

Page 2	La surveillance des cas de syphilis récente et de gonococcie en 2015 - RésIST
Page 6	Bilan du dépistage de <i>Chlamydia trachomatis</i> dans les CIDDIST du conseil départemental de Seine-Maritime (76) entre 2011 et 2015 - Conseil départemental 76
Page 8	Bilan de la surveillance des infections à VIH et du sida en 2015
Page 12	Surveillance de la file active hospitalière des patients infectés par le VIH - Corevih Basse Normandie et Corevih Haute Normandie
Page 14	Analyses de données d'affection de longue durée et des données de mortalité VIH/sida - OR2S
Page 15	Les IST et le VIH en Normandie : la stratégie de l'Agence régionale de santé de Normandie

| Editorial |

Les infections sexuellement transmissibles en région Normandie en 2015

Arnaud Mathieu, responsable de la Cire Normandie (Santé publique France)

La réglementation confie à Santé publique France (et donc la Cire au niveau régional) la surveillance épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire (MDO), parmi lesquelles l'infection à VIH et le sida. Par ailleurs, depuis le 1^{er} juillet 2015, le décret n° 2015-796 relatif aux 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, charge Santé publique France de la surveillance de leur activité.

En Normandie, la plupart des CeGIDD participent depuis 2013 au réseau régional de surveillance des IST (RésIST). Le réseau normand compte les acteurs essentiels en matière de dépistage et de prévention des IST, même s'il reste important de le renforcer avec des acteurs complémentaires de médecine de ville et hospitalière, notamment pour permettre une observation plus réaliste de l'évolution de cette épidémie.

Actuellement, l'Agence régionale de santé (ARS) Normandie réfléchit avec le réseau à la mise à disposition d'un outil informatique commun à la région permettant le suivi des consultations et l'extraction des données nécessaires au suivi d'activité et épidémiologique.

La journée mondiale de lutte contre le sida est une occasion pour Santé publique France de faire le point sur l'épidémiologie du VIH et des IST. Ainsi, avec ce nouveau bulletin, la Cire Normandie espère contribuer à l'information et à la sensibilisation sur ces sujets en Normandie. Ce bulletin est le résultat d'une collaboration de différents acteurs impliqués dans la lutte contre les IST pour qu'ils témoignent de leurs bilans et des évolutions attendues des dispositifs et réseaux. Tous ces travaux ont pour vocation de guider les politiques de santé publique dans la promotion et la prévention des IST dans la population en général.

Ce bulletin présente les données de surveillance de l'infection à VIH à l'échelle de la nouvelle région Normandie. Cependant, l'analyse actuellement disponible pour les données à déclaration obligatoire pour 2015, permet difficilement de conclure sur les tendances observées en l'absence d'estimateurs précis principalement en lien avec les délais de transmission des informations de la déclaration obligatoire (DO). Ainsi, aucun estimateur de découverte de nouvelles infections à VIH n'est disponible, par exemple, dans le territoire de l'ex-Haute-Normandie. Pour ce territoire, il apparaît que le problème n'est lié ni à un problème de participation à LaboVIH, ni à un défaut d'exhaustivité de la DO. Les facteurs prépondérants semblent être des délais de transmission des données irréguliers (dont la moyenne a pu varier du simple au triple depuis 2010) et une faible participation des cliniciens à la DO (volet clinicien manquant pour un tiers des DO actuellement reçues pour l'année 2015).

L'analyse des données du réseau RésIST a montré une diminution globale du nombre de déclarations de cas de syphilis dans la région qui cache en réalité une augmentation du nombre de déclarations parmi les hommes ayant des rapports sexuels entre hommes (HSH) ou bisexuels. Cette observation confirme celle de 2015. Par ailleurs, la surveillance des données transmises par le réseau souligne la poursuite de l'augmentation des cas de gonocoque dans la région observée depuis 2013.

Ce bulletin est une nouvelle occasion pour la Cire Normandie de remercier l'ensemble des professionnels de santé déclarants qui, au-delà de leur mission de soins, contribuent et s'impliquent dans la remontée d'information.

Nathalie Nicolay - Santé publique France, Cire Normandie

Le réseau RésIST

En 2015, le réseau de surveillance des infections sexuellement transmissibles (RésIST) se composait de 7 centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist) répartis sur l'ensemble des départements de la Normandie excepté l'Orne. Il s'agissait des Ciddist de Caen (14), d'Evreux (27), d'Elbeuf-Louviers (27) et de Vernon (27), de Saint-Lô (50), de Rouen (76), et du Havre (76).

Les Ciddist « historiques » ayant participé au réseau depuis 2013 sont ceux de Rouen, du Havre, de Caen et de Saint-Lô. Les analyses à « sites constants » portent sur les déclarations effectuées par ces derniers.

Les informations remontées à Santé publique France sont les déclarations de cas de syphilis récente de moins de 12 mois et des cas de gonococcies répondants aux définitions de cas suivantes [1] :

Cas de syphilis récente datant de moins de 12 mois : syphilis primaire, secondaire ou latente précoce définie cliniquement par la présence d'un chancre pour la syphilis primaire, la présence de lésions cutané-muqueuses ou d'autres signes cliniques de syphilis secondaire et l'absence de signes cliniques pour la syphilis latente précoce. Les cas doivent être confirmés biologiquement (microscopie à fond noir, sérologies (un test tréponémique et un test non tréponémique), test d'amplification génique (PCR)).

Cas confirmé de gonococcie par culture positive et/ou test d'amplification des acides nucléiques (TAAN-PCR) positif.

Bilan de la surveillance des cas de syphilis en 2015

| Nombre de cas déclarés et leur caractéristiques sociodémographiques |

En 2013, le déploiement du réseau et le recrutement de plusieurs Ciddist (7 Ciddist) (devenus Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic -Ceggid- en 2016), importants lieux de dépistage de la syphilis récente, ont été associés à une augmentation du nombre de déclarations de cas de syphilis récente en Normandie. Entre 2013 et 2014, une diminution du nombre de déclaration de syphilis a ensuite été observée et s'est poursuivie en 2015 passant de 30 déclarations en 2013 à 25 en 2015. Cette diminution s'observe également à sites constants passant de 29 déclarations en 2013 à 19 en 2015. Elle est due à une baisse du nombre de déclarations des cas parmi les femmes (aucun cas déclaré en 2015 contre 8 sur la période 2013/14). Le nombre de cas déclarés parmi les hommes était quant à lui en progression avec un total de 25 cas en 2015 contre 21 en 2014. Ces cas ont été exclusivement déclarés par les Ciddist du réseau à l'exception d'un cas diagnostiqué et traité en médecine de ville.

En 2015, les cas déclarés étaient exclusivement des hommes. Ils totalisaient 93 % (n = 28/30) des déclarations en 2013 et 77 % (n = 21/27) des déclarations en 2014 (Figure S1).

En 2015, l'âge médian des cas déclarés était de 37 ans [IQ 25-75 % = 25-50 ans] comparable avec l'âge médian des cas déclarés en 2014 : 33 ans [Intervalle interquartile IQ25-75 % = 27-50 ans] (Tableau S1, Figure S2). Excepté un cas, l'ensemble des autres cas déclarés était né en France (96 %).

| Orientation sexuelle |

En 2015, les cas déclarés de syphilis récente sont survenus majoritairement parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) ou bisexuels (84 %) (Figure S3). Dans cette

population, il est observé une hausse du nombre de déclarations avec 21 cas déclarés en 2015 contre 16 en 2014.

Le nombre de cas déclarés parmi les hommes hétérosexuels (n = 4) était stable par rapport à ce qui était observé en 2013 (n = 3) et en 2014 (n = 5) (Tableau S1).

| Motifs de consultation |

En 2015, la présence de signes cliniques d'IST était le motif de consultation le plus fréquemment rapporté (n = 11 ; 65 %). Ce motif totalisait respectivement 46 % et 35 % des motifs de consultation en 2014 et en 2013.

Le recours au dépistage systématique totalisait un tiers des motifs de consultations (35 %) (Tableau S1) respectant la tendance observée depuis 2013.

| Caractéristiques cliniques |

Sur l'ensemble de la période 2013/15 (n = 82), la moitié des déclarations (51 %) concernait de cas de syphilis latente précoce (n = 42). Entre 2014 et 2015, la proportion de cas de syphilis latente précoce est passée de 56 % (n = 15) à 40 % (n = 10) alors que la proportion de cas de syphilis primo-secondaire et secondaire a augmenté, passant de 26 % (n = 7) à 40 % (n = 10) (Figure S4).

Deux cas de co-infection VIH antérieurement connus à la consultation ont été déclarés sur la période 2013/14, aucun en 2015 (Tableau S1).

| Comportements sexuels déclarés* |

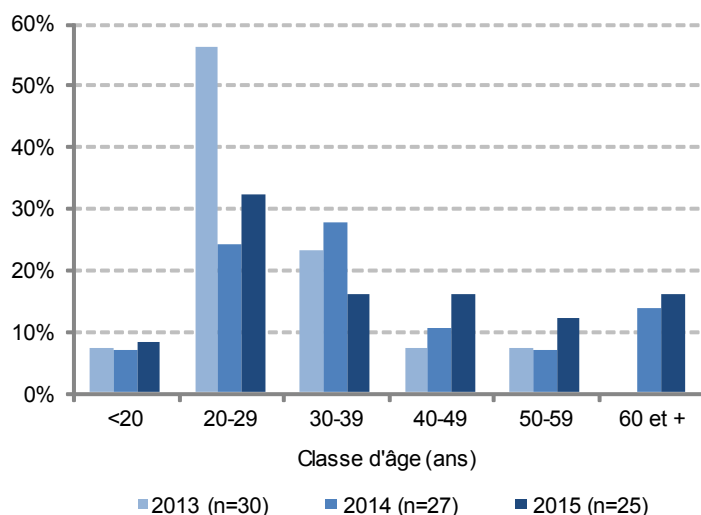
**parmi les cas concernés par cette pratique, ayant accepté de répondre à l'auto-questionnaire et ayant renseigné l'indicateur.*

L'ensemble des cas déclarés a rempli l'auto-questionnaire renseignant sur les comportements sexuels. Le nombre médian de partenaires sexuels était égal à 4 [2-12]. L'absence d'utilisation systématique du préservatif était majoritairement rapportée. L'utilisation du préservatif variait selon les comportement sexuel déclarés (Tableau S2).

