



surveillance
VIH-Sida
IST
EN BRETAGNE
2018

Décembre 2019



CONTRIBUTIONS

COREVIH Bretagne

Dr Cédric ARVIEUX
Hadija CHANVRIL
Jean-Charles DUTHÉ
Thomas JOVELIN
Camille MORLAT
Virginie MOUTON-RIOUX
Magali POISSON-VANNIER
Karen TOUBOULIC

Santé publique France - Cellule Bretagne

Dr Bertrand GAGNIÈRE
Dr Mathilde PIVETTE

ARS Bretagne

Dr Jean-Pierre ÉPAILLARD
Dr Anne LE FÈVRE

ORS Bretagne

Léna PENNOGNON
Laurence POIRIER
Dr Isabelle TRON

MédiasLab

Élisabeth QUÉGUINER

Décembre 2019

ARS Bretagne
6 place des Colombes - CS 14253
35042 RENNES CEDEX
Tél : 02 90 08 80 00 - Fax : 02 99 30 59 03
Courriel : ars-bretagne-contact@ars.sante.fr
Site Internet : www.ars.bretagne.fr

Santé publique France - Cellule Bretagne
ARS Bretagne
6 place des Colombes - CS 14253
35042 Rennes cedex
Tél : 02 22 06 74 41 - Fax : 02 22 06 74 91
Courriel : cire-bretagne@santepubliquefrance.fr
Site Internet : www.santepubliquefrance.fr

COREVIH Bretagne
Bâtiment Le Chartier, 3^e étage - CHU Pontchaillou
35033 Rennes France
Tel : 02 99 28 98 75 - Fax : 02 99 28 98 76
Courriel : corevih.bretagne@chu-rennes.fr
Site Internet : www.corevih-bretagne.fr

ORS Bretagne
8 D Rue Franz Heller
35700 Rennes
Tél : 02 99 14 24 24
Courriel : orsb@orsbretagne.fr
Site Internet : www.orsbretagne.fr

Le nombre de découvertes de séropositivité au VIH reste assez stable en France, de la même façon qu'en Bretagne. Cela reste une déception pour l'ensemble des acteurs de la lutte contre les Infections sexuellement transmissibles (IST), car les outils disponibles aujourd'hui pour limiter le nombre de nouvelles contaminations sont multiples et très efficaces. Le préservatif reste un moyen universel de se préserver contre l'ensemble des IST.

De façon plus ciblée, spécifiquement contre le VIH, le traitement des personnes séropositives est le plus efficace des dispositifs connus : on ne transmet plus le VIH par voie sexuelle lorsque l'on prend un traitement efficace (virus circulant indétectable), ce qui est le cas de plus de 90% des personnes qui connaissent leur séropositivité en Bretagne... c'est le sens du message mis en avant par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (**U**ndetectable = **U**ntransmissible, **I**ndétectable = **I**ntransmissible). C'est un message à promouvoir car trop de personnes ont encore peur des personnes séropositives, entraînant un niveau de stigmatisation important qui n'est pas favorable à un dépistage efficace et à une vie épanouie des personnes vivant avec le VIH.

Un nouvel outil de prévention pré-exposition (PrEP) est également disponible depuis 2016 : un traitement préventif par l'association emtricitabine-ténofovir est très actif dans la prévention du VIH, réduisant de près de 90 % le risque de contracter le virus. Il ne concerne que les personnes à risque important, mais son accessibilité reste limitée et inégalement répartie sur le territoire : depuis 2016, seulement 250 personnes ont été mises sous PrEP en Bretagne ce qui reste largement en-dessous des seuils permettant d'impacter significativement l'épidémie. L'impression globale est que la montée en charge de la PrEP ne se fera pas sans une possibilité de prescription en médecine générale, qui devrait voir le jour au plus tard en 2020.

Les outils mis à disposition actuellement pour mieux repérer les tendances épidémiques doivent être améliorés : le passage à la déclaration électronique du VIH, qui part d'une bonne intention et devrait - à terme - améliorer et faciliter les déclarations, s'est soldé par une perte de quasi 30 % des taux de déclaration médicale entre 2015 et 2018... pour des raisons tout à fait triviales de simple accès à la carte électronique de professionnels de santé (CPS) et à ses systèmes de lecture, qui ne sont pas utilisés en milieu hospitalier ! Il est également nécessaire que nous ayons un meilleur lien entre systèmes de surveillance épidémiologiques et biologie de ville, pour juger des tendances concernant les infections à Chlamydiae, gonocoques, mycoplasme et syphilis, et pour améliorer l'e-DO du VIH : des contacts ont été pris en 2019 et nous devrions pouvoir avancer concrètement en 2020.

L'identification de clusters de transmission du VIH (souche virale identique au sein d'un groupe de personnes) pourrait être un élément important pour lutter contre la diffusion du VIH et des IST associées. En effet, une identification rapide du cluster, associée à une enquête auprès des personnes appartenant à ce cluster, doit permettre d'envisager des actions de prévention sur les lieux de contamination possible (lieux de rencontre extérieurs, établissement ouvert à une activité sexuelle entre hommes), sous réserve de donner aux acteurs de la prévention les moyens de se mobiliser pour réaliser les actions.

Les personnes nées à l'étranger (20 à 30 % des personnes nouvellement dépistées en Bretagne ne sont pas nées en France, mais on sait que 35 à 50 % d'entre elles se sont contaminées en France¹), sont celles qui sont dépistées le plus tardivement. Le COREVIH Bretagne travaille en partenariat avec le dispositif régional DATASAM afin de mieux répondre aux besoins des populations migrantes et milite au niveau national pour une harmonisation et une facilitation de l'accès au bilan des migrants primo-arrivants. Les récentes discussions autour d'un durcissement de l'accès aux soins des personnes migrantes n'est pas une bonne nouvelle pour la santé publique comme l'a récemment souligné le [Conseil national du Sida et des hépatites](#)².

Mais comme le montre ce bulletin réalisé collégialement par les acteurs bretons de la lutte contre le VIH et les IST - COREVIH, ORS, CIRE et ARS - beaucoup est déjà réalisé. Avec la mise en place en novembre/décembre 2019 des semaines de la santé sexuelle et du dépistage, nous espérons franchir un pas supplémentaire !

Dr Cédric ARVIEUX.
Président du COREVIH Bretagne.

¹ Desgrées-du-Loû A et al., Euro Surveill. 2015;20(46):pii=30065.

² <https://cns.sante.fr/communiqués-de-presse/le-cns-alerte-sur-le-danger-de-restreindre-l'accès-aux-soins-des-demandeurs-d'asile-et-des-étrangers-en-situation-irrégulière/>

Les données de surveillance du dépistage et du diagnostic de l'infection à VIH et du diagnostic de Sida, en Bretagne, sont obtenues à partir de trois systèmes coordonnés par Santé publique France.

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 par le laboratoire sur www.e-do.fr.

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 laboratoire¹. La DO du Sida est réalisée par le clinicien pour

tout nouveau diagnostic de Sida. Le dispositif de DO de l'infection par le VIH et du Sida repose sur la transmission des informations via l'application e-DO (www.e-do.fr).

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.

NOTE MÉTHODOLOGIQUE

- Les analyses des diagnostics VIH et Sida sont issues de la DO des découvertes de séropositivité et des diagnostics de Sida.
- Ces données peuvent être brutes, limitées aux données parvenues à Santé publique France à la date du 30/06/2019. Celles de 2017 et 2018 ne sont pas encore consolidées et doivent être interprétées avec prudence. Les données brutes permettent de décrire les caractéristiques des cas. Dans les figures, celles-ci sont présentées avec les valeurs non renseignées. En revanche, les données sont commentées dans le texte sans ces valeurs non renseignées.
- Ces données peuvent être corrigées pour tenir compte des délais de déclaration, de la sous-déclaration, et des valeurs manquantes sur les déclarations reçues.

- Les données corrigées sont utilisées pour estimer le nombre annuel de diagnostics, analyser les évolutions au cours du temps ou comparer les régions en rapportant les cas à la population.
- L'analyse porte sur les cas d'infection à VIH et de Sida résidant en Bretagne. La région de déclaration est utilisée par défaut lorsque la région de domicile n'est pas renseignée.
- La définition des délais de diagnostic a été modifiée. Désormais, un stade précoce est défini par une primo-infection ou un profil de séroconversion ou un test d'infection récente positif. Les personnes diagnostiquées uniquement avec un taux de CD4 >500/mm³, n'entrant pas dans un des trois critères précédents, ne sont plus comptés parmi les précoces.

LE DÉPISTAGE DU VIH EN BRETAGNE

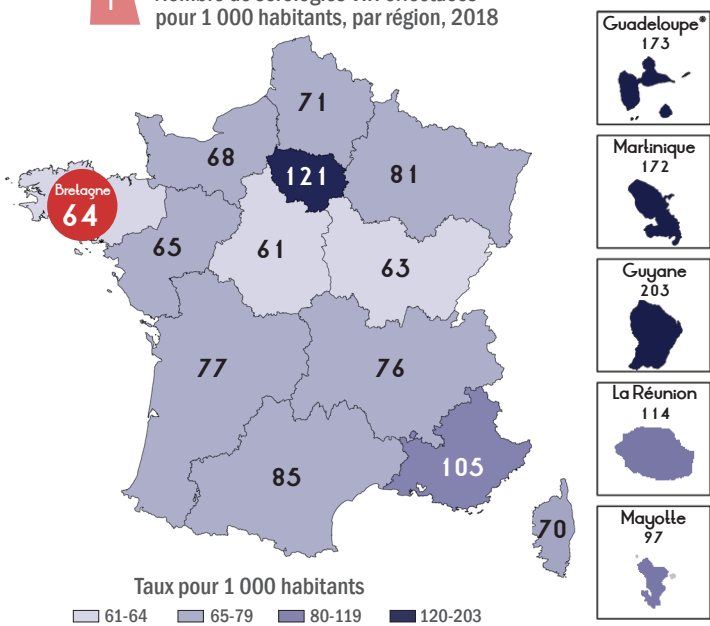
En 2018, le nombre de sérologies VIH effectuées en Bretagne était de 64 pour 1 000 habitants (IC95 % : [60-68]) (figure 1). Il est en légère augmentation depuis 2010 (55 pour 1 000 habitants) et 1,4 fois inférieur à celui observé au niveau national (87 pour 1 000 habitants).

En métropole, les taux les plus élevés concernent l'Île-de-France et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, avec respectivement 121 et 105 sérologies pour 1 000 habitants (figure 1).

