

VIH/SIDA ET INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

DANS LES HAUTS-DE-FRANCE

DÉCEMBRE 2016

À

l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida du 1^{er} décembre 2016, Santé publique France, l'Observatoire régional de la santé et du social et les Corevih des ex-régions Nord - Pas-de-Calais et Picardie se sont associés pour préparer une synthèse des données disponibles pour l'infection par le VIH, le sida et les infections sexuellement transmissibles (IST) et apporter à l'agence régionale de santé (ARS) un regard croisé sur la situation épidémiologique dans la nouvelle région des Hauts-de-France.

Les indicateurs présentés dans cette plaquette proviennent des systèmes de surveillance animés par Santé publique France : notification obligatoire des infections par le VIH et du sida, dépistage du VIH dans les laboratoires (LaboVIH) et réseau de surveillance des IST (RésIST). Ils sont complétés par l'analyse des bases de données médico-épidémiologiques issues des Corevih ainsi que des bases de données des principaux régimes de l'Assurance maladie concernant les affections de longue durée (ALD) et des certificats de décès. En outre, le bilan du dépistage de la syphilis, du VIH et des hépatites B et C chez les personnes entrant en établissements pénitentiaires de l'ex-Picardie et les premiers résultats d'une étude du centre hospitalier de Tourcoing portant sur les personnes vivant avec le VIH perdues de vue sont également publiés.

Parmi les résultats les plus significatifs présentés dans cette plaquette, la description des caractéristiques des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) montre une grande hétérogénéité entre les départements des Hauts-de-France. Dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, les hommes contaminés lors de relations sexuelles entre hommes et les personnes nées en France sont les plus représentés. Dans l'Oise et dans la Somme, les contaminations surviennent majoritairement lors de rapports hétérosexuels et concernent plus fréquemment des personnes nées en Afrique subsaharienne. D'une manière générale dans l'ensemble de la région, le nombre de diagnostics à un stade avancé, estimé entre 3 et 4 patients sur 10, demeure important et le vieillissement de la file active des patients suivis pour une infection par le VIH se poursuit, confirmant que la prise en charge thérapeutique permet de vivre durablement avec la maladie. Enfin, la surveillance des autres IST dans le Nord et le Pas-de-Calais montre une recrudescence préoccupante du nombre de syphilis depuis 2013.

L'agence régionale de santé (ARS), qui impulse et pilote la politique régionale de santé, a été associée à l'élaboration de ce document afin que les résultats présentés puissent constituer un premier diagnostic partagé des infections par le VIH et les autres IST dans les Hauts-de-France et contribuer à la définition et à l'évaluation des stratégies de prévention et d'amélioration de l'accès aux soins des patients et des personnes à risque de présenter une IST.

SOMMAIRE

Préambule	1
Surveillance des infections à VIH et sida.....	2
Affections de longue durée pour infection par le VIH.....	6
Personnes suivies pour une infection à VIH.....	8
Mortalité par sida.....	10
Surveillance de la syphilis....	11
Surveillance de la gonococcie	13
Conclusion et points clés.....	16

Surveillance des infections à VIH et sida

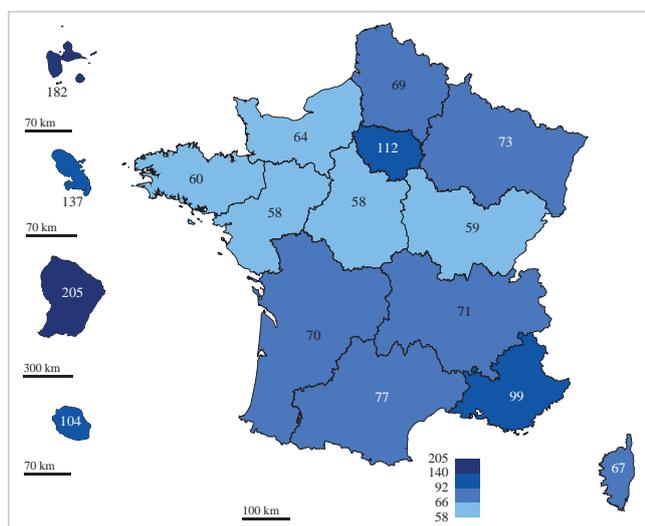
Infection à VIH

Un nombre de sérologies par habitant en région inférieur au niveau national

En 2015, le nombre de sérologies VIH par habitant effectuées dans la région Hauts-de-France était de 69 pour 1 000 habitants (IC95 % : [66-73]). Il est stable depuis 2006 et légèrement inférieur à celui observé au niveau national (81 pour 1 000 habitants). Dans l'ex-région Nord - Pas-de-Calais ce nombre est légèrement supérieur à celui observé dans l'ex-Picardie, (55 *versus* 78 pour 1 000 habitants). Dans l'Hexagone, les taux les plus élevés concernent l'Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur, respectivement de 112 et 99 pour 1 000 habitants.

La proportion de sérologies positives pour 1 000 tests effectués dans la région, estimée à 0,9 en 2015, est stable et varie entre 0,8 à 1,1 depuis 2003. Cette proportion demeure plus de deux fois inférieure à celle retrouvée au niveau national.

Nombre de sérologies VIH effectuées par région en 2015 (pour 1 000 habitants)



Source : Santé publique France, données LaboVIH, 2015

Données nationales

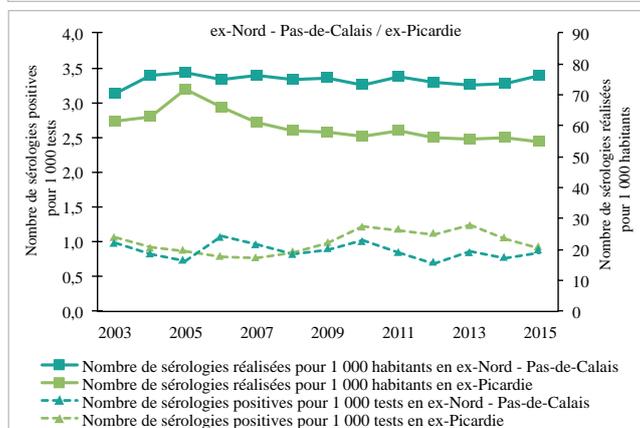
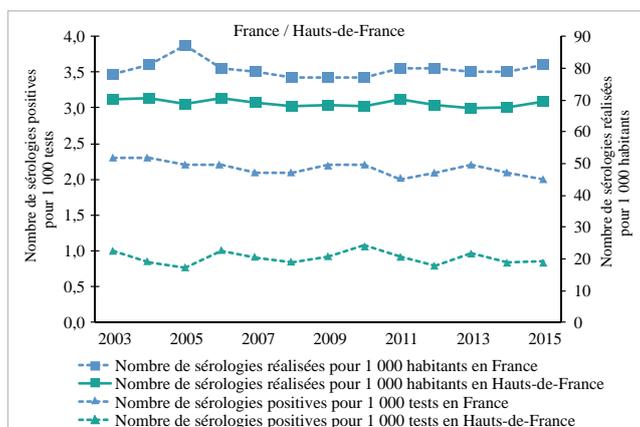
- Le nombre total de sérologies VIH réalisées en 2015 est estimé, à partir de l'activité des laboratoires participant au réseau LaboVIH, à 5,35 millions (IC 95 % [5,29-5,42]), soit 81 sérologies VIH pour 1 000 habitants. Cette activité de dépistage a augmenté modérément, de 3 % par rapport à 2013. La proportion de sérologies confirmées positives est de 2,0 pour mille sérologies réalisées.

- À ce dépistage par sérologie, s'ajoutent les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) communautaires, réalisés par les associations agréées, en nombre beaucoup plus faible (62 000 en 2015), mais dont le public ciblé est plus exposé que la population générale. La proportion de tests positifs y est donc plus élevée (7,7 pour mille TROD réalisés).

- Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en France en 2015 est estimé, à partir de la DO du VIH, à près de 6 000 personnes (IC 95 % [5 538-6 312]), soit 89 découvertes par million d'habitants. Ce nombre est stable sur la période 2011-2015.

- Environ 1 200 cas de sida ont été diagnostiqués en 2015, principalement chez des personnes qui n'avaient pas reçu de traitement antirétroviral avant leur diagnostic de sida (83 %).

Évolution du nombre de sérologies réalisées pour 1 000 habitants et du nombre de sérologies positives pour 1 000 tests



Source : Santé publique France, données LaboVIH, 2015

Surveillance des infections à VIH et sida (données actualisées au 31/12/2015)

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 Santé publique France.

1) La surveillance de l'activité de dépistage du VIH dans les laboratoires (LaboVIH) repose sur le recueil auprès de l'ensemble des laboratoires, en ville et à l'hôpital, du nombre de personnes testées pour le VIH, et du nombre de personnes confirmées positives pour la première fois pour le laboratoire. Le formulaire papier ou le lien pour répondre en ligne à LaboVIH sont disponibles auprès de Santé publique France¹. Depuis avril 2016, il est possible de participer à LaboVIH en ligne sur www.e-do.fr

2) La notification obligatoire de l'infection par le VIH est réalisée à la fois par le biologiste et par le clinicien pour toute personne dont la sérologie est confirmée positive pour la première fois pour le laboratoire².

3) La notification obligatoire du sida est réalisée par le clinicien pour tout nouveau diagnostic de sida. Ces deux notifications sont anonymisées à la source par le déclarant, elles comportent en guise d'identifiant un code d'anonymat, calculé au moyen d'un logiciel fourni par Santé publique France.

Jusqu'en avril 2016, les notifications obligatoires étaient réalisées à partir de formulaires papier, fournis sur demande aux déclarants (biologistes et cliniciens) par l'ARS de leur région d'exercice. Depuis avril 2016, la notification peut s'effectuer en ligne sur www.e-do.fr. Les anciens formulaires papier en stock peuvent être utilisés jusqu'en fin 2016. À épuisement des stocks ou au plus tard en janvier 2017, les déclarants qui ne parviendraient pas à déclarer en ligne pourront obtenir des formulaires sous forme de PDF à imprimer en s'adressant au support téléphonique e-DO Info Service. Plus d'information sur le site web de Santé publique France.

4) 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.

