

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

SOMMAIRE

Édito p.1 Points clés p.2 Dispositif de surveillance de l'infection par le VIH et du sida p.3 Dépistage du VIH p.5 Surveillance des infections à VIH p.7 Surveillance des diagnostics de Sida p.10 Dispositif de surveillance des infections sexuellement transmissibles bactériennes p.15 Infections à gonocoque p.16 Syphilis p.18 Prévention p.20 Pour en savoir plus, remerciements et contacts p.24

ÉDITO

La journée mondiale de lutte contre le SIDA est l'occasion de mettre en lumière la situation épidémiologique de notre région en ce qui concerne le VIH et les infections sexuellement transmissibles mais surtout l'implication de tous pour parvenir, à terme, à une région Hauts-de-France sans nouvelle contamination.

Certes, la situation épidémiologique évolue peu sur le nombre de découvertes du VIH mais les dépistages restent encore insuffisants et nécessitent que nos efforts conjoints se poursuivent. L'année 2021 reste marquée par un recours au dépistage moindre par rapport à l'avant-crise sanitaire. Pour autant, les acteurs régionaux n'ont cessé de se mobiliser et ont redoublé d'efforts, dès 2022, pour déployer le nouveau dispositif VIH Test consistant à bénéficier d'une prise en charge à 100 % du dépistage VIH en laboratoire d'analyse médicale sans prescription médicale. D'ores et déjà, les Hauts-de-France présentent les meilleurs résultats de France métropolitaine hors Ile de France grâce à la mobilisation appuyée des laboratoires de biologie médicale et du Corevih notamment. Outre la proposition d'une nouvelle offre de dépistage, ce projet est aussi l'illustration de nouveaux modes de coopération entre professionnels via la mise en place d'un numéro vert supervisé par le Corevih entre biologistes et infectiologues pour accompagner l'annonce d'un résultat positif.

Les nombreux travaux d'étude et de recherche menés en région sont également le témoignage de la capacité d'innover de nos professionnels pour améliorer la prise en charge des personnes vivant avec le VIH de manière à relever les défis qui s'imposent à nous pour les mois et années à venir.

Hugo GILARDI, directeur général de l'ARS Hauts-de-France

POINTS CLÉS

VIH/Sida

- ✓ Le taux de participation des laboratoires de biologie médicale à l'enquête LaboVIH a diminué dans les Hauts-de-France et en métropole hors Ile-de-France du fait de la crise sanitaire. Dans les Hauts-de-France, il est passé de 71% en 2020 à 67% en 2021 (72% en métropole hors Ile-de-France).
- ✓ L'activité du dépistage qui avait augmenté entre 2015 et 2019, a fortement diminué entre 2019 et 2020, en raison d'une baisse du recours au dépistage lors du 1er confinement. Elle a augmenté en 2021 par rapport en 2020, mais reste inférieure à celle observée en France métropolitaine hors Ile-de-France.
- ✓ De janvier à septembre 2022, 29 603 remboursements de tests VIH ont été effectués dans le cadre du dispositif VIHtest (soit 18,8% des tests effectués dans le cadre de ce dispositif au niveau national). Ce nombre est le deuxième plus élevé de France,
- ✓ Le nombre de découvertes de séropositivité par million d'habitants était stable en 2021 (36 par million d'habitants) par rapport à 2020 et similaire à celui de la France métropolitaine hors Ile-de-France.
- ✓ Les rapports sexuels entre hommes représentaient le principal mode de contamination (près 3/5) suivis des rapports sexuels hétérosexuels (près de 2/5).
- ✓ En 2021, 27% des infections à VIH ont été découvertes à un stade avancé de l'infection, ce qui constitue une perte de chance en termes de prise en charge individuelle et un risque de transmission du VIH aux partenaires avant la mise sous traitement antirétroviral.

Infection à gonocoque

- ✓ En 2021, le taux de dépistage d'infection à gonocoque était de 36 pour 1000 habitants. Il est inférieur à celui observé au niveau national (49 pour 1 000 habitants) mais il augmente en région depuis 2014 et de façon plus marquée depuis 2018,
- ✓ Depuis 2014, environ trois-cinquièmes des personnes testées, sont des femmes,
- ✓ Depuis 2016, le nombre de diagnostics d'infection à gonocoque augmente en CeGIDD, de façon plus marquée chez les hommes,
- ✓ Le nombre de cas de gonococcie diagnostiqués en CeGIDD en 2021 est en augmentation de 8% par rapport à 2019, (+54% par rapport en 2020).
- ✓ Les HSH représentent la majorité des cas de ResIST en 2021(91%).

Syphilis

- ✓ En 2021, le taux de dépistage de la syphilis dans la région était de 42,8 pour 1 000 habitants, inférieur à celui du national (51 pour 1 000 habitants),
- ✓ Entre 2014 et 2021, le taux de personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour une syphilis a augmenté (+64%). Entre 2021 et 2020, l'augmentation est de 9%,
- ✓ Plus de deux tiers des personnes testées depuis 2014 sont des femmes,
- ✓ Depuis 2016, le nombre de syphilis diagnostiqués augmente en CeGIDD, de façon plus marquée chez les hommes,
- ✓ Le nombre de cas de syphilis diagnostiqués en CeGIDD en 2021 est en augmentation de 36% par rapport en 2020,
- ✓ Les HSH représentent la majorité des cas de ResIST en 2021(89%).

Dans un contexte d'augmentation continue de l'activité de dépistage du VIH et des IST bactériennes jusqu'en 2019, une baisse avait été observée en 2020, liée à l'épidémie de Covid-19. En 2021, une ré-augmentation a été observée pour l'ensemble de ces dépistages, permettant de retrouver le niveau de 2019 pour les IST bactériennes, mais restant encore inférieur au niveau de 2019 pour le VIH. Il est donc important de remobiliser les professionnels de santé et les populations clés sur l'importance du dépistage combiné pour ces IST. Un dépistage précoce des personnes et de leurs partenaires, suivi d'une mise sous traitement rapide, est indispensable pour interrompre les chaînes de transmission.

Par ailleurs, suite à la forte baisse de l'exhaustivité des données de surveillance des dernières années, celle-ci doit absolument être améliorée, afin de pouvoir disposer d'indicateurs robustes au niveau national et territorial, indispensables au suivi de la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030.

DISPOSITIF DE SURVEILLANCE DE L'INFECTION PAR LE VIH ET DU SIDA

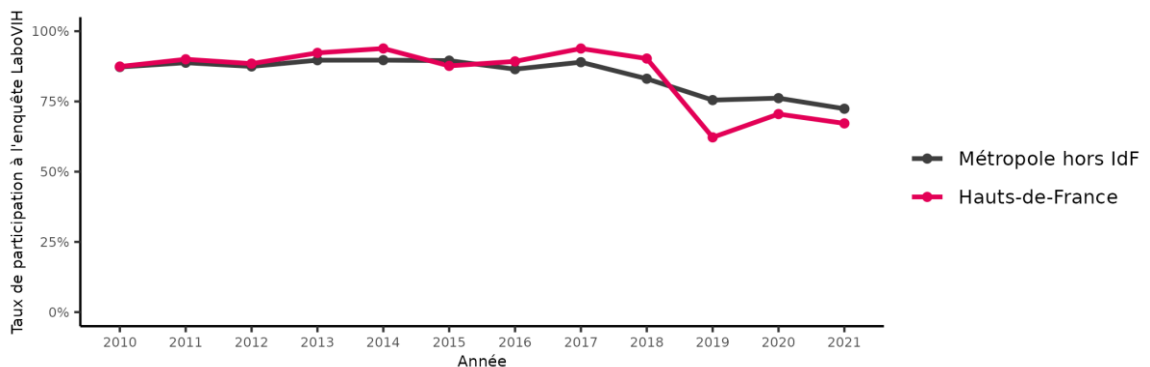
Participation à l'enquête LaboVIH

Ce dispositif de surveillance de l'activité de dépistage du VIH repose sur le recueil, auprès des laboratoires de biologie médicale, du nombre de personnes testées pour le VIH et du nombre de personnes confirmées positives la première fois pour le laboratoire. Les données recueillies couvrent la totalité des sérologies réalisées en laboratoire, avec ou sans prescription médicale, remboursées ou non, anonymes ou non, quel que soit le lieu de prélèvement (laboratoire de ville, hôpital ou clinique, CeGIDD...). Les données recueillies sont corrigées afin de tenir compte des laboratoires n'ayant pas répondu à l'enquête, mais les estimations produites sont moins fiables quand le taux de participation diminue.

Le taux de participation des laboratoires de biologie médicale à l'enquête LaboVIH a baissé dans les Hauts-de-France et en métropole hors Ile-de-France (métropole hors IDF) du fait de la crise sanitaire : il est passé de 71% en 2020 (données LaboVIH 2019) à 67% en 2021 (données LaboVIH 2020) (72% en métropole hors IDF) (figure 1).

Du fait de ce faible taux de participation, les données présentées sont donc à interpréter avec précaution, avec des estimations moins fiables pour ces dernières années.

Figure 1 : Taux de participation annuel à l'enquête LaboVIH, Hauts-de-France, 2010-2021



Source : DO VIH, données brutes au 30/06/2022, Santé publique France

Exhaustivité de la déclaration obligatoire

La DO du VIH est réalisée séparément par les biologistes et par des cliniciens, quel que soit leur lieu d'exercice.

Les déclarations reçues sous-estiment le nombre réel de cas, en raison de la sous-déclaration, des délais de déclaration et des données manquantes dans les DO reçues (lorsque le clinicien ou le biologiste n'a pas déclaré le cas). C'est pourquoi les données doivent être corrigées par Santé publique France. La correction pour la sous-déclaration utilise le nombre de personnes positives, non anonymes, issu de LaboVIH ; la correction pour les délais se base sur la distribution des délais des années précédentes ; enfin la correction pour les données manquantes se fait par imputation multiple. Il est primordial d'augmenter l'exhaustivité de la DO car les estimations sont plus fragiles quand la sous-déclaration est importante.

Globalement, au cours des dernières années, dans les Hauts-de-France, le taux d'exhaustivité de la DO est en diminution et est légèrement inférieur à celui de la France métropolitaine hors Ile-de-France (figure 2).

Figure 2 : Exhaustivité annuelle de la déclaration obligatoire VIH, Hauts-de-France, 2010-2021



Source : DO VIH, données brutes au 30/06/2022, Santé publique France

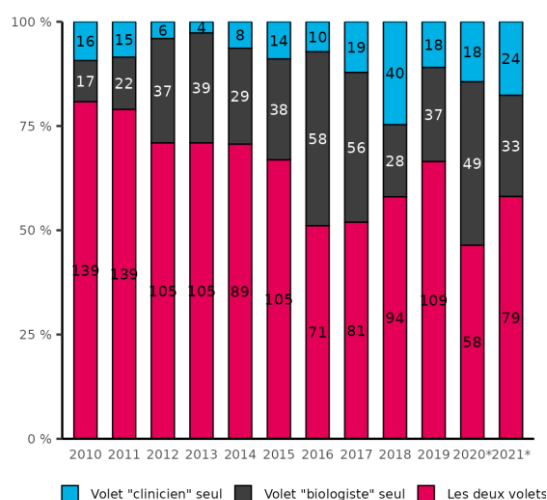
Évolution de l'envoi des volets « clinicien » et « biologiste » du formulaire de déclaration obligatoire des découvertes de séropositivité

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 obligatoires.