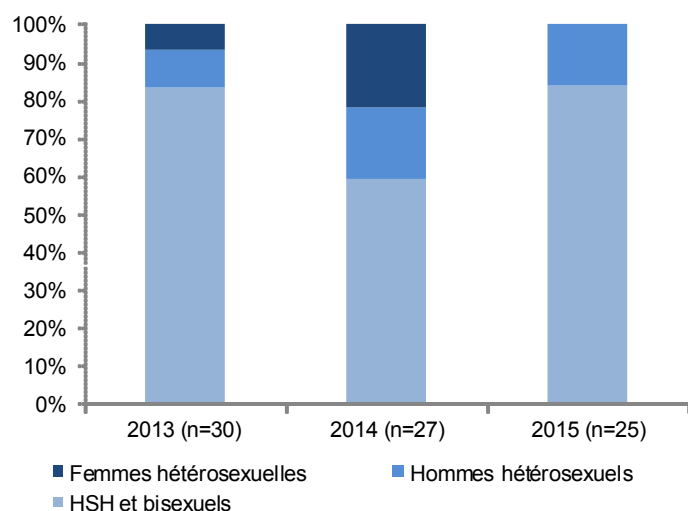
| Figure S1 | Evolution du nombre de cas de syphilis récente, RésIST, Normandie, 2007/15



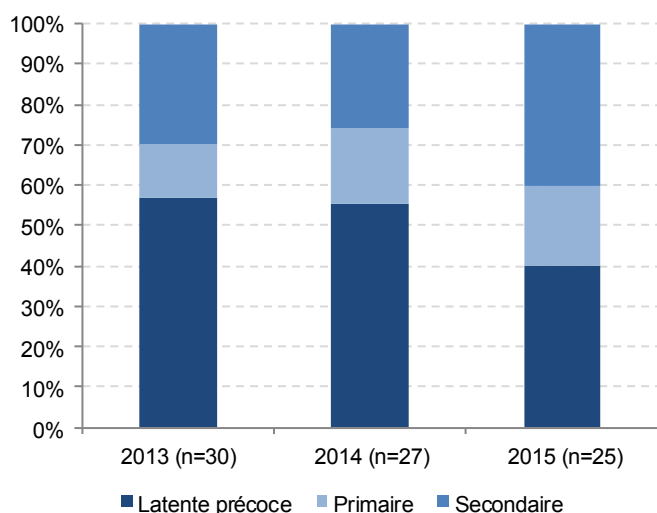
| Figure S2 | Distribution des cas de syphilis récente selon leur âge, RésIST, Normandie, 2013/15



| Figure S3 | Distribution des cas de syphilis récente selon leur orientation sexuelle, RésIST, Normandie, 2013/15



| Figure S4 | Distribution des cas de syphilis récente selon le stade clinique, RésIST, Normandie, 2013/15



| Tableau S1 | Caractéristiques des cas de syphilis récente, RésIST, Normandie, 2013/15

	2013 (n=30)	2014 (n=27)	2015 (n=25)
Sexe (%)			
Homme	28 (93)	21 (78)	25 (100)
Femme	2 (7)	6 (22)	0
Age médian [Intervalle interquartile 25-75 %]			
	27 [23-34]	33 [27-48]	37 [25-50]
Pays de naissance (%)			
France entière	23 (79)	21 (87)	23 (96)
Autre pays d'Europe	2 (7)	0	1 (4)
Autre pays	4 (14)	3 (13)	0
Non renseigné	1	3	1
Orientation sexuelle (%)			
HSH	25 (83)	16 (60)	21 (84)
Homme hétérosexuel	3 (10)	5 (19)	4 (16)
Femme hétérosexuelle	2 (7)	6 (21)	0
Motif de consultation initiale (%)			
Dépistage systématique	10 (38)	9 (40)	6 (35)
Signes cliniques d'IST	9 (35)	10 (46)	11 (65)
Partenaire ayant un diagnostic d'IST	5 (19)	2 (9)	0
Suivi d'infection VIH	0	0	0
Autres	2 (8)	1 (5)	0
Non renseigné	4	5	8
Présence de signes cliniques (%)			
Oui	13 (43)	13 (42)	15 (60)
Non	17 (57)	14 (58)	10 (40)
Non renseigné	0	0	0
Stade syphilis (%)			
Latente précoce	17 (57)	15 (56)	10 (40)
Primaire	4 (13)	5 (18)	5 (20)
Primo-secondaire et secondaire	9 (30)	7 (26)	10 (40)
Co-infection VIH (%)			
Oui, déjà connue	1 (4)	1 (6)	0
Oui, découverte	0	0	2 (10)
Non	23 (96)	17 (94)	19 (90)
Non renseigné	6	7	2

| Tableau S2 | Comportements sexuels des cas de syphilis récente, RésIST, Normandie, 2013/15

	2013 (n=30)	2014 (n=27)	2015 (n=25)
Nombre d'auto-questionnaires reçus	26	22	25
Nombre médian de partenaires [Intervalle interquartile 25-75 %]	5 [1-6]	3 [1-7]	4 [2-12]
Utilisation systématique du préservatif (%)			
Pour la pénétration vaginale	1 (25)	4 (36)	0
Pour la pénétration anale	8 (33)	7 (39)	7 (33)
Pour le sexe oral	0	0	0

Bilan de la surveillance des cas de gonococcie en 2015

| Nombre de cas déclarés et leur caractéristiques sociodémographiques |

En 2015, le nombre total de cas déclarés de gonococcie est passé de 31 en 2013 à 53 en 2014 et 77 en 2015 (Figure G1). Depuis 2013, une hausse du nombre de déclarations est observée aussi bien chez les hommes que chez les femmes. La hausse s'observe également lorsque l'analyse est réalisée à sites constants (Caen, Le Havre, Rouen et Saint-Lô).

La majorité des cas de gonococcie était déclarée parmi les hommes (57 %). Cette proportion était comparable à celle observée en 2014. L'âge médian des cas était de 22 ans [Intervalle interquartile IQ25-75 % = 19-29 ans] (Tableau G1). La distribution des cas par classe d'âge montre une prédominance des moins de 30 ans sur l'ensemble de la période 2013/15 (Figure G2).

| Orientation sexuelle |

L'orientation sexuelle n'était pas renseignée pour 3 déclarations en 2015.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) ou bisexuels totalisaient un tiers des cas (34 %).

Deux tiers des cas étaient des hétérosexuels (61 %) parmi lesquels une majorité de femme (deux tiers) a été observée. La proportion de femmes hétérosexuelles variait entre 27 % et 39 % entre 2013 et 2015 (Figure G3.1, Tableau G1).

Une hausse du nombre de déclarations est observée quelle que soit l'orientation sexuelle des cas (Figure G3.2).

| Motifs de consultation et méthode diagnostique |

Pour une majorité de cas (70 %), le diagnostic de gonococcie a été posé suite à une consultation pour présence de signes cliniques d'IST. Un quart des cas (24 %) a été diagnostiqué à l'occasion d'un dépistage systématique.

En 2015, la moitié des diagnostics (51 %) a été confirmée par une PCR seule et 40 % par une PCR couplée à une culture (Figure G4, Tableau G1). Entre 2013 et 2015, la proportion de diagnostics sur culture seule est passée de 77 % à 8 %.

| Co-infection par le VIH |

En 2015, le statut sérologique pour le VIH n'était pas connu pour 12 déclarations (15 %). Lorsque le statut était documenté, aucun cas de co-infection VIH n'a été déclaré (Tableau G1).

| Comportements sexuels déclarés* |

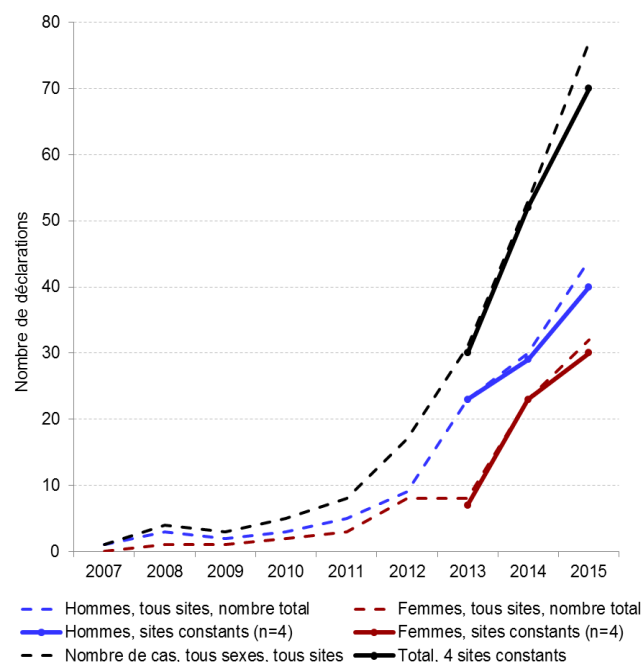
* parmi les cas concernés par cette pratique, ayant accepté de répondre à l'auto-questionnaire et ayant renseigné l'indicateur.

Le taux de remplissage de l'auto-questionnaire était de 78 % en 2015 comparable aux années précédentes (Tableau G2).

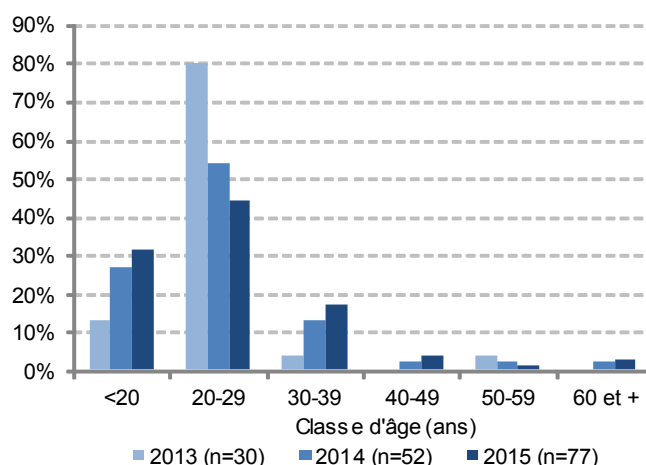
Le nombre médian de partenaires sexuels rapporté par les cas s'élevait à 4 [IQ25-75 % = 2-7] en 2015 comparable aux années précédentes.

Une faible proportion d'entre eux utilisait le préservatif de façon systématique : 9 % des cas pour la pénétration vaginale et 26 % des cas pour la pénétration anale. Ces taux étaient comparables à ceux observés en 2014 et en 2013.

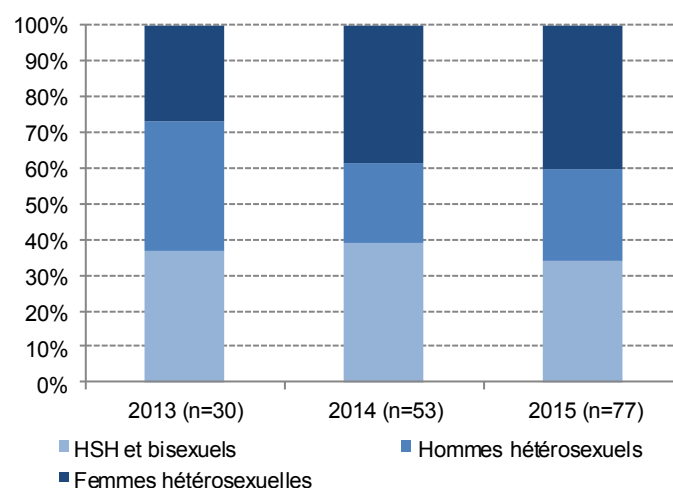
| Figure G1 | Evolution du nombre de cas de gonococcie, RésIST, Normandie, 2007/15



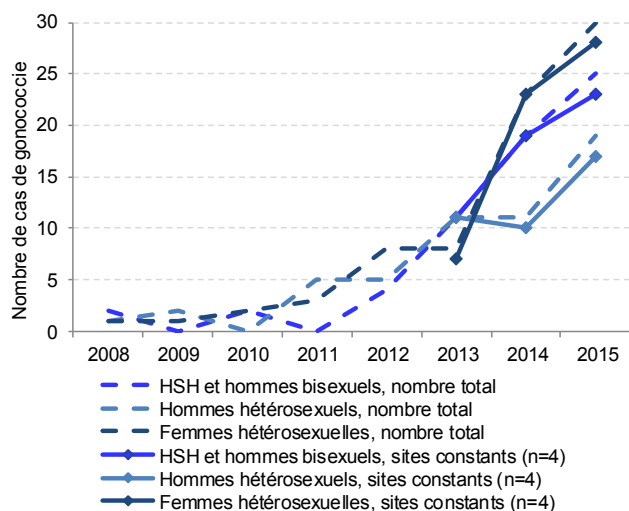
| Figure G2.1 | Distribution des cas de gonococcie selon leur âge, RésIST, Normandie, 2013/15