¹ ANSP-DMI-VIC@santepubliquefrance.fr

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

INFECTION PAR LE VIH ET SIDA

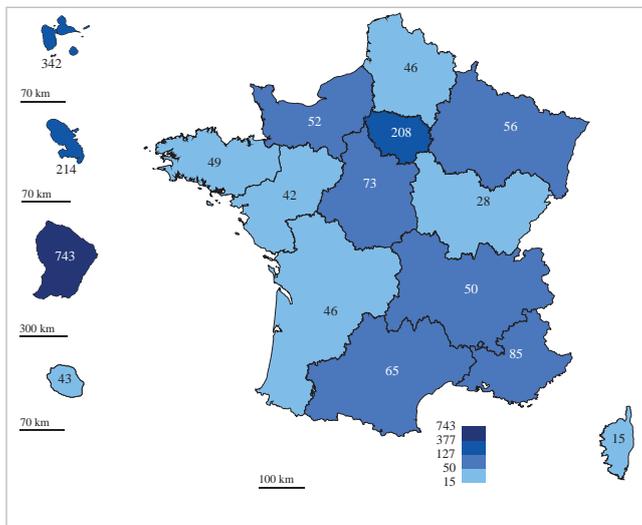
DANS LES HAUTS-DE-FRANCE

Notification obligatoire de l'infection à VIH Un taux stable pour la découverte de la séropositivité

En 2015, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité dans la région est de 46 par million d'habitants (IC95 % : [25-66]). Ce taux est stable depuis 2003 et près de deux fois inférieur au taux national, [89 par million d'habitants (IC95 % : [83-95]).

En France métropolitaine, en 2015 comme les années précédentes, c'est en Île-de-France qu'est observé le taux de découvertes de séropositivité le plus élevé (208 par million d'habitants).

Taux de découvertes de séropositivité VIH par région en 2015 (par million d'habitants)

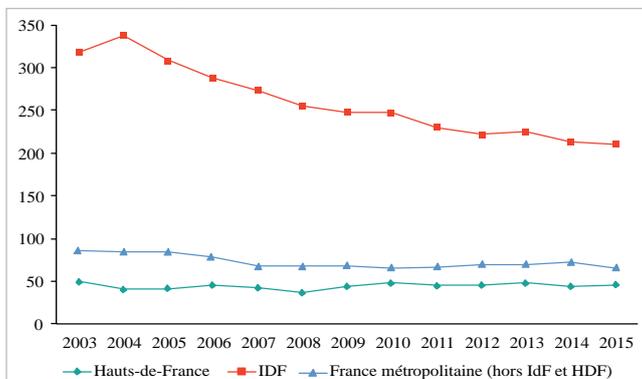


Source : Santé publique France, données DO VIH au 31/12/2015 corrigées pour les délais, la sous-déclaration et les valeurs manquantes

Un âge médian à 35 ans

Dans la région en 2015, l'âge médian des cas reste stable (35 ans en 2015 *versus* 36 ans sur la période 2003-2014). La classe d'âge des 25-49 ans demeure majoritaire et représente 63 % des cas (71 % en 2003-2014).

Évolution du taux annuel de découvertes de séropositivité VIH (par million habitants)



Source : Santé publique France, données DO VIH au 31/12/2015 corrigées pour les délais et la sous-déclaration

Principales caractéristiques sociodémographiques des découvertes de séropositivité VIH (Tableau 1)

	Hauts-de-France		France
	2003 à 2014	2015*	2015*
Âge (année)			
Médiane	36	35	38
Classe d'âge (%)			
< 25 ans	14	18	11
25-49 ans	71	63	69
50 ans	15	19	20
Sexe (%)			
Hommes	71	85	71
Femmes	29	15	29
Pays de naissance (%)			
France	65	74	55
Afrique sub-saharienne	29	21	32
Autres	6	5	13
Mode de contamination (%)			
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	49	65	49
Hétérosexuels	48	25	48
Usagers de drogues injectables	2	5	2
Autres	2	5	1
Co-infection hépatite C (%)			
Oui	4	6	4
Non	96	94	96
Co-infection hépatite B (%)			
Oui	4	9	5
Non	96	91	95
CD4 au diagnostic VIH (%)			
< 200	30	38	30
200-349	20	16	19
350-499	20	16	20
500	30	30	30
Diagnostic (en %)			
précoce**	36	41	40
à un stade avancé***	35	41	32

Source : Santé publique France, données DO VIH au 31/12/2015

* Données provisoires

** Définition du diagnostic précoce : CD4 > 500/mm³ ou PIV au diagnostic+

*** Définition du diagnostic à un stade avancé : CD4 < 200/mm³ ou sida au diagnostic

NB : Les variables CD4 et diagnostic précoce ou à un stade avancé sont disponibles seulement depuis 2008, les variables co-infection depuis 2012

Nota

Les analyses des diagnostics VIH et sida présentées dans cette partie du document sont issues de la déclaration obligatoire des découvertes de séropositivité et des diagnostics de sida notifiés jusqu'au 31 décembre 2015.

Ces données peuvent être brutes, c'est-à-dire limitées aux données parvenues à Santé publique France à cette date, permettant de décrire les caractéristiques des cas.

Ces données peuvent être corrigées pour tenir compte des délais de déclaration, de la sous-déclaration et des valeurs manquantes sur les déclarations reçues. Pour connaître le nombre annuel de diagnostics, pour analyser les évolutions au cours du temps ou pour comparer les régions en rapportant les cas à la population, il est nécessaire d'utiliser des données corrigées. Ces corrections sont d'autant plus fiables et précises que l'exhaustivité de la déclaration est élevée.

L'analyse porte sur les cas d'infection à VIH et de sida résidant dans la région Hauts-de-France. Pour les données corrigées, la région de déclaration est utilisée par défaut lorsque le domicile n'est pas renseigné précisément.

Notification obligatoire de l'infection à VIH 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 plus importante en 2015 (85 %) que sur la période 2003-2014 (71 %) (Tableau 1 page 3). Au niveau départemental, entre 2011 et 2015, c'est dans le Nord et le Pas-de-Calais que sont observées les proportions les plus élevées de personnes de sexe masculin (respectivement 78 % et 88 %). Dans les départements de l'ex-région Picardie, la proportion de femmes est par contre plus importante et stable (34 %, 39 % et 40 % respectivement dans l'Aisne, la Somme et l'Oise) (Tableau 2). Les rapports hétérosexuels représentaient le mode de contamination le plus fréquent entre 2003 et 2004, puis, à partir de 2007, les rapports homosexuels sont devenus le mode de contamination le plus fréquent.

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 plus de deux fois plus fréquentes que dans la Somme et l'Oise (64 % dans le Nord et 68 % dans le Pas-de-Calais *versus* 30 % dans la Somme et 28 % dans l'Oise). Dans ces deux derniers départements, les rapports hétérosexuels demeurent le mode de contamination le plus important (respectivement 63 % et 66 %) (Tableau 2).

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

En 2015, 74 % des personnes découvrant leur séropositivité dans les Hauts-de-France étaient nées en France, proportion supérieure au niveau national (55 %) (Tableau 1 page 3). 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 (75 % dans le Nord et 89 % dans le Pas-de-Calais). Par contre, dans les départements de l'ex-Picardie, une proportion importante des cas sont originaires d'Afrique subsaharienne (37 % dans l'Aisne, 39 % dans la Somme et 51 % 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 2015 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 2015, 41 % des diagnostics sont réalisés à un stade avancé ($CD4 < 200/mm^3$ ou sida au diagnostic) dans la région, proportion supérieure à celle du niveau national (32 %).

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2003 et 2015, 10 % ont été diagnostiqués au stade de la primo-infection, 63 % à un stade asymptomatique, 11 % à un stade symptomatique non sida et 17 % au stade sida. Les homosexuels ont été plus fréquemment diagnostiqués au stade de primo-infection que les hétérosexuels (15 % *versus* 5 %).

La proportion de personnes co-infectées par le VHB s'élève à 9 % en 2015 (4 % en 2003-2014) et celle des personnes co-infectées par le VHC 6 % (Tableau 1 page 3).

Caractéristiques socio-démographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité, par départements dans les Hauts-de-France (Tableau 2)

	Nord (n=366)	Pas-de- Calais (n=91)	Aisne (n=38)	Somme (n=49)	Oise (n=121)
Sexe (%)					
Hommes	78	88	66	61	60
Femmes	22	12	34	39	40
Pays de naissance (%)					
France	75	89	50	53	46
Afrique sub-saharienne	20	9	37	39	51
Autres	5	2	13	8	3
Mode de contamination (%)					
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	64	68	55	30	28
Hétérosexuels	34	26	45	63	66
Usagers de drogues injectables	1	2	0	5	3
Autres	1	5	0	2	3
Diagnostic à un stade avancé (%)					
	35	35	34	40	33

Source : Santé publique France, données DO VIH au 31/12/2015

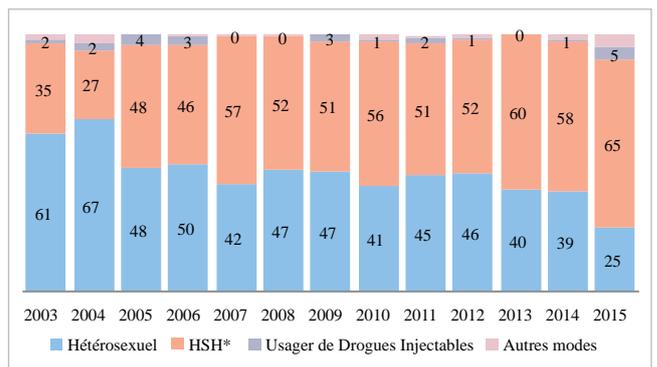
* Données provisoires

** Définition du diagnostic précoce : $CD4 > 500/mm^3$ ou PIV au diagnostic+

*** Définition du diagnostic à un stade avancé : $CD4 < 200/mm^3$ ou sida au diagnostic

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

Évolution de la part des principaux modes de contamination parmi les découvertes de séropositivité VIH déclarés dans les Hauts-de-France (en %)

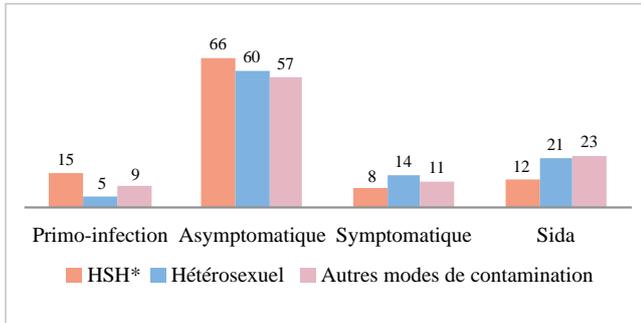


Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 31/12/2015

Les données 2013 et 2014 ne sont pas encore consolidées et doivent être interprétées avec prudence

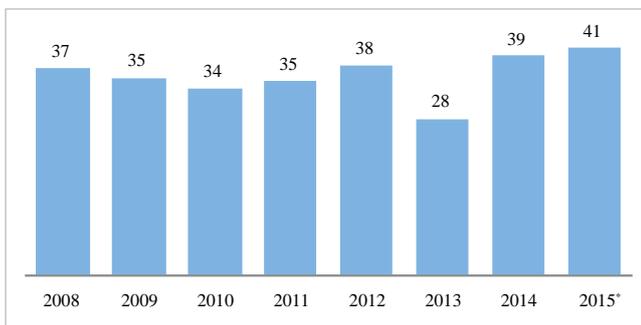
* Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Stades cliniques au moment de la découverte de la séropositivité selon le mode de contamination dans les Hauts-de-France sur la période 2003-2015 (en %)



Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 31/12/2015
* Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Diagnosics au stade avancé de l'infection VIH parmi les découvertes de séropositivité dans les Hauts-de-France (en %)



Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 31/12/2015 (Définition diagnostic à stade avancé : CD4 < 200/mm³ ou sida au diagnostic)
* Données provisoires

Diagnosics du sida

Un taux trois fois inférieur à celui de la France

Le nombre corrigé de diagnostics de sida dans la région est présenté pour la période 2003-2014 car les estimations pour l'année 2015 ne sont pas disponibles à ce jour³.