En 2021, 58% des formulaires de déclaration obligatoire des découvertes de séropositivité étaient complets (contre 46% en 2020), contenant à la fois le feuillet rempli par le biologiste et le feuillet rempli par le clinicien (figure 3).

Tous les déclarants, biologistes et cliniciens, doivent déclarer l'ensemble des cas diagnostiqués via l'application e-DO.fr (voir encadré ci-dessous).

Figure 3 : Proportion annuelle et effectifs des découvertes de séropositivité au VIH pour lesquelles les volets « biologiste » et « clinicien » ont été envoyés, Hauts-de-France, 2010-2021



Source : DO VIH, données brutes au 30/06/2022, Santé publique France

* Données non consolidées

Surveillance virologique par le CNR

Cette surveillance 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 des personnes de 15 ans et plus. Le biologiste commande directement le matériel en ligne (coordonnées précisées dans les formulaires de DO ainsi que sur la page d'accueil de www.e-do.fr). Cette surveillance est volontaire pour le patient (~1% de refus actuellement) comme pour le biologiste. La participation des biologistes, via l'envoi des buvards, est indispensable pour suivre la précocité des diagnostics, objectif majeur de la lutte contre le VIH.

E-DO VIH/SIDA, QUI DOIT DÉCLARER ?

- **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** : une destinée au biologiste et l'autre au clinicien. Chaque co-déclarant (clinicien et biologiste) fait une déclaration de manière indépendante dans l'application e-DO.

En cas de difficultés, vous pouvez contacter e-DO Info Service au **0 809 100 003** ou Santé publique France : ANSP-DMI-VIC@SANTEPUBLIQUEFRANCE.FR

DÉPISTAGE DE L'INFECTION À VIH

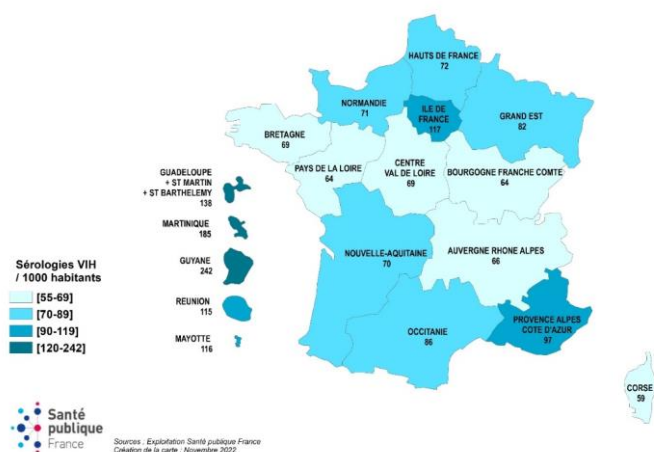
Données issues de l'enquête LaboVIH

En 2021, le nombre de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants dans la région Hauts-de-France était de 72 ‰ (IC95 : [66-78]) (Figure 4). L'activité du dépistage qui avait augmenté entre 2015 et 2019, a fortement diminué entre 2019 et 2020, en raison d'une baisse du recours au dépistage lors du 1er confinement. Elle a augmenté en 2021 par rapport à 2020, proche du taux observé en 2019, mais reste inférieure à celle observée en France métropolitaine hors Ile-de-France (74 ‰ habitants) (Figure 6A). En métropole le taux le plus élevé concerne la région Ile-de-France (117‰ habitants).

Parmi les sérologies VIH effectuées dans la région en 2021, la proportion de sérologies positives pour 1000 tests effectués était estimée à 0,8. Cette proportion varie peu depuis 2010, entre 0,8 ‰ et 1,1 ‰, sans tendance particulière.

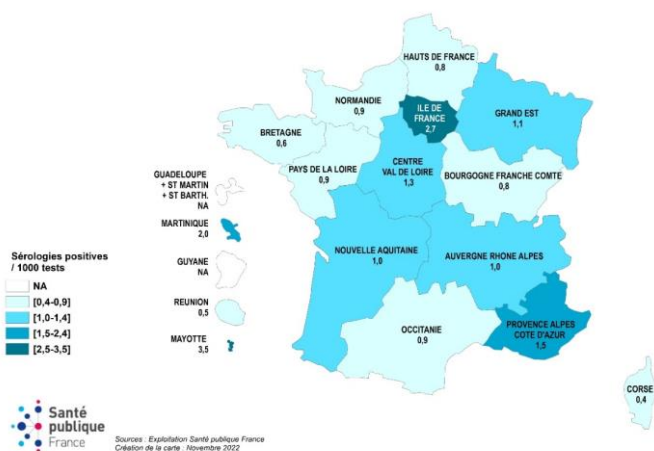
Cette proportion demeure proche de celle retrouvée au niveau de la France métropolitaine hors Ile-de-France (Figure 5 et 6B).

Figure 4 : Nombre de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants en France, par région, en 2021



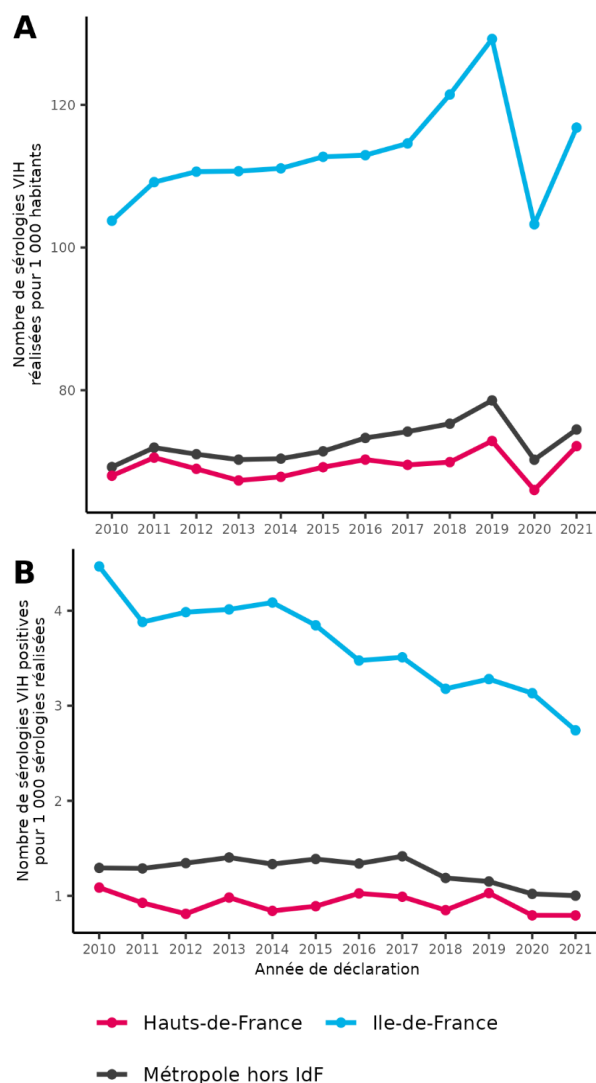
Source : LaboVIH 2022, données au 30/06/2021, Santé publique France.

Figure 5 : Nombre de sérologies VIH positives pour 1 000 sérologies effectuées en France, par région, en 2021



Source : LaboVIH 2022, données au 30/06/2022, Santé publique France.

Figure 6 : Evolution annuelle du nombre de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants (A) et du nombre de sérologies VIH positives pour 1 000 sérologies effectuées (B) en Hauts-de-France, en France métropolitaine hors Ile-de-France et en Ile-de-France, 2010-2021



Source : LaboVIH 2022, données au 30/06/2022, Santé publique France.

Vente d'autotests de dépistage de l'infection par le VIH

Les autotests VIH sont en vente depuis septembre 2015 sans ordonnance en pharmacie. Le prix moyen en 2021 était de 19,8 euros.

Au cours de l'année 2021, en Hauts-de-France, 2667 autotests ont été vendus en pharmacie, soit une baisse de 1 % par rapport à 2020 où 2694 autotests avaient été vendus.

La baisse des dépistages en laboratoire observée en 2021 ne s'est donc pas reportée sur les ventes d'autotests, ni au niveau national, ni en Hauts-de-France (source : Santé publique France).

VIH Test : l'accès au dépistage du VIH dans tous les laboratoires de biologie médicale sans ordonnance

Depuis le 1^{er} janvier 2022, une offre de dépistage par sérologie du VIH sans ordonnance, dans tous les laboratoires de biologie médicale, est généralisée à tout le territoire français. Cette mesure inscrite dans la feuille de route 2021-2024 de la stratégie nationale de santé sexuelle, est prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie sans avance de frais pour toute personne de plus de 16 ans bénéficiant de l'Assurance sociale (Article 77 du projet de loi de financement de la sécurité sociale 2022).

Dans un contexte de baisse des sérologies VIH de 14% en 2020, en lien avec la pandémie et la crise sanitaire, l'objectif de cette mesure est de renforcer l'attractivité du dépistage du VIH tout en s'assurant d'une prise en charge rapide (dans les 48 heures) des personnes déclarées positives pour le VIH.

Cette généralisation de l'offre de dépistage du VIH fait suite à l'évaluation positive de l'expérimentation ALSO ([Au Labo Sans Ordo-ALSO](#)) de juillet 2019 à décembre 2020 (Paris et Alpes Maritimes).

L'instruction du Ministère des solidarités et de la Santé du 17 décembre 2021 a confié aux ARS la mise en œuvre régionale de cette offre et la constitution d'un comité de pilotage avec leurs partenaires (URPS, CPAM, COREVIH, etc.).

C'est dans ce contexte que Santé publique France en région est mobilisé dans certaines régions pour accompagner les ARS qui souhaitent suivre la mise en œuvre de ce nouveau dispositif.



ameli

Dans les **Hauts-de-France**, de janvier à septembre 2022, 29 603 remboursements de tests VIH ont été effectués dans le cadre du dispositif VIHtest (soit 18,8% des tests effectués au niveau national) . Ce nombre est le deuxième plus élevé de France après celui de l'Île-de-France (n= 44 418 (28,1%)). Les classes d'âge les plus représentées parmi les personnes ayant eu un recours au dispositif sont les 20-39 ans (35,5%) et les 40-59 ans (36,1%). Source: SNDS, extraction CNAM, 18/11/2022

SURVEILLANCE DES INFECTIONS À VIH

Données issues des notifications obligatoires VIH

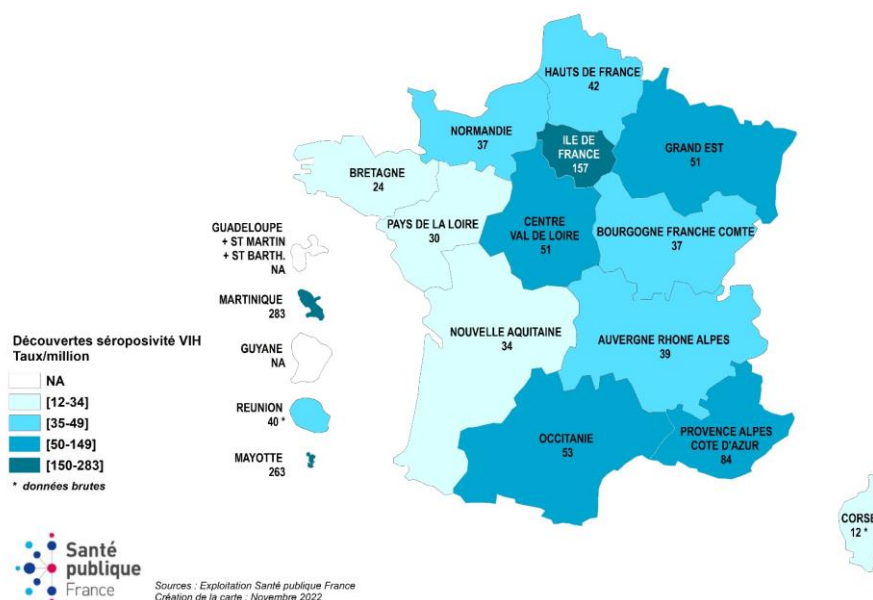
• Evolution du nombre de découvertes de séropositivité

La diminution en 2021 des déclarations par les biologistes/cliniciens, en plus de la baisse de la participation à l'enquête LaboVIH, sont des limites importantes à prendre en compte pour interpréter ces données corrigées produites à partir d'estimations.

