



VIH/SIDA

Infections Sexuellement Transmissibles dans les Hauts de France

Sommaire

Ce document a été préparé collectivement par **Santé publique France - Cire Hauts-de-France** (Bakhao Ndiaye)

Le **Corevih Nord Pas-de-Calais** (Philippe Choisy, Bérénice Galliot et Olivier Robineau), le **Corevih Picardie** (Sylvain Nappez, Jean Luc Schmit, Myriam Lombard) et l'**Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France** (Michel Vandeveld).

Éditorial

Surveillance des infections à VIH et Sida
Personnes suivies pour une infection à VIH
Étude PREVAGAY
Surveillance des IST
Épidémie Hépatite A
Surveillance Hépatite B et C
Prophylaxie Pré-Exposition (PrEP)
Propos utiles autour du préservatif

////////////////////	P 01
////////////////////	P 02
////////////////////	P 07
////////////////////	P 08
////////////////////	P 09
////////////////////	P 13
////////////////////	P 14
////////////////////	P 15
////////////////////	P 15

Éditorial

Ce deuxième numéro vous propose un regard croisé sur la situation épidémiologique pour le VIH et les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) dans la région Hauts-de-France à partir des données de surveillance et de suivi disponibles pour l'année 2016. Ce travail est le résultat de la collaboration entre les COREVIH, l'ARS, Santé Publique France (CIRE HDF) et les services hospitaliers prenant en charge ces infections. Il tente de faire la lumière sur les enjeux prioritaires dans la région pour atteindre l'objectif d'un territoire sans VIH.

A la lecture des nouvelles données nationales sur l'épidémie du VIH/SIDA, auxquelles nous comparons les données régionales, nous pouvons être déçus de ne pas voir diminuer le nombre de nouvelles contaminations annuelles malgré la mise en place ces dernières années de nouveaux outils de prévention. En effet, combinés à l'usage du préservatif, la prophylaxie pré-exposition (PrEP) et le traitement comme outil de prévention constituent la pierre angulaire de la stratégie qui vise à mettre fin à l'épidémie d'ici 2030.

Dans les Hauts-de-France, l'analyse des données disponibles nous incite à redoubler d'efforts en matière de prévention et de dépistage, notamment auprès des populations au sein desquelles l'épidémie reste concentrée. En effet, la « stabilité » de l'incidence en région « plus basse que la moyenne nationale » peut paraître rassurante mais ne doit pas cacher une épidémie qui reste active. Les caractéristiques démographiques et socio-économiques des personnes infectées par le VIH diffèrent peu dans le temps mais fortement selon les territoires, il faudra donc veiller à apporter des réponses différenciées qui tiennent compte de ces disparités.

Les données nationales, mais surtout régionales témoignent de dépistages encore trop souvent tardifs : près d'une personne sur deux est dépistée à un stade avancé d'immunodépression dans les Hauts-de-France. Pourtant, à l'heure où l'efficacité du traitement comme outil de prévention est aujourd'hui considérée proche de 100%, si toutes les personnes infectées (au moins 90%) sont dépistées et traitées, nous pourrions avoir un impact sur la courbe de l'épidémie.

Si la déception est là sur les volets de la prévention et du dépistage, les données concernant les personnes suivies sont plus encourageantes : la quasi-totalité des personnes suivies bénéficient d'un traitement antirétroviral efficace et simplifié. La cohorte de patients suivis vieillit. L'étude et la prise en charge des problématiques liées au vieillissement constituent de nouveaux challenges à relever dans les prochaines années.

Pour les autres IST, le caractère partiel des données collectées ne nous permet pas d'explorer les différences entre les territoires. Le nombre d'infections sexuellement transmissibles diagnostiquées en France étant globalement en hausse, il est important de définir de nouveaux objectifs de surveillance en vue d'adapter les actions de terrain. Les défis à relever sont immenses en termes d'organisation de la prise en charge, de compréhension des phénomènes menant aux réinfections et de surveillance de l'émergence de résistance aux antibiotiques.

Espérant que cette plaquette nourrira de nouvelles réflexions sur la prise en charge de ces maladies, nous vous souhaitons une excellente lecture.

| Surveillance des infections à VIH et Sida dans les Hauts-de-France

Données actualisées au 31/12/2016 |

Cet article présente les données de surveillance du dépistage et du diagnostic de l'infection à VIH et du diagnostic de Sida, en région Hauts-de-France, à partir de trois systèmes coordonnés par l'Agence Nationale de Santé Publique (ANSP).

La surveillance de l'activité de dépistage du VIH dans les laboratoires (**LaboVIH**) repose sur le recueil auprès de l'ensemble des laboratoires, en ville et à l'hôpital, du nombre de personnes testées pour le VIH, et du nombre de personnes confirmées positives pour la première fois pour le laboratoire. Depuis avril 2016, les biologistes peuvent participer à LaboVIH sur www.e-do.fr, ou à défaut sur un formulaire téléchargeable ou sur un lien disponible auprès de l'ANSP¹.

La **déclaration obligatoire (DO) 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 laboratoire². La **DO du Sida** est réalisée par le clinicien pour tout nouveau diagnostic de Sida. Ces deux DO sont anonymisées à la source par le déclarant, elles comportent en guise d'identifiant un code d'anonymat. Depuis avril 2016, les DO du VIH et du sida s'effectuent en ligne sur www.e-do.fr, qui intègre le calcul du code d'anonymat. Les déclarants qui ne parviendraient pas à déclarer en ligne peuvent obtenir des formulaires sous forme de PDF à imprimer en s'adressant à e-DO Info Service au 0 809 100 003. Plus d'information sur le site web de Santé publique France.

La **surveillance virologique** est couplée à la DO 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. Elle permet de déterminer la part des personnes contaminées depuis moins de 6 mois en moyenne parmi les découvertes de séropositivité.

DONNEES NATIONALES [2]

- Le nombre total de sérologies VIH réalisées en 2016, est estimé, à partir de l'activité des laboratoires participant à LaboVIH, à 5,43 millions (IC95%: [5,34-5,51]), soit 81 sérologies VIH pour 1 000 habitants. Cette activité de dépistage a augmenté modérément, de 4% par rapport à 2013. La proportion de sérologies confirmées positives est de 2,0 pour mille sérologies réalisées.
- A ce dépistage par sérologie classique, s'ajoutent les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) communautaires, réalisés par les associations agréées. Leur nombre est beaucoup plus faible (moins de 60 000 en 2016), mais le public ciblé est plus exposé que la population générale. La proportion de tests positifs y est donc plus élevée (7,1 pour mille TROD réalisés).
- Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en France en 2016 est estimé, à partir de la DO du VIH, à près de 6000 personnes (IC95% [5751-6255]), soit 90 découvertes par million d'habitants. Ce nombre est stable sur la période 2011-2016.
- Environ 1000 cas de Sida ont été diagnostiqués en 2016, principalement (76%) chez des personnes n'ayant pas reçu de traitement antirétroviral avant leur diagnostic de sida.

POINTS CLÉS > VIH > Hauts-de-France

- Le nombre de sérologies VIH effectuées dans la région est stable depuis 2006 rapporté à la population, il est légèrement inférieur à celui observé au niveau de la métropole hors IdF. Depuis 2006, la proportion de sérologies positives pour 1 000 tests est stable et varie entre 0,7 et 1,1 dans la région Hauts-de-France. En 2016, cette proportion est 2 fois inférieure du national (2,0) et proche de celle de la métropole hors Ile-de-France (1,3).
- Le taux de découverte de séropositivité pour le VIH en 2016 est de 49 p. million d'habitants, inférieur au taux de France métropolitaine hors Ile-de-France (55 p. million), et presque 2 fois inférieur au taux national (90 p. million d'habitants).
- Depuis 2006, les rapports homosexuels entre hommes sont devenus le mode de contamination le plus fréquent (toujours supérieur à 60% depuis 2010), ce qui incite à cibler particulièrement les HSH lors des campagnes de prévention. En 2016, 46% des diagnostics sont réalisés tardivement dans la région, proportion supérieure à celle du niveau national (28%).
- De grandes disparités entre les départements de la région, en termes de caractéristiques sociodémographiques des PVVIH et des modes de transmission, qui impliquent la mise en place de stratégies de prévention adaptées aux publics ciblés ;
- L'ensemble de ces indicateurs est globalement comparable aux années précédentes

¹ ANSP-DMI-VIC@santepubliquefrance.fr

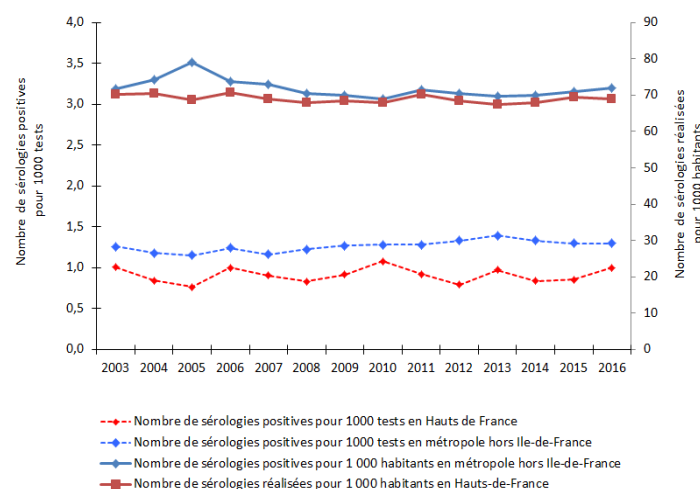
² A la différence du nombre de sérologies recueillies par LaboVIH (une personne ayant eu une sérologie positive dans plusieurs laboratoires compte pour plusieurs sérologies positives) la notification obligatoire permet de compter une personne une seule fois quand elle est déclarée par plusieurs déclarants, grâce au code d'anonymat qui est unique pour une personne.

NOTA :

- Les analyses des diagnostics VIH et Sida présentées ici sont issues de la DO des découvertes de séropositivité et des diagnostics de Sida notifiés jusqu'au [30/06/2017].
- Ces données peuvent être brutes, c'est-à-dire limitées aux données parvenues à l'ANSP à cette date. Les données brutes permettent de décrire les caractéristiques des cas.
- Ces données peuvent être corrigées pour tenir compte des délais de déclaration, de la sous-déclaration, et des valeurs manquantes sur les déclarations reçues. Il est nécessaire d'utiliser des données corrigées pour connaître le nombre annuel de diagnostics, analyser les évolutions au cours du temps ou comparer les régions en rapportant les cas à la population. Les corrections sont d'autant plus fiables et précises que l'exhaustivité de la déclaration est élevée.
- L'analyse porte sur les cas d'infection à VIH et de Sida résidant dans la région Hauts-de-France. La région de déclaration est utilisée par défaut lorsque la région de domicile n'est pas renseignée.

| Figure 2 |

Evolution du nombre de sérologies réalisées pour 1000 habitants et du nombre de sérologies positives pour 1000 tests en région Hauts-de-France et en France métropolitaine hors Ile-de-France, 2003-2016.