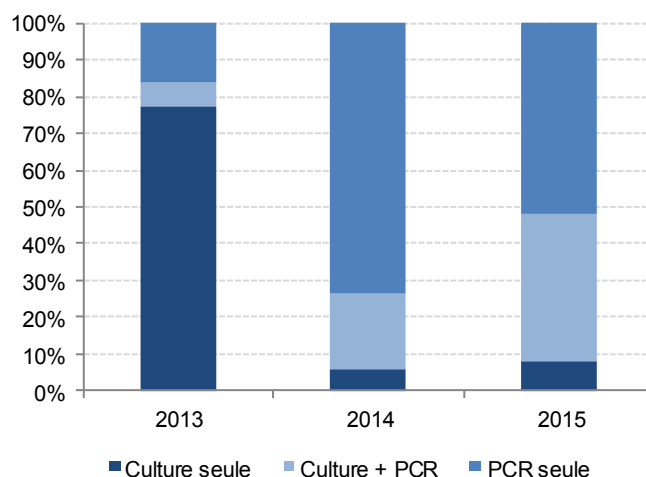
| Figure G3.1 | Distribution des cas de gonococcie selon leur orientation sexuelle*, RésIST, Normandie, 2013/15



| Figure G2.2 | Evolution du nombre de cas de gonococcie selon l'orientation sexuelle, RésIST, Normandie, 2008/15



| Figure G4 | Distribution des méthodes diagnostiques utilisées pour le dépistage des gonococcies, RésIST, Normandie, 2013/15



| Tableau G1 | Caractéristiques des cas de gonococcie, RésIST, Normandie, 2013/15

	2013 (n=31)	2014 (n=53)	2015 (n=77)
Sexe (%)			
Homme	23 (74)	30 (57)	44 (57)
Femme	8 (26)	23 (43)	32 (41)
Transsexuel	0	0	1 (1)
Age médian [IQ 25-75 %]	23 [21-26]	23 [19-28]	22 [19-29]
Pays de naissance (%)			
France (entière)	27 (93)	40 (85)	65 (88)
Autres pays d'Europe	0	1 (2)	2 (3)
Pays des autres continents	2 (7)	6 (13)	7 (9)
Non renseigné	2	6	3
Orientation sexuelle (%)			
Homme homo-bisexuel	11 (36)	19 (36)	25 (34)
Homme hétérosexuels	11 (36)	11 (21)	19 (26)
Femme hétérosexuelle	8 (27)	23 (43)	30 (40)
Non renseigné	1	0	3
Motif de consultation (%)			
Dépistage systématique	0	11 (26)	13 (24)
Signes d'IST	25 (83)	24 (56)	38 (70)
Partenaire ayant une IST	5 (17)	1 (2)	0
Suivi infection VIH	0	0	0
Autres	0	7 (16)	3 (6)
Non renseigné	1	10	23
Méthode diagnostique (%)			
Culture seule	24 (77)	3 (6)	5 (8)
Culture + PCR	2 (7)	11 (21)	39 (40)
PCR seule	5 (16)	39 (74)	40 (52)
Présence de signes cliniques (%)			
Oui	27 (87)	29 (57)	47 (66)
Non	4 (13)	22 (43)	24 (34)
Non renseigné	0	2	6
Co-infection par le VIH (%)			
Oui	0	1 (2)	0
Non	23 (100)	40 (98)	65 (100)
Non renseigné	8	12	12

| Tableau G2 | Comportements sexuels des cas de gonococcie, RésIST, Normandie, 2013/15

	2013 (n=31)	2014 (n=53)	2015 (n=77)
Nombre d'auto-questionnaires	20	44	60
Nombre médian de partenaires [IQ 25-75 %]	3 [2-6]	4 [2-7]	4 [2-7]
Utilisation systématique du préservatif (%) *			
Pour la pénétration vaginale	1 (7)	3 (9)	4 (9)
Pour la pénétration anale	2 (33)	7 (28)	7 (26)
Pour le sexe oral	1 (16)	3 (8)	0

Points clés

| Syphilis |

La diminution observée du nombre de déclarations de cas de syphilis récente est à interpréter avec prudence : une diminution est en effet observée parmi les femmes hétérosexuelles mais la tendance est à l'augmentation du nombre de déclarations parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) ou bisexuels. Cette population constitue une population prioritaire en matière de prévention des risques d'infections sexuellement transmissibles.

La diminution du nombre de déclarations observée parmi les femmes doit être interprétée avec prudence au vu du faible nombre de déclarations reçu depuis la mise en place du réseau. La tendance observée devra être confirmée en 2016. Les cas déclarés sont survenus majoritairement parmi les jeunes HSH âgés de moins de 40 ans pour qui l'utilisation du préservatif n'est pas systématique. Un renforcement des messages de prévention à leur encontre est nécessaire.

| Gonococcie |

Une hausse importante du nombre de déclarations de cas de gonococcie est observée depuis 2013. Elle coïncide avec une forte hausse des diagnostics par PCR des infections à gonocoques. Les infections à gonocoques touchent l'ensemble des populations quels que soient les comportements sexuels à risque. En 2015, les cas déclarés sont survenus majoritairement chez les sujets jeunes (âgés de moins de 30 ans) hétérosexuels (hommes et femmes) qui déclaraient ne pas utiliser systématiquement le préservatif.

Lien internet vers le dossier IST santé publique France [1].
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST>

Bilan du dépistage de *Chlamydia trachomatis* dans les CIDDIST du Conseil départemental de Seine-Maritime (76) entre 2011 et 2015

Karl Feltgen, Arlette Seiffert, Ditona Nzau, Caroline Gautier et les équipes des CeGIDD du Conseil départemental de Seine-Maritime

1. Introduction

Chlamydia trachomatis (Ct) est une infection sexuellement transmissible (IST) d'origine bactérienne la plus répandue dans les pays industrialisés. Elle est potentiellement responsable d'infections génitales hautes chez la femme et une cause majeure d'infertilité par atteinte tubaire. Elle favorise également la survenue de grossesses extra-utérines. Le problème posé par les infections à Ct est la fréquence élevée du portage asymptomatique favorisant sa diffusion dans la population générale. La fréquence de cette infection est maximale chez les femmes de 18 à 24 ans et les hommes de 25 à 30 ans [1].

Suite à la diffusion, depuis une vingtaine d'années, des techniques de dépistage utilisant la biologie moléculaire, les autorités sanitaires ont été amenées à envisager un dépistage systématique du Ct auprès de certaines populations cibles. Une telle politique a été renforcée par l'existence d'un traitement antibiotique efficace, au schéma thérapeutique simple, facilitant son acceptation. Ainsi, en 1999, un groupe de travail sur la prise en charge des IST, réuni par la Direction générale de la santé (DGS) a émis un avis favorable à la mise en place d'un dépistage systématique chez les femmes de 15 à 25 ans [2].

Les données provenant du réseau de laboratoires Rénachla entre 2000 et 2002, avaient par ailleurs mis en évidence que les lieux de consultation où les pourcentages de positivité à Ct étaient les plus élevés, étaient les dispensaires anti-vénériens (DAV) et les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) [3]. En février 2003, un rapport de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) [4] sur l'évaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à Ct en France concluait : « *un dépistage opportuniste des infections uro-génitales basses à Ct est justifié dans les populations à risque qui ont été identifiées dans les CPEF*, les CDAG, les DAV et les centres d'IVG* ». L'importance du rôle des DAV (dénommés centres de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles – Ciddist depuis 2004) et des CDAG a été réaffirmée dans le Programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2005/2008 qui recommandait la « *mise en place d'un dépistage systématique chez les femmes de moins de 25 ans et les hommes de moins de 30 ans consultant en DAV/CIDDIST et CDAG* ». Cette mesure a également été reprise dans le plan national de lutte contre le VIH et les IST pour 2010-2014 [5].

* CPEF : centres de planification et d'éducation familiale

2. Incidence des infections génitales basses à *Chlamydia trachomatis* dans les structures de dépistage

Afin d'évaluer la prévalence de l'infection à Ct dans la population générale, une étude fut réalisée en 2006 dans le cadre de l'enquête « Contexte de la sexualité en France ». Cette étude Nat-chla, proposant le dépistage par auto-prélèvement à domicile, a montré que la prévalence était maximale chez les femmes de 18 à 24 ans (3,6 %) et chez les hommes de 25 à 29 ans (2,7%) [6].

Dans le réseau de laboratoires Renachla, le nombre d'infections uro-génitales à chlamydia rapporté par les sites à déclaration constante était stable entre 2013 et 2014. La majorité des diagnostics était réalisée dans des CDAG et CIDDIST et dans ces cas il s'agissait de personnes asymptomatiques à plus de 80 %. Les tranches d'âge les plus touchées étaient les 15-24 ans pour les femmes et les 20-29 ans pour les hommes. Le taux de positifs était d'environ 7 % chez les hommes et les femmes [7].

Suivant les recommandations ANAES de 2003, certaines CDAG ont mis en place le dépistage systématique de Ct chez les jeunes. Ainsi à Paris, la CDAG de l'hôpital Bichat a réalisé en 2007/08 une étude prospective de prévalence de l'infection à Ct chez les femmes de moins de 25 ans. Le dépistage était réalisé sur le premier jet urinaire ou par auto-prélèvement vaginal. La prévalence était de 9,5%. Cette étude a permis de démontrer, outre son intérêt, la bonne acceptabilité et la faisabilité du dépistage systématique en CDAG [8]. A la même époque, à la CDAG de Bordeaux, le dépistage de Ct, proposé aux femmes de moins de 25 ans et aux hommes de moins de 30 ans ayant eu deux partenaires ou plus durant les douze derniers mois, montrait pour 2008 une prévalence de Ct de 10,5 % chez les femmes et de 5,5 % chez les hommes [9].

Différentes études récentes de la prévalence de l'infection à Ct en CDAG/CIDDIST ont toutes mises en évidence des taux élevés de prévalence. Ainsi, à Saint-Denis (93) pour l'année 2015, la prévalence de Ct était particulièrement élevée à 14,25%, atteignant même 18,4% pour les femmes de moins de 25 ans [10]. Dans le département du Nord, une étude réalisée auprès de quatre sous-groupes de populations (maison d'arrêt, CDAG, médecine préventive universitaire et unité de suivi VIH), montrait que la prévalence était maximale dans la population de la CDAG, à 10% [11].

3. Prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* dans deux CIDDIST du département de Seine-Maritime

Après avoir géré les DAV du département de Seine-Maritime suite à la loi du 22 juillet 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État, le Conseil départemental a souhaité poursuivre son implication dans la lutte contre les IST en assurant, par délégation de compétences, le fonctionnement des CIDDIST, remplaçant les DAV, dans le cadre de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

L'objectif de cet article est de présenter les données de prévalence de l'infection à Ct dans les deux CIDDIST principaux du département, situés dans les villes du Havre et de Rouen, (devenus CeGIDD depuis janvier 2016), pour la période 2011/15.

Sur la période, ces deux CIDDIST, situés en centre-ville, avaient une activité assez proche, se situant entre 1 700 et 2 000 personnes dépistées chaque année dans chacun de ces centres dans les cinq dernières années, l'activité du CIDDIST du Havre étant légèrement supérieure à celle du CIDDIST de Rouen.

Les recommandations visant à proposer un dépistage systématique par PCR de l'infection à Ct aux femmes de moins de 25 ans et aux hommes de moins de 30 ans, sont suivies dans ces structures depuis 2010 en proposant la réalisation d'un auto-prélèvement vaginal chez la femme et le prélèvement du 1^{er} jet d'urines chez l'homme. Les personnes symptomatiques sont également toutes dépistées par prélèvement local.

Entre 2011 et 2015, parmi les hommes et les femmes ayant consulté dans les deux CIDDIST du Havre et de Rouen, le taux de prévalence de l'infection à Ct a été de 11,9% au Havre et de 11,6% à Rouen, soit très proche pour les deux agglomérations, même si l'on constate une plus grande stabilité de ces taux sur Rouen (Tableau C71).

| Tableau Cf1 | Nombres et prévalence de l'infection à Ct parmi les personnes consultant les CIDDIST du Havre et de Rouen (76), 2011/15 (sources : CeGIDD du Havre et de Rouen)

	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de dépistage +, Le Havre	129	163	217	156	123
Taux de prévalence (%), Le Havre	11	14	17	10	7
Nombre de dépistage +, Rouen	102	127	126	182	170
Taux de prévalence (%), Rouen	12	11	11	13	11

En 2015, la prévalence des cas d'infection à Ct parmi les personnes reçues en consultation dans les Ciddist du Havre et de Rouen variait en fonction du sexe et de la classe d'âge (Tableau Cf2)

| Tableau Cf2 | Prévalence de l'infection à Ct parmi les personnes consultant les CIDDIST du Havre et de Rouen selon le sexe et l'âge, 2015 (source : CeGIDD du Havre et de Rouen)

	Femmes <25 ans	Femmes >= 25 ans	Hommes < 30 ans	Hommes >= 30 ans
Le Havre	14 %	4,8 %	10,5 %	2,4 %
Rouen	14,1 %	8,2 %	11,1 %	9,8 %

Pour l'année 2015 au Havre, 72 % des personnes infectées étaient asymptomatiques. La proportion était similaire pour Rouen. Il est à noter que pour le Havre, parmi les 88 sujets asymptomatiques, pour un quart d'entre eux, étaient retrouvés des facteurs de risque spécifique (multipartenariat, partenaire connu comme infecté par Ct, origine étrangère).