Le nombre de découvertes de séropositivité au VIH, corrigé pour la sous-déclaration, les données manquantes et les délais de déclaration en Hauts-de-France était de 42 par million d'habitants (IC95 : [35-50]) en 2021 (figure 7). Il est similaire à celui de la France métropolitaine hors Île-de-France (figure 8).

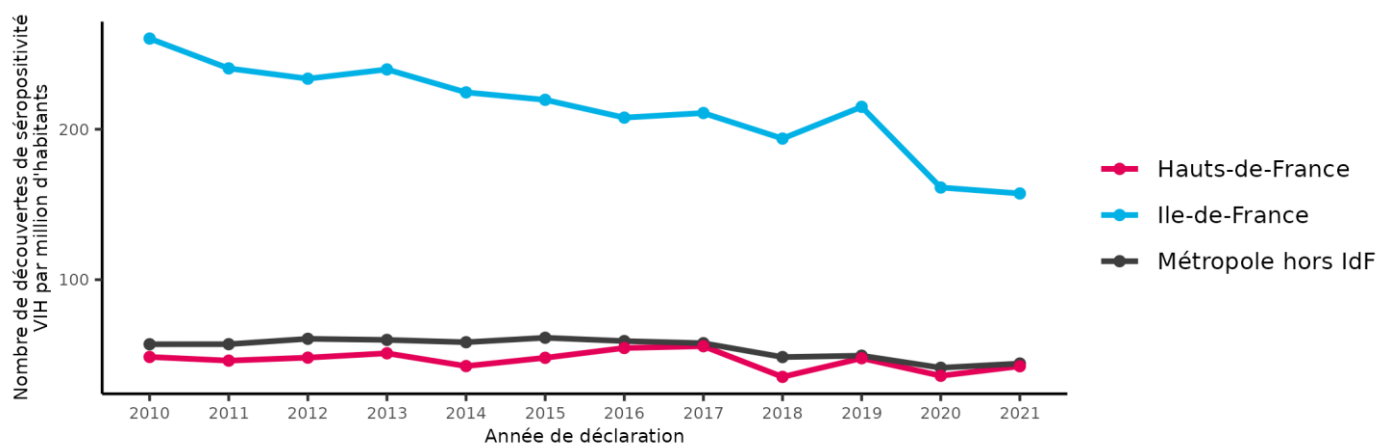
Le nombre de découvertes de séropositivité par million d'habitants était stable en 2021 par rapport en 2020 (36 par million d'habitants (IC95 : [30-42])). Les caractéristiques de ces cas sont décrites dans le tableau 1. A noter qu'entre 2018 et 2021, 18 découvertes de séropositivité, moins d'1 an après l'arrivée en France, concernaient des personnes qui connaissaient leur séropositivité avant d'arriver en France.

Figure 7 : Nombre de découvertes de séropositivité au VIH par million d'habitants par région, France, 2021



Source : DO VIH, données au 30/06/2022 corrigées pour la sous-déclaration, les données manquantes et les délais de déclaration, Santé publique France.

Figure 8 : Evolution annuelle du nombre de découvertes de séropositivité au VIH par million d'habitants en Hauts-de-France, en France métropolitaine hors Ile-de-France et en Ile-de-France, 2010-2021



Source : DO VIH, données au 30/06/2021 corrigées pour la sous-déclaration, les données manquantes et les délais de déclaration, Santé publique France.

• Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité en région

Ces résultats sont à interpréter avec prudence car ils dépendent de la complétude des déclarations. La proportion d'informations manquantes était élevée en 2020, il est possible que les cas pour lesquels les informations étaient manquantes aient un profil épidémiologique différent.

Age : En 2021, la classe d'âge des 25-49 ans était majoritaire. Elle représentait 61% des cas (64% en 2018-2020) (tableau 1).

Sexe : La proportion d'hommes parmi les personnes découvrant leur séropositivité dans la région en 2020 (75%) est similaire à celle observée durant la période 2018-2020 (74%) (tableau 1). Ces proportions sont similaires à celles observées au niveau de la France métropolitaine hors Ile-de-France (73%)(tableau 1).

Mode de contamination : En 2021 et sur la période 2018-2020, parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité, près de 3/5 étaient des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et 2/5 concernaient des hétérosexuels.

Délai de diagnostic : En 2021, 27% des diagnostics sont réalisés à un stade avancé de l'infection à VIH (CD4 < 200/mm³ ou Sida au diagnostic) dans la région. Cette proportion est similaire à celle observée sur la période 2018-2020 (Tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité au VIH, Hauts-de-France et France métropolitaine hors Ile-de-France, 2018-2020 vs 2021

	Hauts-de-France		France métropolitaine hors Ile-de-France
	2018-2020 (n = 451)	2021 (n = 136)	2021 (n = 1 437)
Sexe (%)			
Hommes cis	74,3	75,0	72,7
Femmes cis	25,5	23,5	26,4
Personnes trans	0,2	1,5	1,0
Classes d'âge (%)			
Moins de 25 ans	15,5	18,4	15,2
25-49 ans	64,3	61,0	61,2
50 ans et plus	20,2	20,6	23,6
Lieu de naissance (%)			
France	64,7	60,2	59,8
Afrique sub-saharienne	24,2	27,2	26,3
Autres	11,0	12,6	14,0
Motif de réalisation de la sérologie (%)			
Signes cliniques ou biologiques	39,6	37,8	33,5*
Exposition au VIH	25,8	23,5	17,8*
Bilan systématique	6,9	11,2	13,4*
Grossesse	2,2	7,1	3,7*
Dépistage orienté	18,9	16,3	19,9*
Autre	6,6	4,1	11,7*
Mode de contamination (%)			
Rapports sexuels entre hommes	59,6	57,3	52,1*
Rapports hétérosexuels	38,8	38,5	43,6*
Injection de drogues	0,6	2,1	1,6*
Rapports sexuels, transgenres	0,3	2,1	1,8*
Autres	0,6	0	
Indicateur de délai de diagnostic (%)			
Diagnostic précoce ^c	31,3	23,6	24,5
Diagnostic avancé ^d	28,9	27,4	28,1
Infection récente^e (< 6 mois) (%)			23,7*
Co-infection hépatite C (%)	5,6	3,0	2,7
Co-infection hépatite B (%)	4,0	2,0	3,6
Co-infection IST (%)	22,9	37,8	25,7

Données non consolidées pour 2020 et 2021. Calcul des proportions effectué en excluant les données manquantes.

* Part de données manquantes comprise entre 30% et 50%. NI : non interprétable (part de données manquantes supérieure ou égale à 50%).

L'indicateur de délai de diagnostic est un indicateur combiné :

^c Un **diagnostic précoce** est défini par une primo-infection ou un profil de séroconversion ou un test positif d'infection récente. Les personnes diagnostiquées uniquement avec un taux de CD4 supérieur à 500/mm³, n'entrant pas dans un des 3 critères cités, ne sont plus comptées parmi les « précoces ».

^d Un **diagnostic avancé** est défini par un stade clinique sida ou un taux de lymphocytes CD4 < 200/mm³ de sang lors de la découverte du VIH.

^e Résultat du **test d'infection récente** réalisé par le centre national de référence (CNR) du VIH à partir des buvards transmis par les biologistes.

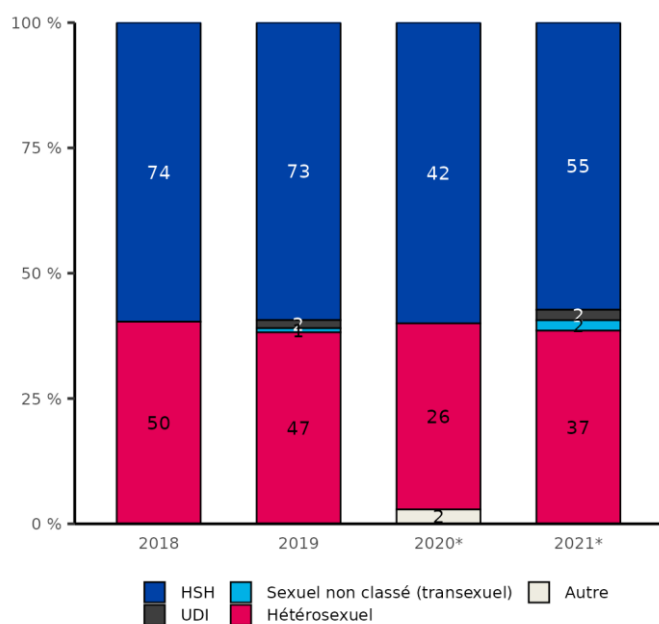
Source : DO VIH, données brutes au 30/06/2022, Santé publique France.

• Evolution des découvertes de séropositivité selon le mode de contamination, le stade de l'infection et le lieu de naissance

On n'observe pas de variation notable entre 2018 et 2021 des modes de contamination parmi les découvertes de séropositivité (figure 9).

La part des personnes diagnostiquées à un stade avancé est relativement stable depuis 2018 (figure 10).

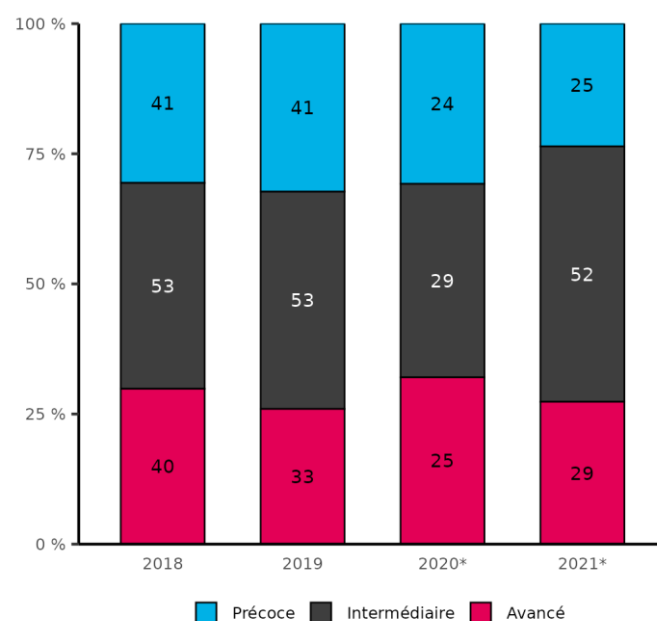
Figure 9 : Évolution annuelle de la part et des effectifs des diagnostics selon le mode de contamination parmi les découvertes de séropositivité au VIH, Hauts-de-France, 2018-2021



* Données non consolidées pour 2020 et 2021.