Source : Santé publique France, données LaboVIH, 2016

1. Infection à VIH

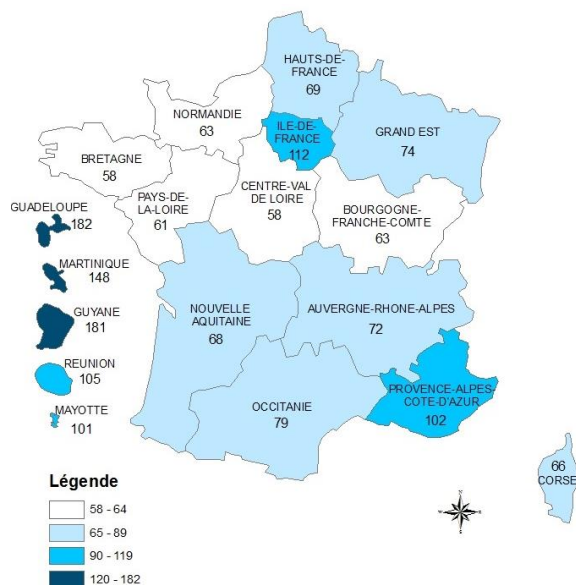
1.1 Activité de dépistage du VIH

En 2016, le nombre de sérologies VIH effectuées dans la région Hauts-de-France était de 69 p. 1 000 habitants (IC95%: [68-79]) (figure 1). Il est stable depuis 2006 et est presque similaire à celui observé au niveau de la France métropolitaine hors Ile-de-France (72 p. 1 000 habitants) (Figure 2). En métropole les taux les plus élevés concernent l'Île-de-France et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, respectivement de 112 et 102 pour 1000 habitants (figure 2)

La proportion de sérologies positives pour 1000 tests effectués, estimée à 1,0 en 2016, varie de 0,8 à 1,1 depuis 2003. Cette proportion demeure similaire à celle retrouvée au niveau de la France métropolitaine hors Ile-de-France (Figure 2).

| Figure 1 |

Nombre de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants, par région, 2016.



Source : Santé publique France, données LaboVIH, 2016

1.2 Notification Obligatoire de l'infection à VIH

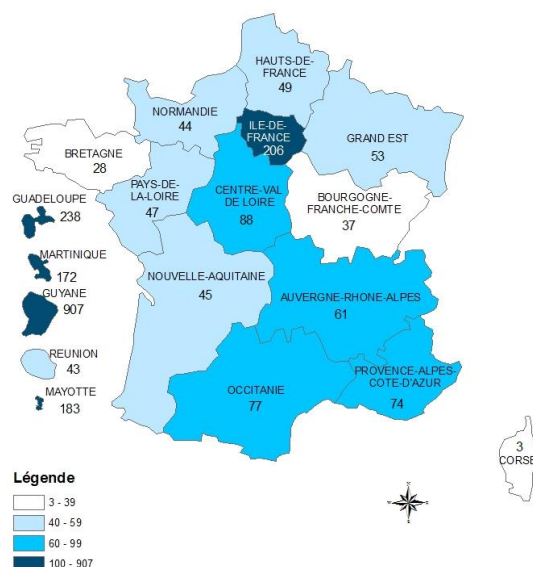
• Découvertes de séropositivité

En 2016, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité dans la région est de 49 p. million d'habitants (IC95%: [24-60]) (figure 3). Il est stable depuis 2003, inférieur au taux de France métropolitaine hors Ile-de-France (55 p. million), et presque 2 fois inférieur au taux national [90 p. million d'habitants (IC95%: [86-94]) (Figure 4)].

En France métropolitaine, en 2016, c'est en Ile-de-France où on observe le taux de découverte de séropositivité le plus élevé (206 p. million d'habitants) (Figure 4).

| Figure 3 |

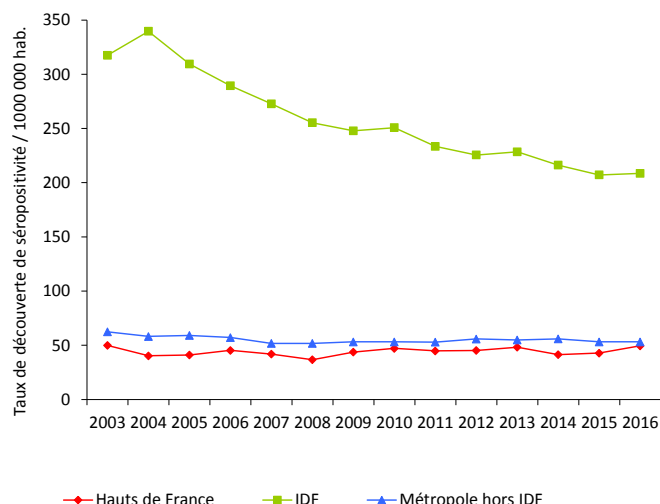
Nombre de découvertes de séropositivité par million d'habitants, 2016.



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

| Figure 4 |

Evolution du taux annuel de découvertes de séropositivité VIH en France métropolitaine hors Ile-de-France, Ile-de-France et région Hauts-de-France de 2003 à 2016.



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

• Caractéristiques cliniques et sociodémographiques

Age : Dans la région, l'âge médian des cas est presque le même en 2016 (34 ans) que sur la période 2011-2015 (35 ans).

En 2016, la classe d'âge des 25-49 ans était majoritaire et représentait 65 % des cas (69% en 2011-2015).

Sexe : La proportion de femmes en 2016 est similaire à celle de la période 2011-2015 (Tableau 1). Ces proportions sont comparables à celle observée au niveau de France métropolitaine hors Ile-de-France.

Pays de naissance : En 2016, la proportion de personnes découvrant leur séropositivité nées en France (75%) est plus élevée dans les Hauts-de-France que celle observée sur la période 2011-2015 (67%). Ces proportions sont supérieures à celle de France métropolitaine hors IDF (61%).

| Tableau 1 |

Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité VIH notifiées en région Hauts-de-France et en France métropolitaine hors Ile-de-France, 2011-2016.

	Hauts-de-France		Métropole hors IDF
	2011-2015 (n=762)	2016* (n= 138)	2016* (n= 27454)
Age (année)			
Median	35	34	37
< 25 (%)	16	15	13
25-49 (%)	69	65	66
> 50 (%)	15	20	21
Sexe			
Hommes (%)	73	75	71
Femmes (%)	26	25	29
Pays de naissance			
France (%)	67	75	61
Afrique sub-saharienne (%)	28	17	27
Autres (%)	5	9	12
Mode de contamination			
HSH (%)	56	58	53
hétérosexuels (%)	41	42	44
Injection de drogues (%)	1	0	1
autres	2	0	2
Coinfection hépatite C			
oui (%)	2	5	3
non (%)	98	95	97
Coinfection hépatite B			
oui (%)	3	2	3
non (%)	97	98	97
CD4 au diagnostic VIH			
<200 (%)	31	40	28
200-349 (%)	20	20	21
350-499 (%)	19	13	21
>=500 (%)	30	27	30
Délai de diagnostic			
précoce* (%)	36	33	35
stade avancé ** (%)	36	46	28
Test d'infection récente			
Oui (%)	28	39	35
Non (%)	72	61	65

* Données provisoires

*Def diag précoce ; cd4>500/mm3 hors sida ou PIV au diagnostic

**Def diag à un stade avancé ; cd4 <200/mm3 hors PIV ou Sida au diagnostic

Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2017

Des répartitions par sexe et mode de contamination différentes selon les départements

Sur l'ensemble de la grande région des Hauts-de-France, la proportion d'hommes ayant découvert leur séropositivité est similaire en 2016 (75 %) à celle de la période 2011-2015 (73 %) (Tableau 1). Au niveau départemental, entre 2011 et 2016, c'est dans le Nord et le Pas-de-Calais, que sont observées les proportions les plus élevées de personnes de sexe masculin (respectivement 79 % et 82 %). Dans les départements de l'ex-région Picardie, la proportion de femmes est par contre plus importante et stable (31 %, 40 % et 43 % respectivement dans l'Aisne, la Somme et l'Oise) (Tableau 2).

Les rapports homosexuels représentaient le mode de contamination le plus fréquent sur la période 2011-2016.

Les modes de contaminations sont toutefois très différents selon les départements. Dans les départements du Nord et du Pas de Calais, les contaminations lors de rapports homosexuels sont presque plus de 2 fois plus fréquentes que dans la Somme et l'Oise (64 % dans le Nord et 62 % dans le Pas-de-Calais versus 35 % dans la Somme et 27 % dans l'Oise). Dans ces deux derniers départements, les rapports hétérosexuels demeurent le mode de contamination le plus important (respectivement 58 % et 66 %) (Tableau 2).

Le pays d'origine très différent entre les départements des Hauts-de-France

En 2016, 75 % des personnes découvrant leur séropositivité dans les Hauts-de-France étaient nées en France, proportion supérieure au niveau national (61 %) (Tableau 1). Le pays d'origine des personnes ayant découvert leur séropositivité est également très différent selon le département. Dans ceux du Nord et du Pas-de-Calais, les personnes nées en France représentent plus de trois personnes sur quatre (73 % dans le Nord et 82 % dans le Pas-de-Calais). Par contre, dans les départements de l'ex-Picardie, une proportion importante des cas sont originaires d'Afrique subsaharienne (33 % dans l'Aisne, 36 % dans la Somme et 54 % dans l'Oise) alors que les personnes nées en France ne représentent qu'un cas sur deux environ (Tableau 2).

L'analyse des caractéristiques des cas déclarés par département sur la période 2011 à 2016 montre deux épidémies différentes. Les disparités observées entre d'une part, les départements du Nord, du Pas-de-Calais et d'autre part, ceux de la Somme et de l'Oise peuvent être en partie expliquées par la proximité de ces deux derniers avec l'Île-de-France où réside la majorité des personnes d'origine subsaharienne.

Une proportion élevée de diagnostics à un stade avancé de l'infection à VIH

En 2016, 46 % des diagnostics sont réalisés à un stade avancé de l'infection à VIH ($CD4 < 200/mm^3$ ou sida au diagnostic) dans la région, proportion supérieure à celle de la France métropolitaine hors Île-de-France (28 %).

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2011 et 2016, 9 % ont été diagnostiqués au stade de la primo-infection, 63 % à un stade asymptomatique, 9 % à un stade symptomatique non sida et 19 % au stade sida. Les homosexuels ont été plus fréquemment diagnostiqués au stade de primo-infection que les hétérosexuels (14 % versus 4 %).