En fonction des symptômes, de l'orientation et des pratiques sexuelles, un dépistage de l'infection à Ct et de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* (Ng) par PCR est parfois proposé par prélèvements pharyngés et/ou anaux. Par exemple sur Rouen, pour 2015, 109 prélèvements pharyngés ont été effectués et seuls 4 se sont révélés positifs à Ct (3,7 %). Par contre sur 58 prélèvements anaux réalisés chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), 12 se sont révélés positifs, soit 20,7 %. Pour Le Havre, le taux de prélèvements anaux positifs était de 10,5 % et le taux de prélèvements pharyngés était de 4,8 %.

Au total, ces données confirment tout l'intérêt du dépistage systématique de l'infection à Ct dans les populations fréquentant les nouveaux CeGIDD, en particulier selon les recommandations, pour les femmes de moins de 25 ans et les hommes de moins de 30 ans. Les taux de prévalence élevés retrouvés à Rouen chez les femmes de plus de 25 ans et les hommes de plus de 30 ans, montrent également l'intérêt d'un dépistage ciblé pour ces classes d'âge en fonction de facteurs de risque (multipartenariat) et/ou d'éléments cliniques. Si la recherche systématique de Ct semble moins pertinente au niveau pharyngé, il faut comprendre qu'elle est réalisée par PCR couplée, essentiellement pour la détection de Ng dont le portage pharyngé est fréquent.

Par contre il est important de souligner tout l'intérêt du dépistage systématique de Ct au niveau anal chez les HSH ayant eu des rapports anaux non protégés, qu'ils soient symptomatiques ou non.

L'arrivée prochaine d'un logiciel proposé par l'ARS et commun à tous les CeGIDD de Normandie nous permettra d'affiner les don-

nées d'activité et de les comparer notamment sur un plan géographique. Appuyé par l'analyse de Santé publique France, l'analyse des données épidémiologiques régionales permettra de mieux adapter nos actions de prévention et de dépistage par rapport à cette IST particulièrement répandue dans la population des moins de 30 ans.

Bibliographie

1. Résultats de l'enquête NatChla. Goulet V. et Al., Enquête nationale de prévalence de l'infection à chlamydia trachomatis. (volet NatChla de l'enquête CSF 2006). À quelles personnes proposer un dépistage ?, BEH n°12 du 5 avril 2011, pp. 160-164.
2. Évaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à Chlamydia trachomatis en France. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Février 2003.
3. Georges S. ; Enquête sur les lieux de consultation et les caractéristiques des personnes prélevées pour recherche de Chlamydia trachomatis, 2001 ; BEH n°40-41 ; 2004 ; p. 198-199.
4. Évaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à Chlamydia trachomatis en France. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Février 2003, tome 2, p.80.
5. Action T24 du plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014, p.172
6. Résultats de l'enquête NatChla. Goulet V. et Al., Enquête nationale de prévalence de l'infection à chlamydia trachomatis. (volet NatChla de l'enquête CSF 2006). À quelles personnes proposer un dépistage ?, BEH n°12 du 5 avril 2011, pp. 160-164..
7. Réseau Rénachla. Données au 31 décembre 2014. Bulletin des réseaux de surveillance. IST. Février 2016.
8. Tosini W. ; Prévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les femmes de moins de 25 ans consultant en CDAG. 1^{ère} réunion du groupe prévention de la SPILF. 7 avril 2009.
9. Le Hen I. ; Dépistage de Chlamydia trachomatis en CDAG : expérience de Bordeaux. 1^{ères} journées d'échanges CDAG-CIDDIST. Octobre 2009.
10. Khuong-Josses et Al., *Prévalence alarmante d'infections à Ct dans une CDAG-CIDDIST récente*. Poster IST-08, 17^{èmes} Journées Nationales d'Infectiologie, Lille, juin 2016.
11. Valette M. et Al., Estimation de la prévalence de Ct dans 4 sous-populations (n=2451) du département du Nord. Poster IST-11, 17^{èmes} Journées Nationales d'Infectiologie, Lille, juin 2016

Nathalie Nicolay - Santé publique France, Cire Normandie

Introduction

Le système national de surveillance de l'épidémie de sida a été mis en place en 1982. La déclaration des cas de sida par les professionnels de santé a été rendue obligatoire en 1996.

En 2001, un système de surveillance de l'activité de dépistage du VIH (LaboVIH) a été instauré par l'Institut de veille sanitaire (InVS) (devenu Santé publique France en 2015) sur l'ensemble du territoire français. En mars 2003, la notification obligatoire des nouveaux diagnostics d'infection à VIH, couplée à la surveillance virologique des contaminations récentes et des sous-types circulant a été mise en place par l'InVS pour compléter la surveillance d'activité de dépistage (LaboVIH).

L'objet de cet article est de présenter les données de surveillance de l'activité de dépistage de l'infection à VIH et des nouveaux cas d'infection à VIH et de sida survenus en 2015 en région Normandie (regroupant les anciennes régions Basse-Normandie et Haute-Normandie).

Méthodes

| La surveillance de l'activité de dépistage – l'enquête LaboVIH |

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. En 2015, 88 % des laboratoires de ville ou hospitaliers ont participé à LaboVIH pour le France entière et 96 % en région Normandie (Source : Santé publique France). Depuis avril 2016, il est possible de participer à LaboVIH en ligne sur www.e-do.fr

| La surveillance des découvertes d'infection à VIH et de sida par la notification obligatoire |

Cette surveillance est établie à travers :

- la **notification obligatoire des découvertes d'infection à VIH (DO-VIH)** réalisée à la fois par le biologiste et par le clinicien pour toute personne dont la sérologie est confirmée positive pour la première fois par le laboratoire. La surveillance virologique est couplée à la notification obligatoire du VIH. Elle est réalisée par le Centre national de référence du VIH. Elle comprend (i) un test d'infection récente (infection de moins de 6 mois) afin d'estimer la part des contaminations récentes parmi les découvertes de séropositivité et (ii) des analyses de sérotypage du virus permettant de suivre l'évolution des groupes et des sous types de virus circulants en France.

- la **notification obligatoire du sida** est réalisée par le clinicien pour tout nouveau diagnostic de sida.

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.

Analyses des données

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata (V12.0, Stata Corporation, College Station, TX, USA).

| Données redressées |

Les données d'activité de dépistage sont le nombre de sérologies VIH réalisées et le nombre de sérologies confirmées posi-

ves rapportés au nombre d'habitants de la région, la proportion de sérologies positives pour 1 000 sérologies réalisées en 2015 et leur évolution depuis 2005. Ces données sont corrigées en prenant en compte la participation des laboratoires à l'enquête LaboVIH.

Les chiffres annuels redressés du nombre de découvertes d'infection à VIH et sida à partir du nombre de déclarations obligatoires reçues à Santé publique France tiennent compte des retards de déclaration (retard d'envoi de la DO), de la sous déclaration (absence d'envoi de la DO) et des données manquantes (DO incomplète – souvent par défaut d'envoi du volet médical) .

En 2015, l'exhaustivité de la DO-VIH était de 68 % en région Basse-Normandie et de 67 % en région Haute-Normandie. L'exhaustivité de la DO-sida était estimée à 59 % sur la période 2007/09 (dernière estimation disponible).

Ces chiffres redressés sont donnés avec leur intervalle de confiance à 95 % (IC95 %).

| Données brutes |

Les analyses descriptives des caractéristiques des personnes ayant découvert leur infection à VIH et des cas de sida sont réalisées à partir des données brutes issues des DO reçues à Santé publique France au 31 décembre 2015 pour des personnes domiciliées en région Normandie.

L'étude des caractéristiques (sociodémographiques, cliniques et comportements sexuels à risque) des personnes ayant découvert leur infection à VIH et sida a été réalisée à partir des données brutes (sachant que ces données sous-estiment le nombre réel de cas) pour l'année 2015 avec une comparaison de ces mêmes caractéristiques par rapport à la période 2005/14 en région Normandie. Une présentation des caractéristiques des personnes ayant découvert leur infection en 2015 en France métropolitaine, région Ile-de-France incluse, est également disponible dans ce document.

Les données manquantes ont été exclues des analyses de comparaison des données VIH (réalisées à l'aide d'un Chi2) (pas de comparaison des données brutes sida du fait d'effectifs faibles).

Nouveau dispositif de déclaration obligatoire du VIH/sida

Le nouveau dispositif de déclaration obligatoire de l'infection par le VIH et du sida repose désormais sur la transmission des informations *via* l'application e-DO. Le circuit de déclaration de la DO du VIH/sida est donc modifié par rapport au circuit papier. Les biologistes n'ont plus à transmettre de feuillets de notification au clinicien. Chaque co-déclarant (clinicien et biologiste) fait une déclaration de manière indépendante dans l'application e-DO. Dans le cadre de la surveillance virologique (basée sur le volontariat du patient et du biologiste), les biologistes transmettent comme auparavant au Centre national de référence du VIH un échantillon de sang sur buvard, accompagné du formulaire imprimé à partir de l'application e-DO.

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

1. Bilan de la surveillance de l'activité de dépistage de l'infection à VIH - l'enquête LaboVIH

| Une activité de dépistage stable, inférieure à ce qui est observé au niveau national, le taux de positivité est identique à ce qui est observé en France métropolitaine, hors région Ile-de-France |

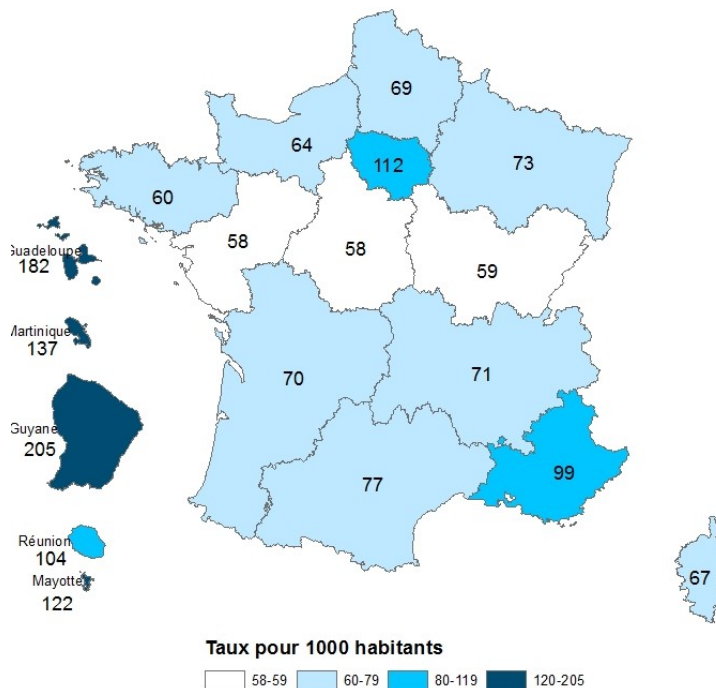
En 2015, le nombre total de sérologies VIH réalisées en région Normandie s'élevait à 64 pour 1 000 habitants [IC95 % = 61-67] (Figure L1) ce qui place la région au 5ème rang des régions ayant le moins recours au dépistage. Ce taux était globalement stable depuis 2010 et il fluctuait entre 62 et 66 sérologies pour 1 000 habitants.

