

Bulletin de veille sanitaire — N° 1 / Janvier 2018

Déclaration obligatoire de l'infection par le VIH et du sida : déclarez en ligne !



maladies à déclaration obligatoire

0 809 100 003

Service gratuit
+ prix appel

Page 2 : Syphilis et gonococcies (RésIST)

Page 8 : VIH-Sida (LaboVIH, déclaration obligatoire)

Page 14 : VIH (files actives)

Page 18 : Hépatites A : épidémie chez les HSH (déclaration obligatoire)

Page 21 : Prévention des IST et du VIH par Santé publique France

Page 22 : Etude Prévagay 2015 : premiers résultats

Page 23 : Glossaire et remerciements

| Editorial |

Christine Saura, responsable de la Cire ARA

Surveillance des IST et du VIH-sida - Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) - 2016

Comme chaque année, aux alentours du 1^{er} décembre, un BVS est consacré à la restitution des données de surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST), du VIH et du Sida en ARA.

Ce BVS s'est considérablement enrichi cette année. Du fait des missions de recueil et d'analyse des données épidémiologiques VIH et IST désormais partagées entre Corevih et Santé publique France (SpF), une collaboration s'est mise en place sous l'égide de l'ARS ARA, entre la Cire ARA et les 3 Corevih de la région. Ce BVS en est le premier fruit. Pour la première fois, il présente les données de surveillance IST, VIH-sida pour la région et les territoires des 3 Corevih (Auvergne Loire, Arc Alpin, Lyon Vallée du Rhône). Un article spécifique présente les principales données des files actives des 3 Corevih ainsi que leurs principales actions et priorités en cours en matière de prévention.

Il ressort de ces données qu'en 2016, une baisse du nombre de cas de syphilis est enregistrée en ARA alors que le nombre de gonococcies poursuit sa progression, surtout en Auvergne-Loire. L'usage du préservatif régresse chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) et les hétérosexuels.

A l'échelle d'ARA, le taux de découverte de séropositivité VIH augmente en 2016. Cette augmentation peut être liée à l'augmentation de l'activité de dépistage observée cette année,

sans que l'on puisse exclure une évolution de l'incidence de l'infection à VIH dans la région. Les données de SpF et des Corevih indiquent que les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2016 sont plus souvent des HSH sur le territoire du Corevih Lyon Vallée du Rhône, que sur celui d'Auvergne Loire et de l'Arc Alpin. Les données de file active montrent une bonne prise en charge des patients avec l'atteinte des objectifs de l'OMS en matière de mise sous traitement et de charge virale maîtrisée.

Ce BVS fait également un retour sur l'épidémie d'hépatite A qui a touché particulièrement les HSH de notre région en 2017 et les principaux résultats de l'étude Prévagay menée auprès des HSH fréquentant les lieux de convivialité gay à Lyon en 2015.

Enfin, il synthétise les priorités nationales de SpF en matière de prévention et promotion de la santé sexuelle.

Au-delà de ce BVS, la collaboration entre la Cire, les Corevih et l'ARS permettra de mutualiser l'expertise dans l'analyse des données et de travailler ensemble à la production d'indicateurs utiles à l'action à l'échelon des territoires.

La Cire ARA remercie l'ensemble des professionnels de santé qui contribue à ces recueils de données et des acteurs intervenant dans la lutte contre ces pathologies et auxquels nous dédions ce BVS.

Alexandra Thabuis¹, Guillaume Spaccaferri¹

¹ Santé publique France, Cire Auvergne-Rhône-Alpes

1 SYSTEME DE SURVEILLANCE

Santé publique France (SpF) coordonne la surveillance des IST au niveau national. Bien que cette surveillance ne soit pas exhaustive, elle permet de décrire les tendances épidémiologiques et les caractéristiques des patients diagnostiqués pour une IST. Elle repose sur :

- **Un réseau de cliniciens volontaires dénommé "RésIST"** qui signalent les cas de syphilis récente (primaire, secondaire et latente précoce) et les cas de gonococcie biologiquement confirmés.

Tout clinicien, qu'il exerce en Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), en centre hospitalier ou en libéral, peut participer à ce réseau en complétant un questionnaire lorsqu'il diagnostique un cas de syphilis récente ou de gonococcie. Des données démographiques, cliniques et biologiques sont recueillies.