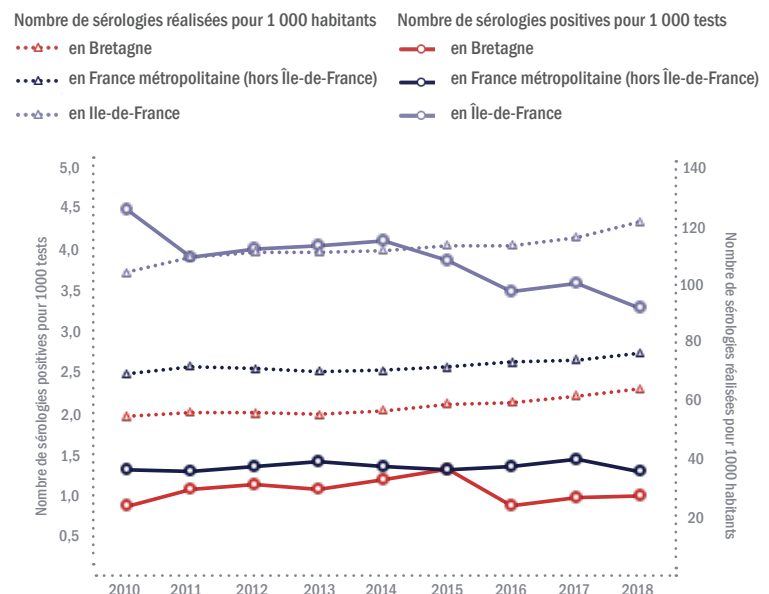
Le nombre de sérologies positives pour 1 000 tests effectués, estimé à 1,0 en 2018, varie de 0,9 à 1,3 depuis 2010. Ce taux, le 3^e plus faible de France (hors Corse), est inférieur à celui estimé en France métropolitaine hors Île-de-France (1,3 p 1 000 tests) et très inférieur à celui d'Île-de-France (3,3 p 1 000 tests) (figure 2). Il est identique à celui de 2017 en Bretagne.

En 2018, la participation à l'enquête LaboVIH est hétérogène entre les régions. Elle était de 84 % en Bretagne et de 81 % en France métropolitaine.

1 Nombre de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants, par région, 2018



2 Évolution du nombre de sérologies réalisées pour 1 000 habitants et du nombre de sérologies positives pour 1 000 tests en Bretagne, en Île-de-France et en France métropolitaine hors Île-de-France, 2010-2018



Source : Santé publique France, données LaboVIH, 2018.

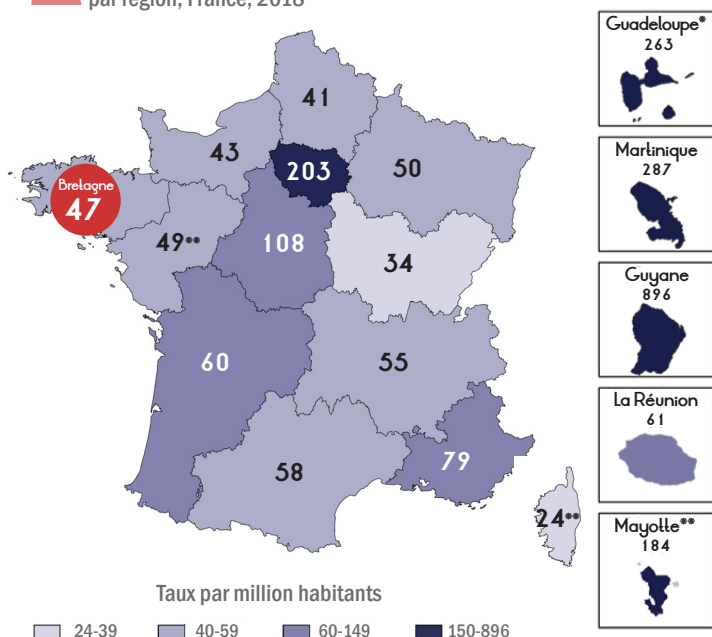
¹ À la différence du nombre de sérologies recueilli par LaboVIH (une personne ayant eu une sérologie positive dans plusieurs laboratoires compte pour plusieurs sérologies positives) la notification obligatoire permet de compter une personne une seule fois quand elle est déclarée par plusieurs déclarants, grâce au code d'anonymat qui est unique pour chaque personne.

SURVEILLANCE DES INFECTIONS À VIH ET DES DIAGNOSTICS DE SIDA

DÉCOUVERTE DE LA SÉROPOSITIVITÉ AU VIH

En 2018, 157 personnes ont découvert leur séropositivité en Bretagne (IC95 % : [124-190]), soit 47 découvertes de séropositivité par million d'habitant (IC95 % : [37-57]) (figure 3).

3 Nombre de découvertes de séropositivité par million d'habitants par région, France, 2018



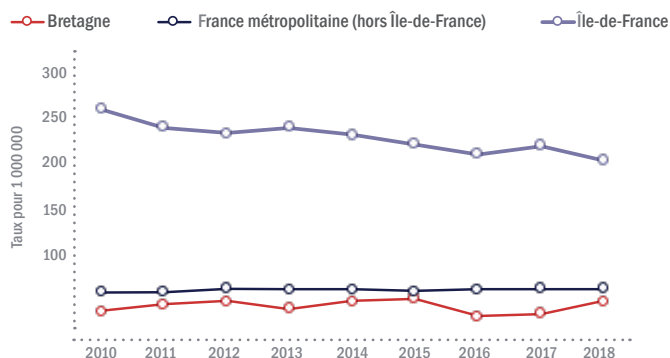
* Y compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

** Données brutes, estimation impossible à ce jour.

Source : Santé publique France, données DO VIH au 31/03/2019 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes

Le taux de découvertes de séropositivité, était stable entre 2010 et 2018, et inférieur au taux de la France métropolitaine hors Île-de-France (figure 4).

4 Évolution du taux annuel de découvertes de séropositivité VIH en France métropolitaine hors Île-de-France, Île-de-France et Bretagne de 2010 à 2018



Source : Santé publique France, données DO VIH au 31/03/2019 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes.

Étude BaroTest :

Cette étude vise à évaluer une nouvelle approche de dépistage combiné du VHB, VHC et VIH en population générale basée sur un auto-prélèvement sanguin, réalisé à domicile, utilisant un papier buvard. Les résultats montrent une bonne faisabilité et acceptabilité de ce dépistage. De plus, ce type de dépistage est attractif, notamment pour les personnes résidant dans des villes de moins de 20 000 habitants et pour celles déjà acquises à la démarche d'un dépistage du VIH ou ayant des facteurs de risque documentés pour les hépatites B ou C.

>> Plus d'informations dans l'article du BEH n° 24-25 du 24 septembre 2019.

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET SOCIO-ÉPIDÉMIologiques

En Bretagne en 2018, un cas sur trois (32 %) était une femme, proportion similaire à celle observée sur la période 2013-2017 et à la situation nationale. L'âge médian était de 38 ans contre 36 sur la période 2013-2017.

En Bretagne, parmi les cas pour lesquels l'information était disponible, la proportion de personnes nées en France découvrant leur séropositivité était deux fois supérieure à celle de personnes nées en Afrique subsaharienne (figure 5).

5 Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité VIH notifiées en Bretagne et en France métropolitaine

	Bretagne		France métropolitaine
	2013-2017 (%) n=533	2018 (%) n=116	2018 (%) n=4 070
ÂGE			
Moins de 25 ans	14	15	13
De 25 à 49 ans	64	60	65
50 ans et plus	22	25	21
SEXE			
Hommes	71	68	67
Femmes	29	32	33
PAYS DE NAISSANCE			
France	53	38	30
Afrique subsaharienne	21	19	26
Autres	8	3	12
Non renseigné	18	40	32
MODE DE CONTAMINATION			
Homosexuel masculin	39	29	28
Hétérosexuels	35	26	33
Injection de drogues	2	0	1
Autres	1	1	1
Non renseigné	23	44	37
CO-INFECTION HÉPATITE C			
Oui	2	0	2
Non	77	59	59
Non renseigné	21	41	38
CO-INFECTION HÉPATITE B			
Oui	3	2	3
Non	76	57	59
Non renseigné	21	41	38
CO-INFECTION IST			
Oui	15	10	12
Non	60	47	48
Non renseigné	26	43	41
INFECTION RÉCENTE* < 6 MOIS			
Oui	19	21	18
Non	54	52	47
Non renseigné	27	27	35
CD4 / mm³ AU DIAGNOSTIC VIH			
<200	20	16	16
200-349	17	13	14
350-499	15	15	13
>=500	24	15	18
Non renseigné	24	42	40
DIAGNOSTIC			
Précoce**	21	16	15
Intermédiaire	42	28	33
Avancé***	21	18	16
Inconnu	16	37	36

* Infection récente : résultat du test d'infection récente réalisé par le Centre national de référence du VIH à partir des buvards transmis par les biologistes.

** Diagnostic précoce : primo-infection ou profil de séroconversion ou test positif d'infection récente.

*** Diagnostic avancé : stade clinique Sida ou CD4 < 200/mm³ lors de la découverte du VIH.

Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/09/2019/

MODE DE CONTAMINATION

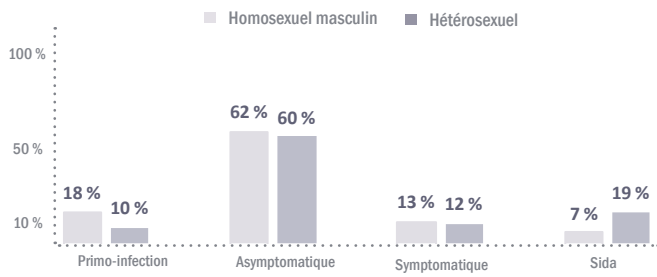
En Bretagne en 2018, parmi les cas pour lesquels l'information était disponible, la proportion de personnes découvrant leur séropositivité et ayant été contaminées par des rapports homosexuels était supérieure à celle ayant été contaminées par des rapports hétérosexuels (52 % contre 46 %) (figure 6).

Sur la période 2013-2018, en Bretagne, le principal mode de contamination chez les hommes nés en France était les rapports homosexuels (74 %), alors que les rapports hétérosexuels prédominaient chez ceux nés en Afrique subsaharienne (86 %). Chez les femmes, le principal mode de contamination était les rapports hétérosexuels (88 %) quel que soit le pays de naissance.

STADE DE L'INFECTION AU MOMENT DU DIAGNOSTIC

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2013 et 2018 en Bretagne et pour lesquelles l'information était disponible, 13 % ont été diagnostiquées précocement au stade de primo-infection, 59 % à un stade asymptomatique, 13 % à un stade symptomatique non Sida, et 14 % au stade Sida. Les homosexuels ont été plus fréquemment diagnostiqués au stade de primo-infection que les hétérosexuels (18 % contre 10 %) (figure 7).