En France métropolitaine (hors région Ile-de-France) le nombre moyen de sérologie VIH réalisée s'élevait à 71 sérologies pour 1 000 habitants [IC95 % = 70-72] et à 112 sérologies pour 1 000 habitants [IC95 % = 109-115] dans la région Ile-de-France (Figure L1).

En 2015, en Normandie, le nombre total de sérologies VIH confirmées positives était estimé à 292 [IC95 % = 241-344] soit un taux de positivité de 1,4 sérologie positive pour 1 000 tests de dépistage réalisés. Ce taux était proche du taux de positivité observé en France métropolitaine (hors région Ile-de-France) qui s'élevait à 1,3 sérologie positive pour 1 000 tests de dépistage réalisés, il était de 3,8 sérologies positives pour 1 000 tests de dépistage réalisés en région Ile-de-France.

| Figure L1 | Nombre de sérologies VIH réalisées pour 1000 habitants, par région, 2015

(source : Santé publique France, données LaboVIH au 31/12/2015)



2. Bilan de la surveillance des découvertes d'infection à VIH (DO-VIH) par la déclaration obligatoire

| Un taux de découverte d'infection à VIH stable |

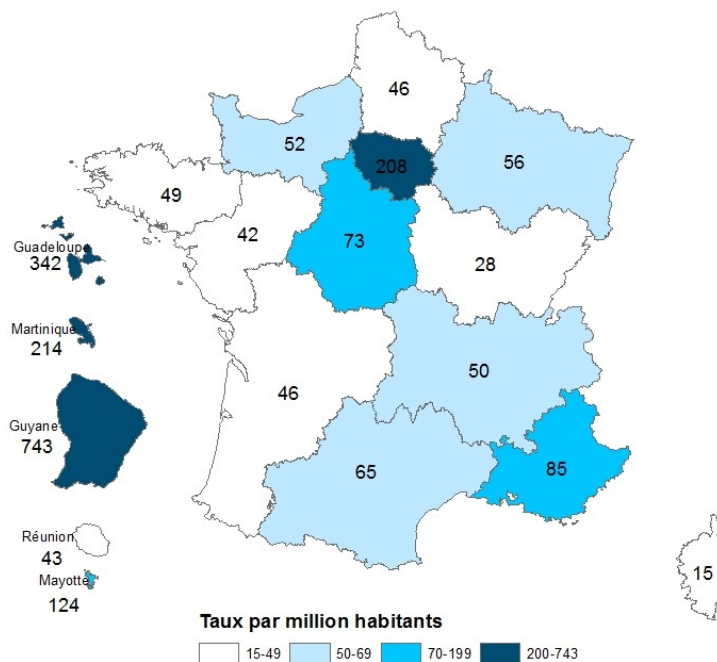
En 2015, le nombre de personnes ayant découvert leur infection à VIH en région Normandie a été estimé à 174 [IC95 % = 104-244], soit un taux de 52 cas par million d'habitants [IC95 % = 31-

73], ce qui plaçait la région Normandie au 6ème rang d'incidence les plus élevées parmi les régions de France métropolitaine (Figure V1).

En 2015, le taux de découverte était estimé à 208 cas par million d'habitants [IC95 % = 180-236] en région Ile-de-France et à 54 cas par million d'habitants [IC95 % = 48-59] en France métropolitaine (hors région Ile-de-France).

| Figure V1 | Nombre de découvertes d'infection à VIH par million d'habitants, par région, 2015

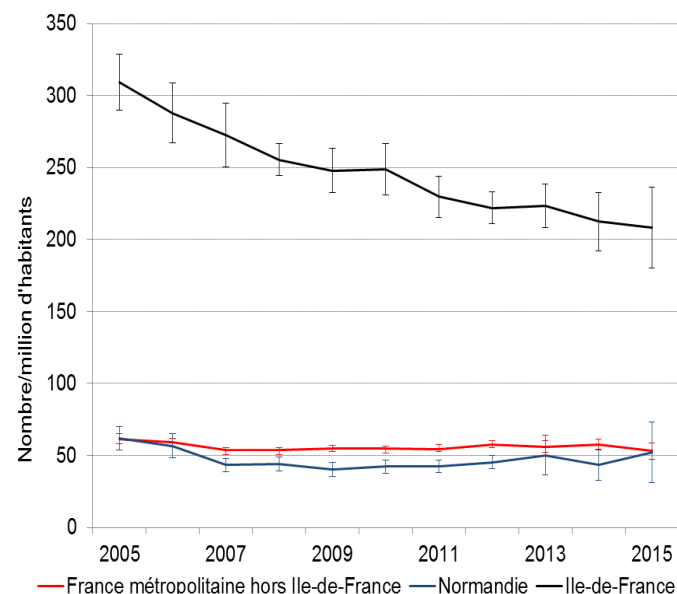
(source: Santé publique France, données DO-VIH au 31/12/2015 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes)



Depuis 2008, en région Normandie, les taux de découvertes d'infection à VIH varient entre 44 et 52 cas par million d'habitants (Figure V2).

| Figure V2 | Evolution du nombre de découvertes d'infection à VIH par million d'habitants, Normandie, 2005/15

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



| Une majorité d'hommes jeunes âgés entre 31 et 49 ans |

En 2015, la majorité des personnes ayant eu un diagnostic d'infection à VIH était des hommes (75 %). Cette proportion était plus élevée par rapport à la proportion observée sur la période 2005/14 ($p = 0,01$) (Tableau V1). En France métropolitaine la proportion de notification chez les hommes s'élevait à 71 % en 2015.

Les personnes âgées entre 31 et 49 ans totalisaient la moitié des cas notifiés en 2015 et cette proportion était comparable à la proportion observée sur la période 2005/14 ($p = 0,411$). Elle était également comparable à celle observée en France métropolitaine (41 %).

| Une majorité de personnes nées en France, mais un diagnostic d'infection à VIH plus fréquent chez les femmes parmi les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne |

Parmi les notifications pour lesquelles le pays de naissance était documenté (86 %), 65 % des personnes étaient nées en France et un tiers (34 %) était originaire d'Afrique sub-saharienne. Cette distribution était similaire à celle observée sur la période 2005/14.

En 2015, en Normandie, deux tiers des femmes ayant découvert leur infection à VIH sont originaires d'Afrique sub-saharienne contre seulement 20 % des hommes. Ces distributions étaient identiques à ce qui était observé sur la période 2005/14.

| En 2015, des diagnostic en augmentation parmi les hommes ayant des rapports sexuels entre hommes (HSH) |

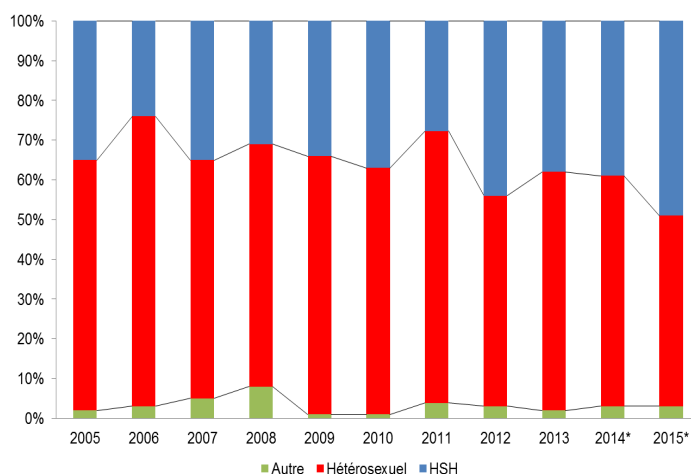
En 2015, lorsque l'information était disponible (71 %), les modes de contamination par rapports homosexuels entre hommes (HSH) (49 %) et rapports hétérosexuels (48 %) étaient rapportés en proportion identique (Figure V3). Cette distribution était comparable à ce qui était observé en France métropolitaine.

Entre 2005/14 et 2015, la proportion de diagnostic parmi les HSH a significativement augmenté de 36 % à 49 % ($p = 0,05$).

Les modes de contamination « autres » n'étaient rapportés que dans 3 % des cas sur l'ensemble des périodes d'observation.

| Figure V3 | Evolution de la distribution des modes de contamination entre 2005 et 2015, Normandie

((source : Santé publique France, données DO-VIH brutes au 31/12/2015, données 2014 et 2015 provisoires))



En 2015, chez les femmes, le mode de contamination était exclusivement hétérosexuel, ce dernier était à l'origine d'un tiers (30 %) des contaminations chez les hommes contre 57 % pour les rapports sexuels entre hommes. Chez les hommes, la part

des contaminations hétérosexuelles a diminué par rapport à la période 2005/14 passant de 39 % à 30 % tandis que la part des contamination par rapports sexuels entre hommes a augmenté de 57 % à 67 % (les différences n'étaient cependant pas significatives).

| La présence de signes cliniques ou biologiques d'infection à VIH et le dépistage orienté sont les principales circonstances de découvertes de l'infection à VIH |

Le motif de dépistage était renseigné pour 75 % des notifications ($n = 87/108$). En 2015, un diagnostic d'infection à VIH sur 5 a été prescrit devant la présence de signes cliniques ou biologiques d'infection à VIH (20 %) ou dans le cadre d'un dépistage orienté* (18 %). Ces deux circonstances de découverte de l'infection à VIH ont respectivement diminué (20 % *versus* 35 %) et augmenté par rapport à la période 2005/14 (7 % *versus* 18 %) ($p < 0,001$) (Tableau V1).

* Dépistage orienté : personnes vues en consultation pour une pathologie autre que le VIH (autre infection sexuellement transmissible, altération de l'état général, hépatites, autres...) ou dans un contexte suggérant une contamination possible (prise de risque datant de plus de 6 mois, arrivée d'un pays où l'épidémie est généralisée, etc.)

| Moins de la moitié des diagnostics était « précoce » |

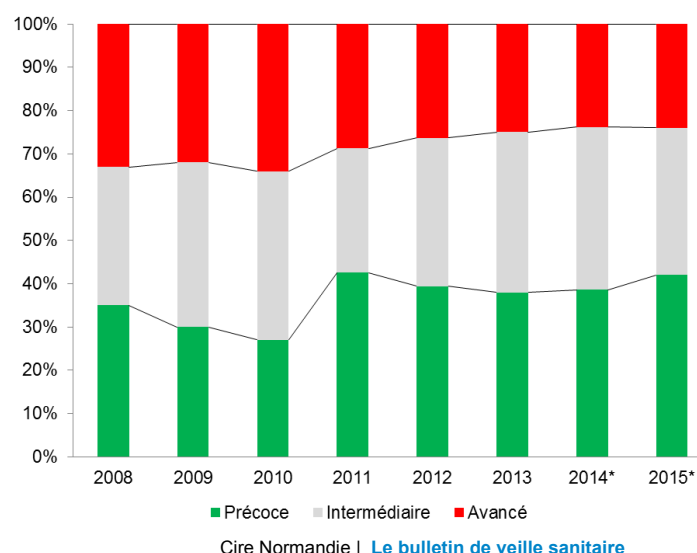
En 2015, le stade clinique était documenté pour un peu plus de deux tiers des notifications ($n = 78/108$, 72 %) : 71 % des cas notifiés ont été diagnostiqués à un stade « asymptomatique », 13 % au stade « primo-infection », 8 % au stade symptomatique et 9 % au stade « sida ». Cette distribution n'était pas différente de celle observée sur la période 2005/14. Elle était également similaire à celle observée en France métropolitaine (Tableau V1).

Les données de numération des CD4 sont disponibles depuis 2008 : un quart des notifications concernait des personnes ayant une numération de leur CD4 inférieure à 200/mm³. La distribution de la numération des CD4 au moment du diagnostic observée en 2015 ne différait pas de celle observée sur la période 2008/14. Elle était également proche de celle observée à l'échelle de la France métropolitaine.