Source : DO VIH, données brutes au 30/06/2022, Santé publique France.

Figure 10 : Évolution annuelle de la part et des effectifs des diagnostics selon le délai de diagnostic de l'infection parmi les découvertes de séropositivité au VIH, Hauts-de-France, 2018-2021



* Données non consolidées pour 2020 et 2021.

Source : DO VIH, données brutes au 30/06/2022, Santé publique France.

SURVEILLANCE DES DIAGNOSTICS DE SIDA

Données issues des notifications obligatoires de sida

• Evolution du nombre de diagnostics

Le nombre de diagnostics de sida en Hauts-de-France, corrigé pour la sous-déclaration et les délais de déclaration, était estimé à 7 (IC_{95%} : [4-11]) par million d'habitants en 2021. Il était stable en 2021 par rapport en 2020 et similaire à celui de France métropolitaine hors Ile-de-France (figure 11).

Figure 11 : Évolution annuelle du nombre de diagnostics de sida par million d'habitants en Hauts-de-France, en France métropolitaine hors Ile-de-France et en Ile-de-France, 2010-2021

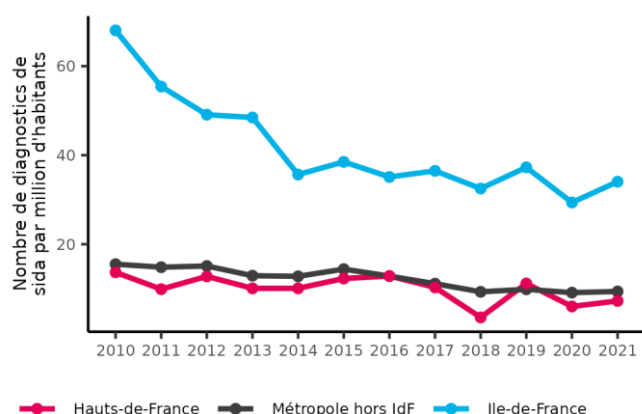
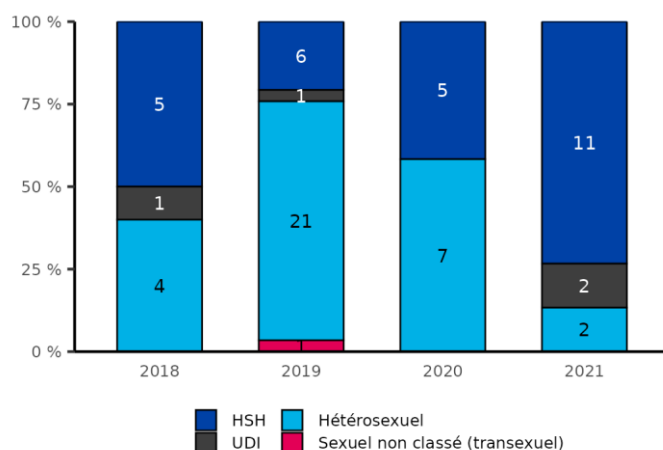


Figure 12 : Évolution annuelle de la part et des effectifs de diagnostics de sida selon le mode de contamination, Hauts-de-France, 2018-2021



Source : DO sida, données au 30/06/2021, corrigées pour la sous-déclaration et les délais de déclaration, Santé publique France.

* Données non consolidées pour 2020 et 2021.
Source : DO sida, données brutes au 30/06/2022, Santé publique France.

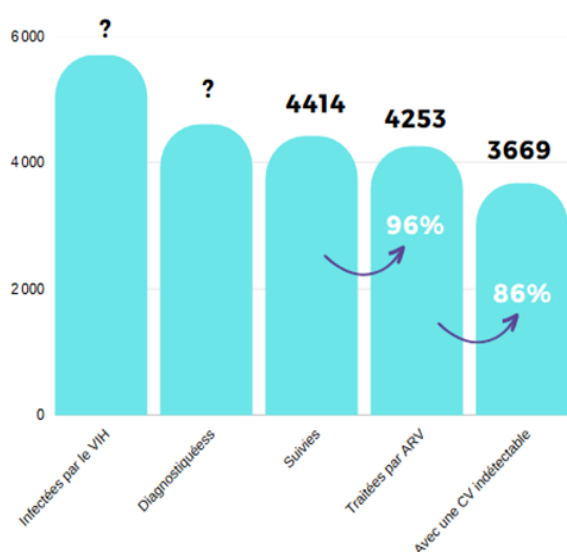
DESCRIPTION DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH SUIVIES DANS UN DES CENTRES DE PRISE EN CHARGE DES HAUTS-DE-FRANCE

(DONNÉES ISSUES DU RAPPORT D'ACTIVITÉ 2021_COREVIH DES HAUTS-DE-FRANCE)

Plus de 4700 personnes ont été suivies pour une infection à VIH dans un des centres de prise en charge de la région Hauts-de-France en 2021.

Des données informatisées sont disponibles pour 4414 d'entre elles. Les données de suivi sont recueillies via le logiciel NADIS® déployé dans la quasi-totalité des centres de prise en charge. Un important travail de mise en conformité réglementaire, d'harmonisation et d'optimisation du déploiement du système de recueil de données a été initié depuis 2021 avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé et en lien avec l'établissement siège du COREVIH.

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



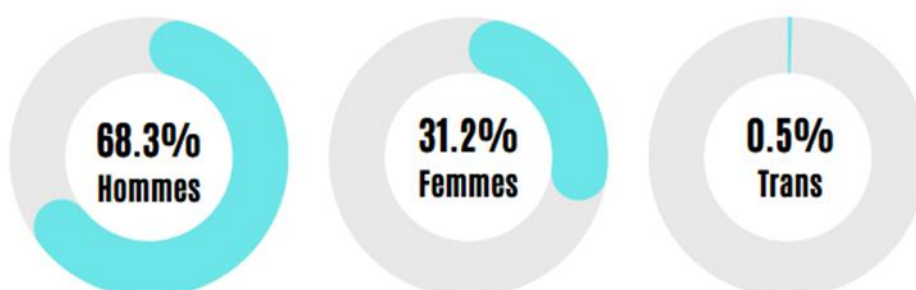
Au regard des objectifs de santé publique « 3x95* » fixés par l'ONUSIDA, repris par la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle, seul le deuxième objectif est atteint en région.

96% des patients suivis dans la région bénéficient d'un traitement antirétroviral, mais seulement 86% d'entre eux ont une charge virale indétectable.

Des travaux, en lien avec l'INSERM, sont en cours pour tenter de mieux estimer l'ampleur de ce qu'on appelle « l'épidémie cachée » dans la région ainsi que les délais entre infection et diagnostic en fonction des départements et des groupes de transmission.

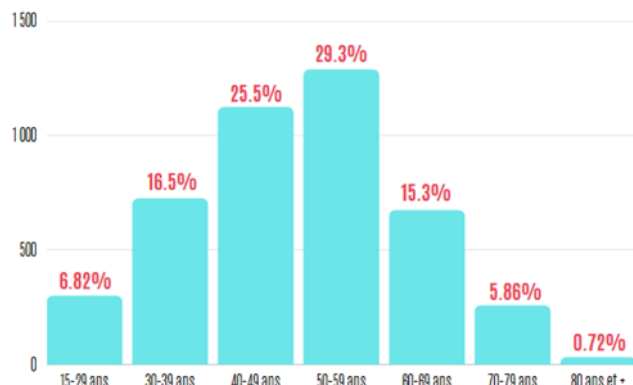
Description de la file active suivie dans les Hauts-de-France

Répartition de la file active par sexe



* **95%** des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique; **95%** des personnes dépistées et suivies reçoivent un traitement antirétroviral; **95%** des personnes traitées ont une charge virale indétectable et ne transmettent plus le virus

Répartition de la file active par tranche d'âge



Les 50-59 ans sont désormais les plus représentés au sein de la file active.

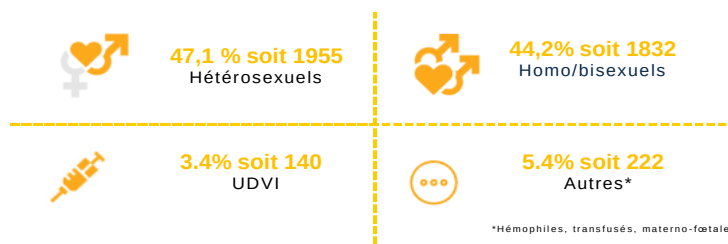
Les plus de 50 ans représentent 51% des patients suivis témoignant ainsi de l'allongement de l'espérance de vie et du vieillissement des personnes vivant avec le VIH.

Ce dernier n'est pas sans poser de nouveaux défis, tant que le plan médical que social. Sur le plan de la prise en charge médicale, les répercussions croisées du VIH, des antirétroviraux et des facteurs de risques associés entraînent un risque accru de comorbidités telles que les maladies cardiovasculaires, les cancers, l'ostéoporose, le diabète et les troubles cognitifs). Aussi, les plus de 50 ans constituent un groupe avec des réalités différentes, et donc des besoins différents en termes de prise en charge, selon qu'ils aient été contaminés avant ou après l'arrivée des antirétroviraux ou qu'ils aient été diagnostiqués après 50 ans.

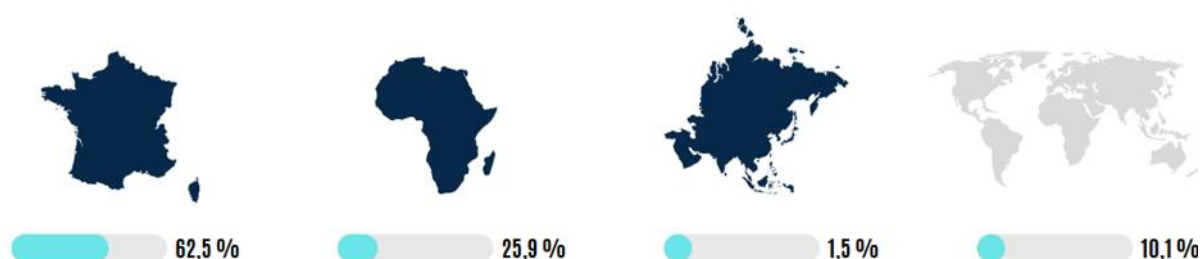
Répartition de la file active par mode de transmission

Sur l'ensemble de la file active, **la contamination par voie hétérosexuelle est la plus fréquente (47%)**.

Néanmoins, on observe des disparités importantes dans la répartition des modes de transmission selon le genre, l'origine géographique et le département de suivi.



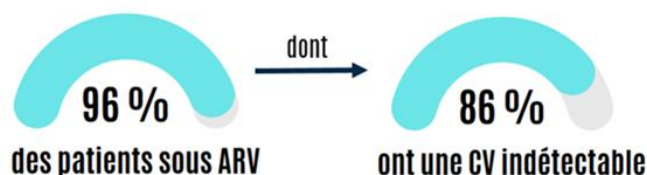
Répartition de la file active par pays de naissance



Les patients suivis en 2021 sont majoritairement nés en France (62,5%), 25,9% sont nés en Afrique Subsaharienne, 1,5% en Asie et 10,1% dans le reste du monde (Europe de l'Est, Amérique, Moyen-Orient).