7 Stade clinique au moment de la découverte de la séropositivité selon le mode de contamination en Bretagne de 2013 à 2018



Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2019

DIAGNOSTIC DE SIDA

Le taux de diagnostics de Sida en Bretagne était estimé à 6 par million d'habitants (IC95 % : [3-10]) en 2018, inférieur au taux de France métropolitaine hors Île-de-France (13 par million d'habitants). En Bretagne comme dans le reste de la province, le taux de diagnostics de Sida est resté relativement stable entre 2010 et 2018 alors qu'il était en baisse en Île-de-France (figure 9).

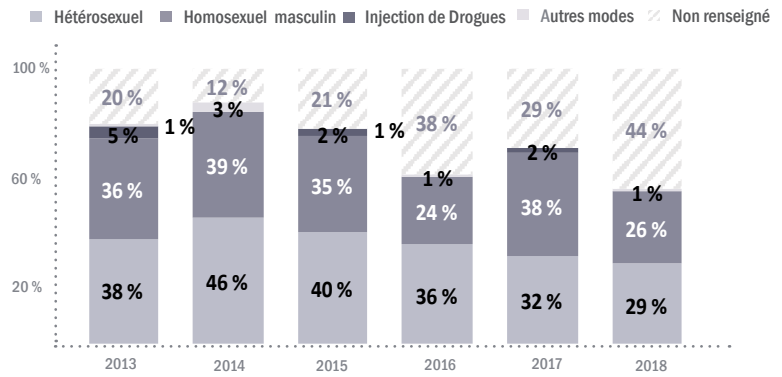
CARACTÉRISTIQUES DES CAS DE SIDA SUR LA PÉRIODE 2013-2018

En Bretagne, sur la période 2013-2018, les hommes représentaient 72 % des 98 cas de Sida diagnostiqués. Les moins de 25 ans représentaient 3 % des cas alors que les 25-49 ans en représentaient 55 % et les 50 ans et plus, 42 %.

Les personnes étaient majoritairement nées en France (65 %). Les contaminations hétérosexuelles représentaient le principal mode de contamination (61 %).

La grande majorité des cas de Sida étaient diagnostiqués chez des personnes qui n'avaient pas reçu de traitement antirétroviral avant leur diagnostic de Sida (87 % des diagnostics), le plus souvent parce qu'elles ignoraient leur séropositivité.

6 Évolution de la part des principaux modes de contamination parmi les découvertes de séropositivité VIH déclarées en Bretagne de 2013 à 2018

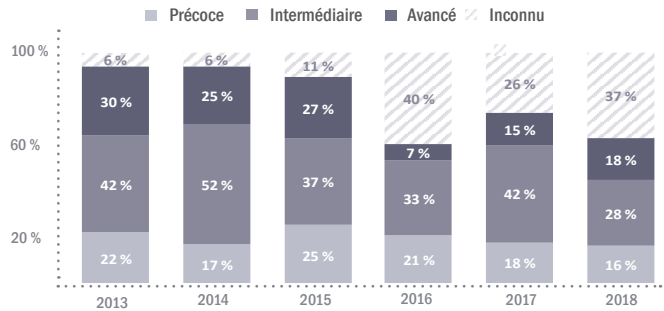


Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2019.

En Bretagne en 2018, parmi les personnes pour qui l'information sur le stade diagnostic était disponible, 18 % des diagnostics ont été réalisés tardivement (CD4 < 200/mm³ ou Sida au diagnostic), proportion proche de celle observée au niveau national (16 %) (figure 8).

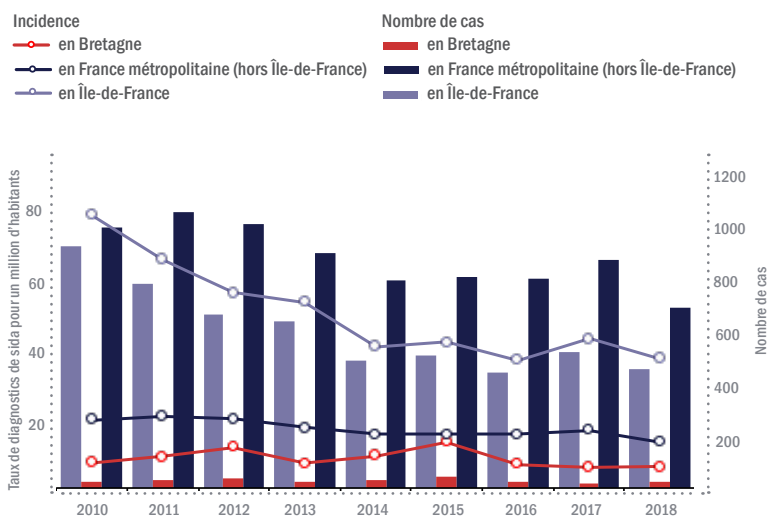
Sur la période 2013-2018 en Bretagne, les personnes nées en France ont été plus fréquemment diagnostiquées à un stade précoce (30 %) que celles nées en Afrique subsaharienne (6 %).

8 Distribution des stades diagnostics parmi les découvertes de séropositivité en Bretagne de 2013 à 2018



Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2019

9 Évolution annuelle du taux de diagnostics de Sida et du nombre de cas en France métropolitaine hors Île-de-France, Île-de-France et Bretagne de 2010 à 2018



Source : Santé publique France, données DO Sida au 31/03/2019 corrigées pour les délais, la sous-déclaration et les valeurs manquantes

E-DO : DÉCLARATION OBLIGATOIRE EN LIGNE DE L'INFECTION PAR LE VIH ET DU SIDA

La surveillance des nouveaux diagnostics d'infection au VIH et de Sida, et l'identification des groupes les plus à risque pour orienter les actions de prévention et améliorer la prise en charge, dépendent directement de la qualité des données issues des déclarations. Il est essentiel que les professionnels de la santé s'approprient et utilisent la déclaration électronique pour améliorer l'exhaustivité et le délai de transmission des DO. Tous les déclarants, biologistes et cliniciens, doivent déclarer l'ensemble des cas diagnostiqués via l'application e-DO.fr. Des efforts sont nécessaires pour améliorer la qualité des informations qui sont souvent manquantes.

UTILISATION DE L'E-DO DANS LES RÉGIONS

En Bretagne en 2018, la proportion de déclarations envoyées par voie électronique était de 81 %. ce qui correspond au 14^e rang des régions (figure 10).

10 Proportion de déclarations électroniques en 2018 par région

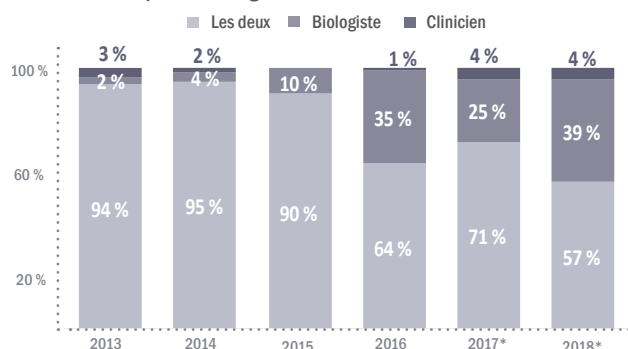
Région	Proportion de déclarations électroniques
Martinique	98 %
Mayotte	98 %
Bourgogne-Franche-Comté	97 %
Grand-Est	96 %
Réunion	96 %
Auvergne - Rhône-Alpes	95 %
Normandie	95 %
Nouvelle-Aquitaine	95 %
Occitanie	95 %
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	94 %
Guyane	93 %
Centre-Val-de-Loire	87 %
Île-de-France	85 %
Bretagne	81 %
Pays de la Loire	81 %
Hauts-de-France	76 %
Guadeloupe	72 %
Corse	38 %

Source : Santé Publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2019, e-DO

ÉVOLUTION DE L'ENVOI DES VOLETS « CLINICIEN » ET « BIOLOGISTE »

En 2018, la proportion de DO sans volet médical était de 39 % en Bretagne (figure 11).

11 Proportion annuelle des découvertes de séropositivité au VIH pour lesquelles les volets « biologiste » et « clinicien » ont été déclarés par voie électronique en Bretagne de 2013 à 2018



Source : Santé Publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2019, e-DO

*Données non consolidées

E-DO VIH/SIDA, Qui doit déclarer? Et Comment ?

▪ **Tout biologiste** qui diagnostique une infection au VIH doit déclarer ce cas (même si la personne a pu être diagnostiquée auparavant dans un autre laboratoire).

ET

▪ **Tout clinicien** qui a prescrit une sérologie VIH s'étant avérée positive, qui a pris en charge une personne ayant récemment découvert sa séropositivité, qui constate le décès d'une personne séropositive pour le VIH, ou qui diagnostique un Sida chez un patient, que celui-ci soit déjà connu séropositif ou non, doit déclarer ce cas.

La notification des cas d'infection au VIH se fait par un **formulaire en deux parties qui contiennent des informations différentes** : un feuillet rempli par le biologiste et l'autre par le clinicien. Chaque co-déclarant (clinicien et biologiste) fait une déclaration de manière indépendante dans l'application e-DO. Les déclarants qui ne parviendraient pas à déclarer en ligne peuvent obtenir des formulaires sous forme PDF à imprimer en s'adressant à e-DO Info Service au 0 809 100 003 ou auprès de Santé publique France : ANSP-DMI-VIC@santepubliquefrance.fr

>> Plus d'informations sur les modalités de déclaration sur le site web de Santé publique France.

POINTS CLÉS SUR LE VIH-Sida en Bretagne

▪ Le nombre de sérologies VIH effectuées en Bretagne pour 1 000 habitants est en légère augmentation depuis 2010 mais il reste 1,4 fois inférieur à celui observé au niveau national. Depuis 2010, la proportion de sérologies positives varie entre 0,9 et 1,3 pour 1 000 tests. Cette proportion est 2 fois inférieure à celle estimée au niveau national. En Bretagne, la participation à l'enquête LaboVIH est de 84 %, supérieure à celle de la France (81 %).

▪ En 2018, avec 157 (IC95 % : [124 -190]) personnes ayant découvert leur séropositivité, la Bretagne se situe au 5^e rang des régions où le taux était parmi les plus bas de France. Il était 2 fois inférieur au niveau national. Les hommes

représentaient 68 % des personnes nouvellement contaminées. La contamination lors de rapports homosexuels prédomine (52 %) devant celle par rapports hétérosexuels (46 %). Sur la période 2013-2018, le mode de contamination le plus fréquent pour les hommes nés en France était les rapports homosexuels (74 %) et celui pour les hommes nés à l'étranger était les rapports hétérosexuels (86 %).

▪ La majorité des résultats est à interpréter avec prudence en raison de la forte proportion d'informations manquantes en 2018.

▪ En Bretagne, le taux de diagnostics de Sida était stable depuis 2010 et 3 fois inférieur au niveau national.

Le Comité Régional de coordination de la lutte contre le VIH et les IST en Bretagne (COREVIH-Bretagne) est une instance de santé régionale et collégiale qui tend à faciliter la prévention et la prise en charge globale auprès des personnes concernées par les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), en particulier le VIH.