Le questionnaire (sur lequel vous trouverez en dernière page les définitions de cas) est téléchargeable sur la [page IST du site de l'ARS](#). Le questionnaire est à envoyer à la Cire, à l'aide d'enveloppes T fournies sur simple demande (ARS-ARA-CIRE@ars.sante.fr ou 04 72 34 31 15).

La Cire assure l'animation régionale de ce réseau : participation annuelle aux réunions inter-CeGIDD, recueil et validation des questionnaires, analyse des données au

niveau régional et retour d'information des résultats vers les partenaires de la surveillance.

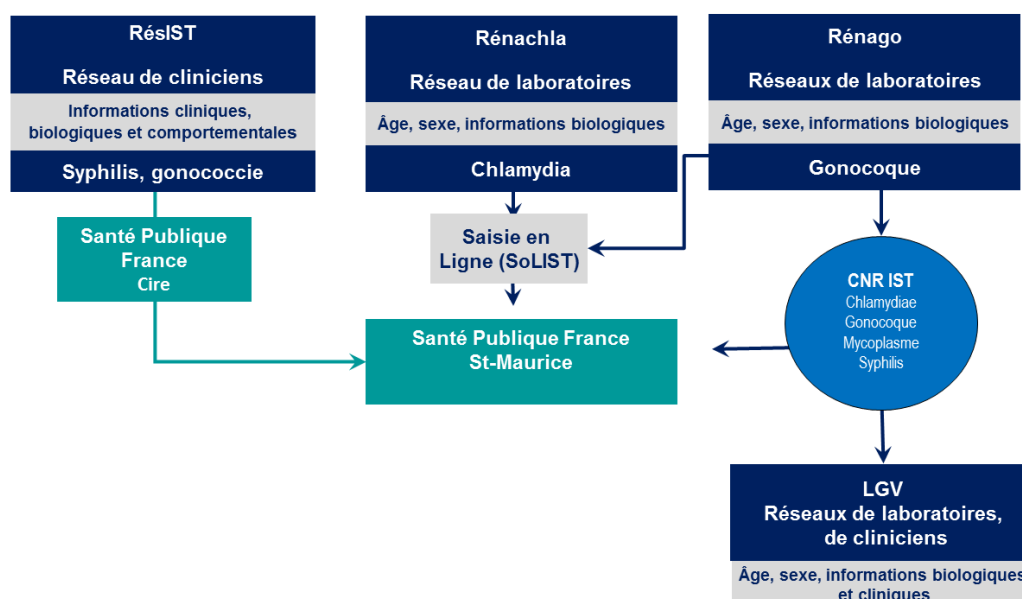
- **Deux réseaux de laboratoires de microbiologie volontaires : "Rénago" pour les gonococcies et "Rénachla" pour les infections à *Chlamydia trachomatis***, qui transmettent des données démographiques et biologiques pour les cas confirmés biologiquement ainsi que des données de résistance aux antibiotiques pour les gonococcies.

Ces réseaux sont animés par SpF au niveau national. Depuis septembre 2014, la saisie des cas diagnostiqués au sein des réseaux de laboratoires se fait en ligne sur un site sécurisé "SoLIST" (saisie on line des IST). Les biologistes qui désirent participer à Rénago ou Rénachla, peuvent contacter SpF (ist@santepubliquefrance.fr).

Cette année, seules les données du réseau RésIST sont présentées. Pour la première fois, les données des deux ex-régions ont été ajoutées afin de les présenter à l'échelle de la région Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) et, pour certaines caractéristiques, par territoires des Corevih.

Les résultats nationaux de la surveillance des IST sont consultables [sur le site de SpF](#).

Réseaux de surveillance volontaires des IST bactériennes



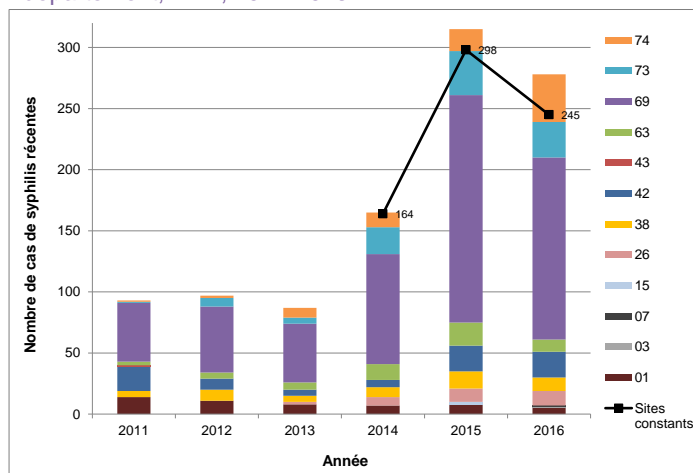
2 SYPHILIS RECENTES

2.1 Evolution du nombre de cas de syphilis récentes

En 2016, le réseau RésIST a déclaré **278 syphilis récentes** en Auvergne-Rhône-Alpes (267 en ex-Rhône-Alpes et 11 en ex-Auvergne) (Figure 1).

| Figure 1 |

Evolution du nombre de cas de syphilis récentes par département, ARA, 2011-2016.