En 2014, le nombre de nouveaux cas de sida dans la région est de 46 (IC95 % : [36-56]). Il est en hausse par rapport à 2013.

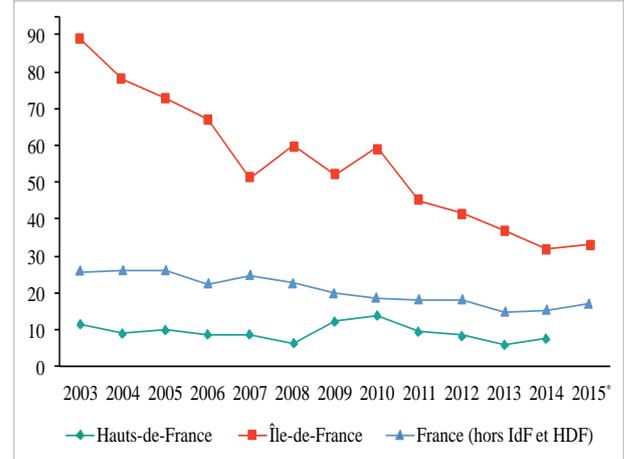
Le taux de diagnostic de sida est estimé à 8 cas par million d'habitants en 2014. Ce taux est deux fois inférieur à celui observé en France, qui atteint 16 cas par million d'habitants, et à celui de l'Île-de-France avec 33 cas par million d'habitants (plus de quatre fois supérieur à celui de la région).

³ Les estimations ne peuvent pas être réalisées quand l'exhaustivité de la DO sida est insuffisante et/ou les délais de déclaration très variables et/ou les données très incomplètes, c'est-à-dire quand le volet médical manque pour une part importante des déclarations.

INFECTION PAR LE VIH ET SIDA

DANS LES HAUTS-DE-FRANCE

Évolution du taux de diagnostics de sida (par million d'habitants)



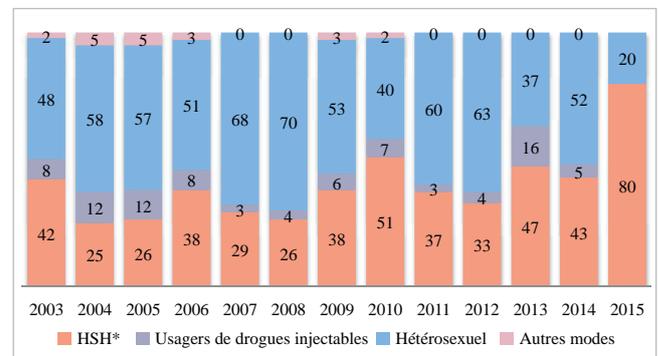
Source : Santé publique France, données DO sida corrigées pour les délais et la sous-déclaration au 31/12/2015
* Pour 2015, estimation impossible du nombre de cas de sida dans les Hauts-de-France

Une disparité départementale pour le mode de contamination

Parmi les personnes ayant un diagnostic de sida en 2015, la part des personnes ayant été contaminées par rapports homosexuels est en nette augmentation sur l'ensemble de la région Hauts-de-France (80 % *versus* 48 % sur la période 2003-2014).

Comme pour les découvertes de séropositivité VIH, une nette disparité départementale est observée dans la répartition par mode de contamination des cas de sida sur la période 2003-2015. Dans le département du Pas-de-Calais, les rapports homosexuels représentent le mode de contamination le plus important (52 %), alors que dans la Somme et l'Oise, les rapports hétérosexuels sont le mode de contamination le plus fréquent (respectivement 73 % et 65 %).

Évolution de la part des cas de sida pour les modes de contamination dans les Hauts-de-France (en %)



Source : Santé publique France, données DO sida brutes au 31/12/2015 non corrigées
* Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Affections de longue durée¹ pour infection par le VIH

Un taux d'admissions moins élevé qu'au niveau national

Sur la période 2012-2014, près de 350 nouvelles admissions en ALD pour infection par le VIH de personnes domiciliées dans les Hauts-de-France ont été prononcées en moyenne chaque année. Comme pour les découvertes de séropositivité, la région est sous le niveau national. Sur la période 2012-2014, les Hauts-de-France présentent en effet des taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour infection par le VIH deux fois plus faibles que dans l'Hexagone : 62 par million d'habitants contre 132 dans l'Hexagone.

Dans la région, des disparités en termes de zone d'habitat sont relevées puisque les taux enregistrés dans les zones rurales (36 par million d'habitants) ou dans les unités urbaines de 2 000 à 9 999 habitants (35) sont deux fois moindres que dans les unités urbaines de 10 000 habitants et plus (74).

Les taux sont également différents selon le sexe, avec des taux plus de deux fois plus élevés chez les hommes (90 par million d'habitants dans les Hauts-de-France, 183 dans l'Hexagone) que chez les femmes (35 par million d'habitants dans les Hauts-de-France, 83 dans l'Hexagone).

L'Oise davantage concernée que les autres départements

En termes d'effectifs, c'est le département du Nord, département le plus peuplé et le plus urbanisé, qui comptabilise le plus de nouveaux admis (167 en moyenne chaque année, soit 48 % des nouveaux admis en ALD pour infection par le VIH de la région) puis l'Oise (76, soit 22 %). Mais en termes de taux, l'Oise présente le plus élevé des départements de la région (96 par million d'habitants), le Nord venant ensuite (67).

Pour chacun des départements et des genres, les taux de nouvelles admissions sont plus faibles qu'au niveau national, à l'exception du taux isarien chez les femmes (76) qui n'est pas significativement différent du national (83) sur la période 2012-2014.

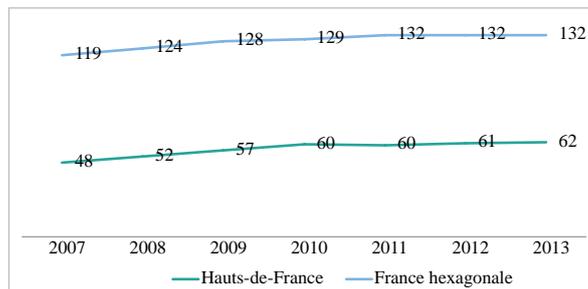
Dans le Nord et l'Oise, les disparités en termes de zones d'habitat sont retrouvées (dans les autres départements, les effectifs sont trop faibles). Il est à noter que le taux des habitants des unités urbaines de 10 000 habitants et plus dans l'Oise est élevé (132) mais équivalent à celui des autres unités urbaines de l'Hexagone de 10 000 habitants et plus (hors unité urbaine de Paris (121)). Il est aussi à signaler qu'il est, par ailleurs, au niveau du taux national toutes zones (132).

Une nouvelle admission sur cinq pour une personne de moins de 25 ans

Concernant les caractéristiques des nouveaux admis, les hommes sont largement sur-représentés (72 % dans les Hauts-de-France, 69 % au niveau national). Au niveau infrarégional, la part des femmes est plus élevée dans l'ex-Picardie (39 %) que dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais (22 %).

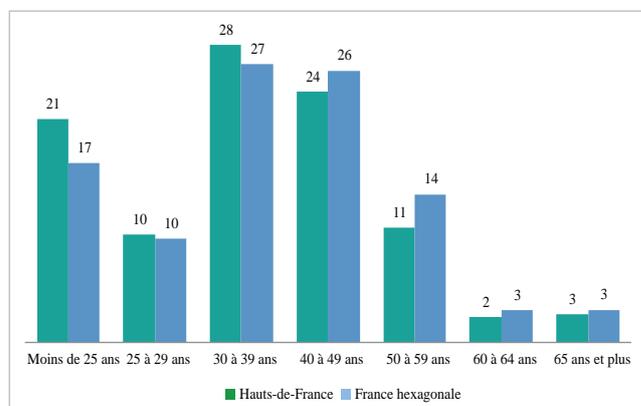
Les moins de 25 ans représentent 21 % des personnes nouvellement admises sur la période 2012-2014 (17 % dans l'Hexagone) et les 50 ans et plus 16 % (20 % dans l'Hexagone). Là encore, des différences sont observées selon le territoire : la part des moins de 25 ans est un peu plus élevée dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais (23 %) que dans l'ex-Picardie (18 %).

Évolution du taux standardisé* de nouvelles admissions en ALD pour infection par le VIH (par million d'habitants)



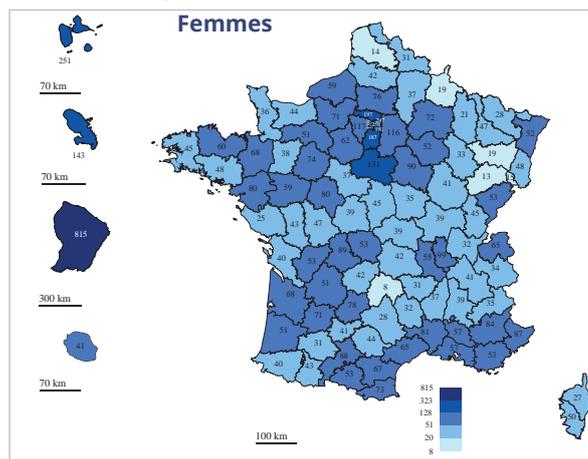
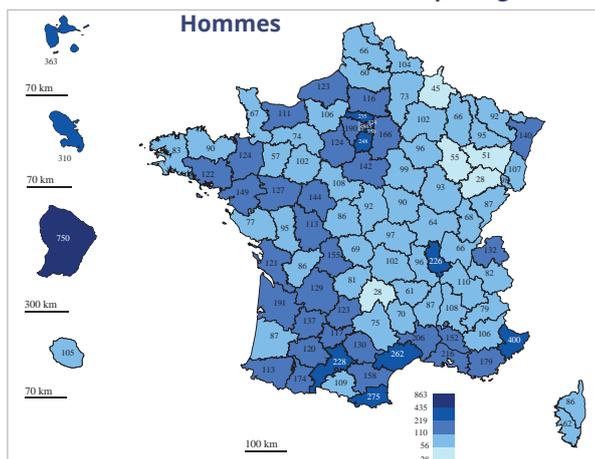
Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI, Insee
 * Taux standardisé sur l'âge avec comme population de référence la population de la France hexagonale au RP 2006
 ** Données lissées sur trois ans, l'année pour laquelle le point est placé sur le graphique est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul

Répartition des personnes nouvellement admises en ALD pour infection par le VIH selon le groupe d'âge en 2012-2014 (en %)



Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI

Taux standardisé* de nouvelles admissions en ALD pour infection par le VIH selon le genre par région en 2012-2014 (par million d'habitants)



Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI, Insee

* Taux standardisé sur l'âge avec comme population de référence la population de la France hexagonale au RP 2006, les données pour Mayotte ne sont pas disponibles

1 voir encadré page suivante

Exploitation : OR2S

Des taux d'admis en ALD pour infection par le VIH plus faibles qu'au niveau national

Au 31 décembre 2014, 4 505 personnes domiciliées dans les Hauts-de-France sont prises en charge au titre d'une ALD pour infection par le VIH. Le taux standardisé d'ALD pour infection par le VIH est plus de deux fois moindre dans les Hauts-de-France (794 par million d'habitants) que dans l'Hexagone (1 863 par million d'habitants).