La proportion de personnes co-infectées par le VHC représente 5 % en 2016 (2 % en 2011-2015) et celle des personnes co-infectées par le VHB, 2% (Tableau 1).

| Tableau 2 |

Caractéristiques socio-démographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité par départements dans les Hauts-de-France, 2011 à 2016

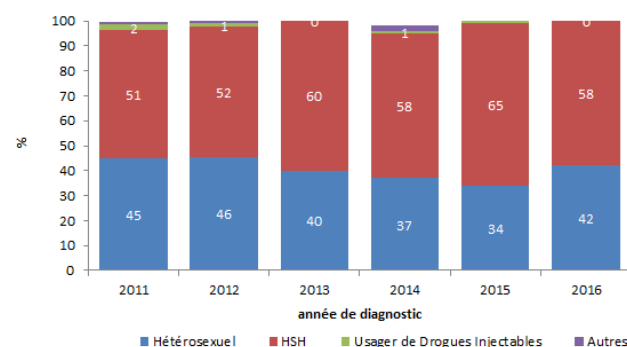
	Nord	Pas-de-Calais	Aisne	Somme	Oise
Sexe (%)					
Hommes (%)	79	82	69	60	57
Femmes (%)	21	18	31	40	43
Pays de naissance(%)					
France(%)	73	82	56	57	41
Afrique subsaharienne (%)	22	13	33	36	54
Autres (%)	5	5	11	7	5
Mode de contamination (%)					
HSH	64	62	54	35	27
Hétérosexuels	35	33	46	58	66
Injection de drogues	1	1	0	5	2
autres	1	4	0	2	5
Délai de diagnostic					
stade avancé ** (%)	34	40	38	38	30

**un stade avancé :: $cd4 < 200/mm^3$ hors PIV ou Sida au diagnostic

Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2017

| Figure 5 |

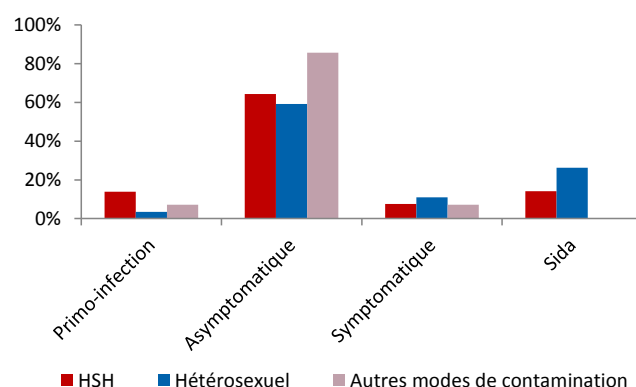
Évolution de la part des principaux modes de contamination parmi les découvertes de séropositivité VIH déclarées dans le région Hauts-de-France de 2011 à 2016



Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2017

| Figure 6 |

Stade clinique au moment de la découverte de la séropositivité selon le mode de contamination, région Hauts-de-France, 2011 à 2016

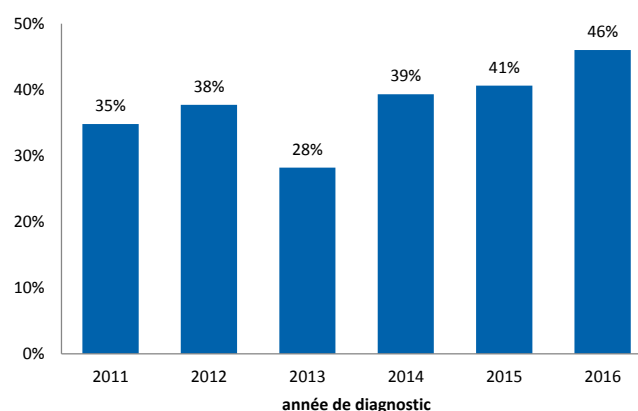


Source : Santé Publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2017

| Figure 7 |

Pourcentage de diagnostics à un stade avancé de l'infection parmi les découvertes de séropositivité, région Hauts-de-France, 2011 à 2016.

(Def diag à un stade avancé; $cd4 < 200/mm^3$ hors PIV ou Sida au diagnostic)



Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2017

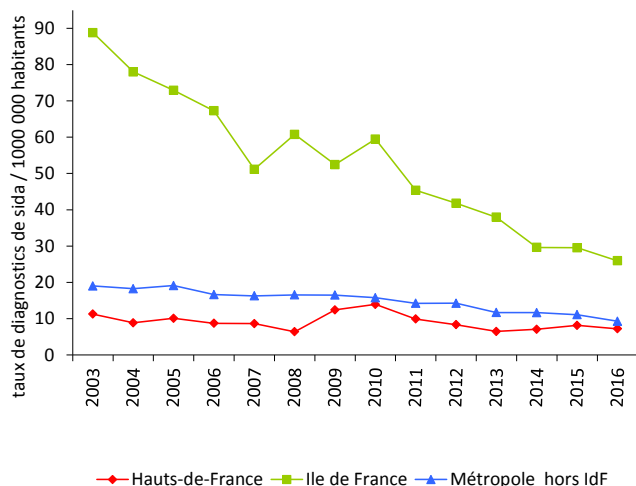
1.3 Diagnostic de Sida

En 2016, le nombre de cas de Sida dans la région est de 43 (IC95%: [32-54]). Il est en diminution depuis 2010.

Le taux de diagnostic de sida est estimé à 7 cas pour 1 000 000 d'habitants en 2016. Ce taux est près de trois fois inférieur à celui observé en France, qui atteint 14 cas pour 1 000 000 d'habitants et à celui de l'Île-de-France qui atteint 26 cas pour 1 000 000 d'habitants (près de 4 fois supérieur à celui de la région Hauts-de-France). (Figure 8).

Figure 8

Evolution annuelle du taux de diagnostics de Sida en France métropolitaine, Ile-de-France et région Hauts-de-France de 2003 à 2016.



Source : Santé publique France, données DO sida au 30/06/2017 corrigées pour les délais et la sous déclaration

Mode de contamination

Parmi les personnes ayant un diagnostic de Sida en 2016, la part des contaminations par rapports hétérosexuels (67%) est deux fois supérieure à celle par rapports homosexuels (33%). Les contaminations hétérosexuelles représentaient le principal mode de contamination sur la période 2011-2016 (55%) (fig. 9).

Traitement ARV pré-sida

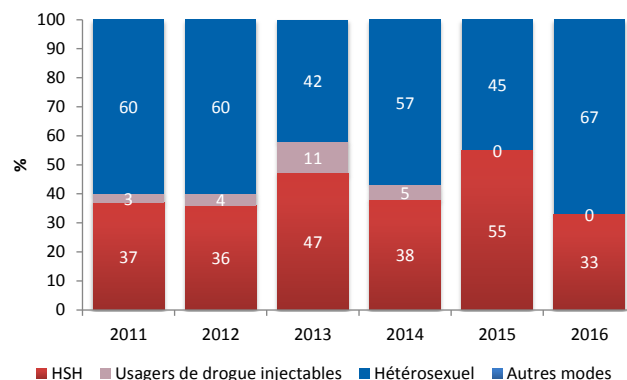
La grande majorité des cas de sida sont diagnostiqués chez des personnes qui n'ont pas reçu de traitement antirétroviral avant leur diagnostic de sida (79% des diagnostics dans la région en 2016), le plus souvent parce qu'elles ignoraient leur séropositivité.

Pathologies inaugurales

Les pathologies inaugurales de sida les plus fréquentes chez les cas notifiés entre 2011 et 2016 étaient la pneumocystose (33%), la tuberculose (19%), la candidose œsophagienne (15%), le Kaposi inaugural (13%) et la toxoplasmose cérébrale avec 9% des cas (figure 10).

Figure 9

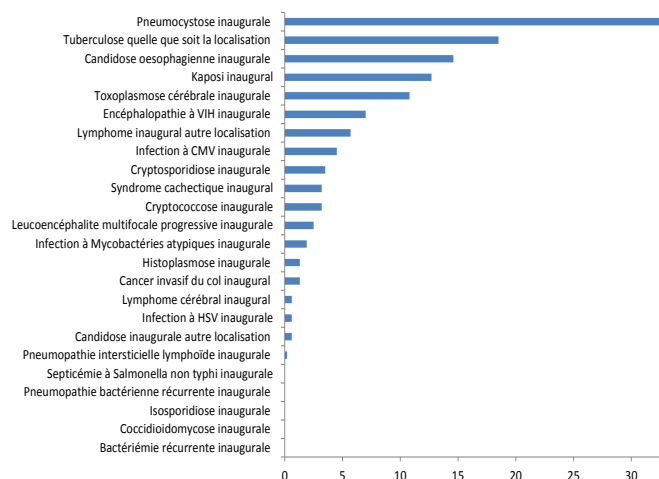
Evolution de la part des principaux modes de contamination parmi les cas de sida, région Hauts-de-France, 2011 à 2016.



Source : Santé publique France, données DO sida brutes au 30/06/2017

Figure 10

Pathologies inaugurales de sida, région Hauts-de-France, 2011-2016.



Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2017

Source : Données issues des Rapports d'Activité 2016 des CORE-VIH

- **Plus de 4500 personnes suivies pour une infection à VIH dans la région**

En 2016, d'après les données issues des COREVIH, le nombre de personnes suivies pour une infection par le VIH dans les services de prise en charge du VIH de la région Hauts de France, et pour lesquelles les données informatisées sont disponibles (85%), s'élève à 3891 patients. La file active, soit le nombre de patients ayant au moins eu une consultation dans l'année, progresse de 4,5% par rapport à 2015. L'allongement de l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH, et une épidémie régionale toujours active, expliquent cette progression. En effet, 294 nouveaux patients ont été suivis en 2016, dont 168 avaient découvert leur séropositivité cette même année.

Le suivi des personnes séropositives est réparti sur les 17 centres de prise en charge que compte la région Hauts-de-France situés au sein de services hospitaliers ou de cabinets de médecine de ville.

- **Une file active à prédominance masculine**

En cohérence avec les données de découvertes de séropositivité, la file active est majoritairement masculine : 69% d'hommes pour 31% de femmes. La tendance est la même pour les 2 COREVIH bien que plus marquée pour le Nord Pas de Calais (73% d'hommes dans le Nord Pas de Calais contre 59% pour la Picardie).