Ses missions ont été élargies en 2017, et le COREVIH-Bretagne est en charge de :

- Coordonner les acteurs de la lutte contre le VIH et les IST, selon une approche de santé sexuelle.
- Participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des personnes concernées par le VIH.
- Aider à l'harmonisation des pratiques.
- Participer au recueil et à l'analyse des données épidémiologiques dans le domaine des IST et du VIH.
- Concourir à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques

ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH : DONNÉES GÉNÉRALES DE LA FILE ACTIVE

Plus de 3 600 patients infectés par le VIH suivis dans les hôpitaux en Bretagne

En 2018, la file active hospitalière des sites affiliés au COREVIH-Bretagne a comptabilisé 3 641 patients ayant eu au moins un recours dans les centres hospitaliers bretons¹. Sur la période 2011-2018, la file active hospitalière du COREVIH (à nombre de site constant, soit 10 sites sur 12)² a augmenté de +26 % au total, soit un accroissement moyen annuel de +2,9 %. Si la tendance évolutive globale sur l'ensemble de la période comme en moyenne annuelle est relativement similaire dans les quatre départements bretons, en revanche, l'évolution récente (entre 2017 et 2018, à taux de couverture constant) traduit une situation un peu plus contrastée selon les départements. En effet, seule la file active des Côtes-d'Armor a continué à s'accroître fortement (+3,2 %) tandis que celles des trois autres départements ont peu varié voir diminué (-0,4 % dans le Finistère, +1,3 % en Ile-et-Vilaine et -1 % dans le Morbihan).

Une répartition variable selon les sites

Deux patients sur cinq (39 % de la file active) sont suivis au CHU de Rennes, soit plus de 1 400 patients. Les files actives des centres hospitaliers de Brest, Quimper, Saint-Brieuc, Vannes et Lorient, se situent à des niveaux intermédiaires qui varient de 14 % à 8 % de la file active. Enfin, les services implantés aux centres hospitaliers de Saint-Malo, Morlaix et Pontivy présentent des files actives inférieures à cent patients.

Des découvertes de séropositivité (1^{er} dépistage) chez plus de la moitié des nouveaux patients

Au total, 204 nouveaux patients ont été pris en charge par les services participant à l'activité de recueil pour le COREVIH au cours de l'année 2018, dont plus d'un tiers (38 %) était dépisté pour la première fois dans l'année. Le nombre de décès a diminué de moitié (17 patients ont été concernés en 2018 contre 32 en 2017) et les tumeurs représentent la 1^{re} cause (au moins 42 % des décès, la cause du décès n'étant pas notifiée pour 5 patients). Enfin, 64 patients ont quitté la cohorte en raison de la poursuite de leur suivi hors Bretagne.

Les recours

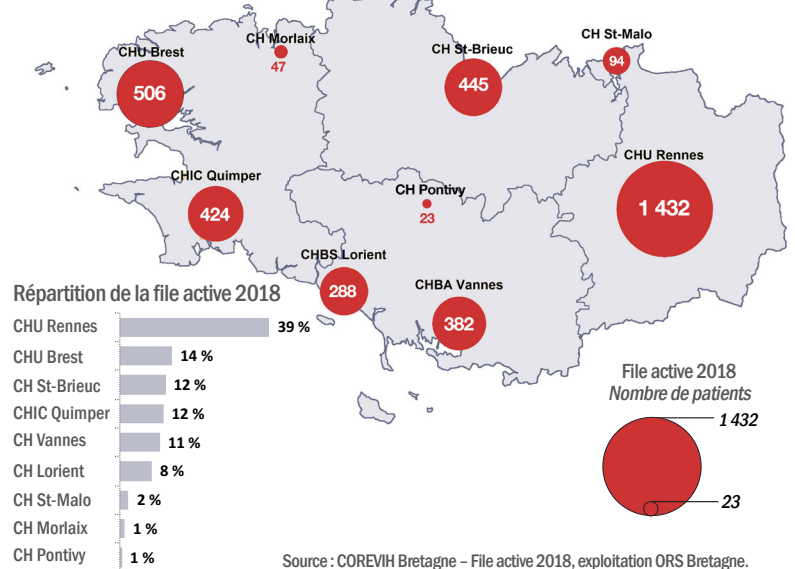
En moyenne, les patients suivis en Bretagne ont bénéficié de 3,6 recours auprès des services hospitaliers dans l'année. Il s'agit pour l'essentiel de consultations (94,2 %), suivis à de rares exceptions par de l'hospitalisation conventionnelle (1,8 %) ou de jour (1,5 %), les autres types de

recours étant minoritaires (2,5 %)³. Ces consultations sont variées : médicales pour une bonne partie, il peut également néanmoins s'agir de bilans biologiques réalisés en dehors des consultations par le personnel infirmier, de consultations d'assistante sociale ou de psychologue, d'éducation thérapeutique.

Le recours à l'hospitalisation de jour est devenu exceptionnel dans la plupart des services cliniques bretons, le suivi clinico-biologique s'étant grandement simplifié au fil des années, surtout pour les personnes dépistées précocement. Cependant, le nombre de recours moyen annuel varie fortement selon les sites allant d'un minimum de 1,3 à un maximum de 5,2 par patient et par an. Ces écarts ne s'expliquent pas par les caractéristiques cliniques et biologiques des patients, mais essentiellement par des différences d'organisation de suivi (offre de service psychologue et assistant social par exemple) et d'habitudes médicales.

Historiquement, le suivi des patients infectés par le VIH a toujours été très hospitalo-centré, et le reste malgré la simplification progressive des contraintes de suivi clinique et biologique. Même si la tendance est difficile à chiffrer, le nombre de consultations médicales hospitalières a tendance à baisser, au profit de recours infirmiers, psychologues ou assistants sociaux. Un effort sera réalisé en 2019 pour chiffrer de façon précise le recours à chaque profession. Le système de recueil actuel ne permet malheureusement pas de chiffrer les suivis conjoints entre médecine de ville et médecine hospitalière.

12 Répartition de la file active du COREVIH selon les centres hospitaliers de prise en charge en 2018¹



recours étant minoritaires (2,5 %)³. Ces consultations sont variées : médicales pour une bonne partie, il peut également néanmoins s'agir de bilans biologiques réalisés en dehors des consultations par le personnel infirmier, de consultations d'assistante sociale ou de psychologue, d'éducation thérapeutique.

Le recours à l'hospitalisation de jour est devenu exceptionnel dans la plupart des services cliniques bretons, le suivi clinico-biologique s'étant grandement simplifié au fil des années, surtout pour les personnes dépistées précocement. Cependant, le nombre de recours moyen annuel varie fortement selon les sites allant d'un minimum de 1,3 à un maximum de 5,2 par patient et par an. Ces écarts ne s'expliquent pas par les caractéristiques cliniques et biologiques des patients, mais essentiellement par des différences d'organisation de suivi (offre de service psychologue et assistant social par exemple) et d'habitudes médicales.

Historiquement, le suivi des patients infectés par le VIH a toujours été très hospitalo-centré, et le reste malgré la simplification progressive des contraintes de suivi clinique et biologique. Même si la tendance est difficile à chiffrer, le nombre de consultations médicales hospitalières a tendance à baisser, au profit de recours infirmiers, psychologues ou assistants sociaux. Un effort sera réalisé en 2019 pour chiffrer de façon précise le recours à chaque profession.

Le système de recueil actuel ne permet malheureusement pas de chiffrer les suivis conjoints entre médecine de ville et médecine hospitalière.

13 Entrées et sorties dans la cohorte de personnes suivies en Bretagne

	2018	2017
Nouveaux patients	204	205
Dont nouveaux dépistés	91	118
Décès	17	32
Transfert de suivi ailleurs	64	58
Perdu de vue*	1	11

*Perdu de vue : patients dont on est sans nouvelle malgré les relances 13 mois après le dernier passage en consultation.

¹ Non compris la dizaine de patients pris en charge à l'Hôpital d'Instruction Des Armées Clermont Tonnerre (HIA) ou suivis par le service de dermatologie du CHU de Brest ou ceux ayant refusé l'exploitation de leurs données NADIS pour les sites de Saint-Brieuc, Lorient et Vannes.

² Pour corriger le défaut d'exhaustivité du recueil sur la période 2011-2018, l'évolution de la file active hospitalière du COREVIH a été calculée « à nombre de site constant ». Ont été écartés les patients pris en charge par l'HIA Clermont-Tonnerre et par le service de dermatologie du CHU de Brest dont les données ne sont pas collectées dans Nadis.

³ Les autres types de recours : séance d'éducation thérapeutique, contact téléphonique.

CARACTÉRISTIQUES DES CAS PRÉVALENTS

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

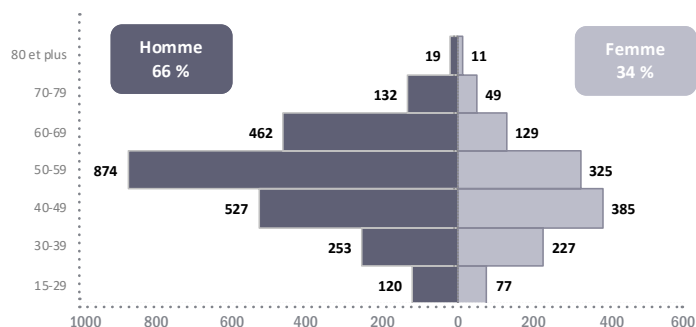
Une prédominance masculine

En cohérence avec les données issues de la notification obligatoire des découvertes de séropositivité au VIH présentées en pages 5 et 6, la population suivie pour le VIH est à très forte prédominance masculine (66 % d'hommes pour 34 % de femmes).

51 ans, l'âge médian des patients suivis

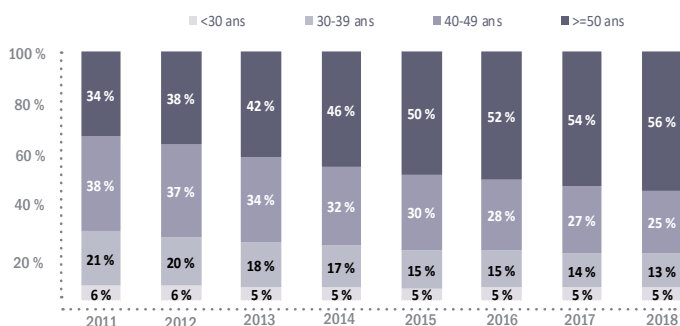
Plus de la moitié des patients de la file active (56 %) ont 50 ans ou plus et les hommes sont globalement plus âgés que les femmes. Depuis 2014, l'âge médian des hommes a passé le cap des 50 ans pour atteindre 53 ans en 2018 tandis que chez les femmes il est de 47 ans. Par ailleurs, l'ancienneté du suivi est importante : elle est supérieure à 15 ans pour plus d'un patient sur deux (51 %). Cet allongement des durées de suivi induit de fait un vieillissement progressif de la population prise en charge qui se traduit par une progression de +65 % de la part des patients de 50 ans et plus par rapport à l'année 2011. Ce « vieillissement global » de la cohorte doit être pris en compte dans le parcours de santé du patient, avec notamment l'apparition de comorbidité dont les études montrent qu'à âge égal, elles sont plus nombreuses chez les personnes vivant avec le VIH que dans la population générale. Le VIH ne devient alors qu'une « pathologie parmi d'autres » chez ces patients, et n'est le plus souvent pas la plus difficile à gérer, surtout en cas de diabète, de cancer ou de maladie vasculaire associée. Ce vieillissement doit également nous rendre vigilants pour que les personnes concernées par le VIH effectuent bien les dépistages habituels de la population des plus de 50 ans (cancer du sein, du colon, de la prostate...).