Au final, en 2015, le délai de diagnostic de l'infection à VIH apprécié à partir du stade clinique et du nombre de CD4 au moment de ce diagnostic permet d'identifier un diagnostic précoce pour 41 % des notifications. Cette proportion ne différait pas de ce qui était observé sur la période 2008/14. A l'échelle de la France métropolitaine, la part des diagnostic précoce s'élevait à 37 % (Figure V4).

| Figure V4 | Evolution de la distribution des diagnostics précoces, intermédiaires et avancés entre 2008 et 2015, Normandie

((source : Santé publique France, données DO-VIH brutes au 31/12/2015, données 2014 et 2015 provisoires))



| Un tiers des notifications concernait des infections récentes |

Le résultat du test d'infection récente était connu pour 88 % des infections à VIH notifiées en 2015 (n = 94/108). En 2015, un tiers des notifications d'infection à VIH concernait des infections récentes (32 %). Cette proportion était identique à celle observée pour la période 2005/14 (Tableau V1).

| Tableau V1 | Distribution (%) des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des découvertes d'infection à VIH notifiées en Normandie et en France métropolitaine entre 2005 et 2015

(source : Santé publique France, données DO-VIH brutes au 31/12/2015, *données provisoires pour 2014 et 2015)

	Normandie		France métropolitaine	
	2005/14* (n = 1196)	2015* (n = 108)	2005/14* (n = 39 325)	2015* (n = 2633)
Age médian [IC 25-75 %]	37 [29-47]	36 [28-45]	37 [29-55]	37 [29-47]
Sexe (%)				
Homme	63	75	68	71
Femme	37	25	32	29
Classe d'âge (%)				
< 30	31	34	29	29
31 - 49	48	50	54	51
50 et plus	21	16	17	20
Pays de naissance (%)				
France	62	65	53	55
Afrique sub-saharienne	34	34	38	35
Autres pays étrangers	4	1	9	10
Mode de contamination (%)				
HSH	36	49	42	49
Hétérosexuel	61	48	55	48
Autre	3	3	3	3
Motif de dépistage (%)				
Signes cliniques/bio	35	20	34	27
Exposition au VIH	20	14	22	15
Prise en charge	9	2	10	1
Bilan systématique	13	14	13	17
Grossesse	7	5	6	4
Dépistage orienté*	7	18	7	24
Autre	10	27	8	12
Infection récente (moins de 6 mois) (%)				
Oui	26	32	30	37
Non	74	68	70	63
Stade clinique (%)				
Primo-infection	10	13	11	13
Asymptomatique	63	71	61	63
Symptomatique	11	8	12	11
Sida	16	9	15	13
Nombre de CD4 au moment du diagnostic de l'infection à VIH** (%)				
< 200	28	24	29	30
200-349	21	15	21	19
350-499	20	26	20	20
>= 500	31	35	30	30
Délais de diagnostic*** (%)				
Précoce	36	41	36	37
Intermédiaire	35	34	34	32
Tardif	29	24	30	30

*Dépistage orienté : personne vue en consultation pour une pathologie autre que le VIH (IST, AEG, hépatites, autres...) ou dans un contexte suggérant une contamination possible (prise de risque datant de plus de 6 mois, arrivée d'un pays où l'épidémie est généralisée, etc.). **Données disponibles à partir de 2012 ***Données disponibles à partir des DO 2008 ; précoce : primo-infection ou nombre de CD4 >= 500; avancé : stade sida ou nombre de CD4 < 200 ; intermédiaire : autre éventualité

| Environ une notification sur 10 concernait une co-infection avec le virus de l'hépatite B |

La notion de co-infection par le virus de l'hépatite B et/ou C était connue pour environ deux tiers des notifications : une co-infection par le virus de l'hépatite B était rapportée dans 8 % des notifications et était en progression par rapport à la période 2005/14 (p = 0,05). Un cas de co-infection par le virus de l'hépatite C a été notifié en 2015, la proportion de co-infecté VHC était similaire à celle observée sur la période 2012/14 (pas de donnée de co-infection par le VHC antérieure à 2012).

Au niveau national, le taux de co-infection s'élevait à 5 % en 2015.

3. Bilan de la surveillance des découvertes de sida (DO-sida) par la déclaration obligatoire

| En 2015, en région Normandie : 36 nouveaux cas de sida estimés |

En 2015, le nombre de découvertes de sida en région Normandie a été estimé à 36. Cette estimation est à interpréter avec précaution dans la mesure où l'intervalle de confiance est large [IC95 % = 15-58]. Le taux de diagnostics de sida a été estimé à 11 par million d'habitants. Ce taux s'élevait à 12 par million d'habitants en France métropolitaine hors région Ile-de-France et à 33 par million d'habitants en région Ile-de-France. Depuis 2005, les taux annuels de découvertes de sida sont restés stables en région Normandie alors qu'ils ont eu tendance à diminuer en France métropolitaine (Figure Si1).

| Une pathologie majoritairement masculine |

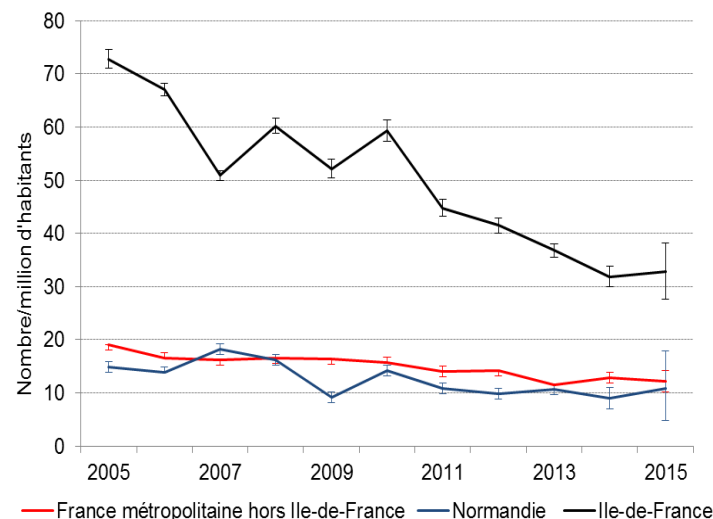
Les hommes jeunes sont majoritairement touchés : 8/13 étaient des hommes et 9/13 était âgés de moins de 50 ans (Tableau Si1).

| Retard de diagnostic et absence de traitement antirétroviral dans la majorité des cas |

Un total de 6 cas connaissaient leur séropositivité au moment du diagnostic de sida (le statut sérologique était rapporté pour 10 cas). Parmi ces 6 cas, 3 étaient sous traitement antirétroviral (Tableau Si1).

| Figure Si1 | Evolution du nombre de découvertes de sida par million d'habitants, Normandie, 2015

(source : Santé publique France, données DO-sida au 31/12/2015 corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration)



Guillemette Unal¹, Philippe Feret², C Guennoun¹, Renaud Verdon^{2,3}, Manuel Etienne^{1,4}

¹ Corevih Haute-Normandie, ² Corevih Basse-Normandie, ³Service de maladies infectieuses et tropicales, CHU de Caen, ⁴Service de maladies infectieuses et tropicales, CHU de Rouen

Remerciements : nous tenons à remercier Françoise Lebrun et Jean-Claude Renet ainsi que les techniciens d'étude clinique des coordinations régionales de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine de Basse-Normandie et de Haute-Normandie pour leur contribution au recueil de données et à cette analyse. Nathalie Nicolay (Santé publique France) pour sa collaboration aux travaux épidémiologiques du Corevih. Nous remercions également l'ensemble des biologistes, cliniciens et soignants de Normandie impliqués dans la surveillance et la prise en charge de l'infection au VIH et du sida.

Introduction - sources de données

Les Corevih (Comité de coordination régional de lutte contre l'infection due au VIH) assurent, entre autres missions, le relevé prospectif et l'analyse médico-épidémiologique du suivi des personnes vivant avec le VIH en Normandie. Les données présentées dans cette synthèse sont issues des bases de données régionales des Corevih de Basse-Normandie et de Haute-Normandie.

Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne et ont été comparées par un test t de Student. Les variables qualitatives sont exprimées en pourcentage et ont été comparées par un test du chi2. Une valeur de $p < 0,05$ était considérée comme significative.

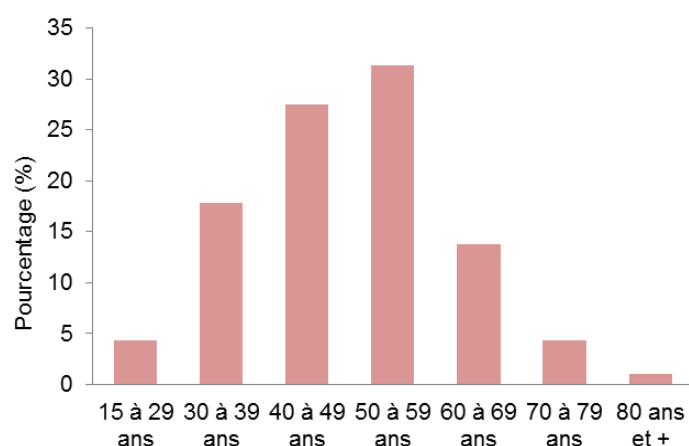
Les chiffres clés de l'année 2015

En 2015, le nombre de personnes suivies en consultation médicale pour une infection par le VIH était de 2 905 patients (1 069 en Basse-Normandie et 1 836 en Haute-Normandie). En 2015, une contamination par le VIH a été diagnostiquée chez 112 nouveaux patients.

Les patients pris en charge pour le VIH en Normandie étaient majoritairement des hommes (65 %). La moyenne d'âge était de 50 ans (51 ans en moyenne pour les hommes et 47 ans en moyenne pour les femmes) et 59 % des patients suivis en Normandie avaient entre 40 et 60 ans (Figure C1).

| Figure C1 | Distribution (%) des patients pris en charge pour le VIH selon leur âge, Normandie, 2015

(source : Corevih Basse-Normandie et Corevih Haute-Normandie)

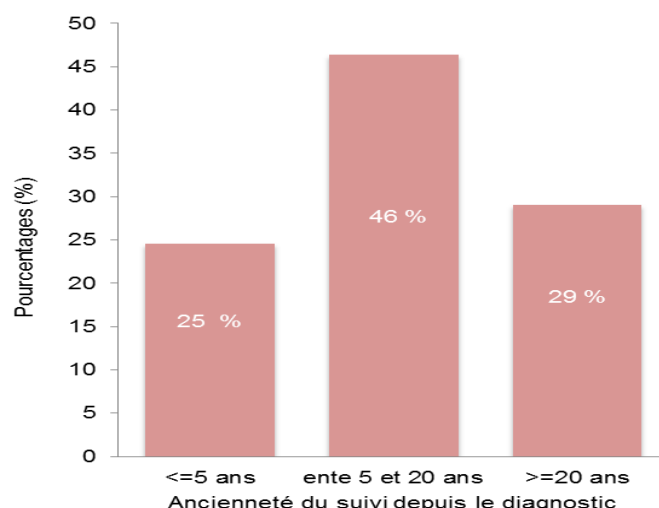


Près d'un quart des patients en cours de suivi dans la file active normande ont été diagnostiqués entre 2010 et 2015. Les patients sont suivis au très long cours, près d'un tiers d'entre eux étant suivis depuis plus de 20 ans (Figure C2). A ce jour, la durée moyenne de suivi est de 15 ans.