Des disparités sont observées selon le type d'unité urbaine de domicile avec un rapport quasi du simple au double entre les zones rurales (498 pour un million d'habitants) et les unités urbaines de 2 000 à 9 999 habitants (496) par rapport aux unités urbaines de 10 000 habitants et plus (942).

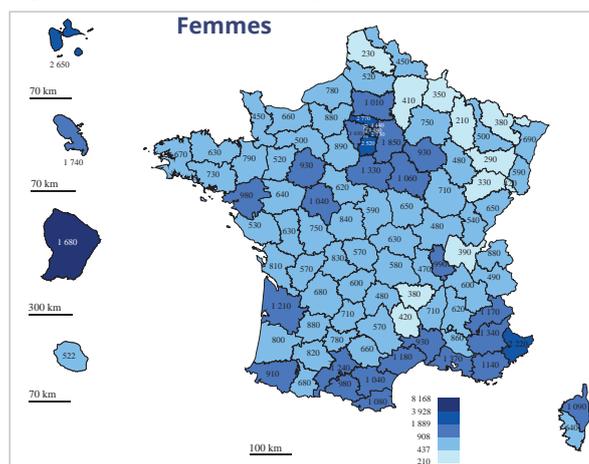
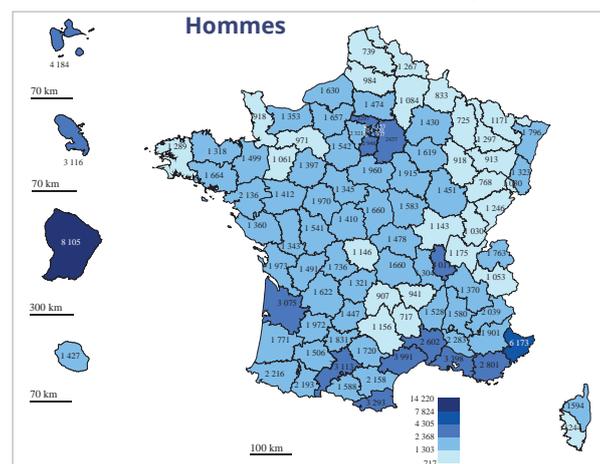
Les taux sont également différents selon le genre, étant plus de deux fois plus élevés chez les hommes (1 124 par million d'habitants) que chez les femmes (477 dans la région, 2 583 dans l'Hexagone) que chez les femmes (477 dans la région contre 1 181 dans l'Hexagone).

Au niveau départemental, en termes d'effectifs, le Nord rassemble 2 055 personnes prises en charge (soit 46 % des admis de la région), suivi de l'Oise avec 990 personnes. Mais, en termes de taux, c'est ce dernier qui est le plus concerné avec le taux le plus élevé des départements de la région (1 240 par million d'habitants contre 848 dans le Nord, qui arrive en seconde position). Le taux isarien est particulièrement élevé chez les femmes (1 012 par million de femmes contre 1 474 chez les hommes) restant toutefois inférieur au taux national (1 181). Cette différence avec le niveau national est toutefois plus faible (-14 %) que pour les autres départements (de -56 % dans la Somme à -80 % dans le Pas-de-Calais). Des disparités selon l'unité urbaine sont par ailleurs retrouvées au sein des départements.

Une plus forte proportion de femmes dans l'Oise parmi les personnes en ALD pour infection par le VIH

Logiquement, la répartition par âge des personnes admises en ALD est quelque peu différente de celles des personnes nouvellement admises avec une moindre représentation des

Taux standardisé* d'ALD pour infection par le VIH selon le genre et la région au 31 décembre 2014 (par million d'habitants)



Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI, Insee

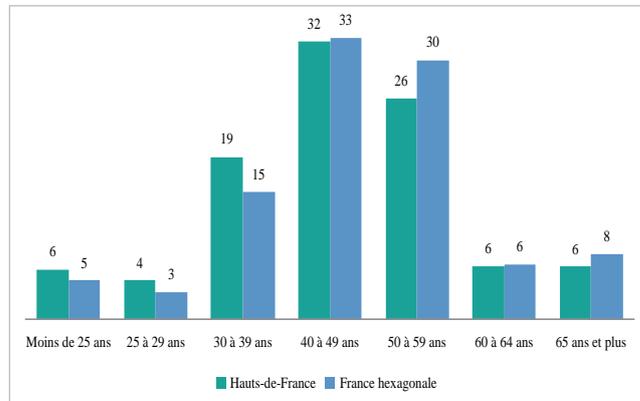
* Taux standardisé sur l'âge avec comme population de référence la population de la France hexagonale au RP 2006, les données pour Mayotte ne sont pas disponibles

Exploitation : OR25

INFECTION PAR LE VIH ET SIDA

DANS LES HAUTS-DE-FRANCE

Répartition des personnes en ALD pour infection par le VIH selon le groupe d'âge au 31 décembre 2014 (en %)



Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI

plus jeunes (6 % de moins de 25 ans contre 21 % pour les nouveaux admis) et, à l'inverse, une plus forte représentation des plus âgés (38 % de 50 ans et plus contre 16 % pour les nouveaux admis).

Enfin, les hommes sont très majoritaires, représentant 70 % des patients en ALD pour infection par le VIH (68 % au niveau national).

En termes de disparités infra-régionales, l'Oise se distingue par une plus forte proportion de femmes (41 %) que les autres départements (24 % dans le Pas-de-Calais, 27 % dans l'Aisne et le Nord et 35 % dans la Somme). Le Nord quant à lui se démarque par une plus faible proportion de 50 ans et plus (34 %).

Affections de longue durée (ALD) pour infection par le VIH : l'infection par le VIH correspond au code ALD n°7 (Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine) et aux codes Cim10 B20 à B24, Z20 et Z21. Dans une étude réalisée sur la période 2003-2009, les nombres d'admissions en ALD et de découvertes de séropositivité étaient relativement concordants au niveau national, malgré quelques disparités selon la zone géographique, le sexe ou le groupe d'âge, probablement liées à une divergence des champs de ces données. En revanche, des divergences apparaissaient pour la plupart des régions, avec pour l'année 2009 un nombre d'ALD supérieur au nombre de découvertes pour la plupart des régions. Lorsque la proportion de personnes nées à l'étranger augmentait parmi les découvertes, le ratio nombre d'ALD / nombre de découvertes diminuait. Plusieurs raisons pouvaient expliquer ces divergences : une couverture incomplète par l'ALD de l'ensemble des personnes résidant en France, notamment parmi celles nées à l'étranger et des admissions en ALD ne correspondant pas nécessairement à des nouveaux diagnostics. Pour en savoir plus, consulter « L'infection à VIH-sida en France en 2009-2010 : découvertes de séropositivité, admissions en ALD et pathologies inaugurales de sida, BEH 2011 n°43-44, Santé publique France »

Personnes suivies pour une infection à VIH

Plus de 4 300 personnes suivies pour une infection par le VIH

En 2015, d'après les données issues des Corevih (voir encadré ci-contre), 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 3 713 patients. La file active, qui correspond au nombre de personnes ayant au moins eu une consultation dans l'année, progresse de 8 % par rapport à 2014. L'allongement de l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH, et une épidémie régionale toujours active, expliquent cette progression. En effet, 255 nouveaux patients ont été suivis en 2015 dont 169 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. Ils sont 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 : 68 % d'hommes pour 32 % de femmes. La tendance est la même pour les deux Corevih bien que plus marquée pour l'ex-Nord - Pas-de-Calais (73 % d'hommes dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais contre 59 % pour l'ex-Picardie).

Deux patients sur cinq âgés de 50 ans et plus

Les 40-49 ans représentent près d'un tiers des personnes suivies. L'âge moyen est de 46 ans. La part des 50 ans et plus progresse chaque année : près de 4 patients sur 10 sont aujourd'hui âgés de 50 ans et plus témoignant du vieillissement progressif des personnes vivant avec le VIH. le vieillissement fait l'objet d'une attention particulière car il n'est pas sans

Qu'est-ce qu'un Corevih ?

Les Comités de coordination régionale de la lutte contre le VIH (Corevih) sont des instances régionales de démocratie sanitaire créées en 2007 ayant pour principales missions : la coordination des acteurs de la prise en charge et de la lutte contre le VIH, l'évaluation, l'amélioration et l'harmonisation des pratiques, ainsi que le recueil des données épidémiologiques.

Sur la région Hauts-de-France, il y a deux Corevih : le Corevih Picardie basé au CHU d'Amiens et le Corevih Nord - Pas-de-Calais basé au CH de Tourcoing.

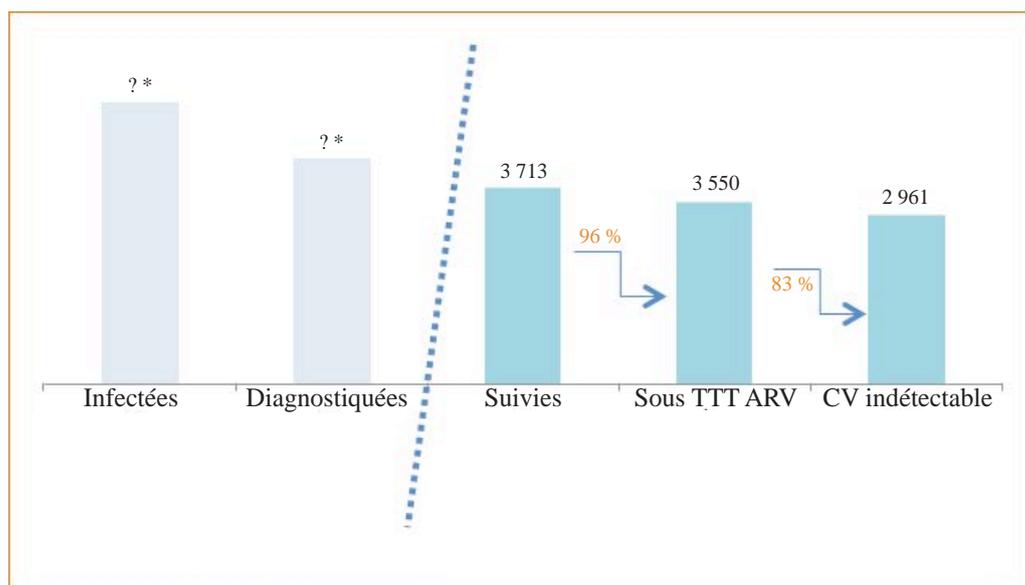
poser un certain nombre de nouveaux défis pour la prise en charge. La répartition des âges est sensiblement la même au sein des deux Corevih.

