,2 ‰	0 ‰	0 ‰	0 ‰	0 ‰
Diagnostics chlamydie	69 ‰	105 ‰	69 ‰	74 ‰	99 ‰
Tests	74 %	47 %	73 %	66 %	76 %
Infection VIH					
Diagnostics	3 ‰	1 ‰	1 ‰	3 ‰	1 ‰
Personnes connaissant leur séropositivité	13 %	20 %	100 %	20 %	0 %
Tests	89 %	90 %	76 %	86 %	92 %
Infection HPV					
Diagnostics	12 ‰	9 ‰	0 ‰	53 ‰	3 ‰
Infections VHB					
Diagnostics	10 ‰	6 ‰	2 ‰	14 ‰	9 ‰
Tests	45 %	41 %	59 %	36 %	34 %
Infections VHC					
Diagnostics	5 ‰	1 ‰	3 ‰	8 ‰	4 ‰
Tests	49 %	21 %	63 %	28 %	59 %

Données issues de ResIST

1) Syphilis

Les cas de syphilis diagnostiqués dans le cadre du réseau ResIST en Pays de la Loire provenaient essentiellement des CeGIDD. Depuis 2012, le nombre de cas signalés a augmenté passant de 24 à 57 en 2017. La majorité des cas de syphilis ont été signalés par deux CeGIDD (CHU de Nantes et CH de la Roche sur Yon) entre 2012 et 2016. En 2017, le CeGIDD du CH de Laval représentait 7% des fiches retournées (Tableau 9). Dans la grande majorité des cas la maladie a touché des hommes HSH. L'âge médian de ces patients se situait à 36 ans. Moins de la moitié des patients (43%) était asymptomatique. Un quart des patients était atteint par une infection à VIH. En termes de lieux de rencontre, il a été noté une augmentation de l'utilisation d'applications mobiles en 2017. Pour ces patients le préservatif n'était utilisé qu'occasionnellement quel que soit l'acte sexuel pratiqué.

Tableau 9 : Caractéristiques sociodémographiques des cas de syphilis diagnostiqués dans le cadre du réseau sentinelle ResIST, Pays de la Loire 2012-2017

	2012-2016 n=205	2017 n=55
Lieu de consultation		
CHU Nantes -CeGIDD	61%	53%
CH La Roche - CeGIDD	35%	40%
CH Laval - CeGIDD	0%	7%
Médecins gén. ou spé.	2%	0%
Sexe		
Femme	3%	5%
Homme	96%	95%
Médiane d'âge		
Femme	30,6	22,0
Homme	35,9	36,0
Pays de naissance		
France	87%	85%
Autre pays	13%	15%
Orientation sexuelle		
Femmes hétérosexuelles	2%	4%
Femmes homo ou bisexuelles	1%	2%
Hommes hétérosexuels	11%	5%
Hommes homo ou bisexuels	84%	87%
Antécédents d'IST		
Non	36%	42%
Oui	53%	55%
Lieux de rencontre		
Sauna	30%	21%
Backrooms, sex clubs, clubs échangistes	17%	7%
Sites de rencontre sur internet	36%	29%
Applications mobile	2%	34%
Autre	15%	9%
Signes de la maladie		
Non	45%	40%
Oui	55%	56%
Chancres	26%	27%
Eruption	26%	29%
Diagnostic syphilis		
Latente précoce	45%	35%
Primaire	21%	35%
Secondaire	33%	31%
Diagnostic VIH		
Positif connu	24%	24%
Positif découverte	2%	4%
Négatif	63%	49%
Sous traitement antirétroviral	20%	15%

2) Gonococcies

Le nombre de fiches concernant les gonococcies était moins important que celui des syphilis. L'essentiel des fiches a été envoyé par le CeGIDD du CHU de Nantes entre 2012 et 2016. En 2017, le CeGIDD du CH de Laval représentait 37% des fiches (Tableau 10).