- **Quatre patients sur 10 âgés de 50 ans et plus**

Les 40/49 ans représentent près d'1/3 des personnes suivies. L'âge moyen est de 46 ans. La part des plus de 50 ans progresse chaque année : près de 4 patients sur 10 sont aujourd'hui âgés de plus de 50 ans témoignant de l'allongement

de l'espérance de vie et du vieillissement progressif des personnes vivant avec le VIH. Ce dernier fait l'objet d'une attention particulière car il n'est pas sans poser un certain nombre de nouveaux défis pour la prise en charge. La répartition des âges est sensiblement la même au sein des 2 COREVIH.

- **Des modes de contamination différenciés selon le genre et le territoire**

Au niveau régional, la fréquence de contamination par voie homo-bisexuelle est légèrement supérieure (46.8%) à celle par voie hétérosexuelle (45.4%).

On constate également une disparité dans la répartition des modes de contaminations entre les 2 territoires de référence que sont le Nord Pas de Calais et la Picardie. Ainsi, dans le Nord Pas de Calais, c'est le mode de contamination par voie homo-bisexuelle qui est le plus fréquent : il concerne 51% de la file active, contre 35.5% en Picardie.

- **La quasi-totalité des patients sous traitement antirétroviral**

En 2016, 96% des personnes suivies dans la région bénéficient d'un traitement antirétroviral. Parmi les personnes traitées depuis plus de 6 mois dans les Hauts de France, 84 % ont une charge virale plasmatique indétectable (inférieure ou égale à 50 copies/ml).

- **1 personne nouvellement diagnostiquée sur 2 l'a été à un stade avancé.**

168 patients suivis ont découvert leur séropositivité au VIH en 2016. Le mode de contamination par voie homo-bisexuelle est le plus important 48.2% contre 47.5% par voie hétérosexuelle. Parmi les patients pour qui les données sont disponibles, la part des diagnostics à un stade tardif avec un taux de CD4<200 mm³ ou à un stade sida est de 53 % pour les Hauts de France.

Ça bouge dans les COREVIH !

La réforme des COREVIH a été entérinée par le décret du 28 avril 2017 relatif aux COREVIH. Cette réforme avait été rendue nécessaire par l'évolution des enjeux de la lutte contre le VIH et les IST qui ont conduit à construire un nouveau cadre stratégique : la stratégie nationale de santé sexuelle. Le périmètre des COREVIH dans la mise en œuvre de cette stratégie devait être précisé.

→ **Même acronyme mais un champ de compétences élargi !**

Les COREVIH intègrent les IST dans leurs champs de compétences en devenant les Comités de coordination Régionale de lutte contre les IST et le VIH. Ils conservent leurs missions de coordination des acteurs, d'amélioration, d'harmonisation et d'évaluation des pratiques dans les domaines de la prévention, des dépistages, du soin et de l'accompagnement, ainsi que la mission de recueil et d'analyse de données. L'ensemble de ces missions devra se faire selon une approche de santé sexuelle.

Les COREVIH concourent, par leur expertise, à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques nationales et régionales de lutte contre les IST et le VIH.

→ **Fusion des territoires & installation du COREVIH Hauts-de-France**

Le COREVIH Nord Pas de Calais et le COREVIH fusionnent pour devenir le COREVIH Hauts de France. Le Centre Hospitalier de Tourcoing a été désigné comme établissement-siège pour ce nouveau COREVIH qui couvre désormais un territoire de ...km² et 5 départements avec des disparités territoriales importantes en termes d'épidémiologie et de dynamiques entre acteurs.

→ **Nouveaux membres nommés et élections à venir**

Suite à l'appel à candidature pour constituer le nouveau COREVIH, un arrêté de nomination va paraître prochainement pour désigner les nouveaux membres du Comité. Un président, un vice-président ainsi qu'un Bureau devront être élus.

| Enquête de séroprévalence du VIH menée auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay à Lille. |

Pour la première fois l'étude Prevagay a été réalisée à Lille en 2015, dans l'objectif principal d'estimer la prévalence du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) fréquentant les lieux de convivialité gay de cette ville et de décrire les caractéristiques des HSH infectés par le VIH.

De manière transversale, anonyme et aléatoire, l'étude a été réalisée auprès des HSH fréquentant les bars, saunas et backrooms à Lille, et également à Lyon, Montpellier, Nice et Paris. Des données comportementales ont été recueillies par questionnaire, ainsi qu'un prélèvement de sang sur buvard. La recherche des anticorps anti-VIH a été réalisée par le Centre national de référence du VIH. Parmi les échantillons positifs, la détection de la charge virale et des traitements antirétroviraux a été réalisée.

À Lille, 478 HSH fréquentant les 7 lieux de convivialité investigués ont accepté de participer. La moitié d'entre eux étaient âgés de plus de 37 ans. Plus des trois-quarts s'identifiaient comme homosexuels. Un peu plus du tiers avaient eu plus de 10 partenaires sexuels dans les douze derniers mois. Comme dans les autres villes, l'absence d'usage du préservatif était importante et plus marquée chez les HSH séropositifs pour le VIH. La prévalence du VIH était estimée à 7,6 % [IC95%: 5,1-11,1]. Cette proportion était significativement plus basse qu'à Paris, Nice ou Montpellier. Parmi les HSH séropositifs, 90,0 % étaient diagnostiqués comme tels, dont 99,9 % étaient sous antirétroviraux.

Ces résultats plaident pour le renforcement de la promotion des différents modes de protection de la prévention diversifiée lors d'actions dans les lieux de convivialité gay.



http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/18/pdf/2017_18_1.pdf

| Surveillance de la syphilis et de la gonococcie dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais de 2000 à 2016 |

Bulletin des réseaux de surveillance des Infections Sexuellement Transmissibles

1. Syphilis récente

Points clés syphilis Nord et Pas-de-Calais :

- La surveillance des IST dans le Nord et le Pas-de-Calais montre une recrudescence préoccupante du nombre de cas de syphilis depuis 2013 (en 2016, +14% par rapport à 2015) et celui de gonococcie depuis 2015 (en 2016, +76% par rapport à 2015). Cette augmentation pourrait être expliquée en partie par l'utilisation insuffisante du préservatif et souligne l'importance du dépistage systématique des partenaires et du maintien des actions de prévention.

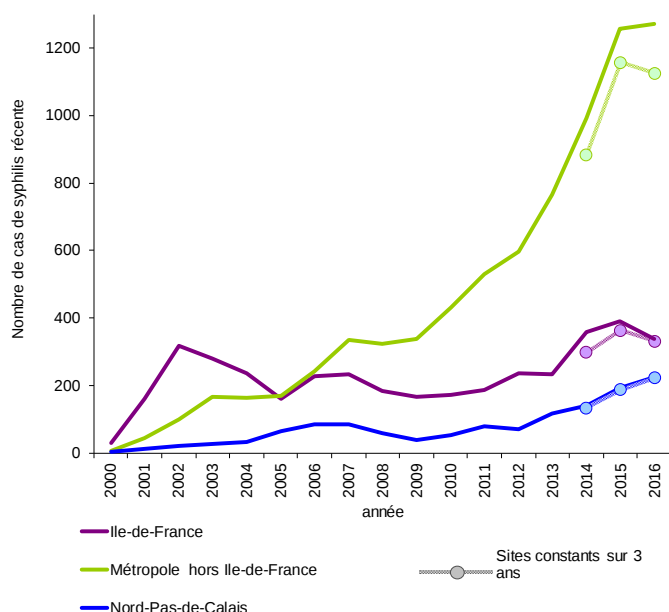
- Depuis 2010, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes représentent près de 9 cas de syphilis sur 10 ce qui suggère que les campagnes de prévention devraient être renforcées dans cette population.

1.1 Evolution du nombre de cas de Syphilis

L'augmentation du nombre de cas de syphilis déclarés, observée depuis 2013 dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, s'est poursuivie entre 2014 et 2016. Le nombre de cas en 2016 a atteint 224 (+14% par rapport en 2015) (figure 1), bien au-delà du pic observé en 2006-2007 (86 cas). L'analyse à «centres déclarants constants» pour les années 2014 à 2016 confirme une augmentation du nombre de cas de syphilis dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais en 2016, contrairement à l'Ile-de-France et dans les autres régions métropolitaines françaises où le nombre de cas n'augmente pas (figure 1).

| Figure 1 |

Evolution annuelle du nombre de cas de syphilis récente dans les départements du Nord, Pas-de-Calais et dans les autres régions métropolitaines, réseau RésIST, 2000-2016.



Source : Santé publique France, données Résist, 2016

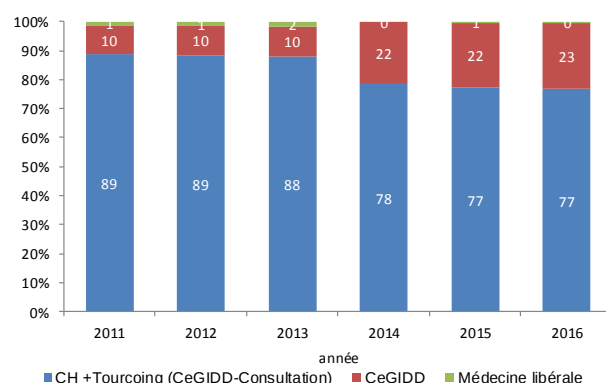
1.2 Caractéristiques des recours au dépistage, 2011-2016

Sur la période 2011-2016, 83% des cas ont été déclarés par le centre hospitalier de Tourcoing (consultation et CeGIDD) ; 16% par d'autres structures spécialisées (CeGIDD) et 1% par des médecins libéraux. Toutefois, la contribution des médecins libéraux est marginale depuis 2011. La part des cas signalés par les CeGIDD, faible de 2011 à 2013 représente plus de 20% des cas depuis 2014 (figure 2).

Sur l'ensemble de la période 2011-2016, 57% des cas ont consulté pour des signes cliniques d'IST, 15% dans le cadre d'un dépistage systématique, 6% pour un partenaire ayant une IST et 21% pour d'autres signes cliniques. En 2016, l'existence de signes cliniques d'IST motive 53% des consultations (49% au niveau national).

| Figure 2 |

Evolution des lieux de consultation des cas de syphilis récente, dans les départements du Nord et Pas-de-Calais, réseau RésIST, 2011-2016.