Les disparités territoriales sont là aussi importantes entre les départements du Nord, du Pas de Calais et ceux de l'ex-Picardie au sein desquels la proportion des personnes nées en Afrique Subsaharienne est plus importante : 33,9% vs 21,9 % de la file active.

Mise sous traitement et succès virologique



La quasi-totalité des patients suivis dans la région (96%) bénéficient d'un traitement antirétroviral dont 86% ont une charge virale indétectable.

Des écarts importants sont constatés en fonction des lieux de prise en charge.

Ces données nous invitent, si l'on veut atteindre les objectifs des 3x95 à mieux décrire les caractéristiques des personnes suivies n'ayant pas une charge virale indétectable après 6 mois de traitement ARV, de mieux identifier les difficultés rencontrées et les besoins non couverts dans le parcours de santé au-delà du seul suivi médical, et de veiller ainsi à une meilleure couverture territoriale de l'offre de prise en charge globale : éducation thérapeutique du patient, suivi social, suivi psychologique...

Source : Données issues du système de recueil de données informatisées NADIS publiées dans le rapport d'activité 2021 du COREVIH HDF

RETOUR AU SOIN DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH PERDUES DE VUE PENDANT AU MOINS 18 MOIS : UNE HÉTÉROGÉNÉITÉ DE SITUATIONS AYANT UN IMPACT SUR LA MALADIE

Avilah Phrygie AMAKADE WOYENGBA, Olivier ROBINEAU (Corevih des Hauts-de-France)

Certaines personnes vivant avec le VIH (PVVIH) quittent le système de soin de manière plus ou moins longue après avoir débuté un suivi. Qualifier une personne comme étant perdue de vue est difficile car la perte de contact avec une équipe soignante ne signifie pas un arrêt de traitement ou un arrêt total de suivi. Il paraît donc intéressant d'étudier les personnes revenant au soin après une période d'absence dans le parcours de soin habituel en vue d'évaluer l'impact de ces arrêts de suivi sur la prise en charge et sur l'état de santé du patient.

Une étude portant sur les PVVIH suivi dans les centres du nord de la région Hauts-de-France a été réalisée autour de cette problématique. Elle révèle qu'entre le premier Janvier 2018 et le 31 décembre 2021, 1455 PVVIH ont été perdus de vue pendant au moins 18 mois par les équipes les suivant habituellement et 894 (61,4%) d'entre elles ont repris contact avec ces mêmes équipes.

Parmi eux, 604 patients présentaient une infection contrôlée grâce aux traitements (charge virale indétectable) avant d'être perdus de vue dont 88 (14,6%) PVVIH revenaient avec une CV détectable signant un arrêt total ou partiel de leur traitement pendant cette période. Les facteurs associés à ces échecs thérapeutiques étaient l'origine géographique et une infection non parfaitement contrôlée sur le plan immunologique (CD4 inférieurs à 200/mm³ au moment de l'arrêt du suivi), c'est à dire les patients présentant une infection par le VIH la plus avancée dans son histoire naturelle.

Enfin, le nombre de recours aux soins était plus important et l'état de santé était plus dégradé, aboutissant à des hospitalisations évitables si ce parcours de soin n'avait pas été rompu.

Cette étude suggère que les arrêts de suivi par les équipes dédiées au suivi des personnes infectées par le VIH n'ont pas le même impact sur la santé selon la sévérité de la maladie et le contexte socio-culturel. Des mesures préventives ciblant en particulier les PVVIH à risque doivent être développées. Il est également important de souligner que ces arrêts de suivi peuvent survenir à distance de la prise en charge initiale suivant la découverte de l'infection.

ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES NE CONNAISSANT PAS LEUR STATUT SÉROLOGIQUE ET DÉLAIS ENTRE INFECTION ET DIAGNOSTIC : DEUX ENJEUX MAJEURS DANS LA LUTTE CONTRE LE SIDA DANS LA RÉGION

Olivier Robineau, d'après les données fournies par Virginie Supervie (INSERM u1136)

La prise en charge précoce de l'infection par le VIH est un enjeu majeur de santé publique. Elle est nécessaire à l'échelle individuelle, pour éviter que les personnes infectées par le VIH développent des complications liées à l'infection et notamment un SIDA mais elle est également importante à l'échelle populationnelle pour éviter de nouvelles transmissions et donc pour enrayer le processus épidémique.

A l'heure des nouveaux traitements antirétroviraux permettant de contrôler l'infection par le VIH dans la grande majorité des situations, l'accent doit être mis sur le dépistage précoce des infections. Il est donc important d'obtenir des estimations du nombre de personnes infectées par le VIH, du délai entre l'infection et le diagnostic et le nombre de personnes non diagnostiquées à l'échelle des territoires.

Un travail de modélisation a été commandé en 2020 par le COREVIH Hauts-de-France à l'Institut Pierre Louis de Santé Publique (INSERM 1136), spécialisé dans ce type d'analyse. Les analyses ont été réalisées à partir des données de déclaration obligatoire de 2010 à 2018.

Les résultats principaux de ces analyses révèlent qu'en 2018, 243 infections par le VIH ont été dépistées dont 9,5% au stade SIDA et 20,6% au stade de primo-infection (stade précoce de la maladie). On estime que près de 1000 personnes (976 personnes [IC95% : 771-1153]) ne connaissent pas leur statut sérologique dans la région Hauts-de-France en 2018. Parmi eux, 40% seraient dans le département du Nord. Ces résultats sont à mettre en perspective avec le nombre de PVVIH suivi à la même période sur le territoire (4568). Ainsi on estime que, près de 20% des PVVIH vivant dans les Hauts de France ne connaissent pas leur statut sérologique en 2018.

Le délai médian entre l'infection et le diagnostic d'infection par le VIH est estimé à 3,2 ans. Un peu plus de 25 % des infections sont diagnostiquées dans l'année suivant l'infection mais 25% des infections sont diagnostiquées au-delà des 6 premières années suivant l'infection (5,8 ans).

Depuis 2010, seule le nombre d'infection chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes nés en France présente une baisse significative mais l'incidence reste élevée dans ce groupe.

Ce travail suggère que le dépistage de l'infection par le VIH doit être intensifié dans la région en s'appuyant sur les programmes qui semblent efficaces sur certaines populations cibles et en développant de nouvelles stratégies pour les populations dans lesquelles le nombre de nouvelles infections ne baissent pas. L'hétérogénéité de la distribution des cas dans la région est également un challenge organisationnel qu'il faudra surmonter.

Source : « PROJET CARTO - Cartographier l'épidémie du VIH à l'échelle régionale et infrarégionale en Hauts-de-France », INSERM

DISPOSITIF DE SURVEILLANCE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST) BACTERIENNES

La surveillance des IST bactériennes en France repose sur plusieurs dispositifs permettant de couvrir l'activité des lieux de dépistage et des diagnostics sur le territoire métropolitain et des départements et régions d'outre-mer.

Cette année, les données publiées dans ce BSP concernent essentiellement les données d'activité de dépistage de la région et sur l'ensemble du territoire national du secteur privé (Système National des Données de Santé (SNDS)), du secteur public en dehors des hospitalisations (SNDS) et des Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH, des hépatites virales et des IST (CeGIDD, SurCeGIDD); les données de diagnostic des CeGIDD (SurCeGIDD/resIST) et du secteur privé pour les infections à *Chlamydia trachomatis* (SNDS). Les données décrivant les caractéristiques individuelles des consultants, notamment des patients ayant une IST diagnostiquée, en CeGIDD (SurCeGIDD/resIST) sont également présentées (cf. tableau 3).

Les IST bactériennes présentées dans ce bulletin sont les infections à *Chlamydia trachomatis*, la syphilis et les infections à *Neisseria Gonorrhoeae* (gonococcie).

Tableau 3 : Principaux dispositifs de surveillance des IST en région, France, 2021

Dispositifs	Descriptif	Couverture dépistage	Couverture diagnostic
Système National des Données de Santé (SNDS)	Données de remboursement de l'Assurance maladie des tests réalisés dans les laboratoires privés et publics (laboratoires de ville et établissements de soins, hors prescription lors d'une hospitalisation dans le public) et des traitements, chez les 15 ans et plus.	France entière et en région	France entière et en région uniquement pour <i>Chlamydia trachomatis</i>
Surveillance CeGIDD : - RAP	Données agrégées d'activité de dépistage et de diagnostic des IST des CeGIDD de France via les rapports d'activité et de performance (RAP) transmis aux ARS et centralisés par la Direction Générale de la Santé (DGS).	France entière et en région (> 80 % des CeGIDD)	
- SurCeGIDD	Recueil automatisé des données individuelles de consultation pseudonymisées des CeGIDD transmises à Santé publique France.	Taux de couverture variable selon les régions (cf. taux de couverture régional en page suivante)	
ResIST	Surveillance sentinelle d'un réseau de cliniciens volontaires exerçant principalement en CeGIDD, contribuant à la surveillance des cas d'IST avec recueil de données individuelles anonymisées transmises à Santé publique France. Dispositif qui, à terme, devrait être ré-orienté vers les consultations hospitalières face à la montée en charge de la surveillance spécifique SurCeGIDD.		France entière et en région uniquement pour syphilis précoce et gonococcie Taux de couverture variable selon les régions

En région Hauts-de-France, seules les données du réseau RésIST sont présentées dans ce BSP. En effet, les données de la surveillance SurCeGIDD ne sont pas encore exploitables.

Les données de dépistage issues du SNDS sont disponibles sur Géodes ([lien](#)).

INFECTIONS À GONOCOQUE

Dépistage en secteur public et privé (données SNDS)

En 2021 147 661 personnes ont bénéficié au moins une fois d'un dépistage remboursé d'une infection à gonocoque, soit un taux de dépistage de 36 pour 1000 habitants contre 49 pour 1 000 habitants au niveau national (figure 19).

Depuis 2014, environ trois-cinquièmes des personnes testées, sont des femmes. Du fait de l'utilisation d'une PCR multiplex permettant de dépister conjointement une infection à gonocoque et une infection à Chlamydia trachomatis (Ct), le taux de dépistage est encore plus important chez les femmes de 15 à 25 ans (131 pour 1 000), chez lesquelles il est recommandé un dépistage systématique des infections à Ct par la HAS.

Entre 2014 et 2021, le taux de personnes dépistées pour une gonococcie a augmenté, et de façon plus marquée depuis 2018. Après une baisse du taux de dépistage des gonococcies en 2020, en lien avec l'épidémie de Covid-19, ce taux a ré-augmenté en 2021 à un niveau similaire à 2019 (figure 18).