Des modes de contamination différenciés selon le genre et le territoire

Au niveau régional, la contamination par rapports hétérosexuels est la plus fréquente (46,2 %). La contamination par rapports homo-bisexuels représente 41,5 % des contaminations. Ce constat est cependant très différent en fonction du genre.

En effet, la contamination par voie homo/bisexuelle est majoritaire chez les hommes (59 %) tandis que la voie hétérosexuelle domine largement chez les femmes (88 %). Il est constaté également une disparité dans la répartition des modes de contamination entre les territoires de référence. Ainsi, dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais, c'est le mode de contamination par voie homo/bisexuelle qui est le plus fréquent puisqu'il concerne 50 % de la file active (67 % des hommes) contre 28 % (44 % des hommes) pour l'ex-Picardie.

Cascade de la prise en charge du VIH dans les Hauts-de-France



* Données disponibles au niveau national mais pas au niveau régional

La quasi-totalité des patients sous traitement antirétroviral

En 2015, 96 % des personnes suivies dans la région bénéficient d'un traitement antirétroviral. Parmi les personnes traitées depuis plus de 6 mois, 71 % ont un taux de lymphocytes CD4 supérieur ou égal à 500/mm³ et 83 % ont une charge virale plasmatique indétectable (inférieure ou égale à 50 copies/ml) comme le présente le schéma de la page ci-contre. Par ailleurs, 7 % des personnes suivies sont co-infectées par le virus de l'Hépatite C (3,5 %) ou le virus de l'Hépatite B (3,5 %).

Près de 3 personnes nouvellement diagnostiquées sur 10 le sont à un stade avancé

Au cours de l'année 2015, 171 patients ont découvert leur séropositivité au VIH. Il s'agit majoritairement d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (60 %), de personnes plus jeunes que la file active : 62 % des nouveaux diagnostiqués ont moins de 40 ans contre 21 % pour la

file active. Pour 30 % de ces patients, la découverte de séropositivité a été effectuée à un stade avancé avec un taux de CD4 < 200 mm³. Pour ces patients, la découverte de séropositivité a été réalisée en dehors du dépistage. Le constat diffère selon les territoires. En effet, les nouveaux diagnostiqués l'ont été plus tardivement dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais (32 %) que dans l'ex-Picardie (27 %). Ces données vont dans le sens des récentes publications de l'ANRS qui estiment entre 3 et 4 ans le délai entre infection et diagnostic pour la région Hauts-de-France.

INFECTION PAR LE VIH ET SIDA

DANS LES HAUTS-DE-FRANCE

Sortie du système de soin chez les personnes vivant avec le VIH dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais : une problématique qui reste d'actualité

Tous les ans, des personnes vivant avec le VIH (PVIH) sortent du système de soins pour des durées plus ou moins longues. Les nouveaux traitements contre le VIH sont souvent bien tolérés et nécessitent un suivi spécialisé moins rapproché qu'antérieurement. Ainsi, la définition d'une personne perdue de vue comme étant un individu n'ayant pas consulté son médecin référent pendant au moins 12 mois est probablement désuète. Les PVIH perdues de vue et en rupture de soins représentent une problématique majeure de santé publique au sens où l'absence de recours aux soins est associée à l'évolution de la maladie vers le stade sida et le décès.

Nous avons tenté de réaliser une photographie des PVIH perdues de vue plus de 18 mois dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais et les caractéristiques de celles qui retournent aux soins.

Méthode

Deux populations ont été étudiées :

- 1) celle constituée par l'ensemble des perdus de vue sur une première période d'étude (perdus de vue revenus aux soins après plus de 18 mois de non suivi et les perdus de vue jamais revenus aux soins) ;
- 2) celle de la population des perdus de vue retournés aux soins sur une seconde période d'étude.

Pour la première population, ont été incluses les PVIH suivies depuis au moins 18 mois dans le service universitaire des maladies infectieuses du centre hospitalier de Tourcoing entre le 1^{er} juin 2011 et le 31 mai 2014. L'ensemble des individus perdus de vue pendant au moins 18 mois ont été contactés directement ou *via* leur médecin traitant pour définir la perte de vue. La seconde population est constituée par les patients antérieurement connus du centre hospitalier de Tourcoing, qui ont été perdus de vue pour une période d'au moins 18 mois et revenus aux soins entre juin 2014 et juin 2016. Les caractéristiques sociodémographiques de ces deux populations ont été décrites.

Résultats

Sur les 2 203 PVIH suivies sur la période d'étude, 254 (11,5 %) ont été perdus de vue pendant la période étudiée. Ceci représente une incidence de perdus de vue de 3,8 pour 100 PVIH-année sur la période. Leur âge médian était de 42 ans (IQR=34-49), 73 % étaient des hommes, 58 % avaient une charge virale indétectable et leur taux de CD4 médian était de 492/mm³ [IQR=336-677]. Le temps médian de suivi avant d'être perdu de vue était de 56 mois (IQR : 17-144). Parmi les 254 perdus de vue, 92 (36 %) sont revenus dans le système de soins initial, 60 (24 %) sont suivis dans d'autres structures, 1 est décédé, 83 sont des perdus de vue jamais retournés aux soins (33 %) ,18 individus n'ont pas pu être contactés (7 %).

Concernant les individus revenant aux soins après une période de plus de 18 mois, 109 personnes répondaient à cette définition sur la période choisie. Soixante-dix pour cent (70 %) étaient des hommes (76/109), l'âge médian était de 45 ans (IQR=39-64). Le mode de contamination était hétérosexuel pour 47 %, homosexuel pour 40 %, et par usage de drogue intraveineuse pour 6 %. Pour 22 %, ils avaient une histoire d'infection sexuellement transmissible antérieure et 6 % revenaient avec une nouvelle syphilis. Une infection par le VHC ou le VHB était associée pour 6 % des individus pour les deux virus. La période médiane sans suivi avant le retour aux soins était de 27 mois (IQR= 21-45). Au retour, le taux de CD4 médian était de 372 par mm³ (IQR=149-577) avec une baisse significative comparativement au moment de la perte de vue (p<0,001). Une charge virale était détectable pour 62 %. Bien que ce taux fût très élevé, il ne représentait pas une hausse significative du nombre de personnes ayant une charge virale détectable au moment de la sortie du système de soins (p=0,06). Cinq patients (5/109) changeaient de classe CDC et passaient du stade A au stade C. Une hospitalisation avait eu lieu pour 11 % dont 4 % plus d'une fois. Le nombre de recours aux soins médian était de 2 (IQR=0-4) dans les 6 mois suivant le retour aux soins.

Conclusion

Ce travail démontre, de par l'incidence élevée des perdus de vue, que la problématique de la sortie du système de soins est d'actualité chez les PVIH. Cette étude soulève également que les PVIH peuvent être perdus de vue longtemps après la découverte de leur séropositivité et que la durée de la sortie du système de soins est de plus de 4 ans pour près de la moitié des personnes. Cet événement survient le plus souvent après l'âge de 40 ans chez des personnes ayant des difficultés à obtenir une charge virale indétectable. Le retour aux soins est associé à une baisse du taux de CD4, à l'hospitalisation et à la nécessité de consultations spécialisées fréquentes. Ces résultats suggèrent une intensification des programmes d'éducation thérapeutique des PVIH chez les individus suivis depuis plusieurs années. D'autres indicateurs doivent être élaborés pour cibler au mieux les personnes nécessitant un accompagnement rapproché.

Mortalité par sida

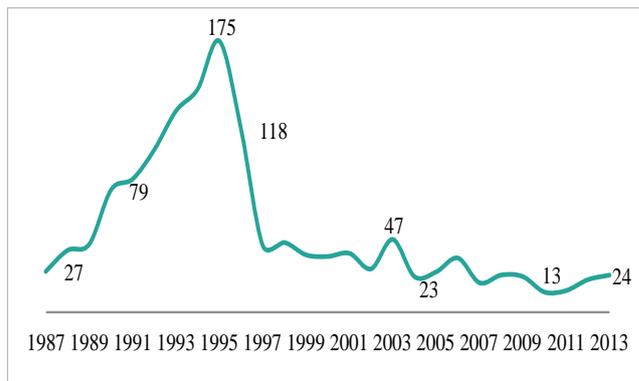
Vingt décès en moyenne annuelle en 2011-2013

En 1987, le CépiDc enregistre les premiers décès attribués au sida dans les Hauts-de-France. En vingt-cinq ans, le sida a contribué au décès d'un peu plus de 1 400 personnes domiciliées dans les Hauts-de-France, dont 80,9 % étaient des hommes (81,4 % au niveau national). Le nombre annuel maximum de décès est relevé en 1995 ; il diminue ensuite sous l'effet de la diffusion des traitements. Sur la période 2011-2013, vingt décès par sida sont enregistrés en moyenne chaque année dans les Hauts-de-France (15 décès masculins pour 5 décès féminins). Parmi ces décès, quinze sont survenus entre 35 et 64 ans. Le département du Nord compte le plus de décès (8), suivi de celui de l'Oise (5), toujours sur la même période en moyenne annuelle.

Une mortalité par sida plus faible qu'au niveau national

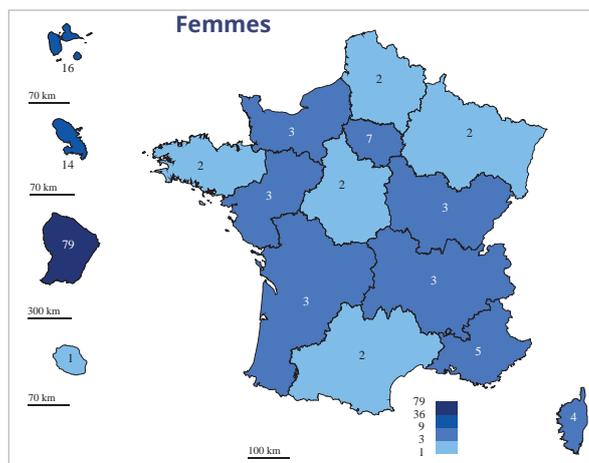
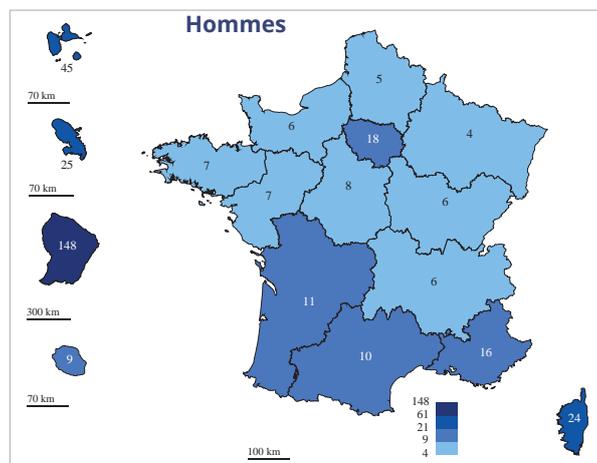
La mortalité par sida est plus faible dans les Hauts-de-France qu'au niveau national avec un taux deux fois plus faible en région (3 par million d'habitants contre 6). Ce constat est valable pour les deux genres : 5 décès par million d'hommes et 2 décès par million de femmes contre respectivement 10 décès et 3 décès dans l'Hexagone. La région présente les seconds taux les plus faibles des régions derrière Grand Est chez les hommes et Bretagne chez les femmes.