Source : SpF, données RésIST au 31/12/2016

Globalement le nombre de syphilis déclarées en ARA est en baisse en 2016 (-18% à sites constants). Elle fait suite à une très forte augmentation observée en 2015 (+82%).

Cette baisse est observée dans tous les départements, sauf en Haute-Savoie où le nombre de déclarations a augmenté en 2016 (18 à 40 soit +117%); après discussion avec les principaux services déclarants, cette augmentation semble plutôt liée à des changements de pratiques (orientation de patients diagnostiqués en ville pour traitement à l'hôpital, meilleure déclaration d'un CeGIDD...) plutôt qu'à une augmentation des cas de syphilis dans le secteur.

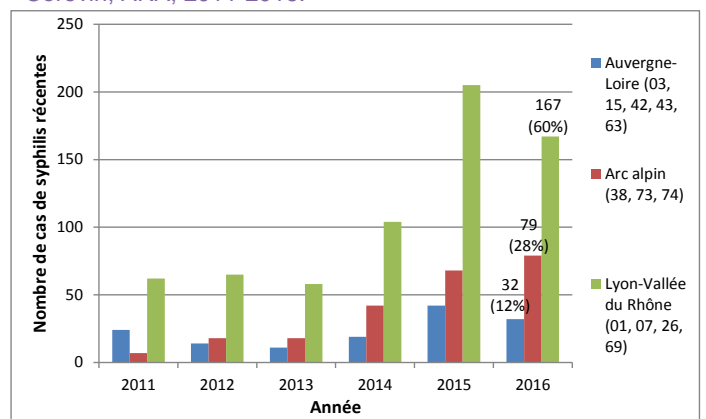
Le département du Rhône représente à lui-seul 54% des déclarations de la région, suivi par la Haute-Savoie (14%) et la Savoie (10%).

En France, le nombre de cas de syphilis récentes n'augmente pas entre 2015 et 2016 (-9% en Ile-de-France et -3% dans les autres régions métropolitaines, à sites constants), cette stabilisation étant à confirmer dans les prochaines années.

En 2016, 60% des déclarations sont issues du territoire du Corevih Lyon-Vallée du Rhône, 28% de celui de l'Arc alpin et 12% de celui d'Auvergne-Loire (Figure 2). La tendance est à la baisse dans les territoires des Corevih Lyon-Vallée du Rhône (-19%) et Auvergne-Loire (-24%), et à la hausse dans celui de l'Arc alpin (+16%).

| Figure 2 |

Evolution du nombre de cas de syphilis récentes par territoire de Corevih, ARA, 2011-2016.

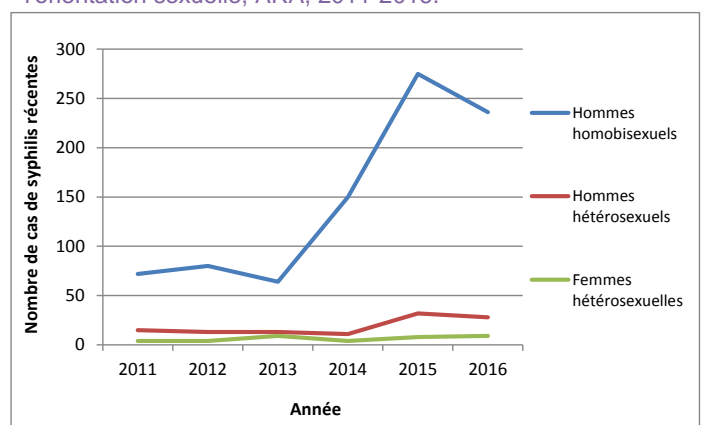


Source : SpF, données RésIST au 31/12/2016

La diminution du nombre de cas en 2016 concerne surtout les HSH. Chez les hétérosexuels, malgré des effectifs relativement faibles, une légère baisse est observée chez les hommes, et une stabilisation chez les femmes (Figure 3).

| Figure 3 |

Evolution du nombre de cas de syphilis récentes selon l'orientation sexuelle, ARA, 2011-2016.