14 Pyramide des âges de la file active en 2018



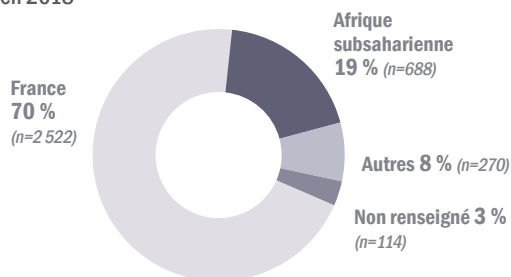
Source : COREVIH Bretagne – File active 2018, exploitation ORS Bretagne

15 Évolution de la file active selon l'âge entre 2011 et 2018



Source : COREVIH Bretagne – File active 2018, exploitation ORS Bretagne

16 Répartition de la file active selon l'origine géographique en 2018



Source : COREVIH Bretagne – File active 2018, exploitation ORS Bretagne

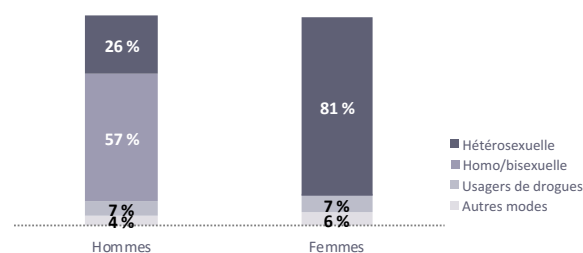
Des personnes d'origine étrangère surreprésentées, notamment ceux d'origine subsaharienne

En 2018, sept patients sur dix (70 %) de la file active, sont originaires de France et plus d'un sur quatre (27 %) est né à l'étranger (principalement dans des pays d'Afrique subsaharienne, 19 %), alors qu'en proportion les personnes immigrées ne représentaient au total que 3,5 % de l'ensemble de la population bretonne en 2016¹. Dans l'objectif d'une meilleure prise en charge des personnes migrantes, le COREVIH travaille de façon active avec le Dispositif régional d'Appui Technique pour l'Accès aux Soins et l'Accompagnement des migrants (DATASAM), et encourage les actions de dépistage « hors les murs » orientées vers les structures d'accueil de migrants.

Des modes de contamination différenciés chez les hommes et les femmes

Sur l'ensemble de la file active, la contamination par rapports hétérosexuels est la plus fréquente (44 %) suivis par les rapports homo/bisexuels (38 %), cependant ce constat diffère fortement selon le sexe. En effet, la contamination par rapports homo/bisexuels est majoritaire chez les hommes (57 %) alors que chez les femmes la contamination par rapports hétérosexuels prédomine largement (81 %). Chez les hommes comme chez les femmes, un peu moins d'un patient suivi sur dix (7 %) a été contaminé lors de l'usage de drogues par voie intraveineuse.

17 Répartition de la file active selon le mode de contamination* en 2018



Source : COREVIH Bretagne – File active 2018, exploitation ORS Bretagne

*La différence avec 100% correspond au mode de contamination inconnu. Les autres modes de contamination sont les contaminations materno-fœtales, celles dues aux transfusions, à l'hémophilie et aux accidents d'exposition au sang ou au virus.

¹ Insee, RP2015 exploitation principale.

CARACTÉRISTIQUES DES CAS PRÉVALENTS

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

Une charge virale indétectable pour 9 patients sur 10

L'essentiel (91 %) des patients ont une charge virale ≤ 50 copies/ml et 71 % ont des $CD4 > 500/mm^3$. Cependant, il subsiste une proportion significative de patients immunodéprimés ($CD4 < 350/mm^3$). Cela illustre encore un recours trop tardif au dépistage, mais également les évolutions progressives des modalités de traitements au cours des 20 dernières années : ce n'est qu'en 2013 qu'il a été recommandé de traiter toutes les personnes séropositives indépendamment de leur statut immunitaire ou virologique. Plus les $CD4$ sont bas au moment de l'initiation du traitement, plus la probabilité de restituer une immunité de qualité est faible : le diagnostic précoce est donc indispensable à une meilleure prise en charge, et la France a une importante marge d'amélioration dans le domaine, puisque le temps séparant la contamination du diagnostic ou du dépistage était en médiane de 3,3 ans sur la période 2014-2016¹. On sait aujourd'hui également que le succès des allègements de traitement (passage d'une trithérapie à une bithérapie d'entretien afin de diminuer la toxicité au long cours, ou diminution du nombre de prises hebdomadaires de la trithérapie) dépend de la valeur la plus basse de $CD4$ au cours de la vie. Plus les patients auront été dépistés tard, plus le VIH aura fait de dégâts et moins nous aurons la capacité de proposer des traitements de toxicité diminuée.

Moins d'1 patient sur 4 a atteint le stade sida

En 2018, près d'un quart de la file active (23 %) a atteint le stade clinique de sida. Ceci est lié en partie à un diagnostic encore trop tardif de certains patients, au moment de l'apparition de complications graves qui marque le stade clinique Sida. Mais certaines personnes diagnos-

TRAITEMENTS

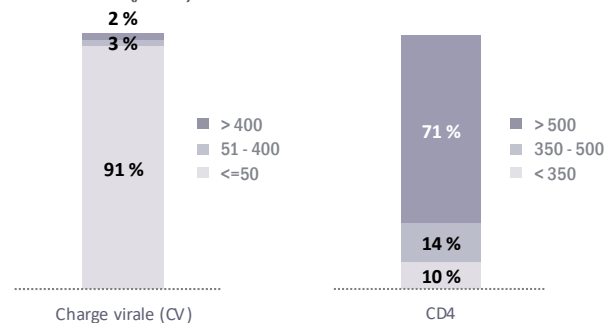
L'essentiel des patients est sous traitement antiviral

En 2018, seuls 2 % des patients n'ont jamais reçu de traitement antiviral (naïfs de tout traitement, le plus souvent du fait de charges virales spontanément très basses), 97 % sont sous traitement et seulement 1 % des patients déjà traités ne l'est plus au cours de l'année (suspension transitoire, choix du patient...).

Au cours des dernières années, l'apparition des inhibiteurs d'intégrases, nouvelle classe thérapeutique très puissante et dont la tolérance globale paraît bonne à moyen terme, a fortement modifié les habitudes de prescription : alors qu'elles étaient quasi-inexistantes jusqu'en 2010, elles représentent aujourd'hui la base de plus de 42 % des schémas thérapeutiques si l'on inclut les trithérapies classiques mais également les bithérapies.

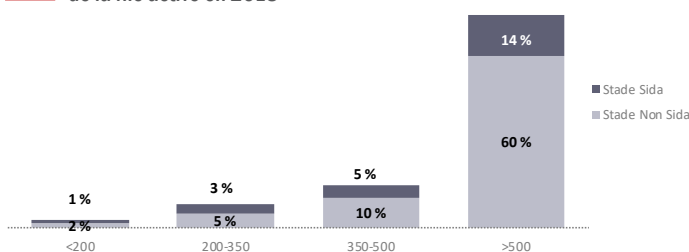
Chez les patients ayant une charge virale durablement indétectable sous trithérapie, se pose la question des allègements de traitements, qui peuvent se faire sous la forme d'une réduction du nombre de molécules utilisées en passant à la bithérapie, ou une réduction du nombre de prise hebdomadaire (traitement 5j/7, en attendant la

18 Répartition des patients en fonction de leur charge virale (copies/ml) et de leur $CD4$ ($/mm^3$) en 2018*



Source : COREVIH Bretagne – File active 2018, exploitation ORS Bretagne.
*La différence avec 100% correspond aux valeurs non renseignées.

19 Niveau de $CD4$ ($/mm^3$) selon le stade clinique pour l'ensemble de la file active en 2018*



Source : COREVIH Bretagne – File active 2018, exploitation ORS Bretagne.
*Les patients pour lesquels le niveau de $CD4$ n'est pas renseigné n'ont pas été pris en compte pour le calcul.

tiquées tardivement peuvent néanmoins bénéficier d'une restauration immunitaire de qualité après plusieurs années de traitement, comme l'illustre la proportion de patients ayant un jour atteint le stade Sida et dont le taux de $CD4$ est supérieur à $350/mm^3$ (19 %) en 2018.

validation des schémas 4j/7). Ces allègements ont l'avantage de diminuer la « charge thérapeutique » et le risque d'intolérance à long terme pour des résultats équivalents en termes de succès clinique et virologique, et permettent également le plus souvent une réduction des coûts de traitement.

En 2018, il y a plus de deux fois plus de bithérapies (250 patients, 7,2% de la file active) qu'en 2017 (127 patients). Le nombre de monothérapie est quant à lui plutôt stable (64 patients en 2017 et 2018).

L'arrivée d'antirétroviraux génériques devrait également à terme permettre une diminution des coûts, mais les niveaux de substitution en pharmacie de ville restent encore trop faibles.

Une diversité de schémas thérapeutiques

Le nombre élevé de molécules disponibles pour le traitement de l'infection par le VIH (plus de 20) explique le très grand nombre de combinaisons possibles. Vingt-neuf combinaisons différentes sont prises par plus de 10 personnes, et on dénombre près de 170 combinaisons différentes prescrites au sein du COREVIH. Mais en pratique, 62 % des personnes traitées ne prennent qu'un seul comprimé/j d'antirétroviral, que ce soit des trithérapies (très majoritaires, avec 60,3 %), bithérapies ou monothérapies (très minoritaires).

¹ Données 2019, Virginie Supervie, Inserm U1136.

CARACTÉRISTIQUES DES CAS PRÉVALENTS

Des recommandations suivies chez plus de 80 % des personnes traitées

Malgré la diversité des schémas possibles, les combinaisons recommandées sont majoritaires : la base du traitement est toujours d'associer deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase (N) avec soit un inhibiteur non nucléosidique (NN), soit un inhibiteur de protéase (IP) ou un inhibiteur d'intégrase (II) : 84 % des personnes traitées répondent à l'un de ces trois schémas.