Figure 18 : Taux de dépistage des infections à gonocoque pour les 15 ans et plus (personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants), Hauts-de-France, 2014-2021

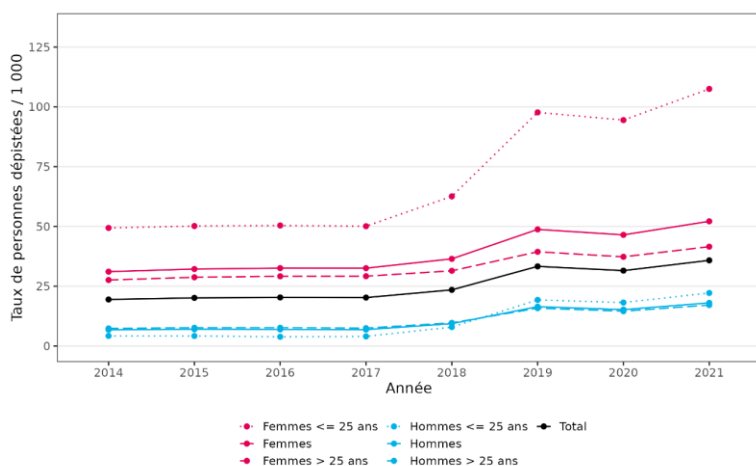
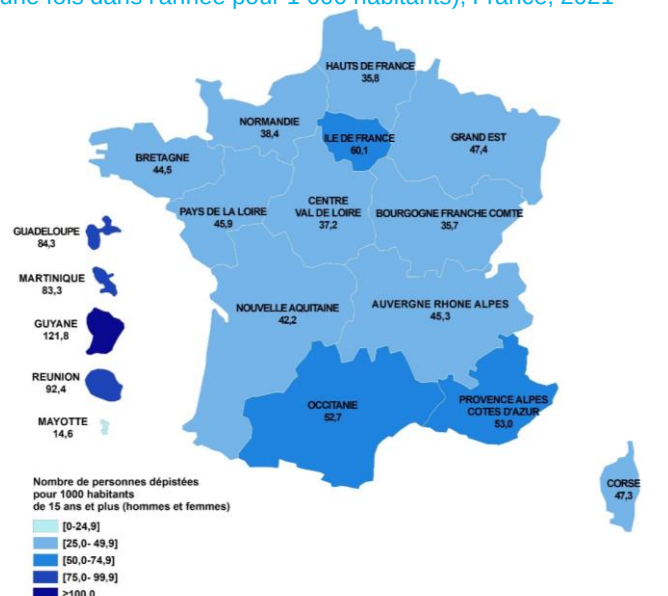


Figure 19 : Taux de dépistage des infections à gonocoque par région pour les 15 ans et plus (personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants), France, 2021



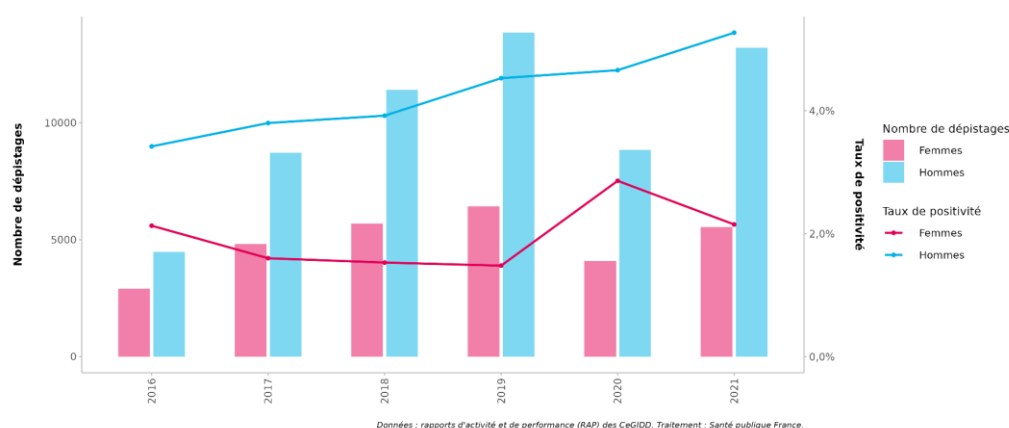
Source : Assurance maladie, Système national des données de santé (SNDS), données arrêtées au 26/10/2022. Traitement : Santé publique France.

Dépistage et diagnostic en CeGIDD (données des RAP)

A ces dépistages en secteur privé, s'ajoutent environ 18 754 dépistages d'infection à gonocoque réalisés en CeGIDD en 2021, nombre en augmentation par rapport en 2020 (+45%), mais en diminution par rapport à 2019 (-8%). Quelque soit l'année, le nombre d'hommes dépistés est supérieur à celui des femmes.

Le nombre de cas de gonococcie diagnostiqués en CeGIDD en 2021 est de 816, nombre en augmentation de 8% par rapport à 2019 (+54% par rapport en 2020). Le taux de positivité chez les hommes est supérieur à celui des femmes et en augmentation constante depuis 2016, alors que chez les femmes, il a diminué en 2021 par rapport en 2020.

Figure 20 : Courbe d'évolution du nombre de dépistage et taux de positivité des infections à gonocoque en Cegidd, Hauts-de-France, 2016-2021



Données : rapports d'activité et de performance (RAP) des CeGIDD. Traitement : Santé publique France.

Caractéristiques des cas de gonococcie (ResIST)

La proportion de femmes parmi les cas de gonococcie signalés par le réseau ResIST dans le Nord et le Pas-de-Calais, est inférieure en 2021 (6%) à celle observée au cours de la période 2018-2020 (10%) (Tableau 7). Cette proportion est plus faible que celle observée en France métropolitaine hors Ile-de-France (13%).

La classe d'âge 26-49 ans était majoritaire (61% en 2021 vs. 63% durant la période 2018-2020). Elle est plus faible en France métropolitaine hors Ile-de-France (53%).

Les hommes homo-bisexuels représentaient 91% des cas de gonococcie en 2021 (Tableau 7). La proportion des hommes homo-bisexuels est plus élevée parmi les cas signalés dans le Nord et le Pas-de-Calais par rapport à l'ensemble des cas signalés en France métropolitaine hors Ile-de-France (73%)(tableau 7).

Tableau 7 : Caractéristiques des cas de gonococcie diagnostiqués dans ResIST en France métropolitaine hors Ile-de-France et dans le Nord et Pas-de-Calais, 2018-2020 vs 2021

	Hauts-de-France		France métropolitaine hors Ile-de-France
	2018-2020 (n = 947)	2021 (n = 469)	2021 (n = 6869)
Sexe (%)			
Hommes cis	90,0	94,4	87,0
Femmes cis	9,9	5,6	12,6
Personnes trans	1,1	0,0	0,4
Classes d'âge (%)			
Moins de 25 ans	31,2	28,1	39,8
25-49 ans	63,2	60,9	52,7
50 ans et plus	5,7	10,9	7,6
Lieu de naissance (%)			
Nés en France	89,8	89,8	85,4
Nés à l'étranger	10,2	10,2	14,6
- Afrique subsaharienne	2,7	2,4	3,4
- Amériques	2,6	1,6	2,9
- Europe (hors France)	2,3	2,4	3,9
- Autres	2,6	3,8	4,4
Comportement sexuel au cours des 12 derniers mois (%)			
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	84,0	91,4	73,1
Hommes ayant des rapports sexuels avec des femmes exclusivement	9,0	4,4	13,4
Femmes ayant des rapports sexuels avec des hommes exclusivement	0,7	0,2	11,6
Femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes	0,7	0,2	1,1
Utilisation systématique du préservatif avec le(s) partenaire(s) stable(s)/régulier(s) au cours des 12 derniers mois (%)			
Oui	13,7	7,3	NI
Non	86,3	92,7	NI
Utilisation systématique du préservatif avec le(s) partenaire(s) occasionnel(s) au cours des 12 derniers mois (%)			
Oui	21,2	11,8	70,6*
Non	78,8	88,2	29,4*
Signe évocateur d'IST lors de la consultation (%)			
Oui	NI	NI	38,0*
Non	NI	NI	62,0*
Antécédents d'IST (hors hépatite et VIH) au cours des 12 derniers mois (%)			
Oui	24,2	27,1	33,3*
Non	75,8	72,9	66,7*
Statut sérologique VIH (%)			
Découverte de séropositivité	1,3	0,7	60,8*
Négatif	76,3	77,9	93,7*

* Part de données manquantes comprise entre 30% et 50%. NI : non interprétable (part de données manquantes supérieure ou égale à 50%).

Source : base fusionnée RésIST-SurCeGIDD, données au 03/10/2022, tous sites confondus, Santé publique France.

SYPHILIS

Dépistage en secteurs public et privé (données SNDS)

En 2021, le taux de dépistage de la syphilis dans la région était de 42,8 pour 1 000 habitants de 15 ans et plus, inférieur à celui du national (51 pour 1 000 habitants de 15 ans et plus) (Figure 22).

Plus de deux tiers des personnes testées depuis 2014, sont des femmes en raison du dépistage obligatoire de la syphilis pendant la grossesse. Le taux de dépistage est plus important chez les femmes et les hommes de 15 à 25 ans.

Entre 2014 et 2021, le taux de personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour une syphilis a augmenté (+64%). Entre 2021 et 2020, l'augmentation était de 9%. Comme pour le dépistage des infections à *Ct* et des gonococcies, le taux de dépistage de la syphilis dans les Hauts-de-France fait parti des faibles en France (Figure 17).

Figure 21 : Taux de dépistage de la syphilis pour les 15 ans et plus (personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants), Hauts-de-France, 2014-2021

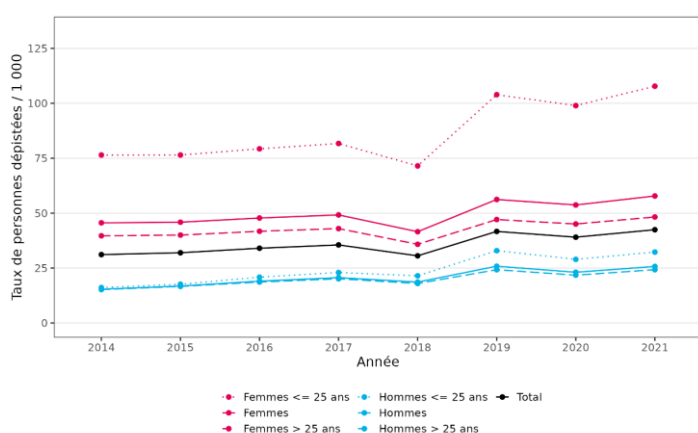
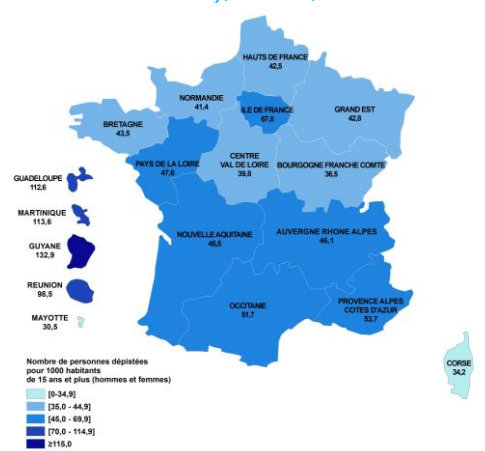


Figure 22 : Taux de dépistage des syphilis par département pour les 15 ans et plus (personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants), France, 2021



Source : Assurance maladie, Système national des données de santé (SNDS), données arrêtées au 26/10/2022. Traitement : Santé publique France.