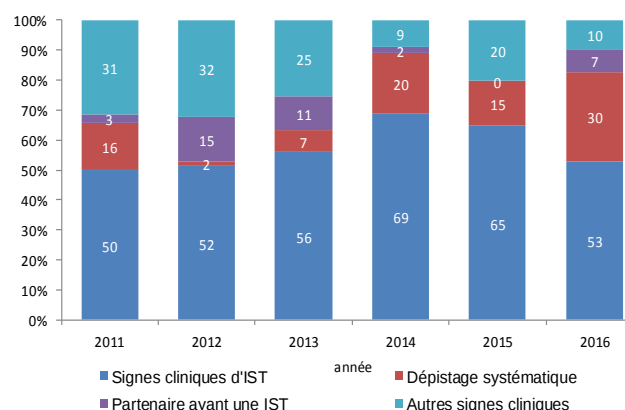


*CH Tourcoing : service universitaire des maladies infectieuses et du voyageur. Centre de référence de l'ex région Nord-Pas-de-Calais (Consultation hospitalière, CeGIDD)

Source : Santé publique France, données Résist, 2016

| Figure 3 |

Evolution des motifs de recours au dépistage des cas de syphilis récente, dans les départements du Nord et Pas-de-Calais, réseau RésIST, 2011-2016.



Source : Santé publique France, données Résist, 2016

1.3 Caractéristiques des Cas : 2011- 2016

En 2016, la proportion de femmes (3%) parmi les cas de syphilis est égale à celle de la période 2010-2014 (Tableau 1). Ces proportions sont comparables à ce qui est observé au niveau national.

En 2016, la répartition des stades de syphilis est la suivante: primaire 17%, secondaire 38% et latente précoce 45% (tableau 1). Ces proportions sont relativement stables par rapport à la période 2011-2015 (figure 4) et sont comparables à celles observées au niveau national (tableau 1).

La proportion d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) est relativement stable depuis 2011 (figure 5).

En 2016, l'orientation sexuelle des cas était comme suit : hommes homo-bisexuels 82% ; hommes hétérosexuels 11%, femmes hétérosexuelles 7% et femmes homo-bisexuelles 1% (tableau 1). La proportion de HSH dans la région est similaire à celle du niveau national (84%).

Dans les départements du Nord et du Pas de Calais, l'âge médian des cas de syphilis chez les HSH est stable sur la période 2011-2016 et proche de celui observé au niveau national (37 ans).

En 2016, la majorité des patients (55%) étaient âgés de moins 39 ans (figure 7).

| Tableau 1 |

Caractéristiques des cas de syphilis récente, Résist dans les départements du Nord et Pas-de-Calais, 2011-2016.

	Nord et Pas-de-Calais		France
	2011-2015 (n= 634)	2016 (n= 224)	2016 (n= 1749)
Sexe (%)			
Hommes	97	97	95
Femmes	3	3	5
Motif de consultation initiale (%)			
Dépistage systématique	34	30	35
Signes d'IST	60	53	49
Partenaires avec une IST	5	7	8
Autres signes cliniques	1	10	7
Stade de la syphilis (%)			
Primaire	15	17	27
Secondaire	49	38	31
Latence précoce	36	45	42
Orientation sexuelle (%)			
HSH	90	82	84
Hommes hétérosexuels	7	11	11
Femmes hétérosexuelles	3	7	5
Femmes Homo-bisexuelles	0	1	0
Statut sérologique VIH (%)			
Positif connu	56	50	31
Découverte de sérologie VIH	2	1	3
Age médian (année)			
HSH	36	34	37
Hommes hétérosexuels	35	28	35
Femmes	37	35	30

Source : Santé publique France, données Résist, 2016

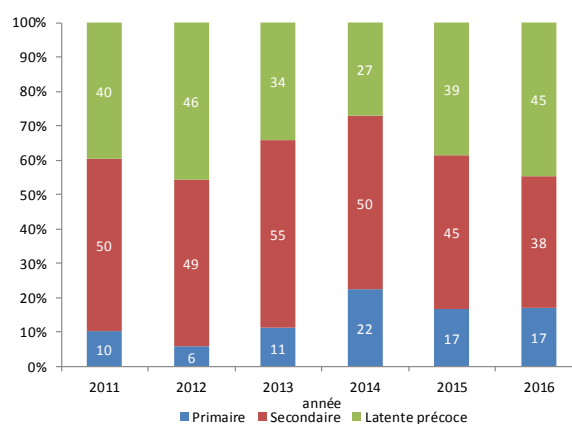
Co-infections syphilis récentes et VIH

La proportion de patients présentant une co-infection syphilis récente et VIH (50%) est plus élevée dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais que sur l'ensemble de la France où un tiers (31%) des patients déclarés pour une syphilis récente en 2016 avait une séropositivité connue pour le VIH. Cette différence pourrait s'expliquer, au moins en partie, par le poids du centre hospitalier de Tourcoing (centre régional de référence pour le VIH) qui déclare la majorité des cas rapportés par le réseau de surveillance, et notamment par le fait qu'une part des cas signalés est issue de la consultation de suivi des patients infectés par le VIH.

La prévalence des co-infections syphilis récente et VIH diminue cependant nettement ces 3 dernières années, passant de 2 patients sur 3 en 2012 à 1 patient sur 2 en 2015 et 2016 (Figure 6).

| Figure 4 |

Evolution des cas de syphilis récente selon le stade, dans les départements du Nord et Pas-de-Calais, réseau Résist, 2011-2016.



Source : Santé publique France, données Résist, 2016

| Figure 5 |

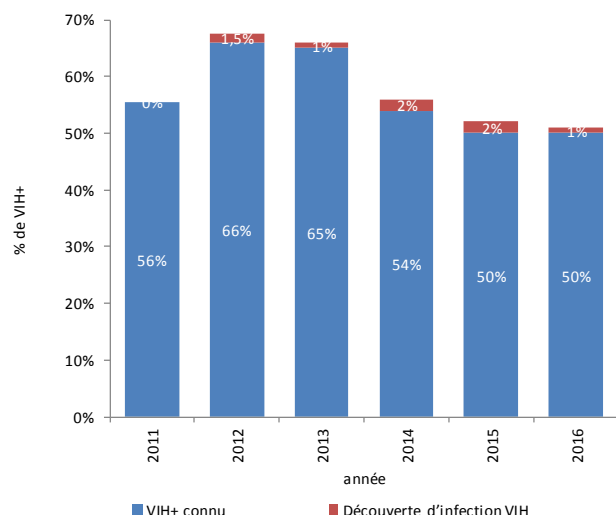
Evolution des cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, dans les départements du Nord et Pas-de-Calais, réseau Résist, 2011-2016.



Source : Santé publique France, données Résist, 2016

| Figure 6 |

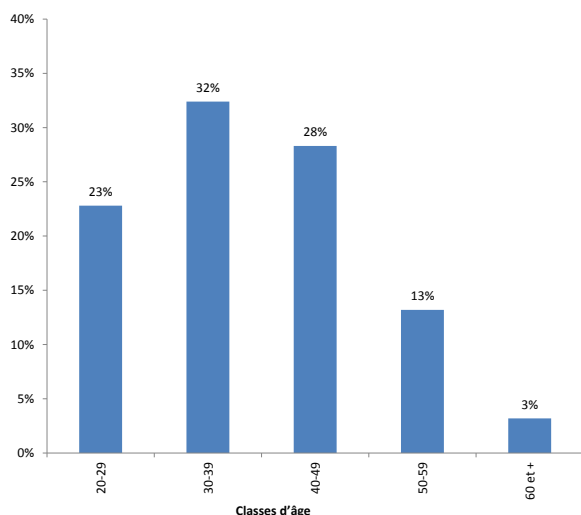
Evolution de la co-infection par le VIH en cas de syphilis récente, dans les départements du Nord et Pas-de-Calais, réseau RésIST, 2011-2016.



Source : Santé publique France, données Résist, 2016

| Figure 7 |

Distribution des cas de syphilis récente selon l'âge dans les départements du Nord et Pas-de-Calais, réseau RésIST, année 2016.



Source : Santé publique France, données Résist, 2016

1.3.1 Caractéristiques comportementales

Dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, les comportements sexuels sont plus à risque en 2016 que sur la période 2011-2015 (tableau 2). En 2016, l'utilisation systématique du préservatif lors des pénétrations anales et vaginales demeure très faibles, 12% et 1% respectivement (tableau 2). On constate une non utilisation systématique du préservatif pour les pratiques oro-génitales (0%). Les mêmes tendances sont observées au niveau national.

| Tableau 2 |

Comportement sexuel des patients diagnostiqués pour une syphilis récente (*) selon la période de diagnostic, départements Nord et Pas-de-Calais, 2011-2016.

	Nord et Pas-de-Calais		France
	2011-2015	2016	2016
Utilisation systématique de pré-servatif			
Pénétration anale (%)	29	12	26
Pénétration vaginale (%)	5	1	22
Fellation (%)	1	0	2

* Les informations sur les comportements sont disponibles pour la région et le niveau national, respectivement la moitié et les deux tiers des cas

Source : Santé publique France, données Résist, 2016

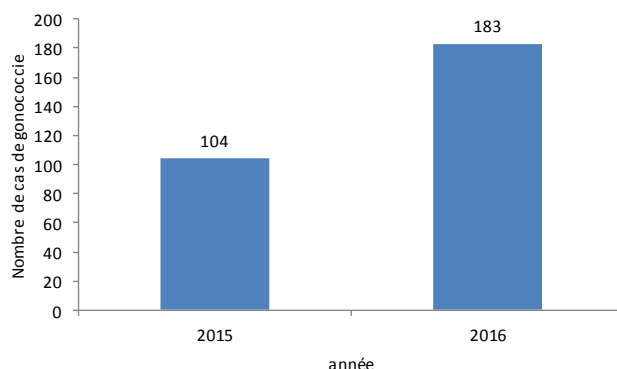
2. Gonococcie

2.1 Evolution du nombre de cas de Gonococcies

En 2016, dans les départements du Nord et Pas-de-Calais, le nombre de cas de gonococcie a augmenté, passant de 104 en 2015 à 183 en 2016 (+76%) (Figure 8). Cette forte augmentation peut être expliquée en partie par une utilisation systématique de la PCR pour le diagnostic depuis 2015 à Tourcoing où est diagnostiquée la majorité des cas de gonococcie.

| Figure 8 |

Evolution du nombre de cas de gonococcie déclarés dans les départements du Nord et Pas-de-Calais, Réseau RésIST, 2015-2016.



Source : Santé publique France, données Résist, 2016

2.2 Caractéristiques des recours au dépistage, 2015-2016

Sur la période 2015-2016, 68% des cas ont été déclarés par le centre hospitalier de Tourcoing (consultation et CeGIDD), 30% en structures spécialisées (CeGIDD) et 2% par des médecins libéraux.

2.3 Caractéristiques des Cas, 2015-2016

2.3.1 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Sur l'ensemble de la période 2015-2016, 50% des cas ont consulté pour des signes cliniques d'IST, 39% dans le cadre d'un dépistage systématique, 3% pour un partenaire ayant une IST et 20% pour d'autres signes cliniques. En 2016, l'existence de signes cliniques d'IST motive 43% des consultations (44% au niveau national), le dépistage systématique 34% (34% au niveau national) et les autres signes 20% (9% au niveau national) (tableau 3). En 2016, la proportion de femmes parmi les cas de gonococcie est de 5% (6% en 2014-2015) (Tableau 3). Ces proportions sont plus faibles que celle observée au niveau national.