Tableau 10 : Caractéristiques sociodémographiques des cas de gonococcie diagnostiqués dans le cadre du réseau sentinelle ResIST, Pays de la Loire 2012-2017

	2012-2016 n=115	2017 n=27
Lieu de consultation		
CHU Nantes - CeGIDD	88%	59%
CH La Roche - CeGIDD	3%	4%
CH Laval - CeGIDD	3%	37%
CH Le Mans - CeGIDD	3%	0%
Médecins gén. ou spé.	2%	0%
Sexe		
Femme	44%	19%
Homme	55%	81%
Médiane d'âge		
Femme	20,9	22,0
Homme	24,9	27,5
Pays de naissance		
France	80%	93%
Autre pays	20%	7%
Orientation sexuelle		
Femmes hétérosexuelles	43%	15%
Femmes homo ou bisexuelles	1%	4%
Hommes hétérosexuels	26%	22%
Hommes homo ou bisexuels	29%	59%
Antécédents d'IST		
Non	52%	30%
Oui	37%	59%
Lieux de rencontre		
Sauna	12%	10%
Backrooms, sex clubs, clubs échangistes	11%	5%
Sites de rencontre sur internet	42%	23%
Applications mobile	2%	41%
Autre	33%	21%
Signes de la maladie		
Non	37%	52%
Oui	63%	48%
Sites de prélèvement		
Urétral	35%	25%
Urinaire	13%	22%
Ano-rectal	15%	28%
Cervico-vaginal	23%	6%
Pharyngé	13%	19%
Autre	1%	0%
Diagnostic VIH		
Positif connu	3%	4%
Positif découverte	1%	0%
Négatif	87%	74%
Sous traitement antirétroviral	3%	4%

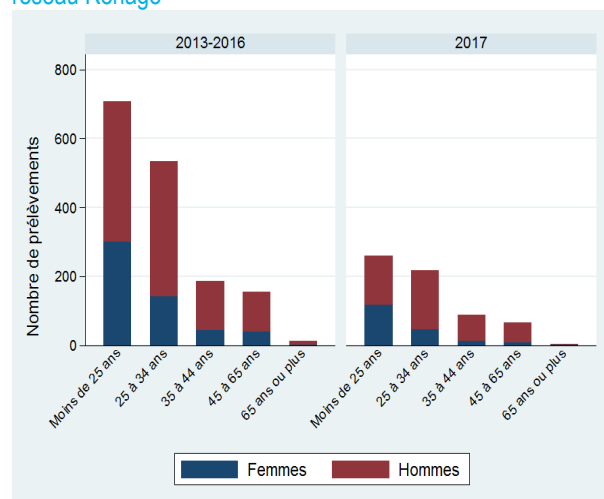
La proportion d'hommes HSH est passée de 30% sur la période 2012-2016 à 60% en 2017. De même, la part des cas asymptomatiques a augmenté en 2017 (52%) par rapport à la période 2012-2016 (37%). La part des sites de prélèvement au niveau anal et pharyngé a aussi augmenté en 2017. En termes de lieux de rencontre, la hausse de l'utilisation des applications mobiles a été constatée en 2017. En termes de prévention, l'usage systématique de préservatifs lors de la pénétration anale était rapporté par une majorité de patients (70%).

Données issues de Rénago

Environ un tiers (31%) des laboratoires ou centres de prélèvement ont envoyé des données sur le réseau Rénago via la plateforme Solist sur la période 2013-2017. La répartition des laboratoires participant au réseau était inégale sur le territoire de la région. Deux départements faisaient défaut dans la remontée d'information : le Maine-et-Loire et la Mayenne.

Le nombre de prélèvements positifs pour *Neisseria gonorrhoeae* signalés au réseau Rénago en Pays de la Loire a augmenté en 2017 par rapport à la période 2013-2016 dépassant les 600 prélèvements alors qu'il restait inférieur à 500 les années précédentes. Trois quarts des patients avaient moins de 35 ans et 70% d'entre eux étaient des hommes (Tableau 11, Figure 11).

Figure 11 : Répartition par classe d'âge et par sexe des patients pour lesquels des prélèvements à la recherche de *Neisseria gonorrhoeae* se sont révélées positives dans le cadre du réseau Rénago



Les prélèvements ont été prescrits en majorité par les médecins généralistes : 72% entre 2013 et 2016, 50% en 2017. Le motif de consultation était le plus souvent lié à la présence de symptômes : 39% sur la période 2013-2016 et 48% en 2017. Toutefois la part des infectiologues et d'autres prescripteurs était plus importante en 2017 respectivement 12% et 27% versus 7% et 9%. La proportion de prélèvements dans le cadre de bilans systématiques a été plus importante en 2017 (35%) par rapport à la période 2013-2016 (17%). Une forte proportion des patients avait une chlamydie dans leurs antécédents. La proportion de patients avec des antécédents de syphilis s'est accrue en 2017 (28%) par rapport à la période 2013-2016 (8%). La proportion des prélèvements au niveau anal et pharyngé a légèrement augmenté en 2017. L'amplification génique PCR représentait 46% de l'ensemble des techniques utilisées en 2017 (Tableau 11).