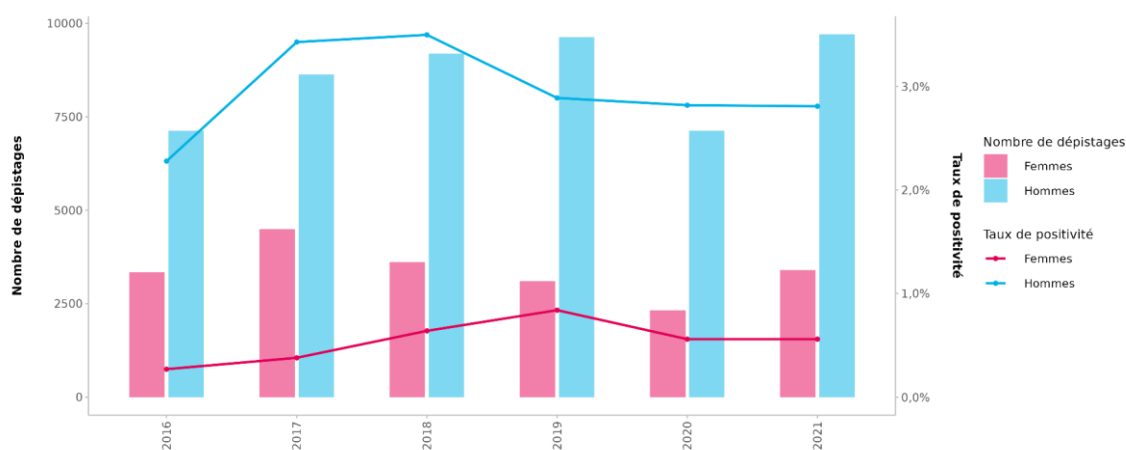
Dépistage et diagnostic en CeGIDD (données des RAP)

A ces dépistages en secteur privé, s'ajoutent environ 13 107 dépistages de syphilis réalisés en CeGIDD en 2021, nombre en similaire par rapport à 2019.

Quelque soit l'année, le nombre d'hommes dépistés est supérieur à celui des femmes.

Le nombre de cas de syphilis diagnostiqués en CeGIDD en 2021 est 292, nombre en augmentation de 36% par rapport en 2020 (-8% par rapport à 2019). Le taux de positivité chez les hommes est plus de deux fois supérieur à celui des femmes. Il est stable depuis 2019 (figure 23).

Figure 23 : Courbe d'évolution du nombre de dépistages et taux de positivité des syphilis en Cegidd, Hauts-de-France, 2016-2021



Données : rapports d'activité et de performance (RAP) des CeGIDD. Traitement : Santé publique France.

Caractéristiques des cas de syphilis (ResIST)

Les cas de syphilis récente signalés par le réseau ResIST dans le Nord et le Pas-de-Calais ont été déclarés majoritairement parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) (89% en 2021 et 89% en 2018-2020) (tableau 8).

La classe d'âge 26-49 ans était majoritaire (67% en 2021 vs. 70% durant la période 2018-2020). Cette répartition selon l'âge est presque similaire en France métropolitaine hors Ile-de-France (63%).

Dans le Nord et le Pas-de-Calais, près de 9 cas sur 10 de syphilis signalés par Resist sont nés en France.

La majorité des déclarations (57%) concernait des cas de syphilis latente précoce. Près de la moitié des déclarations (42%) concernait des personnes co-infectées par le VIH (tableau 8).

Tableau 8 : Caractéristiques des cas de syphilis diagnostiqués dans ResIST du Nord et du Pas-de-Calais et France métropolitaine hors Ile-de-France, 2018-2020 vs 2021

	Hauts-de-France		France métropolitaine hors Ile-de-France
	2018-2020 (n = 480)	2021 (n = 201)	2021 (n = 1395)
Sexe (%)			
Hommes cis	95,6	92,5	93,1
Femmes cis	3,8	6,0	6,0
Personnes trans	0,6	1,5	0,9
Classes d'âge (%)			
Moins de 26 ans	13,2	20,5	18,4
26-49 ans	69,6	66,5	63,0
50 ans et plus	17,2	13,0	18,6
Lieu de naissance (%)			
Nés en France	91,9	89,1	83,9
Nés à l'étranger			16,1
- Afrique subsaharienne	0,8	3,4	2,3
- Amériques	2,8	3,4	4,3
- Europe (hors France)	2,0	0,7	5,1
- Autres			
Comportement sexuel au cours des 12 derniers mois (%)			
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	88,7	89,2	77,7*
Hommes ayant des rapports sexuels avec des femmes exclusivement	7,0	4,2	14,5*
Femmes ayant des rapports sexuels avec des hommes exclusivement	3,7	3,8	6,1*
Femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes	0	0,5	0,4*
Utilisation systématique du préservatif avec le(s) partenaire(s) stable(s)/régulier(s) au cours des 12 derniers mois (%)			
Oui	NI	NI	NI
Non	NI	NI	NI
Utilisation systématique du préservatif avec le(s) partenaire(s) occasionnel(s) au cours des 12 derniers mois (%)			
Oui	15,1	8,2	23,9*
Non	84,9	91,8	76,1*
Signe évocateur d'IST lors de la consultation (%)			
Oui	NI	NI	58,6*
Non	NI	NI	41,4*
Antécédents d'IST (hors hépatite et VIH) au cours des 12 derniers mois (%)			
Oui	14,5	11,0	28,3*
Non	85,5	89,0	71,7*
Statut sérologique VIH (%)			
Découverte de séropositivité	3,5	2,7	1,6*
Négatif	51,0	63,8	82,3*
Stade de la syphilis (%)			
Primaire	20,8	29,4	56,4
Secondaire	25,2	28,9	20,4
Latente précoce	54,0	41,8	23,2

* Part de données manquantes comprise entre 30% et 50%. NI : non interprétable (part de données manquantes supérieure ou égale à 50%).

Source : base fusionnée RésIST-SurCeGIDD, données au 31/10/2022, tous sites confondus, Santé publique France.

PRÉVENTION

Données de vente et mise à disposition de préservatifs

Au cours de l'année 2021, dans les Hauts-de-France, 8 239 606 préservatifs masculins ont été vendus en grande distribution (hors parapharmacie) (Source : Santé publique France).

En 2021 on note une augmentation du nombre de boîtes de préservatifs masculins remboursés par l'Assurance maladie (52211 en 2021 vs 40 881 en 2020, soit une augmentation de 28%) (Source: Source : SNIRAM).

L'ARS des Hauts-de-France a mis à disposition gratuitement plus de 700 000 préservatifs en 2021 (dont 13 550 préservatifs féminins) pour un montant global de près de 100 000 €.

Les modalités de diffusion du matériel de prévention ont été révisées pour un accès plus aisé. L'ensemble des informations est consultable sur le site de l'ARS :

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/diffusion-de-materiel-de-prevention-en-region-hauts-de-france>

Données d'utilisation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP)

EPI-PHARE (groupement d'intérêt scientifique constitué par l'ANSM et la Cnam) réalise le suivi annuel de l'évolution de l'utilisation de Truvada® ou génériques pour une PrEP au VIH à partir des données du SNDS. A l'occasion de la Journée mondiale du sida 2021, EPI-PHARE a publié la mise à jour des données d'utilisation de la PrEP jusqu'au 30 juin 2021, incluant donc le second semestre 2020 et le premier semestre 2021, marqués par la survenue de la deuxième et de la troisième vague de l'épidémie de COVID-19 en France.

Les chiffres mettent en évidence un infléchissement marqué et durable dans la dynamique de diffusion de la PrEP en France depuis le début de l'épidémie de COVID-19, bien qu'une reprise semblait se dessiner au début de l'été 2021. Ils montrent aussi que la PrEP est restée principalement utilisée par des HSH, sans s'étendre aux autres catégories de population qui pourraient en bénéficier.

Parmi l'ensemble des 42 159 personnes ayant initié une PrEP de janvier 2016 à fin juin 2021, 5 % (n= 2 062) résidaient en Hauts-de-France.

Le [rapport complet](#) présente le détail des données régionales et départementales par semestre.

PRÉVENTION

Rediffusion de la campagne : « Vivre avec le VIH, c'est d'abord vivre »

À l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida, Santé publique France rediffuse la campagne « Vivre avec le VIH, c'est d'abord vivre » dont la finalité est d'accroître la connaissance de l'effet préventif du traitement (TasP) pour faire changer le regard sur les personnes séropositives.

Malgré l'accumulation des preuves scientifiques en faveur de l'effet préventif du traitement (TasP), les personnes séropositives font encore trop souvent l'objet de discriminations dans leur vie sexuelle en raison de leur statut sérologique. Ces discriminations s'expliquent en grande partie par le fait que le TasP est méconnu aussi bien du grand public que des populations les plus concernées par le VIH. L'objectif de la campagne est d'accroître le niveau de connaissance du TasP pour faire changer le regard sur les personnes séropositives. Il s'agira donc de rappeler qu'aujourd'hui avec les traitements, une personne séropositive peut vivre pleinement et en bonne santé sans transmettre le VIH ou encore fonder une famille. Ce parti pris est incarné par la signature : « Vivre avec le VIH, c'est d'abord vivre ». La campagne repose sur cinq visuels mettant en scène une diversité de populations. Cette campagne s'accompagne de témoignages vidéos de personnes vivant avec le VIH. Ces « lettres à soi-même » sont des récits poignants du vécu de l'annonce du diagnostic puis de la vie au quotidien qui reprend ses droits grâce à l'efficacité du traitement.

L'objectif de cette rediffusion est de renforcer l'impact de la campagne dont les évaluations de 2020 et 2021 ont montré qu'elle avait rempli ses objectifs :

- en termes de messages : la possibilité pour les personnes touchées par le VIH de vivre comme les autres est le message prioritairement retenu de cette campagne : 54% des personnes interrogées en 2021 l'ont spontanément mentionné. Le message sur l'efficacité du traitement était mentionné spontanément par 22% des répondants.
- en termes d'incitation : 78% l'ont jugée incitative à avoir une autre image des personnes séropositives : 66% ont été incitées à réfléchir à leur propre comportement vis-à-vis des personnes touchées par le VIH et 33% à faire un test de dépistage du VIH (48% des 15-34 ans). Ce dernier résultat rappelle qu'une meilleure connaissance de la réalité de la vie avec le VIH est aussi en levier d'incitation au dépistage.
- en termes d'agrément : 85% des personnes interrogées ont aimé la campagne et 89% ont estimé qu'elle méritait une rediffusion.

Comme en 2020 et en 2021, la campagne s'adresse au grand public, mais aussi aux populations prioritaire (les HSH, les migrants d'Afrique subsaharienne), ainsi qu'aux personnes séropositives. Elle est complétée par des partenariats permettant de diffuser les messages de la campagne aux professionnels de santé (médecins généralistes, dentistes, gynécologues).