La proportion de HSH est relativement stable sur la période 2015-2016.
En 2016, les HSH représentaient 88% cas de gonococcie (tableau 3). La proportion de HSH est plus élevée dans la région par rapport à celle du niveau national (71%).
En 2016, Les moins de 39 ans étaient les plus représentées (60%) (figure 9).

| **Tableau 3** |

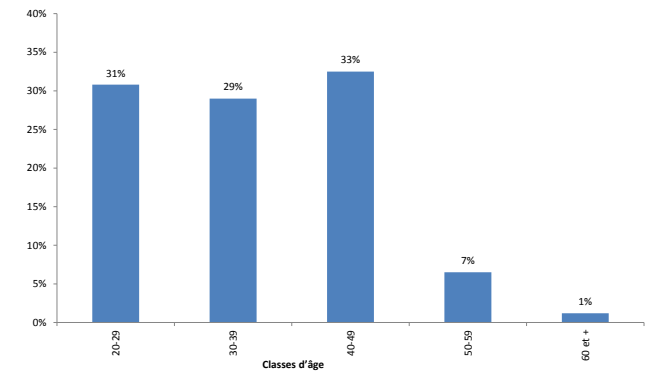
Caractéristiques des cas de gonococcie, dans les départements du Nord et Pas-de-Calais, RésIST, 2015-2016.

	Nord et Pas-de-Calais		France
	2015	2016	2016
	(n=104)	(n=183)	(n=2528)
Sexe (%)			
Hommes	94	95	85
Femmes	6	5	15
Motif de consultation initiale (%)			
Dépistage systématique	30	34	34
Signes d'IST	56	43	44
Partenaires avec une IST	0	3	13
Autres signes cliniques	2	20	9
Orientation sexuelle (%)			
Hommes homo-bisexuels	82	88	71
Hommes hétérosexuels	12	8	15
Femmes hétérosexuelles	6	4	14
Femme homo-bisexuelles	1	1	1
Statut sérologique VIH (%)			
Positif connu	45	51	13
Découverte de sérologie VIH	1	1	1
Age médian (année)			
HSH	34	35	29
Hommes hétérosexuels	26	29	25
Femmes hétérosexuelles	24	21	22

Source : Santé publique France, données Résist, 2016

| **Figure 9** |

Distribution des cas de gonococcie selon l'âge, dans les départements du Nord et Pas-de-Calais, réseau RésIST, année 2016.



Source : Santé publique France, données Résist, 2016

2.3.2 Caractéristiques comportementales

Les comportements sexuels sont plus à risque en 2016 par rapport à la période 2015-2016 (Tableau 4). En 2016, le préservatif est utilisé de manière systématique lors des pénétrations anales et vaginales respectivement par 6% (17% en 2014-2015) et 2% (11% en 2014-2015) des cas de gonococcie (tableau 4).

| **Tableau 4** |

Caractéristiques des cas de gonococcies, dans les départements du Nord et Pas-de-Calais, réseau RésIST, 2015-2016.

	Nord et Pas-de-Calais		France
	2015	2016	2016
Utilisation systématique de préservatif (%)			
pénétration anale	17	6	24
pénétration vaginale	11	2	16
Fellation	8	1	1

Source : Santé publique France, données Résist, 2016

| Plus d'information sur la surveillance des IST, les questionnaires et les bilans nationaux |

Disponibles sur le site de [Santé publique France](https://www.santepubliquefrance.fr)

A partir de fin 2016, une importante épidémie d'hépatites aiguës A a touché la communauté des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) dans de nombreux pays européens, dont la France. Trois souches « épidémiques » du génotype 1A (VRD_521_2016, RIVM-HAV16-090 et V16-25801), à l'origine de cette épidémie internationale, ont été majoritairement isolées lors des épidémies et cas groupés identifiés et décrits en Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Slovaquie, Suède et au Royaume-Uni. En France métropolitaine, la recrudescence des cas d'hépatite A a été détectée début 2017 en Normandie, dans les Hauts-de-France et en Ile-de-France puis l'épidémie s'est étendue à toutes les régions métropolitaines durant l'été 2017.

La recrudescence des nouveaux cas a été détectée dans la région en mars 2017, avec un doublement des signalements à partir du mois de mai. Le pic épidémique a été observé de mai à juillet, suivi d'une diminution continue à partir du mois d'août. Si le nombre de nouveaux cas est en constante diminution ces 4 derniers mois, il demeure, au dernier trimestre 2017, encore 3 fois supérieur à celui observé à la même période en 2016, témoignant d'une circulation communautaire toujours active du VHA dans la région (fig. 1).

Cette épidémie s'est aussi accompagnée d'une modification significative de l'âge des cas par rapport la répartition habituellement observée dans la région. On observe, que les 25-64 ans constituaient en 2017 la classe d'âge la plus touchée (74% des cas), dont 84% étaient des hommes.

Le contexte épidémique international chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), rapporté depuis 2016 dans plusieurs pays européens, avait conduit la CVS-ARS à l'exploration systématique de ce facteur de risque non inclus dans le formulaire de déclaration obligatoire lors du signalement des cas. Ces investigations avaient mis en évidence que près des 2/3 des cas masculins déclarés rapportaient des relations sexuelles avec des hommes dans les semaines précédant le début de l'infection.

| Mesures de gestion |

Depuis début 2017, le contexte épidémique du VHA chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes a conduit les autorités sanitaires nationales [1] et internationales (OMS, ECDC) à recommander de renforcer les mesures d'information et de prévention (vaccinations) à destination des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

Des campagnes d'information ont été mises en œuvre par les autorités sanitaires nationales et régionales via les professionnels de santé, associations, CEGIDD (Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles (IST)), lieux (saunas, boîtes gays) et sites internet de rencontre et la diffusion d'affiches, cartes et dépliants d'information. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/hepatite-dans-les-hauts-de-france-campagne-de-vaccination-exceptionnelle-et-gratuite>

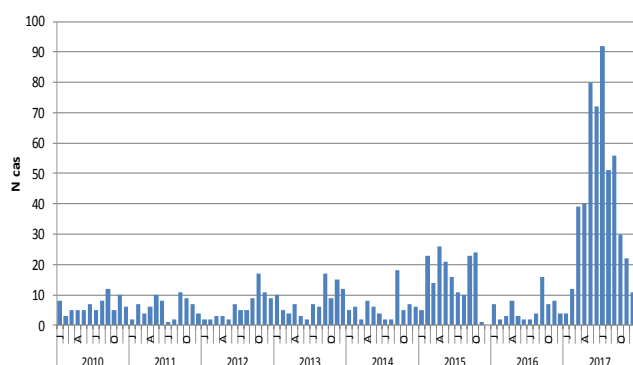
Des campagnes de vaccinations contre l'hépatite A ont également été lancées dans de nombreuses régions dont les Hauts-de-France avec, compte-tenu du contexte actuel de pénurie de vaccins dans les officines, la mise à disposition gratuite de vaccins anti-VHA dans les CEGIDD. Les coordonnées des CEGIDD des Hauts-de-France, approvisionnés en vaccins, figurent sur les affiches, cartes et dépliants diffusés. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/hepatite-dans-les-hauts-de-france-campagne-de-vaccination-exceptionnelle-et-gratuite>

Au 20 septembre 2017, 449 vaccins anti-VHA ont été administrés dans les CEGIDD et SPS des Hauts-de-France, dont 379 (84%) chez des personnes de la communauté HSH. La vaccination doit continuer à être proposée étant donné la circulation encore active du VHA dans cette communauté.

Pour rappel, le diagnostic des cas d'hépatite aiguë A est à signalement immédiat auprès de la plateforme de veille sanitaire de l'ARS et à déclaration obligatoire via une fiche de notification. Le signalement rapide permet la mise en œuvre sans délai de la vaccination préventive autour des cas.

[1] [Campagne d'information Santé publique France](#)

Figure 1 : Distribution mensuelle des cas d'hépatite aiguë A déclarés dans les Hauts-de-France depuis 2010.



Source : système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire – Santé publique France. *Données décembre 2017 non consolidées

| Principales caractéristiques épidémiologiques des cas |

Avec 509 cas déclarés et une incidence régionale plus de 1,5 fois supérieure (8,5 cas/10⁵ habitants) à l'incidence nationale (5,1/10⁵), la région des Hauts-de-France a été la plus touchée. Au niveau infrarégional, l'incidence la plus élevée a été observée dans les départements du Nord et du Pas de Calais qui regroupent la quasi-totalité (90%) des cas signalés en 2017 dans les Hauts-de-France.

L'augmentation brutale du nombre de cas, qui a débuté en mars, s'est accompagnée d'une modification, jamais observée, ces dernières années dans la région, du sexe-ratio H/F et des classes d'âges touchées. Habituellement proche de 1 dans la région, le sex-ratio H/F des cas déclarés de mars à novembre 2017 était 7 fois plus élevé. A partir de juin, la diffusion communautaire et l'augmentation du nombre de cas chez les femmes ont entraîné un rééquilibrage du sexe-ratio de l'ordre de 3 hommes pour une femme en moyenne sur les derniers mois de l'année.

Surveillance des hépatites B et C

Hauts-de-France – Juin 2017

Hépatite C

Activité de dépistage en population générale

- En 2015, l'activité de dépistage de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) (39 / 1000 habitants) dans les Hauts-de-France est dans la moyenne de la France métropolitaine (41/ 1000 habitants). Elle est plus basse dans les départements de l'Oise, l'Aisne et de la Somme (30/ 1000 habitants).
- Le nombre de tests Ac anti-VHC confirmés positifs par habitants (37 pour 100 000 habitants) est très inférieur à celui de France métropolitaine (50 pour 100 000 habitants).

Activité de dépistage parmi les populations spécifiques

- Chez les usagers de drogues, les prévalences déclarées en 2015 dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) (37%) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la rééducation des risques des usagers de drogues (CAARUD) (26%) sont significativement inférieures à celles rapportées dans le reste de la France.
- En Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), sur la période 2013-2015, le pourcentage de positivité (rapport du nombre de tests positifs sur le nombre de tests réalisés) de l'Ac anti-VHC (1,05%) est supérieur au pourcentage national (0,84%) probablement du fait de pratiques de dépistage ciblant les personnes présentant un risque élevé de contamination par le VHC.