Tableau 11 : Caractéristiques des patients pour lesquels des prélèvements positifs à *Neisseria gonorrhoeae* dans le cadre du réseau Rénago, par les laboratoires des Pays de la Loire 2003-2017

	2013-2016 N=1606	2017 N=641
Laboratoires par département		
Loire-Atlantique	57%	57%
Maine-et-Loire	6%	4%
Sarthe	26%	33%
Vendée	11%	6%
Mayenne	0%	0%
Sexe		
Femmes	33%	29%
Hommes	67%	71%
Symptômes		
Urétrite, écoulement urétral	60%	56%
Brûlures mictionnelles, cystite	14%	25%
Leucorrhée, cervicite	12%	8%
Autre symptôme	14%	12%
Antécédents d'IST		
Autre IST	2%	0%
Chlamydia trachomatis	83%	56%
Condylomes, HPV	0%	0%
Mycoplasma genitalium	0%	1%
Treponema pallidum (syphilis)	8%	28%
VIH	4%	12%
Trichomonas vaginalis	2%	2%
Site prélèvement		
Urètre/1er jet d'urine	63%	53%
Col/vagin	28%	28%
Anus/rectum	4%	9%
Pharynx/Gorge	2%	9%
Autres sites	2%	1%
Technique d'isolement		
Spectrométrie de masse	13%	16%
Culture	37%	25%
Microscopie directe	17%	14%
Amplification génique (PCR/NAAT)	32%	46%
Autre	1%	0%

Conclusion

La surveillance des IST s'appuie sur des réseaux sentinelles impliquant des médecins (RésIST) ou des biologistes (Rénago, Rénachla). Néanmoins dans les années à venir cette surveillance devrait tabler sur l'activité des CeGIDD notamment par le biais d'une remontée des données individuelles à partir d'une interface informatique. Les réseaux de surveillance des IST dans les Pays de la Loire pèchent par un manque de représentativité au niveau territorial. Toutefois, ils ont permis d'observer une augmentation des signalements au cours du temps et l'importance de certaines IST notamment la syphilis parmi les HSH. Ces données devraient permettre d'envisager des actions de prévention plus spécifiques.

POUR EN SAVOIR PLUS

Surveillance VIH/sida

Déclaration obligatoire et surveillance virologique VIH/sida

- Modalités de déclaration : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Declaration-obligatoire-de-l-infection-a-VIH-et-du-sida>
- Informations sur les données brutes et corrigées : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Declaration-obligatoire-de-l-infection-a-VIH-et-du-sida/Donnees-epidemiologiques>

Activité de dépistage du VIH/sida :

- <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Depistage-du-VIH>

Surveillance des IST

- Modalités de surveillance des IST : <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles/Comment-surveiller-les-IST>
- Information sur le réseau de surveillance RésIST : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/2016_41-42_1.html
- Surveillance via les CeGIDD : <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Surveillance-epidemiologique-au-sein-des-CEGIDD>

Prévention en santé sexuelle

http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/information_sexuelle/index.asp

REMERCIEMENTS

Aux participants du réseau RésIST en Pays de la Loire et aux laboratoires de la région impliqués dans les réseaux Rénago et Rénachla, aux CeGIDD présents dans les cinq départements de la région et à leurs antennes : Loire-Atlantique, Mayenne, Maine-et-Loire, Sarthe et Vendée.

A la direction de la prévention et des actions sur les déterminants de santé de l'ARS des Pays de la Loire.

Aux équipes de la direction des maladies infectieuses (DMI) et de la direction de la prévention et de la promotion de la santé (DPPS) de Santé publique France et groupe d'échanges de pratiques professionnelles (GEPP) consacré aux IST à Santé publique France.

CONTACTS – AUTEURS

Ce bulletin a été rédigé conjointement par Solène Sécher, Eric Billaud du COREVIH et Myrtille Richard, Ronan Ollivier de Santé publique France Pays de la Loire. Contacts : contact@corevih-pdl.fr, cire-pdl@santepubliquefrance.fr.