20 Principaux schémas de traitement rencontrés chez les patients traités par antirétroviraux en 2018 et 2017

	2018		2017	
	N	%	N	%
2N+1NN	1350	39 %	1334	39 %
2N+1II	1286	37 %	1273	37 %
2N+1IPb	296	9 %	335	10 %
Autres	547	16 %	469	14 %

Source : COREVIH Bretagne – Fiches actives 2018 et 2017, exploitation ORS Bretagne.
N : inhibiteur nucléosidique de la transcriptase ; NN : inhibiteur non nucléosidique ; II : inhibiteur d'intégrase boosté ou non ; IPb : inhibiteur de protéase boosté

CO-INFECTION VIH-HÉPATITES

Elles concernent plus d'1 patient sur 7 (15 %)

En 2018, près de 15 % des patients de la file active sont porteurs de l'AgHBs (149 patients) ou ont été en contact avec le virus de l'hépatite C (435 patients) et 26 patients ont cumulé ces deux situations.

- 3 % de la file active des patients suivis sont porteurs chroniques de l'AgHBs.
- 11 % ont été en contact avec le virus de l'hépatite C.
- Moins de 1 % cumule les deux situations.

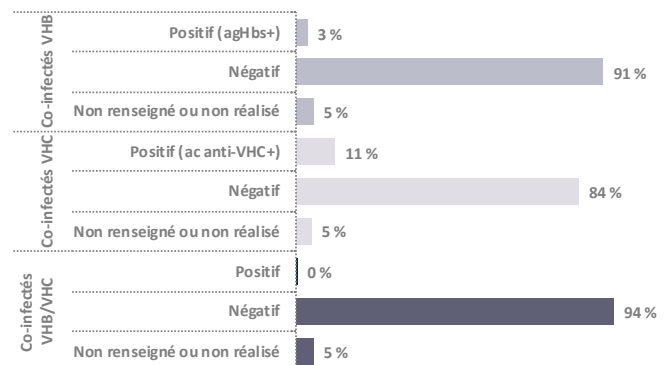
Parmi les patients pour lesquels l'information est renseignée, la contamination par le virus de l'hépatite B est en lien avec une transmission sexuelle pour près des deux-tiers (62 %) et une toxicomanie intraveineuse (14 %) tandis qu'inversement, pour la contamination par le virus de l'hépatite C, ce sont celles en lien avec une toxicomanie intraveineuse qui prédominent (64 %) suivies par les contaminations par voie sexuelle (19 %).

Les traitements de l'hépatite des patients co-infectés VHC

Les personnes infectées par le VIH et le VHC sont plus à risque d'évoluer rapidement vers des complications (par rapport à des personnes uniquement infectées par le VHC), notamment fibrose et carcinome hépatocellulaire. Avec l'arrivée sur le marché de nouveaux antiviraux contre l'hépatite C dont l'efficacité dépasse 98 % de guérison à 2 ou 3 mois, avec une excellente tolérance, l'objectif du COREVIH fixé en 2017 était que l'intégralité des personnes co-infectées VIH et VHC ait été mise sous traitement anti-VHC avant la fin de l'année 2018 (objectif « zéro co-infection »). Il s'agissait à la fois d'un objectif individuel (guérison définitive) et d'un objectif de santé publique (supprimer la chaîne de transmission).

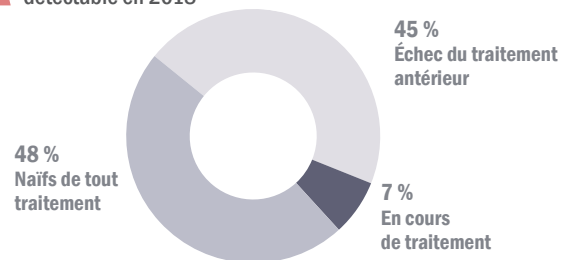
Parmi les patients co-infectés VIH/VHC, 28 % n'ont jamais reçu de traitement anti-VHC (en raison principalement d'une guérison spontanée), et 2 % sont toujours en cours de traitement au 31/12/2018 au moment de l'analyse des données. Il reste néanmoins 42 personnes infectées par le VIH et porteuses d'une infection VHC active (ARN VHC positif) en Bretagne. Parmi celles-ci, 20 (soit 48 % de ceux qui ont aujourd'hui une infection active) n'ont jamais reçu aucun traitement, essentiellement par refus de la personne d'être traitée. On n'atteint donc pas le « zéro patient » non traité, mais on s'en approche ! Il est important que les acteurs du COREVIH s'emploient à convaincre ces patients des bienfaits du traitement, même si elles sont asymptomatiques aujourd'hui, et que toutes les personnes concernées puissent être guéries avant la fin de l'année 2019.

21 Co-infections VHB et VHC dans la file active en 2018*



Source : COREVIH Bretagne – File active 2018, exploitation ORS Bretagne
*Les cas « douteux » ont été cumulés avec les données non renseignées.

22 Statut thérapeutique des patients ayant une charge virale VHC détectable en 2018*



Source : COREVIH Bretagne – File active 2018, exploitation ORS Bretagne
*Charge virale VHC détectable : ARN viral du VHC >15 copies/ml

Trois patients sont encore en cours de traitement avec un ARN VHC positif au dernier contrôle en 2018, et seront probablement guéris en 2019 ; 19 patients ayant un ARN VHC positif ont déjà été traité antérieurement (échec de traitement antérieur) et ne gardent pas, le plus souvent, un bon souvenir des combinaisons à base d'interféron et de ribavirine, hésitant parfois à se lancer dans une nouvelle cure thérapeutique. Il faudra là aussi s'employer à les convaincre avant la fin de l'année 2019. Enfin, comme en 2017, les données d'ARN viral ne sont toujours pas renseignées pour un peu moins de 10 % de la file active des patients ayant une sérologie VHC positive...

LES NOUVEAUX DÉPISTÉS

Les données issues de la notification obligatoire des découvertes de séropositivité au VIH sont présentées en pages 5 et 6. Les données ci-dessous complètent les observations précédemment réalisées.

Les nouveaux dépistés : plus jeunes avec une prédominance masculine plus marquée que dans l'ensemble de la file active

En 2018, 91 adultes (contre 118 en 2017, 83 en 2016 et 142 en 2015) ont découvert leur séropositivité au VIH en Bretagne. Il faudra attendre les données des prochaines années pour juger si la baisse des nouvelles découvertes observée en 2018 dans la région se confirme et marque une tendance ou s'il ne s'agit que d'une variation annuelle non significative, comme en 2016.

L'âge moyen est de 39,7 ans et l'âge médian de 39 ans, soit 14 ans en dessous de celui de la file active globale. Ce sont majoritairement des hommes (71 % pour 29 % de femmes), proportion supérieure à celle observée dans la file active globale. Les hommes ont été majoritairement contaminés lors de rapports sexuels avec d'autres hommes (62 %, contre 57 % dans la totalité de la file active, ce qui illustre une augmentation progressive de la part des contaminations HSH parmi les hommes) et les femmes par rapports hétérosexuels (81 % comme dans la totalité de la file active). Un peu plus de la moitié (54 %) des nouveaux dépistés dont les données sont renseignées est née en France, 32 % en Afrique occidentale et centrale.

Des prescriptions en conformité avec les recommandations du groupe d'experts de 2018

Pour les 128 patients ayant débuté leur premier traitement en 2018, les trithérapies à base d'inhibiteurs d'intégrases deviennent pour la première fois majoritaire, avec 39 % des prescriptions. Jusqu'en 2017, la première place était tenue par les associations à base d'inhibiteurs de protéases, qui ne représentent plus que 34 %. Les trithérapies comportant un inhibiteur non nucléosidique et deux inhibiteurs nucléosidiques ne représentent que 20 % des premiers traitements.

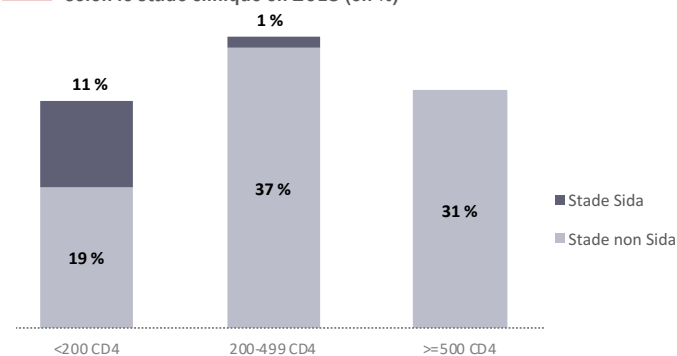
LE SUIV PÉDIATRIQUE ET LES GROSSESSES

La taille des cohortes pédiatriques est en diminution constante du fait de la quasi-disparition de la transmission mère-enfant en France. L'adoption d'enfants connus VIH positif devient une circonstance prédominante, aux dépens des contaminations verticales en France. Ainsi, en 2018, 14 enfants ont été suivis par les hôpitaux du COREVIH. La totalité des enfants (100 %) reçoit un traitement. Le niveau « d'individualisation » des traitements est élevé, puisque l'on dénombre autant de combinaisons différentes que d'enfants sous traitement. Le taux succès virologique (86 %, 12/14) est statistiquement comparable à celui que l'on retrouve chez les adultes (91%). Toutefois, cette dernière donnée est à interpréter avec prudence en raison de la faiblesse des effectifs pris en compte.

Plus de 3 nouveaux dépistés sur 10 le sont tardivement

Pour les nouveaux dépistés dont le niveau de CD4 est renseigné (70/91), 31 % (22/70) ont découvert leur infection tardivement parmi lesquels 13 % (9/70) ont atteint le stade sida et 30 % (21/70) présentent des CD4 < 200/mm³. Ces chiffres semblent traduire une dégradation de la situation en comparaison à ceux de 2017, où l'on retrouvait respectivement 18 % de découvertes tardives, 11% de stade sida et 16% de CD4 < 200/mm³. Toutefois, ce constat est à interpréter avec prudence en raison de l'importance des données non renseignées sur le niveau de CD4 ceci d'autant plus au regard de la faiblesse des effectifs pris en compte. Le dépistage précoce de l'infection par le VIH doit rester une priorité de travail du COREVIH.

2.3 Niveau de CD4 chez les nouveaux dépistés (mm³) selon le stade clinique en 2018 (en %)



Source : COREVIH Bretagne – File active 2018, exploitation ORS Bretagne.