Le mode de contamination prédominant était la contamination par voie hétérosexuelle qui concernait 50 % de la population. La contamination par voie homosexuelle concernait 36 % de la population et la contamination par usage de drogues intraveineuses 8 % de la population.

| Figure C2 | Distribution (%) de la file active des patients selon l'ancienneté du suivi depuis le diagnostic, Normandie, 2015

(source : Corevih Basse-Normandie et Corevih Haute-Normandie)



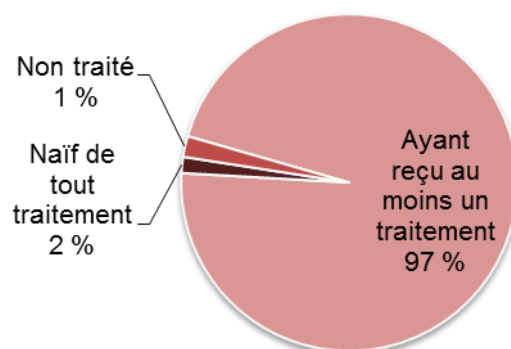
Un quart des patients était fortement immunodéprimé (lymphocytes CD4 $< 200/\text{mm}^3$) à un moment de la prise en charge.

En 2015, parmi les patients traités depuis plus de 6 mois, 5 % étaient fortement immunodéprimés, 27 % avaient une immunodépression modérée (lymphocytes CD4 compris entre 200 et $500/\text{mm}^3$) et 68 % n'avaient pas d'immunodépression liée au VIH (lymphocytes CD4 $\geq 500/\text{mm}^3$).

Les patients suivis étaient traités par antirétroviraux pour 97 % d'entre eux (Figure C3). En 2015, seulement 2 % des patients suivis en Normandie n'avaient jamais reçu de traitements antirétroviraux et 14 % d'entre eux avaient été dépistés dans l'année. Seulement 1 % des patients de la file active avait déjà été traité et ne recevait plus de traitement en 2015. Il s'agissait le plus souvent d'un arrêt transitoire par décision du patient ou par rupture du suivi.

| Figure C3 | Distribution de la file active selon la prise d'un traitement antirétroviral, Normandie, 2015

(source : Corevih Basse-Normandie et Corevih Haute-Normandie)



Parmi les patients traités par antirétroviraux et suivis en Normandie, 95 % étaient traités depuis plus de 6 mois : la charge virale VIH était indétectable chez 93 % d'entre eux, 68 % d'entre eux avaient des lymphocytes CD4 $\geq 500/\text{mm}^3$.

Personnes vivant avec le VIH nouvellement dépistées en 2015 et prises en charge dans une structure de soins

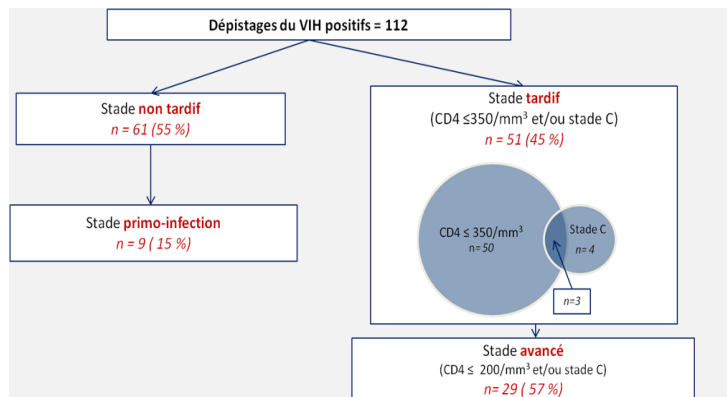
En 2015, 112 nouveaux patients ont été diagnostiqués séropositifs pour le VIH et pris en charge dans une structure de soins en Normandie, 52 (47 %) d'entre eux en Basse-Normandie et 60 (54 %) en Haute-Normandie. Plus des $\frac{3}{4}$ des patients (77 %) pris en charge en Normandie et dépistés en 2016 ont été pris en charge dans leur département de résidence. Les patients diagnostiqués dans l'année représentaient 4,9 % des patients suivis en Basse-Normandie et 3,3 % des patients suivis en Haute-Normandie.

La moyenne d'âge des patients diagnostiqués en 2015 était de 39 ans et 27 % des patients avaient moins de 30 ans au diagnostic. Les femmes représentaient 31 % des patients nouvellement dépistés, ce qui était inférieur à la proportion totale de femmes dans la file active (35 %) et 60 % d'entre elles étaient nées en Afrique sub-saharienne. Les patients nés à l'étranger représentaient 37 % des patients dépistés en 2015 dont 30 % étaient originaires d'Afrique sub-saharienne. La moitié (51 %) des nouvelles contaminations étaient par voie hétérosexuelle ; 91 % des contaminations par voie homosexuelle concernaient des patients nés en France. La voie homosexuelle était la source de contamination pour 43 % des nouveaux dépistés. Parmi les patients dépistés en 2015, 23 % étaient sans emploi au moment de leur dépistage.

Le dépistage était tardif pour 51 patients (45 %). Pour 50 patients, l'immunodépression était déjà constituée (lymphocytes CD4 $\leq 350/\text{mm}^3$) au moment du diagnostic, et 3 d'entre eux avaient également développé une infection opportuniste sévère (correspondant au stade C de l'infection par le VIH). Un patient n'avait pas de déplétion lymphocytaire majeure (lymphocytes CD4 $> 350/\text{mm}^3$), mais avait développé une infection opportuniste. Parmi ces 51 patients diagnostiqués tardivement, 29 avaient été dépistés à un stade avancé de la maladie, avec un taux de CD4 au dépistage inférieur à $200/\text{mm}^3$, incitant à poursuivre les efforts d'optimisation du dépistage pour que le diagnostic soit porté plus précocement après la contraction du virus (Figure C4).

Figure C4 : Distribution des patients chez qui le diagnostic d'infection par le VIH a été porté en 2015 en Normandie

(source : Corevih Basse-Normandie et Corevih Haute-Normandie)



Comparaison Basse-Normandie / Haute-Normandie

En 2015, 1 069 patients (37 %) étaient suivis en Basse-Normandie et 1 836 patients (63 %) étaient suivis en Haute-Normandie. Ces patients constituaient des files actives relative-

ment comparables avec une grande similarité concernant la majorité des caractéristiques démographiques, cliniques et biologiques. Ainsi, la moyenne d'âge et la proportion homme/femme étaient similaires dans les deux régions de prise en charge. Les durées de suivi depuis le dépistage et la proportion de patients traités depuis plus de 6 mois qui avaient une charge virale indétectable étaient également parfaitement comparables.

En revanche, deux différences significatives étaient notées :

(i) des contaminations par usage de drogues par voie intra-veineuse surreprésentées en Basse-Normandie, soit 10 % des contaminations contre 5 % en Haute-Normandie ($p < 0,01$) ; (ii) une proportion de patients non traités plus importante en Haute-Normandie (4 %) qu'en Basse-Normandie (2 %) ($p < 0,01$). Il s'agissait majoritairement de patients qui avaient déjà été traités par antirétroviraux mais qui avaient interrompu leur traitement (pour 42 % des patients suivis en Haute-Normandie et pour 5 % des patients suivis en Basse-Normandie).

Conclusion

L'analyse épidémiologique des cohortes de personnes vivant avec le VIH suivies en 2015 en Normandie est le reflet des évolutions de l'épidémie de l'infection par le VIH/sida :

- toujours de nouvelles contaminations, concernant potentiellement l'ensemble de la population mais avec une surreprésentation des HSH et les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne ;

- un diagnostic tardif pour près de la moitié des patients chez qui le diagnostic est porté, qui contraste avec des progrès constants dans les prises en charge comme en témoignent les durées de suivi sans cesse croissantes.

Bien que les personnes vivant avec le VIH suivies en Basse-Normandie et en Haute-Normandie aient des caractéristiques épidémiologiques globalement très similaires, la poursuite d'une analyse par territoire apparaît pertinente afin de mettre en évidence quelques disparités à même de guider les stratégies de dépistage.

Points clés surveillance VIH/sida - 2015

| Dépistage (données LaboVIH) |

En 2015, le recours au dépistage en région Normandie n'a pas observé d'évolution significative depuis 2010 : il s'élève à 64 pour 1 000 habitants et demeure moins élevé que ce qui est observé à l'échelle de la France métropolitaine hors région Ile-de-France (71 sérologies pour 1 000 habitants). Cependant le taux de positivité qui s'élevait à 1,3 pour 1 000 sérologies était identique à ce qui était observé en France métropolitaine (hors région Ile-de-France).

| Déclaration obligatoire |

En 2015, le taux de découverte de séropositivité à VIH s'élevait à 52 cas par million d'habitants [IC95 % = 31-73] soit le taux le plus élevé depuis 2007. Cette hausse apparente nécessitera d'être confirmée l'année prochaine au vu de l'intervalle de confiance des estimateurs large. L'infection à VIH touchait particulièrement les hommes (75 %) et parmi ces derniers les HSH qui totalisaient 57 % des nouvelles contaminations. Parmi les femmes, les découvertes étaient majoritaires parmi celles originaires d'Afrique subsaharienne (66 %). Les diagnostics étaient « précoces » pour 41 % des découvertes.

| File active hospitalière |

En 2015, les comités de coordination régionale de la lutte contre le VIH (Corevih) de Basse-Normandie et de Haute-Normandie estimaient la file active hospitalière des personnes suivies pour une infection à VIH à 2 905 patients dont 112 patients nouvellement dépistés.

Olivia Guérin, François Michelot, Observatoire régional de la santé et du social (OR2S)

Introduction / méthodes

Les données épidémiologiques d'incidence et de prévalence de l'infection à VIH issues du dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire et de l'analyse de la file active hospitalière sont complétées par l'analyse des indicateurs suivants :

- les données des affections de longue durée (ALD) sur la période 2012/14 (code ALD n°7 correspondant à un déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine) ;
- les données de mortalité sur la période 1987/2012 : analyses des décès dont la cause initiale est l'infection à VIH (données CépiDC, Inserm).

Les codes d'ALD pour une infection à VIH et ceux des décès dus à une infection à VIH regroupent l'ensemble des codes relatifs aux immunodéficiences humaines virales¹.

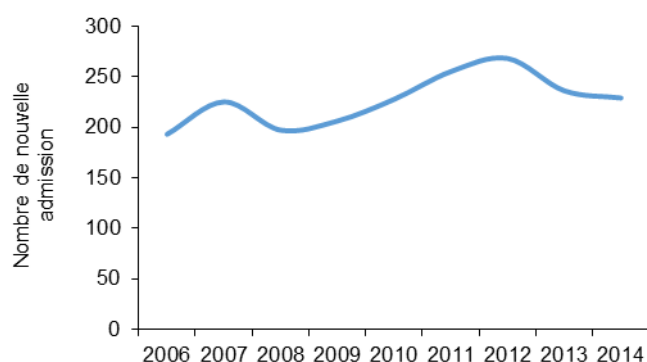
Les codes correspondant aux sujets en contact avec ou exposés à des maladies transmissibles ainsi que ceux des infections asymptomatiques à VIH sont également pris en compte pour l'analyse des ALD².

Affections de longue durée (ALD)

Sur la période 2012/14, 733 personnes domiciliées en Normandie ont été admises en ALD pour infection à VIH : deux tiers d'entre elles étaient des hommes (69 % en France métropolitaine), 70 % étaient âgées de moins de 45 ans (67 % en France métropolitaine). Sur cette période, les taux³ moyens de nouvelles admissions en ALD pour infection à VIH (11/100 000 hommes et 5/100 000 femmes) étaient plus faibles qu'en France métropolitaine (respectivement 18/100 000 et 8/100 000) (Figure ALD).

Au 31 décembre 2014, 3 332 personnes domiciliées en Normandie ont été prises en charge au titre d'une ALD pour infection à VIH : 67 % étaient des hommes (68 % en France métropolitaine); 34 % étaient âgées de 45 à 54 ans (38 % en France métropolitaine). Le taux de personnes en ALD pour infection à VIH s'élevait à 141/100 000 chez les hommes et 70/100 000 chez les femmes contre respectivement 258/100 000 et 118/100 000 en France métropolitaine.

Figure ALD. Evolution du nombre de nouvelles admissions en ALD pour infection à VIH en Normandie, 2006/14 (source : Assurance maladie, exploitation OR2S)



Bien qu'en théorie toute personne nouvellement diagnostiquée pour une infection à VIH peut être admise en ALD pour cette pathologie, la concordance entre les données de la déclaration obligatoire pour le VIH et des ALD pour infection à VIH n'est pas parfaite.