Le dispositif, visible à partir du 18 novembre, comprend :

- de l'affichage :
 - en extérieur pour toucher l'ensemble de la population (abribus, vitrines)
 - dans les commerces de proximité
- des annonces presse dans la presse généraliste et communautaire (plus spécifiquement destinée aux HSH et aux migrants)
- des bannières digitales et des teasers vidéos

Retrouvez les affiches et tous nos documents sur notre site internet :

[Santé sexuelle \(santepubliquefrance.fr\)](https://www.santepubliquefrance.fr)

Retrouvez les vidéos « Lettre à moi-même » sur le site

Question Sexualité : [Toutes les vidéos sur la sexualité | QuestionSexualité \(questionsexualite.fr\)](https://www.questionsexualite.fr)

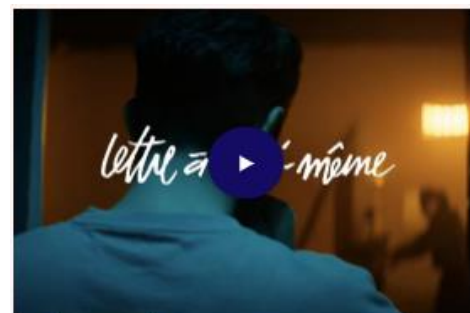
Retrouvez tous nos dispositifs de prévention aux adresses suivantes :

OnSEXprime pour les jeunes : <https://www.onsexprime.fr/>

QuestionSexualité pour le grand public : <https://www.questionsexualite.fr>

Sexosafe pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes :

<https://www.sexosafe.fr>



PRÉVENTION

« CHANGEONS DE REGARD SUR LE VIH », une campagne de lutte contre les discriminations à l'égard des personnes vivant avec le VIH



À l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida, le COREVIH Hauts-de-France, avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé, a choisi de porter une attention particulière à la sérophobie qui s'exerce dans le milieu du soin.

En effet, parmi les domaines où ont lieu les épisodes discriminants pour les personnes vivant avec le VIH, celui de la santé est très souvent cité. Bien que les dentistes soient fréquemment pointés du doigt, toutes les catégories professionnelles sont concernées : proctologues, gynécologues, infirmiers...

Le COREVIH a élaboré un kit de sensibilisation pour mener des actions à destination des professionnels de la santé déjà en poste ou étudiants : actualiser les connaissances sur la réalité de la prise en charge de l'infection et de la vie avec le VIH en 2022 mais aussi donner la parole aux personnes séropositives ayant vécu des expériences de sérophobie dans le soin et montrer leur impact sur leur parcours de santé est apparue nécessaire. Les acteurs du COREVIH ont œuvré collectivement à la création et à la diffusion de visuels déconstruisant les préjugés qui donnent lieu à la campagne « changeons de regard sur le VIH ».

[La sérophobie, qu'est-ce que c'est ?]

La sérophobie est le terme employé pour désigner toute discrimination spécifique au VIH/Sida. Ce type de discrimination consiste à placer une personne dans une situation différentielle et/ou à la priver de ses droits sur la base de son état de santé, en l'occurrence de son statut sérologique. Elle se traduit le plus souvent par une attitude de peur ou de rejet des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), conséquence directe de la stigmatisation qui s'opère à leur encontre. Dans sa définition générale, la stigmatisation résulte de la persistance de stéréotypes, de représentations particulières, de fausses croyances au sujet d'une personne ou d'un groupe de personnes, instaurant ainsi des rapports de pouvoir et de domination entre les individus.

[La sérophobie, d'où ça vient ?]

L'image stéréotypée des PVVIH prend sa source au début de l'épidémie, dans les années 80, lorsque le virus était encore mal connu. L'urgence sanitaire associée au caractère inédit et singulier de la maladie ont permis le développement d'une politique de contrôle extrême des groupes sociaux les plus touchés par l'infection, avec pour conséquence de cibler des individus perçus dangereux car potentiellement porteurs du Sida, maladie contagieuse et mortelle. En témoigne l'appellation des 4H, utilisée aux Etats Unis par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) pour désigner les catégories d'individus aux comportements dits à risque : héroïnomanes, homosexuels, hémophiles, Haïtiens. Aussi, les modes de contamination relative à l'infection en lien avec les personnes les plus exposées ont contribué à construire un imaginaire collectif stigmatisant autour du VIH/Sida, provoquant chez les personnes touchées un sentiment de honte, d'infériorité morale ou encore de culpabilité.

Il aura fallu la mobilisation des usagers et des associations engagées dans la lutte contre le VIH/Sida pour faire reconnaître les droits des malades, réaffirmer le respect de la dignité des personnes ainsi que le principe d'égalité de traitement entre toutes et tous .

[La sérophobie, où en est-on ?]

40 ans après l'apparition du virus, où en sommes-nous ?

En dépit des progrès thérapeutiques, les PVVIH subissent encore de multiples discriminations. Celles-ci ont pour effet de renforcer la vulnérabilité des personnes et de nourrir des logiques d'exclusion.

PRÉVENTION

Elles s'exercent au sein même du système institutionnel, **notamment dans le milieu professionnel**. Si l'efficacité des traitements a permis à de nombreux PVVIH de voir leur état de santé s'améliorer et de pouvoir conserver un emploi sur la durée, le monde du travail demeure un lieu de circulation des préjugés. Aussi, les PVVIH rencontrent des freins d'accès à l'emploi, à des formations et la majorité d'entre elles préfèrent garder secret leur statut sérologique par crainte du stigmatisation. La fragilisation des parcours professionnels des PVVIH expose les individus à une précarisation de leur situation économique et sociale.

La sérophobie s'exerce également au sein des interactions personnelles et affectives.

Les temps de battage médiatique qualifiant le VIH/Sida de « peste gay » semblent aujourd'hui révolus. Néanmoins, les mentalités gardent encore la trace de l'onde de choc provoquée par l'épidémie. En atteste une peur irrationnelle du virus qui subsiste au cœur même de la communauté gay. Les applications de drague HSH témoignent d'une parole sérophobe fréquente et décomplexée, laquelle se traduit par du rejet, des moqueries voire des insultes, réduisant les individus à leur statut sérologique et renforçant ainsi le tabou autour de la pathologie. Ainsi, le sondage mené par Ipsos en 2018 indique que 4 personnes séropositives sur 10 dissimulent à leur entourage leur statut sérologique.

La sérophobie ne s'arrête pas non plus aux portes du soin.

Dans le domaine médical, les réflexes sérophobes ont cours, parfois même dès la première prise de rendez-vous.

Une enquête de Sida Info Service réalisée en juillet-septembre 2019 révèle que le milieu le médial est le domaine le plus fréquemment cité par les répondants comme lieu des discriminations liées, devant les domaines privé et professionnel. En effet, parmi les 67% de répondants ayant déclaré s'être déjà sentis discriminés depuis l'annonce de leur séropositivité, 3 répondants sur 5 ont vécu ces discriminations dans le milieu médical ou paramédical. Refus de soin directs ou déguisés (stratégies d'évitement, de découragement, réorientation vers des collègues plus « compétents »), paroles maladroites et/ou négatives, aménagement des horaires de consultation, pratiques discriminatoires et traitements différentiels non fondés tels que le recours à des protocoles d'hygiène spécifiques donnant aux PVVIH le sentiment d'être des « pestiférés », divulgation du statut sérologique en violation du secret médical...autant d'atteintes à la dignité et aux droits fondamentaux des personnes. Ce non-respect des règles déontologiques censées structurer les parcours de soins lève le voile sur la nature des représentations que peuvent encore nourrir les professionnels du corps médical vis-à-vis du VIH/Sida, avec au cœur de celles-ci la confusion entre séropositivité et Sida ainsi qu'une méconnaissance des traitements.

[La sérophobie : quels impacts ?]

La sérophobie n'est pas sans conséquences alarmantes sur la qualité de vie des personnes qui en sont victimes.

La première d'entre elles est d'ordre social et touche directement les individus.

Les retombées psychologiques de la stigmatisation sont notables, à commencer par l'exposition des PVVIH à un haut niveau d'anxiété. Une étude réalisée aux Pays-Bas entre 2018 et 2019 et retranscrite dans la revue The Lancet a sondé les ressentis des personnes vivant avec le VIH. Près de la moitié des participants à l'étude affirment éprouver un niveau de stress dit médium et 31% d'entre eux affirment que leur statut sérologique est « très lourd » à porter. Stress causé par la crainte des effets secondaires des traitements mais également du « regard des autres ». Or l'exposition à un plus haut niveau d'anxiété favorise la précarité sociale : isolement, repli sur soi, exclusion des cercles de sociabilité, développement de troubles de santé mentale, paupérisation...

Dans sa réalité concrète, la vie privée est également touchée de plein fouet par la sérophobie.

L'enquête Ipsos de 2018 précise que près d'1 personne sur 2 a renoncé à son désir de parentalité, près de 40% ont renoncé à se pacser ou à se marier en raison de leur statut sérologique ou encore que 8 personnes sur 10 ont craint et/ou vécu une séparation ou un divorce suite à l'annonce de leur séropositivité.

La deuxième conséquence est d'ordre sanitaire.

La crainte d'un résultat positif et de ses conséquences constitue l'un des principaux freins au dépistage.

En France, le nombre de personnes ignorant leur séropositivité est estimé à environ 24 000, autant de personnes susceptibles de transmettre le virus sans le savoir. Aussi, lutter contre la sérophobie, c'est lutter contre le virus lui-même et s'engager à poursuivre l'objectif « Zéro nouvelle contamination d'ici 2030 ».

De plus, les discriminations perpétrées dans le milieu médical ont pour effet d'éloigner les personnes séropositives des parcours de soins et ainsi renforcer les inégalités sociales de santé.

POUR EN SAVOIR PLUS

Infections sexuellement transmissibles (IST) : [lien IST](#)

- **VIH/sida** (surveillances épidémiologique/virologique, dépistage, DO disponibles via l'onglet **Notre Action**) : [lien VIH Sida](#)
- **Sida info service** : <https://www.sida-info-service.org/>
- **Déclaration obligatoire en ligne de l'infection par le VIH et du sida** : [e-do](#)
- **Syphilis** : [lien syphilis](#)
- **Gonococcie** : [lien gonococcie](#)
- **Chlamydia** : [lien chlamydiae](#)



Actions de prévention sur la Santé sexuelle (VIH, contraception...) : [La santé sexuelle](#)

Dispositifs de marketing social

- **Grand public** : questionsexualite.fr
- **Jeunes (12-18 ans)** : onsexprime.fr
- **Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes** : sexosafe.fr

Données nationales, bulletins et points épidémiologiques

- [Observatoire cartographique - Géodes](#) : vous y trouverez les données nationales et régionales dépistage VIH/IST (Chlamydia et Syphilis), données brutes des découvertes VIH ou Sida selon lieu de domicile/déclaration

REMERCIEMENTS

Santé publique France Hauts-de-France tient à remercier :

- les CoreVIH Hauts-de-France;
- l'ARS Hauts-de-France;
- les laboratoires en Hauts-de-France participant à l'enquête LaboVIH et à la déclaration obligatoire du VIH ;
- les cliniciens et TEC participant à la déclaration obligatoire du VIH/sida ;
- les membres participant au réseau RésIST et à la surveillance SurCeGIDD en Hauts-de-France ;
- les équipes de Santé publique France participant à l'élaboration de ce bulletin : l'unité VIH-hépatites B/C-IST de la direction des maladies infectieuses (DMI), l'unité santé sexuelle de la direction de la prévention et de la promotion de la santé (DPPS), la direction appui, traitement et analyses des données (DATA), la direction des systèmes d'information (DSI) et les cellules régionales de la direction des régions (DiRe) ;
- l'Agence nationale de recherches sur le Sida et les hépatites virales (ANRS) ;
- l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

CONTACTS

Santé publique France Hauts-de-France : HautsdeFrance@santepubliquefrance.fr

Corevih Hauts-de-France : coordination.corevihhdf@gmail.com