2.4 Répartition des combinaisons utilisées lors de la première prescription d'antirétroviraux en 2018

	Nombre	%
INHIBITEURS D'INTÉGRASES	52	41 %
Elvitégravir / cobicistat / emtricitabine / ténofovir	22	17 %
emtricitabine / ténofovir	11	9 %
Dolutégravir avec abacavir / lamiduvine	8	6 %
lamiduvine	2	2 %
Raltégravir avec emtricitabine / ténofovir	5	4 %
Bictégravir / emtricitabine / ténofovir	4	3 %
INHIBITEURS DE PROTÉASES	44	34 %
Darunavir/r avec emtricitabine / ténofovir	40	31 %
abacavir / lamiduvine	3	2 %
Atazanavir avec emtricitabine / ténofovir	1	1 %
AUTRES	32	25 %
Rilpivirine / emtricitabine / tenofovir	19	15 %
Autres combinaisons	13	10 %
TOTAL DES COMBINAISONS	128	100 %

Source : COREVIH Bretagne – File active 2018, exploitation ORS Bretagne.

En 2018, 66 femmes infectées par le VIH ont déclaré une grossesse ; 30 femmes porteuses du VIH ont accouché cette même année. L'essentiel de ces femmes (26/30) avait une charge virale indétectable à l'accouchement. L'objectif d'une charge virale indétectable à l'accouchement est donc atteint pour au moins 87 % des femmes. L'objectif de « 100 % de charges virales indétectables au moment de la conception », qui garantit l'absence de transmission mère-enfant, ne pourra être atteint qu'avec un renforcement de la politique de dépistage. Alors que le dépistage des femmes enceintes est globalement bien réalisé en France, le dépistage des conjoints est marginal, pouvant conduire à des contaminations, en rapport notamment avec la plus grande vulnérabilité au VIH en cours de grossesse et d'allaitement : il est impératif d'intégrer rapidement le dépistage des conjoints dans les politiques de prise en charge des femmes enceintes.

Bilan d'activité des CeGIDD 2018

Neuf « Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles » ont été créés en Bretagne en 2016 (5 sites principaux et 4 antennes) : trois dans le Finistère, trois dans le Morbihan, deux en Ille-et-Vilaine et un dans les Côtes-d'Armor.

En 2018, les 9 sites bretons ont totalisé, en moyenne hebdomadaire, 43,5 demi-journées d'ouverture (145 heures/semaine), ce qui est globalement stable par rapport à l'année 2017.

Le personnel de chaque CeGIDD dépend de la taille de la structure et se répartit en moyenne hebdomadaire autour de 0,4 équivalent-temps-plein (ETP) de médecin, 0,7 ETP d'infirmière, et lorsque les postes existent de 0,4 ETP de secrétariat, 0,1 ETP d'assistante sociale et 0,05 ETP de psychologue. Un certain nombre de coopérations avec d'autres professionnels ont été mises en place (gynécologues, dermato-vénérologues, sexologues), mais elles restent, après trois ans de fonctionnement, assez limitées.

Près de 28 000 consultations ou informations de dépistage ont été réalisées, dont 93 % de consultations médicales. Certains sites associent des activités supplémentaires qui viennent compléter la palette de l'offre : traitement post-exposition du VIH, Prévention Pré-Exposition (PrEP), conseil en contraception, sexologie...

Par rapport à l'activité des « anciens » CDAG et CIDDIST, le public consultant s'est diversifié : plus de 1 300 hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) ont consulté dans les centres, soit une augmentation de +4 % par rapport à 2017 ; on ne note que 17 personnes transgenres ayant consulté dans les CeGIDD bretons en 2018, ce qui illustre que ces sites ne sont pas encore clairement identifiés comme des lieux de recours par les personnes concernées. Avec plus de 700 usagers de drogues accueillis (5 % de la file active des CeGIDD), on peut par contre se féliciter que les CeGIDD soient considérés comme un lieu d'accueil potentiel. Le public reste très jeune... plus de la moitié des hommes ont moins de 30 ans (56 %) et des femmes moins de 25 ans (60 %) ; plus de 900 mineurs ont été accueillis (+55 % par rapport à 2017). Le nombre de consultants migrants a été multiplié par deux : 660 migrants se sont rendus dans un CeGIDD en 2018, il n'était que 332 en 2017.

Au total, près de 11 000 dépistages VIH ont été réalisés (dont 16 se sont avérés des découvertes de séropositivité). Il existe toujours une forte activité de dépistage de la syphilis (près de 5 300 dépistages), avec une baisse du nombre de nouveaux cas diagnostiqués (77 contre 92 en 2017). En 2018, l'activité de dépistage du gonocoque reste en forte augmentation (6 800 tests réalisés contre 5 600 en 2017, avec 161 positifs, soit près du double par rapport à 2017 où 86 positifs étaient décomptés) ainsi que celle des Chlamydiae (6 800 tests contre 6 000 en 2017, avec respectivement 495 positifs contre 547). Le dépistage des hépatites B est en légère hausse (7 200 tests contre 6 800 tests en 2017, avec respectivement 64 positifs en AgHBs contre 58 en 2017) comme celui des hépatites C (6 000 tests contre 5 700 en 2017), avec cependant un nombre des cas positifs stables par rapport à 2017 (43 cas dépistés contre 42 en 2017), pour une activité globale de dépistage un peu plus importante cette année.

Tous les CeGIDD bretons organisent des activités « hors les murs » : plus de 200 actions ayant touché plus de 5 300 personnes (dont près de 1 300 avec dépistage). Les lieux d'intervention sont diversifiés et sont orientés vers des publics ne fréquentant pas habituellement les CeGIDD « dans les murs » : foyers de jeunes travailleurs, lieux de rencontres extérieurs, saunas, restos du cœur, structures d'accueil de migrants etc.

L'activité de Prévention Pré-exposition et post-exposition au VIH est difficile à mesurer, car distribuée de façon variable d'un site à l'autre entre CeGIDD et services hospitaliers. En Bretagne, plus de 200 personnes avaient eu accès à la PrEP à la fin de l'année 2018, ce qui reste un chiffre modeste compte tenu des besoins estimés.

Le budget global des CeGIDD bretons atteint presque 1 900 000 €, soit une augmentation de +3 % par rapport à 2017. L'activité des CeGIDD se traduit par de fortes dépenses en biologie (plus de 725 000 € pour la totalité des sites, +8 % par rapport à 2017), alors que les frais de personnels sont un peu inférieurs à 950 000 €.

L'outil de recueil de données commun à l'ensemble des CeGIDD bretons nécessite encore des améliorations, mais les personnes qui l'utilisent expriment leur satisfaction quant aux améliorations apportées collectivement par les acteurs au cours des dernières années. Il devrait permettre, à partir de l'année 2019, de fournir des données plus précises, et notamment des données individuelles anonymisées permettant une meilleure exploitation épidémiologique et une meilleure orientation des politiques régionales en matière de santé sexuelle.

Après trois années pleines de fonctionnement suivant la fusion des CDAG-CIDDIST en CeGIDD, les acteurs paraissent plutôt satisfaits du résultat. Reste à mener le dossier d'une meilleure articulation entre CeGIDD et Centre de planification et d'éducation familiale, ouvrant l'horizon de véritables centres de santé sexuelle.

Dr Cédric ARVIEUX.
Président du COREVIH Bretagne.

25 Dépistages dans les CeGIDD en 2018 : une prédominance masculine à l'exception des Chlamydiae*

	Dépistages réalisés		Dépistages positifs	
	Nombre	Dont % d'hommes	Nombre	Taux pour 1 000 tests
Infections à VIH	10 981	59 %	15	1,4
Hépatite B	7 181	61 %	64	8,9
Chlamydioses	6 811	50 %	495	72,7
Gonococcies	6 797	57 %	161	23,7
Hépatite C	5 983	64 %	43	7,2
Syphilis	5 280	69 %	77	14,6

Source : Rapports d'activité des CeGIDD - Année 2018, exploitation ORS Bretagne.

*La répartition par sexe ne tient pas en compte de l'antenne de Pontivy pour laquelle l'information n'est pas disponible

SEMAINES SANTÉ SEXUELLE EN BRETAGNE : 1^{ÈRE} ÉDITION EN 2019

Quelle déclinaison en région ?

Une bonne santé sexuelle est un élément essentiel de la qualité de vie. Le Comité de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) organise quatre « Semaines de la santé sexuelle », une dans chaque département breton, entre le 18 novembre et le 15 décembre. La semaine se déroulera successivement dans chaque département.

SEMAINES DE LA SANTÉ SEXUELLE

Côtes d'Armor • 18-24 nov / Finistère • 25 nov-1er dec
Ille-et-Vilaine • 2-8 dec / Morbihan • 9-15 dec

Ces semaines sont destinées à sensibiliser le public aux questions de la santé sexuelle, dans toutes ses dimensions. Intégrée à ces manifestations, une campagne de dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et des hépatites virales est mise en place en partenariat avec l'Agence régionale de santé Bretagne et Santé publique France. Au sein de la santé sexuelle, cette campagne permet de renforcer les aspects de prévention et de lutte contre les IST. Elle sera accompagnée de messages concernant l'importance de la vaccination contre les virus de l'hépatite B et le Papillomavirus.



COLLOQUES • CONFÉRENCES • ANIMATIONS
EXPOSITIONS • SPECTACLES • CINÉ-DÉBAT
PORTES OUVERTES • DÉPISTAGE
[Retrouvez les actions prévues dans le cadre des semaines de santé sexuelle](#)

OBJECTIFS DE LA SEMAINE DE SANTÉ SEXUELLE EN BRETAGNE

- >**SENSIBILISER** le public aux questions de Santé sexuelle.
- >**INFORMER** sur les différentes approches de la Santé sexuelle.
- >**RASSEMBLER** à la lueur de cette mobilisation, acteurs et spectateurs des manifestations, professionnels et usagers de la Santé sexuelle.
- >**AIDER** au développement de réseaux de solidarité, de réflexion et de soins en Santé sexuelle.
- >**FAIRE CONNAÎTRE** les lieux, les moyens et les personnes pouvant apporter un soutien ou une information de proximité
- >**RENFORCER** la prévention et le dépistage des IST et renforcer les stratégies de vaccination.



Hadija CHANVRIL
Coordinatrice du COREVIH Bretagne.

LA PRÉVENTION PRÉ-EXPOSITION DU VIH (PrEP) : ÉTAT DES LIEUX ET TECHNIQUES EN COURS

La PrEP (Prévention pré-exposition du VIH) consiste à proposer un traitement préventif pour éviter le développement du VIH en cas de contact avec celui-ci. Plusieurs essais cliniques récents ont montré son efficacité, tant chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) que pour les femmes ou les hommes hétérosexuels. En 2019, le seul traitement agréé pour la PrEP en France est l'association ténofovir-emtricitabine (TDF/FTC). En Bretagne, entre le 1^{er} janvier 2016 (date d'autorisation de la PrEP en France) et le 1^{er} juin 2019, 247 personnes ont bénéficié d'une prescription de PrEP. Il s'agit essentiellement d'HSH.