Les différences, plus ou moins marquées selon les régions, peuvent s'expliquer par des aspects administratifs ou inhérents aux

populations concernées (Pillonel et al, BEH 2011, 43-44; Halfen, ORS Ile de France, 2011).

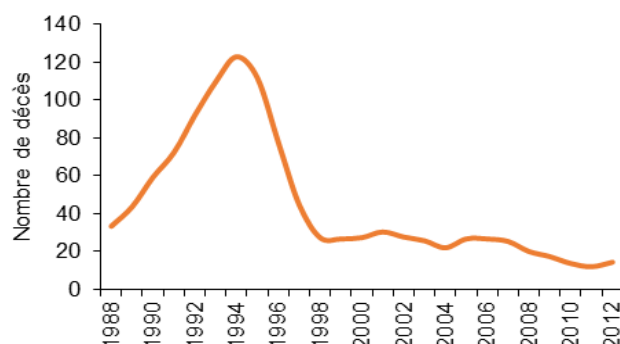
En effet, le diagnostic d'infection à VIH n'est pas nécessairement suivi d'une mise en ALD, notamment chez les personnes diagnostiquées mais non prises en charge médicalement, les personnes ne disposant pas de couverture sociale et les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (personnes étrangères en situation irrégulière de séjour vivant en France). Chez les détenus, les protocoles d'ALD ne sont pas initiés ou renouvelés, du fait de la couverture sociale complète pendant l'incarcération. Les nouveaux-nés dont la mère est séropositive sont systématiquement inscrits en ALD pour le VIH à la naissance. Par ailleurs, des décalages de date peuvent également intervenir car l'admission en ALD n'a pas nécessairement lieu l'année du diagnostic. Il est également possible que des admissions en ALD soient considérées à tort comme de nouveaux diagnostics dans le cas des renouvelants d'ALD ou des personnes changeant de régime ou de caisse primaire d'assurance maladie. Ainsi, les données d'ALD ne peuvent pas être considérées comme de réelles données d'incidence ou de prévalence de l'infection à VIH et sont à manipuler avec prudence au niveau régional. Cependant, elles peuvent s'avérer utiles pour l'interprétation des données de déclaration obligatoire d'infection à VIH et complémentaires pour la surveillance de cette infection en France.

Mortalité

Entre 1987 et 2012, le VIH a été la cause de 1 154 décès en Normandie. Le nombre maximum de décès dus à une infection à VIH était de 123 décès en 1994 (Figure Mo). Depuis, le nombre de décès a chuté pour passer sous la barre des 30 décès annuels à la fin des années quatre-vingt-dix. Sur la période 2011/13, 14 décès dus au VIH ont été enregistrés en moyenne chaque année en Normandie. La majorité de ces décès était survenue chez des hommes et chez des personnes âgées de moins de 65 ans. Chez les hommes, la mortalité due au VIH était plus faible en Normandie qu'en France métropolitaine (0,6 contre 1,0/100 000 hommes). Chez les femmes, la mortalité due à une infection à VIH en Normandie était proche de celle observée en France métropolitaine (de l'ordre de 0,3/100 000 femmes).

Bien que la mortalité due à une infection à VIH ait largement chuté depuis le début de l'épidémie, elle constitue encore aujourd'hui un indicateur pertinent permettant d'enrichir les données épidémiologiques relatives à cette infection.

Figure Mo. Evolution du nombre annuel de décès* due à une infection à VIH en Normandie, 1987/2013 (Source : Inserm CépiDC, exploitation OR2S)



¹ (Les codes de la Classification Internationale des Maladies correspondants sont les codes CIM10 B20 à B24 pour les décès depuis 2000 et les codes CIM9 042 à 044 avant 2000). ² Les codes Cim10 correspondants sont les codes Z20 et Z21. ³ Taux standardisé sur l'âge avec comme population de référence la population de la France métropolitaine au RP 2006

| Les IST et le VIH en Normandie : la stratégie de l'Agence régionale de santé (ARS) de Normandie |

Murielle Sérèmes, Chargée de mission prévention, ARS Normandie

Parce que le taux d'incidence régionale du VIH est très proche du taux national, l'un des objectifs de l'Agence régionale de santé de Normandie, reste celui d'augmenter les taux de dépistage et de repérage du VIH, des IST et des hépatites virales : les IST sont un marqueur de comportements sexuels à risque et font craindre une augmentation d'infection par le VIH dans les groupes d'âge les plus touchés.

L'année 2016 a été une année riche en changements dans le domaine de la prévention des risques sexuels et du dépistage. Depuis la création de l'ARS de Normandie, le pôle prévention et promotion de la santé dispose d'une équipe comprenant deux chargés de mission et un médecin pour accompagner les acteurs de la région sur la thématique de la santé sexuelle.

L'une des premières missions de cette équipe a été de veiller à la mise en place des nouvelles structures de dépistage dans la région. Ainsi, dans le courant du premier semestre de l'année, l'équipe a procédé à la visite de conformité des 7 centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles, de la région et de leurs onze antennes, créés le 1^{er} janvier 2016. Une douzième antenne devrait ouvrir ses portes dans l'Orne en 2017 et une réflexion est en cours pour une couverture plus importante du département du Calvados.

Au-delà de l'évolution des organisations du réseau régional des acteurs, l'ARS a besoin d'orienter ses stratégies de prévention et de lutte contre les IST et le VIH et de continuer d'adapter l'offre régionale aux besoins des populations, notamment à risque.

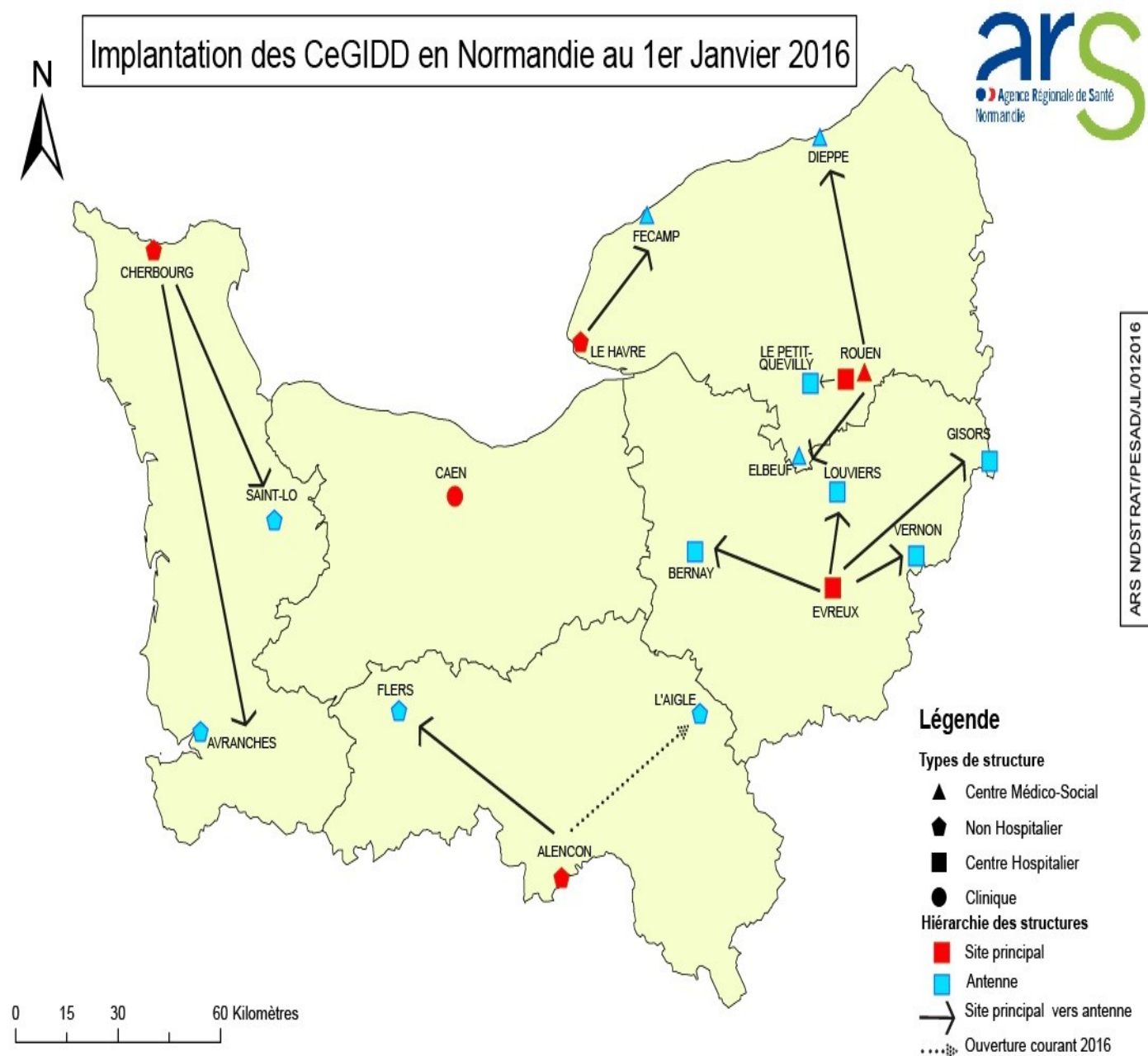
Ce bulletin permet à l'ARS et aux acteurs de la région de disposer de données régionales visant à répondre aux enjeux de santé publique définis par l'ARS. Cependant, la qualité de ces données dépend de leur exhaustivité. C'est pourquoi, l'ARS souhaite que tous les CeGIDD de la région et leurs antennes (Carte) intègrent le réseau de surveillance des IST, RésIST, animé par la Cire Normandie.

Avec les évolutions de la réglementation, les CeGIDD sont devenus en 2016 des acteurs incontournables en matière de dépistage et de prévention des IST, des hépatites virales et du VIH. Leurs missions sont plus étendues que les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (CIDDIST) qu'ils ont remplacés au 1^{er} janvier 2016. Les CeGIDD doivent œuvrer dans le domaine de la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle.

L'ARS a choisi de confier la coordination de ces structures aux Corevih (Comité de coordination régionale de lutte contre le VIH) à travers une lettre de mission. L'un des enjeux de cette coordination est de permettre la remontée des données d'activité des CeGIDD à l'ARS et à Santé publique France pour permettre les suivis d'activité et la surveillance épidémiologique. La production d'indicateurs épidémiologiques aux échelles régionales (et infra-régionales) par la Cire Normandie (représentant régional de Santé publique France) nous permettra de répondre aux enjeux de santé publique liés aux IST, d'adapter les programmes d'éducation scolaire, les territoires et les publics cibles.

En 2016, les Test rapide d'orientation diagnostique (TROD) de l'infection par l'hépatite C sont venus compléter l'offre de TROD de l'infection par le VIH. Les acteurs doivent déposer une demande d'habilitation ou d'autorisation en fonction de leur statut juridique auprès de l'ARS de Normandie. Sans cette étape préalable, ils ne pourront pas réaliser de TROD VIH 1 et 2 et/ou VHC. Les autotests du VIH, disponibles depuis septembre 2015 en pharmacie, pourront également être délivrés sous certaines conditions par ces acteurs.

La stratégie de l'ARS repose sur la mobilisation des acteurs régionaux et locaux pour aller vers les populations les plus éloignées du système de santé.



POUR TOUT SIGNALEMENT, contacter le point focal de l'ARS Normandie
 Tel : 0809 400 660 - Fax : 02 34 00 02 83

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

Directeur de la publication : Dr François BOURDILLON, Directeur général de Santé publique France

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

Comité de rédaction : Nathalie NICOLAY

Relecteurs : Françoise CAZEIN, Benjamin LARRAS, Ndeindo NDEIKOUNDAM, Arnaud MATHIEU

Diffusion : Cire Normandie - 31, rue Malouet 76000 Rouen

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

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