Prise en charge de l'hépatite C chronique

- En 2015, le nombre de patients en ALD 6 pour une hépatite chronique C rapporté à la population en région Hauts de France est l'un des plus faibles (53/100 000 habitants) de France métropolitaine. C'est dans l'Oise que ce nombre est le plus élevé (79/100 000 habitants), il reste cependant inférieur à l'estimation de France métropolitaine.
- Le nombre de personnes traitées par AAD (7 / 100 000 en 2014 et 11 / 100 000 en 2015) est inférieur à celui de la France métropolitaine (15/100 000 en 2014 et 22/100 000 en 2015).

Hépatite B

Activité de dépistage en population générale

- En 2015, l'activité de dépistage de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) (40 / 1000 habitants) est dans la moyenne de France métropolitaine (43/ 1000 habitants).
- Le nombre de tests Ac anti-VHB confirmés positifs par habitants (25 / 100 000 habitants) est presque deux fois inférieur à celui de France métropolitaine (48 / 100 000 habitants). Le pourcentage de positivité dans les Hauts-de-France (0,45%) est inférieur à celui de la France métropolitaine (0,84 %).

Activité de dépistage parmi les populations spécifiques

- Chez les nouveaux donneurs de sang, sur la période 2013- 2015, la prévalence de l'infection par le VHB (5,0/ 10 000 donneurs), est inférieure à celle observée en France métropolitaine (6,7/ 10 000 donneurs).
- Chez les femmes enceintes ayant bénéficié d'un dépistage prénatal en 2014, au niveau départemental, les taux sont inférieurs à celui de France métropolitaine.
- En CDAG, sur la période 2013- 2015, le pourcentage de positivité pour le VHB est de 0,85%, similaire à celui retrouvé en France métropolitaine. Ce pourcentage a diminué de 0,95% en 2013 à 0,71% en 2015. La majorité des personnes dépistées appartient à la classe d'âge 20-29 ans.

Prise en charge de l'hépatite B chronique

- En 2015, le nombre de bénéficiaires de l'ALD 6 pour cette pathologie (15 / 100 000 habitants) est le plus bas observé en France. Comme pour l'hépatite C chronique, c'est dans l'Oise que l'on observe le nombre le plus élevé de bénéficiaires de l'ALD 6 pour une hépatite B chronique (23 / 100 000 habitants), ce taux reste cependant inférieur à l'estimation de France métropolitaine.

Points clés vaccination hépatite B

Entre 2006 et 2015, la couverture vaccinale anti-VHB des enfants de 24 mois et de 6 ans a progressé dans l'ensemble des départements des Hauts-de-France. En 2015, les estimations de couverture vaccinale des enfants de 24 mois varient de 88% dans le Nord à 92% dans l'Aisne

La PrEP est disponible, quelle efficacité possible en prévention ?

Limitier la transmission du VIH reste un enjeu de santé publique majeur.

Un nouvel outil de prévention permettant de limiter les nouvelles infections est disponible : c'est ce que l'on appelle la PrEP (Prophylaxie Pré-exposition). Cela consiste à proposer un médicament actif contre le VIH à des personnes non-infectées prenant des risques sexuels et ayant des difficultés à utiliser systématiquement le préservatif, ou étant en incapacité de le faire.

Ce traitement préventif est disponible depuis bientôt 2 ans en France, il est remboursé à 100% par la sécurité sociale ce qui devrait en faciliter l'accès à toute personne particulièrement exposée au risque d'infection par le VIH.

L'efficacité de ce nouvel outil de prévention a été scientifiquement démontrée. La littérature scientifique, dont les résultats de l'essai IPERGAY en France, montre que le risque d'infection par le VIH est considérablement diminué chez les personnes sous PrEP comparativement aux personnes ne bénéficiant pas de ce traitement.

Si, tout comme l'usage du préservatif, il a été démontré que la PrEP est une mesure de prévention individuelle efficace, l'enjeu est maintenant de pouvoir évaluer son impact sur l'évolution de l'épidémie et de l'incidence de l'infection au sein des populations ciblées : combien de personnes doivent en bénéficier pour stopper l'épidémie ?, combien de nouvelles infections sont évitées directement par la prise de PrEP et indirectement par la protection qu'appartient les personnes sous PrEP à celles qui ne la prennent pas ? Cette évaluation dans « la vraie vie » de la PrEP n'est pas réalisable pour le moment car son instauration est encore trop récente.

A défaut, des travaux scientifiques tentent de réaliser des projections sur l'impact de la PrEP sur l'évolution de l'épidémie en termes d'incidence et de coût pour la société. Toutes les études

notent un effet positif de la PrEP sur ces éléments. Cependant, les résultats varient avec par exemple une diminution de 20% à 80% du nombre de nouvelles infections. Ces résultats sont liés aux méthodes utilisées et aux hypothèses de travail plus ou moins optimistes (couverture populationnelle de la PrEP, augmentation ou diminution de l'utilisation du préservatif, ...). Il ressort ainsi de ces études que l'efficacité de la PrEP est modulée par de nombreux déterminants bien connus : nombre de partenaires, co-infections, pratiques sexuelles, fréquence du dépistage, usage du préservatif, mise en route des traitements antirétroviraux chez les personnes infectées.

Mis à disposition en dehors des protocoles de recherche pour les personnes à risque depuis près de 5 ans aux États-Unis et bientôt 2 ans en France, seulement 10 à 20% des personnes éligibles pour ce traitement y ont eu accès dans ces deux pays. Ainsi, seule l'action conjointe et soutenue sur l'ensemble des outils de prévention permettra à la PrEP d'être aussi efficace qu'on peut le souhaiter.



Où trouver la PrEP dans les Hauts de France ?
<http://www.aides.org/la-prep-vih-sida>

Propos utiles autour du préservatif

1. Le préservatif externe (« masculin »)

L'usage du préservatif masculin est en perte de vitesse. Certains hommes refusent ou sont gênés par la pose ou le port du préservatif masculin dans leurs sensations (par diminution de sensibilité) ou leur perception érotique du rapport sexuel. Voici quelques éléments de langage pour la promotion du bon usage du préservatif et surtout de l'existence d'une diversité en terme de dimensions, longueurs, diamètres, épaisseurs, matières, surface lisse ou striée, parfums, couleurs, goûts, avec ou sans réservoir...

Avant-propos

Le préservatif est une fine enveloppe en latex ou en polyuréthane. Il se place sur le pénis en érection, avant une relation sexuelle mettant en contact le sexe masculin et une muqueuse; il remplit deux fonctions :

1. contraceptive, pour éviter une grossesse non désirée;
2. prophylactique, pour éviter la propagation d'infections sexuellement transmissibles (IST), dont le virus VIH.

Des normes strictes encadrent le préservatif masculin

Les différents contrôles concernent les dimensions, les volumes et pressions d'éclatement, la résistance à la traction avant et après vieillissement, l'absence de perforations, la stabilité des couleurs, la résistance au stockage, les emballages.

- Situations d'utilisation :

- o Pénétration vaginale ;
- o Pénétration anale : les risques de transmettre une IST sont plus élevés dans ce cas, du fait de l'irritation et de possibles saignements ;
- o Fellation.

- Précautions d'utilisation et situations rencontrées :
 - o bien choisir le modèle, condition d'un préservatif efficace : trop grand, le préservatif ne tient pas en place et risque de glisser ; trop petit, il risque d'éclater. Les préservatifs de taille standard conviennent à la plupart des pénis ;
 - o emballage abîmé = préservatif moins efficace : les préservatifs ne craignent pas la démagnétisation ; restés longtemps dans un portefeuille ou une poche, les emballages s'abîment plus facilement ;
 - o bien voir la date limite d'utilisation : un préservatif est périmé au bout de 5 ans et doit être jeté ;
 - o un préservatif ne s'utilise qu'une seule fois ; il doit être noué avant d'être jeté ;
 - o un préservatif ne se lave pas ;
 - o les préservatifs doivent être conservés dans un endroit frais et sec.
- Utilisation du préservatif :
 - o le préservatif doit être retiré de sa pochette avec les doigts et non à l'aide des dents. Ne pas utiliser de ciseaux ou d'ustensiles coupants, qui peuvent l'endommager ;
 - o La poche de réserve, qui reçoit et stocke le sperme, ne doit pas être tendue mais laissée souple et lâche. Trop comprimée sur le gland, elle peut être à l'origine d'éclatements locaux ;
 - o Ne jamais utiliser deux préservatifs l'un sur l'autre ;
 - o En cas de rapports vaginaux ou anaux l'usage des gels lubrifiants est recommandé ;

- Les corps gras (crèmes, huiles, vaseline par exemple) sont fortement déconseillés avec les préservatifs en latex car ils les rendent poreux, et donc moins résistants ;
- Ne pas employer de corps gras comme les crèmes ou huile de cuisson, huile pour bébés, huile de noix de coco, huile minérale, graisse minérale, de vaseline, de lotions pour la peau, de beurre de cacao, de beurre laitier ou de margarine ;
- Ne pas ajouter du lubrifiant à l'intérieur du préservatif car cela augmente le risque de glissement au cours du rapport sexuel.
- Un traitement par Miconazole ou Econazole par voie vaginale abîme le latex. En cas de traitement (ex. : pour mycose), les préservatifs en polyuréthane sont donc à privilégier.

Le préservatif d'abord, la pénétration ensuite

Ne pas attendre le dernier moment pour mettre le préservatif

Le liquide pré-séminal, qui s'écoule avant l'éjaculation, présente un risque de grossesse et ou d'IST (infections sexuellement transmissibles), y compris d'infection par le VIH.

Pourquoi ? Rappels sur liquide pré-séminal, liquide séminal et sperme

Le liquide pré-séminal, fluide non émis pendant l'éjaculation

Ce fluide n'est pas émis pendant l'éjaculation, mais bien avant, pendant la phase d'excitation sexuelle de l'homme, lorsque le pénis est en érection. Secréte par les glandes de Cowper situées sous la prostate, ce fluide visqueux et incolore a pour fonction de faciliter le passage du sperme dans l'urètre, mais aussi de lubrifier le pénis et le vagin. Il ne contient généralement pas de spermatozoïdes. Cependant, si deux rapports sexuels ont lieu de façon rapprochée, le liquide pré-séminal peut contenir quelques spermatozoïdes ayant été émis lors de l'éjaculation précédente.

Le liquide séminal, fluide produit au moment de l'éjaculation

Contrairement au liquide pré-séminal émis en dehors de l'éjaculation masculine, le liquide séminal est contenu dans le sperme. Il compose d'ailleurs la majeure partie de ce liquide qui permet l'expulsion des spermatozoïdes. Le liquide séminal est sécrété par les vésicules séminales reliées à la prostate. Composé de camitine, de zinc et de fructose responsables de son goût et de son odeur, le liquide séminal a pour rôle de nourrir les spermatozoïdes et de leur permettre de survivre à l'intérieur du vagin, au niveau du col de l'utérus.