Avec un coût médicamenteux de 171 euros par mois et une efficacité proche de 100 %, la PrEP est très coût-efficace chez les personnes exposées. Ne protégeant que contre le VIH, elle s'accompagne d'une surveillance accrue des autres IST ainsi que d'un programme de vaccination (hépatites A, B et papillomavirus). De nouvelles techniques de PrEP sont en cours de développement : implants sous-cutanés rechargeables, injections mensuelles sous forme de nanoparticules, anneaux vaginaux contenant un antirétroviral (voire l'association d'un antirétroviral et d'un contraceptif). Elles devraient voir le jour au cours des prochaines années.

Dr Cédric ARVIEUX
Président du COREVIH Bretagne.

PRÉVENTION & DÉPISTAGE » : données complémentaires

- **Utilisation de la PrEP** : l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) actualise pour la 3^e année consécutive, les données sur l'utilisation de la prophylaxie pré-exposition au VIH par Truvada (ou génériques). Des données nationales et régionales actualisées sont disponibles sur le site de l'[ANSM](#) depuis le 27 novembre 2019.
- **Usage des TROD (test rapide d'orientation diagnostique) VIH** : selon le bilan du dispositif national de dépistage communautaire par TROD VIH réalisé par la DGS, 897 TROD ont été réalisés par une association en Bretagne en 2018, et 2 tests étaient positifs, soit un taux de positivité de 2,2 pour 1 000 tests réalisés, supérieur au taux de positivité des sérologies réalisées dans les laboratoires bretons d'analyse médicales (1 pour 1 000, données LaboVIH en page 4).
- **Vente des autotests de dépistage de l'infection par le VIH** : les autotests sont en vente en pharmacie sous ordonnance depuis septembre 2015. Au cours de l'année 2018, en Bretagne, 2 579 ont été vendus au prix moyen de 26,14 €. En 2017, 2 422 autotests y avaient été vendus à un prix moyen de 28,05 €.
- **Vente de préservatifs** : en 2018, en Bretagne, 4 251 950 préservatifs masculins ont été vendus en grande distribution à l'unité, 774 739 l'ont été en pharmacie (hors parapharmacie). Par ailleurs, des préservatifs ont été mis à disposition de l'Agence régionale de santé (ARS) Bretagne, gratuitement par Santé publique France. L'ARS Bretagne s'est chargée de les distribuer aux acteurs locaux de la prévention en santé sexuelle. En pharmacie, 741 préservatifs féminins ont été vendus en 2018 en Bretagne.

Dr Bertrand GAGNIÈRE et Dr Mathilde PIVETTE
Santé publique France - Cellule Bretagne.

SURVEILLANCE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT (IST) TRANSMISSIBLES EN FRANCE

Santé publique France fait évoluer la surveillance des IST bactériennes afin de couvrir l'étendue de l'offre de dépistage et de diagnostic des IST, dans un objectif d'efficacité et d'allègement de la charge de travail des déclarants liée au recueil des données.

>> Surveillance par les laboratoires

Le recueil de données individuelles en continu via les deux réseaux de laboratoires Rénago et Rénachla contribuant à surveiller les infections à gonocoque et à Chlamydia trachomatis est désormais remplacé par une enquête ponctuelle pluriannuelle « LaboIST ».

Cette approche limite le recueil aux données agrégées portant sur l'année passée, et permet d'estimer le nombre total de diagnostics aux niveaux national et régional (gonococcies, infections à Chlamydia trachomatis et Mycoplasma genitalium et syphilis).

LaboIST a déjà été réalisée auprès de l'ensemble des laboratoires et a permis de produire des données pour l'année 2016. Elle sera renouvelée en 2019 pour disposer de données correspondant aux prélèvements effectués du 1^{er} janvier au 31 décembre 2018.

Cette évolution de la surveillance a fait l'objet d'une réunion de consultation fin octobre 2018 avec les principaux syndicats de biologistes, COREVIH et du CNR des IST bactériennes.

>> Surveillance par les cliniciens

Les CeGIDD sont invités à transmettre leurs données individuelles à Santé publique France, une fois par an, selon 2 options, laissées à leur choix :

- les CeGIDD qui disposent d'un logiciel pour la gestion des dossiers de leurs patients transmettent leurs données individuelles recodées au format attendu directement (via le web service : protocole d'échange de données entre deux applications) en activant une fonctionnalité de l'application ;
- les CeGIDD qui ne peuvent pas recourir au web service, déposent une copie de leur base de données individuelles recodées au format attendu sur la plateforme sécurisée « partage » de Santé publique France.

La transmission des données des CeGIDD permettra de faire évoluer le réseau de cliniciens RésIST, si la surveillance CeGIDD atteint un niveau de couverture suffisant. Une réorientation du réseau RésIST vers les consultations hospitalières contribuera à une meilleure représentativité des données de surveillance. De plus, les données individuelles des CeGIDD permettront de disposer de données sur d'autres IST (condylomes, herpès...). La charge de travail des cliniciens des CeGIDD participant au réseau RésIST diminuera puisqu'ils n'auront plus à compléter les questionnaires papier. L'arrêt de la participation des CeGIDD au réseau RésIST sera conjointement décidé après validation du format des données transmises.

>> Surveillance par le système national des données de santé

L'exploitation des données de remboursement des soins prescrits en médecine de ville viendra compléter le dispositif.

Dr Bertrand GAGNIÈRE.

Santé Publique France - Cellule Bretagne.

DÉPISTAGE DU CANCER DU COL UTÉRIN & VACCINATION CONTRE LE PAPILLOMAVIRUS

En mai 2018, l'Organisation mondiale de la santé déclarait l'élimination du cancer cervical dans le monde comme priorité de santé publique. En France, environ 1100 femmes meurent chaque année de ce cancer dont le facteur de risque principal est connu : l'infection persistante par un papillomavirus humain (HPV) à haut risque.

Deux outils de prévention très efficaces sont disponibles pour lutter contre le cancer du col de l'utérus :

- la vaccination contre le HPV (prévention primaire) pour éviter la cause principale de cancer du col de l'utérus
- le dépistage pour détecter les lésions précancéreuses et les traiter avant qu'elles n'évoluent en cancer (prévention secondaire). Le test de dépistage est associé à une confirmation diagnostique et à une prise en charge thérapeutique adéquate.

La vaccination contre le HPV est actuellement recommandée pour toutes les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans, les homosexuels masculins jusqu'à l'âge de 26 ans et les patients immunodéprimés dont ceux porteurs du VIH. Depuis 2018, un vaccin immunisant contre 9 génotypes est disponible. La couverture vaccinale des jeunes filles est encore très insuffisante en France (29,4 % pour une dose à 15 ans et 23,7 % pour un schéma complet à 16 ans). Quoique supérieure à la moyenne française, la couverture vaccinale en Bretagne est également insuffisante (36,3 % pour une dose à 15 ans et 30,3 % pour un schéma complet à 16 ans).

Le dépistage du cancer du col utérin s'appuie actuellement en France sur la réalisation d'un examen cytologique (communément appelé frottis) tous les 3 ans chez les femmes asymptomatiques entre 25 et 65 ans. Jusqu'à présent, en dehors de certaines zones pilotes, le dépistage était spontané, à l'initiative des femmes ou de leur médecin. Sur la période 2015-2017, le dépistage spontané a concerné 58,7 % des femmes âgées de 25 à 65 ans au niveau national et 61,9 % en Bretagne. Mais cette moyenne cache des disparités importantes puisque seules 44 % des femmes de 60 à 65 ans avaient réalisé un frottis au niveau national.

Un programme national de dépistage organisé (PNDO) du cancer du col de l'utérus est actuellement en cours de déploiement dans le cadre du Plan Cancer 2014-2019. Il vise à améliorer la couverture du dépistage pour l'amener à 80 %, à réduire les inégalités face au cancer du col de l'utérus et à diminuer son incidence et sa mortalité de 30 %. Ce programme concerne l'ensemble des femmes de 25 à 65 ans. Un courrier sera envoyé à celles qui n'ont pas réalisé spontanément de dépistage dans les 3 ans. Le PNDO inclut le recueil de données de dépistage et de suivi de toutes les femmes de 25 à 65 ans qu'elles aient été dépistées spontanément ou suite à un courrier d'invitation. En juillet 2019, la Haute autorité de santé (HAS) a révisé ses recommandations concernant la technique utilisée lors du dépistage du cancer du col de l'utérus en faveur du test HPV chez les femmes à partir de 30 ans et du maintien de l'examen cytologique chez les femmes entre 25 et 29 ans. Ces nouvelles recommandations devraient être intégrées dans le PNDO courant 2020.

Dr Bertrand GAGNIÈRE.

Santé publique France - Cellule Bretagne.



POUR EN SAVOIR PLUS :

>> VEILLE DOCUMENTAIRE :

- BULLETIN D'INFORMATION DU COREVIH - 1^{er} décembre 2019 : [consulter le bulletin sur le site du COREVIH](#)
- BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE THÉMATIQUE, JOURNÉE MONDIALE DU SIDA - 1^{er} décembre 2019 : [consulter le bulletin sur le site de Santé publique France](#)
- BULLETIN DE SANTÉ PUBLIQUE VIH/SIDA. OCTOBRE 2019 : [lire le bulletin](#)
- BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE THÉMATIQUE, JOURNÉE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LES HÉPATITES VIRALES, 2019 : [télécharger le bulletin](#)
- OBSERVATOIRE CARTOGRAPHIQUE – GÉODES : TOUTES LES DONNÉES RÉGIONALES ET NATIONALES DE LA SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU VIH-SIDA ET DES HÉPATITES VIRALES EN FRANCE : [cliquer ici](#)
- LE VIH EN 2019 : LES CLEFS POUR COMPRENDRE : [lire le rapport](#)
- PROMOTION DE LA SANTÉ, VIH ET PRISON (SIDACTION) : [lire le rapport](#)
- VIVRE AVEC LE VIH APRÈS 50 ANS (ACTIONS TRAITEMENTS) : [lire le rapport](#)
- LES IST PLUS FRÉQUENTES CHEZ LES PREPEURS AU VIH EN CONTINU QUE CHEZ LES PREPEURS À LA DEMANDE : [lire l'article](#)
- « LES ORGANISATIONS COMMUNAUTAIRES FONT LA DIFFÉRENCE », LE THÈME DE LA JOURNÉE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA (ONUSIDA) : [lire le rapport en anglais](#)

>>LIENS UTILES :

- SANTÉ PUBLIQUE FRANCE : [accéder au site](#)
 - SURVEILLANCE ET PRÉVENTION : [VIH/sida](#) | [Syphilis](#) | [Gonococcie](#) | [Chlamydiae](#) | [Santé sexuelle](#)
 - DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES PAR PUBLIC (tout public, jeunes, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, migrants) : retrouver tous les dispositifs [en cliquant ici](#)
- SIDA INFO SERVICE : [accéder au site](#)
- HÉPATITES INFO SERVICE : [accéder au site](#)
- ONUSIDA : [accéder au site](#)