Évolution du nombre de décès par sida dans les Hauts-de-France



Source : Inserm CépiDc

Taux standardisés* de mortalité par sida selon le genre par région en 2011-2013 (par million d'habitants)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Exploitation : OR25

* Taux standardisé sur l'âge avec comme population de référence la population de la France hexagonale au RP 2006, les données pour Mayotte ne sont pas disponibles

Décès par sida

Les décès retenus à partir des données du service du CépiDc de l'Inserm sont ceux pour lesquels la cause initiale correspond aux codes Cim10 B20-B24 pour les décès depuis 2000 et aux codes Cim9 042-044 avant 2000.

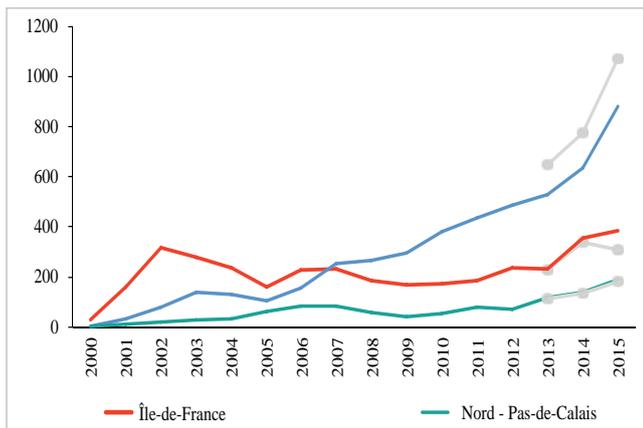
Surveillance de la syphilis dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais de 2010 à 2015

Syphilis récente

Augmentation du nombre de cas de syphilis dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais

L'augmentation du nombre de cas déclarés, observée depuis 2013 dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais s'est poursuivie en 2014 et 2015, où le nombre de cas a atteint 192 (+45 % par rapport en 2014), bien au-delà des pics observés en 2006 et 2007 (86 cas). L'analyse à « centres déclarants constants » pour les années 2013 à 2015 confirme une augmentation du nombre de cas de syphilis dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais en 2015 et dans les autres régions métropolitaines françaises, hors Île-de-France.

Évolution du nombre de cas de syphilis récente dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais, l'Île-de-France et dans les autres régions métropolitaines



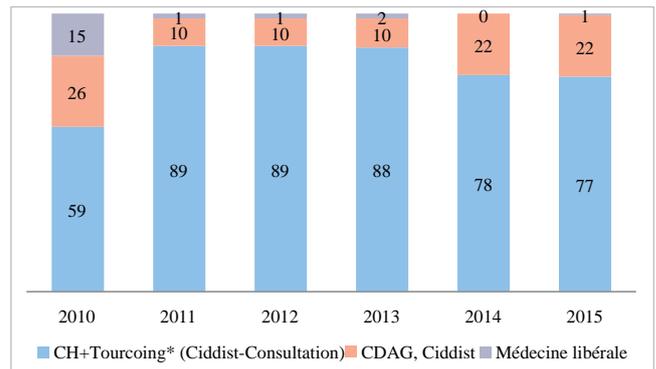
Source : réseau RésIST

Une majorité consulte pour des signes cliniques d'IST

Sur la période 2010-2015, 80 % des cas ont été déclarés par le centre hospitalier de Tourcoing (consultation et Ciddist) ; 17 % par d'autres structures spécialisées (CDAG, Ciddist) et 3 % par des médecins libéraux. Toutefois, la contribution des médecins libéraux est devenue marginale depuis 2011. La part des cas signalés par les CDAG-Ciddist, faible de 2011 à 2013, représente plus de 20 % des cas depuis 2014.

Sur l'ensemble de la période 2010-2015, 59 % des cas ont consulté pour des signes cliniques d'IST, 11 % dans le cadre d'un dépistage systématique, 21 % dans le cadre du suivi d'une infection VIH, 6 % pour un partenaire ayant une IST et 3 % pour d'autres signes cliniques. En 2015, l'existence de signes cliniques d'IST motive 65 % des consultations (59 % au niveau national) et le suivi des personnes infectées par le VIH concerne 20 % des cas (12 % au niveau national) (Tableau 3 page 12).

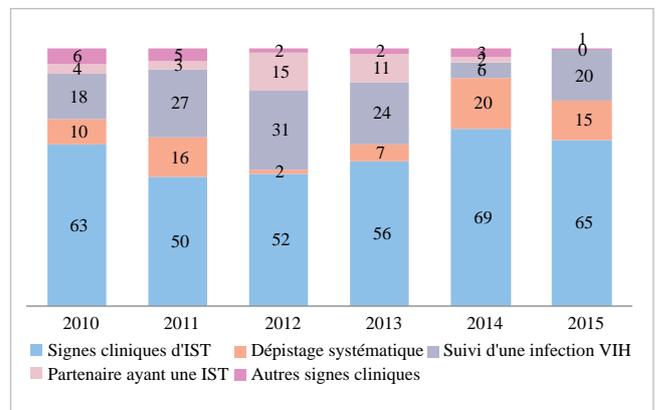
Évolution des lieux de consultation des cas de syphilis récente dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais (en %)



Source : réseau RésIST

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

Évolution des motifs de recours au dépistage des cas de syphilis récente dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais (en %)



Source : réseau RésIST

Nota

Les analyses qui suivent sont réalisées à partir des données de surveillance recueillies sur la période 2000-2015. Elles concernent les cas de syphilis récente (primaire, secondaire et latente précoce de moins d'un an) rapportés par les praticiens participant au réseau de surveillance dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais. Elles résultent de l'exploitation du questionnaire clinique et de l'auto-questionnaire comportemental. Ce dernier n'est rempli que pour la moitié des patients au niveau régional. (cf. organisation de la surveillance des IST page 12).

Une répartition des stades de syphilis stable et différente du niveau national

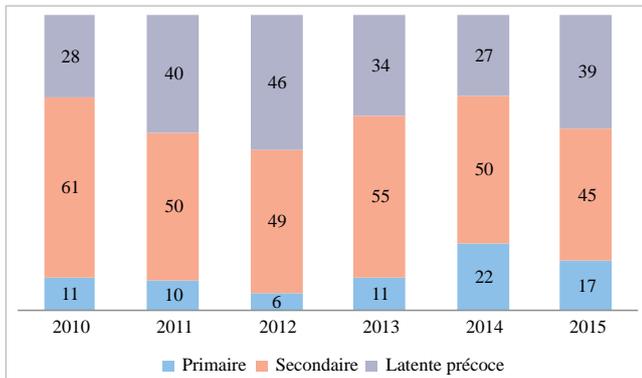
En 2015, la proportion de femmes parmi les cas de syphilis est de 5 %. Elle est de 3 % sur la période 2010-2014 (Tableau 3). Ces proportions sont comparables à ce qui est observé au niveau national.

En 2015, la répartition des stades de syphilis est la suivante : primaire 17 %, secondaire 45 % et latente précoce 38 %. Ces proportions sont relativement stables par rapport à la période 2010-2014 et sont sensiblement différentes de celles observées au niveau national où la part des syphilis secondaire est plus faible (37 % *versus* 45 % dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais).

La proportion d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) parmi les cas est relativement stable depuis 2010. En 2015, l'orientation sexuelle des cas était comme suit : hommes homo-bisexuels 86 %, hommes hétérosexuels 9 %, femmes hétérosexuelles 4 % et femmes homo-bisexuelles 1 %. La proportion de HSH est similaire à celle du niveau national (85 %).

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 2010-2015 et équivalent au niveau national (37 ans). En 2015, les classes d'âge 20-29 ans, 30-39 ans et 40-49 ans étaient les plus représentées, respectivement 26 %, 33 % et 25 %.

Évolution des cas de syphilis récente selon le stade dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais (en %)



Source : réseau RéSIST

Organisation de la surveillance des IST

Santé publique France coordonne la surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) au niveau national. Cette surveillance repose sur :

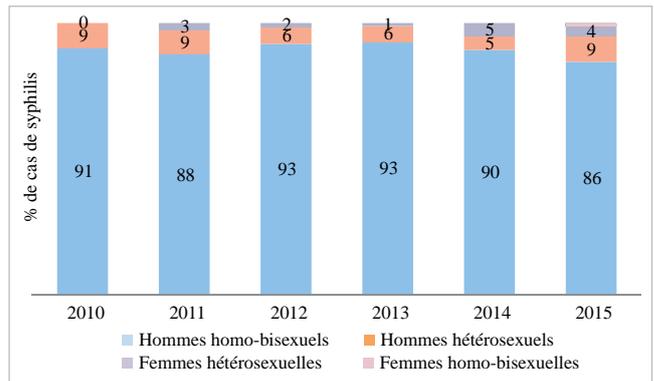
- un réseau de cliniciens volontaires dénommé « RéSIST » qui signalent les cas de syphilis récente (primaire, secondaire et latente précoce) et les cas de gonococcie ;
- deux réseaux de laboratoires de microbiologie volontaires, Rénago pour les gonocoques (nombre d'isolements, résistance aux antibiotiques) et Rénachla pour les infections à *Chlamydia trachomatis* (nombre de tests et de diagnostics positifs).

L'organisation des systèmes de surveillance des IST, les questionnaires pour la surveillance et les bulletins présentant l'analyse des données au niveau national sont disponibles sur le site de Santé publique France. La Cire Hauts-de-France (Cellule d'intervention en région) assure l'animation régionale du réseau RéSIST depuis 2002 (recueil et validation des questionnaires, analyse régionale des données, rétro-information des partenaires de la surveillance). Tout clinicien, qu'il exerce en Ciddist, centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), en centre hospitalier ou en libéral, peut participer au réseau RéSIST en complétant un questionnaire médical lorsqu'il diagnostique un cas de syphilis récente ou de gonococcie.