Le sperme

Il est composé de 10 % de cellules reproductrices, les spermatozoïdes fabriqués par les testicules, et de 90% de liquide séminal.

1.1 Connaître les 12 pires excuses pour ne pas utiliser de préservatif

(<http://www.onsexprime.fr>)

- 1- « J'ai moins de sensations »** Si utiliser un préservatif est, pour toi, un truc qui casse l'ambiance, c'est clair, tu auras moins de sensations. Mais, si c'est un jeu sensuel, si c'est, par exemple, le/la partenaire qui le met à l'autre, ça change tout.
- 2- « Ça fait débânder »** Soyons clairs : on ne bande pas sur un claquement de doigt, ce n'est pas automatique. Avec ou sans préservatif, on peut débânder. Sinon il est possible d'utiliser un préservatif féminin. Il peut être mis plusieurs heures à l'avance. Pas besoin de s'interrompre.
- 3- « Ça serre »** Il existe différentes tailles, tu n'as qu'à choisir celle au-dessus. Il est possible d'utiliser un préservatif féminin. Il

peut être mis plusieurs heures à l'avance. Pas besoin de s'interrompre.

4- « Ça casse l'ambiance » Quand il est à portée de main, et vu la diversité en terme de dimensions, matières, surface lisse ou striée, parfums, couleurs, goûts, ce n'est pas vraiment compliqué. Sûr, si on doit traverser l'appartement pour en trouver un, ça rompt le charme... Et puis, ça peut être un jeu érotique avec ton/ta partenaire.

5- Je suis allergique au latex Il y en a en polyuréthane pour ceux/celles qui sont allergiques. Ou alors, il y a le préservatif féminin, en nitrile.

6- On fait attention, il se retire avant d'éjaculer Déjà, ça ne suffit pas à prévenir une grossesse. Quant aux IST, elles ne se gêneront pas pour circuler de l'une à l'autre.

7- Je n'ai pas d'IST, je n'en ai pas besoin Tu n'en sais rien. Les IST sont sournoises, elles s'installent incognito. Aucun symptôme. Et tu les refiles ou tu te les fais refile sans même t'en rendre compte.

8- J'aime mon/ma partenaire Quel rapport ? Les IST ne cherchent pas à savoir si tu aimes ou pas ton/ta partenaire. Elles ne font pas dans le sentiment. Elles circulent.

9- Pour qui on me prend ? Pas la peine de monter sur tes grands chevaux ! Ce n'est pas une honte d'avoir une IST. Ça ne veut pas dire que tu manques d'hygiène ou que tu as une sexualité débridée. Il suffit d'une fois.

10- Tu as quelque chose à cacher ? Pas de parano. Les IST n'ont pas toujours de symptômes, mais se transmettent quand même. Tu peux en être porteur/euse sans le savoir. Ton/ta partenaire aussi.

11- C'est ma première fois Les IST, ça se chope de mille et une façons. Caresses poussées. Rapports buccaux. Pas besoin d'avoir eu une pénétration. Même la première fois, protège-toi.

12- Ça me brûle Peut-être que tu dois mettre du lubrifiant sur ton préservatif. Ça peut être aussi une mycose ou une IST. Raison de plus de mettre un préservatif. Ça peut être une allergie. Utilise alors des préservatifs en polyuréthane ou autre matériau.



Et en images

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/748.pdf>

2. Le préservatif interne (« féminin »)

Pas très connu et encore peu utilisé, le préservatif féminin reste l'un des moyens de contraception les plus sûrs et les moins contraignants pour la femme.

Le préservatif féminin qui existe déjà depuis 1998, est le pendant du préservatif masculin adapté à la morphologie du vagin. A la fois un contraceptif et une protection contre les maladies sexuellement transmissibles, il se place le long des parois du vagin, pour recevoir le pénis.

Composé d'une fine gaine en polyuréthane ou en nitrile (pour éviter les problèmes d'allergie au latex), le préservatif féminin est muni d'un anneau souple à chaque extrémité. L'anneau intérieur, situé du côté fermé, sert à l'insertion et au maintien du préservatif. L'anneau extérieur, plus grand, recouvre les organes génitaux externes. Lubrifié, et plus fin que le préservatif masculin, il est aussi à usage unique.

Un préservatif est périmé 5 ans après sa fabrication. Sont préférables les préservatifs qui portent sur leur emballage les normes CE ou la NF EN 600. Celles-ci indiquent que le préservatif a subi de nombreux tests de résistance et qu'il est conforme aux exigences de sécurité et de qualité.

Avantages

- Son installation à n'importe quel moment avant la relation sexuelle (jusqu'à 8 heures avant) permet de ne pas interrompre les préliminaires.
- Il prolonge l'intimité, puisqu'il n'est pas nécessaire de le retirer aussitôt après l'éjaculation.
- Sa solidité (moins de risques de rupture) et sa douceur à la fois.
- La possibilité d'utiliser un lubrifiant à base d'huile ou à base d'eau.
- Plus large que le préservatif masculin, il ne comprime pas le pénis.
- Plus fin, il permet une meilleure sensation tactile.
- L'anneau extérieur, par son frottement sur le clitoris, permettrait d'atteindre l'orgasme plus rapidement.
- Convient parfaitement aux femmes allergiques au latex puisqu'il est fait de polyuréthane ou de nitrile.
- Les préservatifs sans latex sont plus perméables aux échanges de chaleur et de mouvements.
- L'offre efficace d'une méthode de contraception et de protection contre les IST.
- La femme a une meilleure maîtrise des moyens de prévention puisque la protection ne fait plus forcément intervenir le partenaire.
- Le gel lavant intime pour femmes est compatible avec ce dispositif sans l'altérer.
- Les sites marchands du web proposent un choix et une diversité de préservatifs féminins.

Inconvénients et réserves

- L'apparence, qui n'est pas entrée dans les mœurs n'est pas très esthétique car il se voit un peu de l'extérieur, sur les lèvres vaginales.
- L'utilisation nécessite un peu de pratique ou une grande complicité dans le couple lors des premiers essais avant de parvenir facilement à le placer. Il est donc conseillé de s'entraîner seule avant la première utilisation.
- L'anneau interne, qui ne doit normalement pas être ressenti par le partenaire, peut l'être dans certaines positions.
- Un déplacement lors d'une relation sexuelle est possible : le conseil des fabricants : «Assurez-vous que le pénis de votre partenaire pénètre correctement à l'intérieur du préservatif.»
- Étant moins ajusté que le préservatif masculin, il peut provoquer des bruits de succion lors de la pénétration.
- Lors du cunnilingus et de la masturbation, l'anneau extérieur n'empêche pas la stimulation orale ou manuelle du clitoris, mais la rend moins aisée. Il en va de même pour la masturbation vaginale.
- Des risques de perforation avec les ongles ou bijoux peuvent exister.
- Certaines utilisatrices considèrent la texture du lubrifiant d'origine comme trop visqueuse.
- Il est un peu plus coûteux que le préservatif masculin.
- L'utilisation du préservatif féminin lors d'une pénétration anale : les fabricants n'ont pas fait de recherches pour ce type d'utilisation et donc c'est vivement déconseillé.

- Ne jamais utiliser un préservatif féminin et un préservatif masculin en même temps, car la friction peut les faire déchirer.
- Un nouveau préservatif doit être utilisé lors de chaque relation sexuelle.

Mode d'emploi en images

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1327.pdf>

| Pour plus d'informations |

Vous pouvez consulter le bulletin des réseaux de surveillance des IST-Rénaço, Rénacla et ResIST sur le site de l'InVS : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance>

Pour en savoir plus sur l'épidémiologie des hépatites B et C

Santé Publique France. Données régionales de l'hépatite B. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales/Hepatitis-B/Indicateurs-regionaux-de-surveillance-de-l-hepatite-B>

Santé Publique France. Données régionales de l'hépatite C. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales/Hepatitis-C/Indicateurs-regionaux-de-surveillance-de-l-hepatite-C>

Données de couverture vaccinale contre l'hépatite B en France. Données nationales et infra-nationales. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Hepatitis-B>

Pour en savoir plus sur la prévention des hépatites B et C

- La prévention de l'hépatite B. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/hepatites/hepatite-B.asp>
- La prévention de l'hépatite C. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/hepatites/hepatite-C.asp>
- La vaccination contre l'hépatite B. <http://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Vaccination-info-service.fr>

| Remerciements |

Nous remercions :

- l'ensemble des déclarants, médecins, biologistes, CDAG, Ciddist, services hospitaliers qui contribuent ainsi à la surveillance épidémiologique pour une meilleure connaissance des maladies, ainsi que le département des maladies infectieuses de Santé Publique France pour l'organisation de la surveillance au niveau national.
- Hélène Haguy-Boulai, Santé Publique France, pour la réalisation des cartes

| Acronymes |

AAD : Antiviraux d'action directe

Ac anti-VHC : Anticorps anti-virus de l'hépatite C

Ag HBS : Antigène de surface

ALD : Affection longue durée

ARS : Agence régionale de santé

CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues

CDAG : Centres de dépistage anonyme et gratuit

CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit

Ciddist : Centre d'Information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

Cire : Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région

Corevih : Coordination régionale de lutte contre l'infection à VIH

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

DCIR : Datamart consommation inter-régimes

Dress : direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques

EFS : Etablissement français du sang

HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes

IST : Infection sexuellement transmissible

LGV : lymphogranulomatose vénéérienne

RésIST : réseau de surveillance des IST

SIDA : syndrome de l'immunodéficience acquise

Sniiram : Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

IST : Infection sexuellement transmissible

LGV : lymphogranulomatose vénéérienne

RésIST : réseau de surveillance des IST

SIDA : syndrome de l'immunodéficience acquise

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

AGENCE REGIONALE DE SANTÉ des HAUTS-DE-FRANCE

556 avenue Willy Brandt - 59777 Eurallille - Téléphone : 03 62 72 88 00
Site internet : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/>

COREVIH

COREVIH Nord Pas de Calais - Téléphone : 03 20 69 48 48 - Adresse Mail : dkodarin@ch-tourcoing.fr - Site internet : www.corevih-5962.fr
COREVIH Picardie - Téléphone : 03.22.66.76.69 - Adresse Mail : corevihpicardie@chu-amiens.fr - Site internet : <https://www.docvadis.fr/corevih-picardie>

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Cire Hauts-de-France, Bâtiment ONIX, 556 avenue Willy Brandt 59777 EURALLILLE France - Tél. : 03 62 72 88 88 - Télécopie : 03 20 86 02 38
Adresse Mail : ars-hdf-cire@ars.sante.fr - Site internet : <http://www.santepubliquefrance.fr>