L'organisation des systèmes de surveillance des IST, les questionnaires pour la surveillance et les bulletins présentant l'analyse des données au niveau national sont disponibles sur le site de Santé publique France.

Pour participer à RéSIST, il suffit de prendre contact avec la Cire, soit par téléphone au 03.62.72.88.88 ou par mail : ars-hdf-cire@ars.sante.fr

Évolution des cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais (en %)



Source : réseau RéSIST

Caractéristiques des cas de syphilis récente dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais (Tableau 3)

	ex-Nord - Pas-de-Calais		France
	2010-2014 (n=494)	2015 (n=192)	2015 (n=1 710)
Sexe			
Hommes (%)	97	95	95
Femmes (%)	3	5	5
Motif de consultation initiale			
Suivi infection VIH (%)	19	20	12
Dépistage systématique (%)	13	15	26
Signes d'IST (%)	58	65	59
Partenaires avec une IST (%)	7	0	0
Autres signes cliniques (%)	3	1	3
Stade de la syphilis			
Primaire (%)	14	17	25
Secondaire	52	45	37
Latence précoce (%)	34	38	38
Orientation sexuelle			
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) (%)	91	86	85
Hommes hétérosexuels (%)	6	9	10
Femmes hétérosexuelles (%)	3	4	5
Femmes homo-bisexuelles (%)	0	1	0
Statut sérologique VIH			
Positif connu (%)	57	50	21
Découverte de sérologie VIH (%)	2	2	2
Âge médian (année)			
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	36	37	37
Hommes hétérosexuels	36	32	37
Femmes	38	37	29

Source : réseau RéSIST

Pour plus d'informations

Vous pouvez consulter le bulletin des réseaux de surveillance des IST-Rénago, Rénachla et RéSIST sur le site de Santé publique France : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>

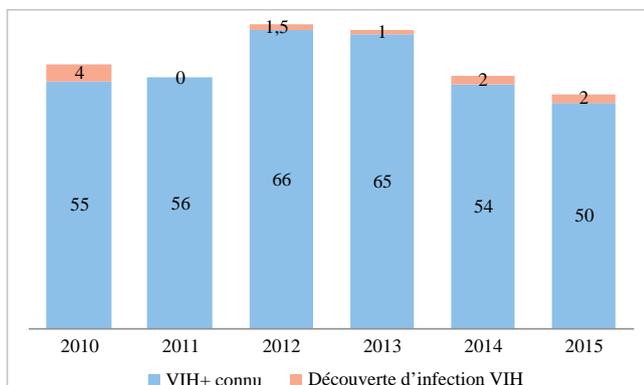
Pour plus d'informations sur la surveillance des IST, les questionnaires et les bilans nationaux :

<http://invs.santepubliquefrance.fr//Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Comment-surveiller-les-IST>

Une prévalence des co-infections syphilis récentes et VIH qui diminue dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais

La proportion de patients présentant une co-infection syphilis récente et VIH est plus élevée (50 %) dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais que sur l'ensemble de la France où sont retrouvés 21 % de sérologies VIH positives connues parmi les cas de syphilis récente. Cette différence pourrait s'expliquer, d'une part, par un signalement majoritaire des cas par le centre hospitalier de Tourcoing (centre régional de référence pour le VIH) et notamment par le fait qu'une part des cas signalés est issue de la consultation de suivi des patients infectés par le VIH et, d'autre part, par une prise de risque sexuel particulière dans cette population. La prévalence des co-infections syphilis récente et VIH diminue cependant nettement ces quatre dernières années, passant de 2 patients sur 3 en 2012 à 1 patient sur 2 en 2015.

Évolution de la co-infection par le VIH en cas de syphilis récente dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais (en %)

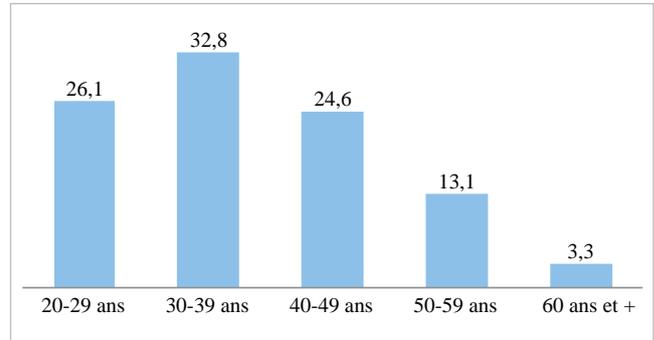


Source : réseau RéSIST

Des comportements sexuels stables

Dans les départements du Nord - Pas-de-Calais, les comportements sexuels sont globalement stables en 2015 et sur la période 2010-2014 (Tableau 4). En 2015, l'utilisation systématique du préservatif lors des pénétrations anales et vaginales demeure inférieure à la moyenne métropolitaine, respectivement 22 % des cas (*versus* 34 % en France) et 35 % (*versus* 28 % en France). Une très faible utilisation systématique du préservatif est constaté pour les pratiques oro-génitales. Les mêmes tendances sont observées au niveau national.

Distribution des cas de syphilis récente selon l'âge dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais en 2015 (en %)



Source : réseau RéSIST

Caractéristiques des cas de syphilis récente* selon la période de diagnostic dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais (Tableau 4)

	ex-Nord - Pas-de-Calais		France
	2010-2014 (n=264)	2015 (n=104)	2015
Nombre médian de partenaires			
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	4	3	6
Hommes hétérosexuels	2	1	2
Femmes hétérosexuelles	1	1	1
Utilisation systématique de préservatif			
Pénétration anale (%)	22	22	34
Pénétration vaginale (%)	27	35	28
Fellation (%)	1	4	2

Source : réseau RéSIST

* Les informations sur les comportements sont disponibles pour l'ex-Nord - Pas-de-Calais et le niveau national, respectivement dans la moitié et les deux tiers des cas

Surveillance de la gonococcie dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais de 2010 à 2015

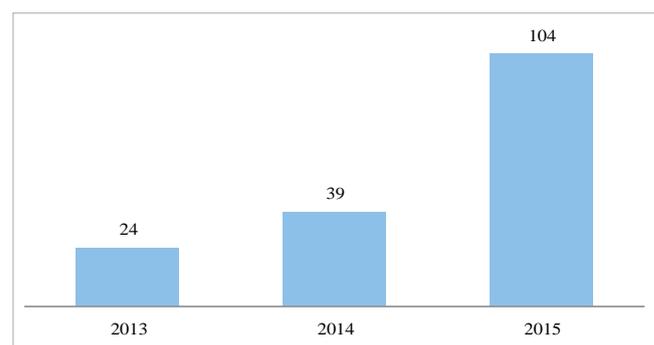
Gonococcie

Une forte augmentation des cas de gonococcie

Une nette augmentation du nombre de cas de gonococcie est constatée en 2015 par rapport à 2013 et 2014. Cette forte augmentation peut être expliquée par :

- 1) le dépistage proposé à certaines populations (carcérale et étudiante) dans le cadre de plusieurs études en cours par le service des maladies Infectieuses du centre hospitalier de Tourcoing,
- 2) les consultations PrEP au cours desquelles un bilan IST est systématiquement proposé,
- 3) une utilisation systématique de la PCR pour le diagnostic à partir de 2015.

Évolution du nombre de cas de gonococcie déclarés dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais



Source : réseau RéSIST

Deux tiers des cas déclarés pour le CH de Tourcoing

Sur la période 2013-2015, 64 % des cas ont été déclarés par le centre hospitalier de Tourcoing (consultation et Ciddist), 32 % en structures spécialisées (CDAG, Ciddist) et 2 % par des médecins libéraux.

Une part plus importante de diagnostics dans le cadre d'un dépistage

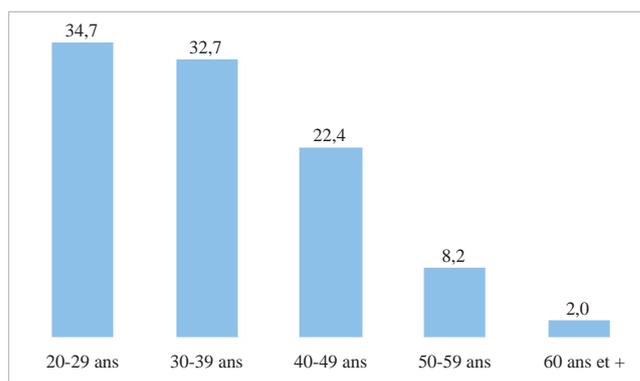
Sur l'ensemble de la période 2013-2015, 62 % des cas ont consulté pour des signes cliniques d'IST, 26 % dans le cadre d'un dépistage systématique, 7 % dans le cadre du suivi d'une infection VIH, 6 % pour un partenaire ayant une IST et 3 % pour d'autres signes cliniques. En 2015, l'existence de signes cliniques d'IST motive 56 % des consultations (59 % au niveau national), le dépistage systématique 30 % (37 % au niveau national) et le suivi des personnes infectées par le VIH concerne 11 % des cas (1 % au niveau national) (tableau 5). À noter la part plus importante des diagnostics dans le cadre d'un dépistage en 2015 (46 %) par rapport à 2013-2014 (33 %).

Caractéristiques des cas de gonococcie, dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais (Tableau 5)

	ex-Nord - Pas-de-Calais		France
	2013-2014 (n=63)	2015 (n=104)	2015 (n=1 886)
Sexe			
Hommes (%)	95	94	83
Femmes (%)	5	6	17
Motif de consultation initiale			
Dépistage systématique (%)	22	30	37
Signes d'IST (%)	67	56	59
Partenaires avec une IST (%)	5	0	0
Suivi VIH	4	11	1
Autres signes cliniques (%)	2	2	3
Orientation sexuelle			
Hommes homo-bisexuels (%)	86	82	67
Hommes hétérosexuels (%)	10	12	15
Femmes hétérosexuelles (%)	3	6	1
Femmes homo-bisexuelles (%)	2	1	16
Statut sérologique VIH			
Positif connu (%)	39	45	10
Découverte de sérologie VIH (%)	2	1	1
Âge médian (année)			
Hommes homo-bisexuels	30	34	29
Hommes hétérosexuels	26	26	25
Femmes hétérosexuelles	24	24	21

Source : réseau RésIST

Distribution des cas de gonococcie selon l'âge dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais en 2015



Source : réseau RésIST

Des comportements sexuels stables

Les comportements sexuels sont globalement stables en 2015 et sur la période 2013-2014 (Tableau 6). En 2015, le préservatif est utilisé de manière systématique lors des pénétrations anales et vaginales respectivement par 33 % (23 % en 2013-2014) et 6 % (6 % en 2013-2014) des cas. Le nombre médian de partenaire des HSH dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais est deux fois plus faible par rapport à celui du niveau national.

Caractéristiques des cas de gonococcie dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais (Tableau 6)

	ex-Nord - Pas-de-Calais		France
	2013-2014 (n=47)	2015 (n=44)	2015
Nombre médian de partenaires			
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	5	5	10
Hommes hétérosexuels	5	3	3
Utilisation systématique de préservatif			
Pénétration anale (%)	23	33	33
Pénétration vaginale (%)	6	6	14
Fellation (%)	2	4	2

Source : réseau RésIST

* Nombre de répondants à l'autoquestionnaire

En 2015, la proportion de femmes parmi les cas de gonococcie est de 6 % (5 % en 2013-2014). Ces proportions sont plus faibles que celle observée au niveau national.

La proportion d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) est relativement stable sur la période 2013-2015.

En 2015, les HSH représentaient 82 % cas de gonococcie. La proportion de HSH est plus élevée dans la région par rapport à celle du niveau national (67 %).

En 2015, les classes d'âge 20-29 ans, 30-39 ans et 40-49 ans étaient les plus représentées, respectivement 35 %, 33 % et 22 %.

La prévalence des co-infections gonococcie et VIH en 2015 est nettement plus importante qu'au niveau national (45 % *versus* 10 %) (Tableau 5).

INFECTION PAR LE VIH ET SIDA

DANS LES
HAUTS-DE-FRANCE

État de santé des personnes entrant en établissement pénitentiaire dans l'ex-Picardie

Depuis 2012, l'OR2S, grâce au soutien de l'ARS et la participation des unités sanitaires des établissements pénitentiaires dispose d'un recueil permettant d'obtenir une photographie de l'état de santé des personnes arrivant en milieu carcéral afin d'adapter au mieux la prise en charge sanitaire des détenus. En 2014, cinq établissements (Amiens, Beauvais, Compiègne, Laon et Liancourt) sur les six situés dans l'ex-Picardie ont participé au recueil. Un peu moins de 1 800 fiches (hommes et femmes) ont pu être recueillies sur l'ensemble de l'année 2014, une fiche correspondant à une nouvelle entrée en incarcération. Les informations récoltées concernent l'état de santé du détenu et sa situation sociale. Les dépistages effectués avant l'incarcération, ainsi que leurs résultats sont abordés, s'agissant de données déclaratives.

Parmi les 1 700 nouveaux entrants de sexe masculin, les dépistages pour l'hépatite B, l'hépatite C, le VIH et la syphilis ont, d'après leurs déclarations, été effectués avant leur incarcération par plus de la moitié d'entre eux (respectivement, 62,7 %, 62,3 %, 62,6 % et 57,3 %). Les parts de non-répondants sont assez élevés, de l'ordre d'un peu moins de 20 % pour le VHB, le VHC et le VIH et 30 % pour la syphilis. Le nombre de détenus ayant déclaré avoir un test positif s'élève à 6 pour l'hépatite B, 24 pour l'hépatite C, 10 pour le VIH et 36 pour la syphilis.

	Nombre de positifs	% (pour 100 détenus répondant)	% (pour 100 détenus dépistés)
Hépatite B	6	0,4 %	0,7 %
Hépatite C	24	1,8 %	2,9 %
VIH	10	0,7 %	1,2 %
Syphilis	36	3,1 %	5,5 %

Pour plus d'informations, les plaquettes présentant les résultats de chaque année sont disponibles en téléchargement sur le site de l'OR2S

http://www.or2s.fr/images/Prison/2015_CaracteristiquesSanitaireEtSociale_NouveauxDetenusEn2014_Picardie.pdf

GLOSSAIRE

ALD : Affection de longue durée

ANRS : Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales

ANSP : Agence nationale de santé publique

ARS : Agence régionale de santé

ASO : Aisne, Somme, Oise

BEH : Bulletin épidémiologique hebdomadaire

CCMSA : Caisse centrale de mutualité sociale agricole

CD4 : Cluster de différenciation 4

CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit

CDC : Centers for Diseases Control

CépiDC : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

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

Cim : Classification internationale des maladies

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

Cnamts : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CNRSI : Caisse nationale du régime social des indépendants

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

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

CV : Charge virale

DO : Déclaration obligatoire

HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes

IC : Intervalle de confiance

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

IST : Infections sexuellement transmissibles

IQR : Interquartile range

NPDC : Nord - Pas-de-Calais

OR2S : Observatoire régional de la santé et du social

PCR : Réaction de polymérisation en chaîne

PIV : Primo-infection au VIH

PrEP : Prophylaxie Pré-Exposition

PVVIH : Personnes vivant avec le VIH

RésIST : Réseau de surveillance des IST

RP : Recensement de la population

Sida : Syndrome d'immunodéficience acquise

TTT ARV : Traitement antirétroviral

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

REMERCIEMENTS

Nous remercions :

- l'ensemble des déclarants, médecins, biologistes, CDAG, Ciddist, services hospitaliers qui contribuent 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.

<http://invs.santepubliquefrance.fr//Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Comment-surveiller-les-IST>

Conclusion

Cette plaquette rassemble pour la première fois une synthèse des informations portant sur le diagnostic, le suivi et l'épidémiologie de l'infection par le VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) dans la nouvelle région des Hauts-de-France. De plus, ce travail croise des informations issues de sources différentes (Santé publique France, OR2S, Corevih, services cliniques), ce qui permet d'établir six points fondamentaux à prendre en compte à l'avenir dans la prise en charge des IST et du VIH dans la région.

(1) À propos du VIH, le taux de découvertes de séropositivité dans les Hauts-de-France est stable, inférieur à la moyenne nationale et proche de celui observé pour l'ensemble de l'Hexagone, hors Île-de-France. L'analyse des mises en affection de longue durée (ALD) pour infection par le VIH montre cependant que le département le plus touché demeure l'Oise, probablement de par sa proximité géographique avec l'Île-de-France.

(2) La répartition par sexe, mode de contamination et pays de naissance des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) montre de grandes disparités entre les départements des Hauts-de-France. Dans ceux du Nord et du Pas-de-Calais, les personnes les plus représentées sont de sexe masculin (respectivement 78 % et 88 %), contaminées lors de relations sexuelles entre hommes (respectivement 64 % et 68 %) et nées en France (respectivement 75 % et 89 %). Par contre, dans l'Oise et dans la Somme, les contaminations surviennent dans près de 2 cas sur 3 lors de rapports hétérosexuels et concernent plus fréquemment des personnes nées en Afrique subsaharienne (respectivement 50 % et 39 % des cas).

(3) Concernant le diagnostic de l'infection par le VIH, il existe encore trop de diagnostics à un stade avancé, que ce soit dans l'ancienne région Nord - Pas-de-Calais ou l'ancienne région Picardie. En 2015, entre 3 et 4 patients sur 10, ayant découvert leur séropositivité dans la région, présentaient un taux de CD4 < 200 mm³ ou un stade sida lors du diagnostic.

Les caractéristiques sociodémographiques des nouveaux patients étant différentes entre ces deux régions, il est probable que les raisons de ces retards et donc les stratégies à mettre en œuvre pour les limiter soient différentes.

(4) Dans l'ensemble de la région, la cohorte de patients vieillit, avec 2 PVVIH sur 5 qui ont plus de 50 ans. Ainsi, deux des challenges majeurs des prochaines années seront l'étude et la prise en charge des problématiques liées au vieillissement.

(5) Sur le plan du suivi des PVVIH, la problématique actuelle réside dans la connaissance de la proportion de PVVIH non diagnostiquées et diagnostiquées mais non suivies (cf. cascade de la prise en charge p. 8). De plus, tous les ans, un nombre important de PVVIH sortent du système de soins avec des charges virales détectables. Il est utile dans ce contexte de rappeler que l'absence de suivi entraîne l'évolution de la maladie vers le stade sida et que la mise sous traitement limite également les nouvelles transmissions.

(6) En ce qui concerne les autres IST, l'augmentation continue et importante du nombre de syphilis récentes signalées entre 2013 et 2015 est extrêmement problématique. La persistance dans la région de proportions très élevées des co-infections syphilis et VIH (50 % *versus* 21 % au niveau national) et gonococcie et VIH (45 % *versus* 10 % au niveau national) reflète une utilisation insuffisante du préservatif chez les personnes séropositives et souligne l'importance du dépistage systématique des partenaires et du maintien des actions de prévention.

Ainsi, cette photographie épidémiologique permet de mettre en évidence qu'à l'heure des décisions concertées sur ce grand territoire, il existe des problématiques communes à toutes les zones géographiques mais également des disparités qu'il faudra prendre en compte dans l'élaboration d'actions de prévention et d'amélioration de l'accès au soin des PVVIH et des personnes à risque de présenter une IST.

Points clés

Le VIH dans les Hauts-de-France, c'est :

- 1 - De grandes disparités, en termes de caractéristiques socio-démographiques des PVVIH et des modes de transmission, qui impliquent la mise en place de stratégies de prévention adaptées aux publics ciblés ;
- 2 - Un challenge grandissant : la prise en charge des PVVIH vieillissant ;
- 3 - Une nécessité d'améliorer le recours aux soins et le maintien dans le système de soins ;
- 4 - Une augmentation continue et importante du nombre de syphilis récentes déclarées depuis 2013 qui justifie la poursuite des actions d'information, de dépistage et de prévention réalisées dans la région ces dernières années.

Documentation de référence

Journée mondiale du sida, 1^{er} décembre 2015, BEH 2015 n°40-41, InVS.

Spaccaperri G, Cazein F, Lièvre L, Geffard S, Gallay A, Pillonel J, Estimation de l'exhaustivité de la surveillance des cas de sida par la méthode capture-recapture, France, 2004-2006. BEH n° 30, InVS.

L'infection à VIH-sida en France en 2009-2010 : découvertes de séropositivité, admissions en ALD et pathologies inaugurales de sida, BEH 2011 n°43-44, InVS.

Il a été diffusé en décembre 2016.

Il a été réalisé avec le soutien financier du conseil régional des Hauts-de-France.

Ce document a été préparé collectivement par Santé publique France - Cire Hauts-de-France (Bakhaou Ndiaye, Pascal Chaud) et le Corevih Nord - Pas-de-Calais (Philippe Choisy, Bérénice Galliot et Olivier Robineau), le Corevih Picardie (Sylvain Nappes, Jean Luc Schmit, Myriam Lombard) et l'OR2S (Sophie Debuissier et Alain Trugeon).

Il a été mis en page par Martine Rodriguès.

Remerciements à Françoise Cazein de Santé publique France pour sa contribution à la réalisation de ce document et à Marlène Leclerc.

Photos : Ezumelimages, gevende, IakovKalinin/Thinkstock.

Directeurs de la publication : Dr François Bourdillon, Dr Élisabeth Lewandowski.

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL

Faculté de médecine 3, rue des Louvels 80036 AMIENS cedex 1 - Téléphone : 03 22 82 77 24 - Télécopie : 03 22 82 77 41
Adresse Mail : info@or2s.fr - Site internet : http://www.or2s.fr

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Cire Hauts-de-France, Bâtiment ONIX, 556 avenue Willy Brandt 59777 EURALILLE 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