Source : SpF, données RésIST au 31/12/2016

2.2 Caractéristiques des recours au dépistage

2.2.1 Lieux de consultation

En 2016, 75% des déclarations provenaient de CeGIDD, 14% de consultations hospitalières et 11% de médecins libéraux.

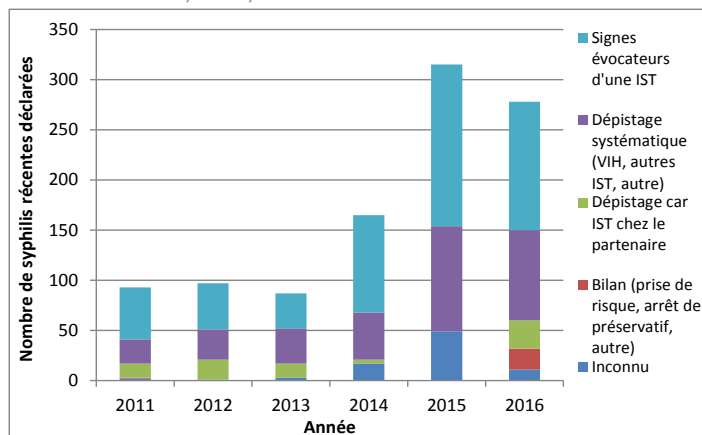
2.2.2 Motifs de consultation

En 2016, les deux motifs de consultation les plus fréquents sont toujours la présence de signes cliniques d'IST (46%) et le dépistage systématique (32%), tous deux en légère baisse par rapport à 2015. A contrario, on observe une hausse des motifs moins fréquents : dépistage car partenaire avec IST (10% vs 0% en 2015)

et autres bilans (8% vs 0% en 2015) (Figure 4). Ces chiffres sont comparables à ceux du niveau national.

| Figure 4 |

Evolution du nombre de cas de syphilis récentes selon le motif de consultation, ARA, 2011-2016.



Source : SpF, données RésIST au 31/12/2016

2.3 Caractéristiques des cas

2.3.1 Caractéristiques sociodémographiques

- Evolution de 2011 à 2016 en ARA et en France

| Tableau 1 |

Caractéristiques sociodémographiques des cas de syphilis récentes, ARA, 2011-2016 et France, 2016.

	ARA		France
	2011-2015 (n=757)	2016 (n=278)	2016 (n=1749)
Sexe			
Hommes	96%	96%	95%
Femmes	4%	4%	5%
Orientation sexuelle			
Hommes homo-bisexuels	85%	86%	84%
Hommes hétérosexuels	11%	10%	11%
Femmes hétérosexuelles	4%	4%	5%
Age médian			
Hommes homo-bisexuels	32	34	37
Hommes hétérosexuels	40	34	35
Femmes hétérosexuelles	27	49	32

Source : SpF, données RésIST au 31/12/2016

Les cas déclarés en 2016 concernent toujours quasi-exclusivement des hommes (96%). La part des HSH est toujours très majoritaire (86% des cas).

- Par territoire des Corevih en 2016

Les caractéristiques sociodémographiques des cas de syphilis récente sont globalement comparables d'un territoire de Corevih à un autre. On note cependant une proportion moins importante de HSH dans le territoire Lyon-Vallée du Rhône. Les cas HSH d'Auvergne-Loire

semblent plus jeunes que ceux des autres territoires de la région (Tableau 2).

| Tableau 2 |

Caractéristiques sociodémographiques des cas de syphilis récentes, ARA, par territoires des Corevih, 2016.

	2016		
	Auvergne-Loire (n=32)	Arc alpin (n=79)	Lyon Vallée du Rhône (n=167)
Sexe			
Hommes	97%	96%	96%
Femmes	3%	4%	4%
Orientation sexuelle			
Hommes homo-bisexuels	90%	90%	84%
Hommes hétérosexuels	6%	6%	13%
Femmes hétérosexuelles	3%	4%	4%
Age médian			
Hommes homo-bisexuels	28	36	34
Hommes hétérosexuels	-	-	33
Femmes hétérosexuelles	-	-	-

Source : SpF, données RésIST au 31/12/2016

2.3.2 Caractéristiques cliniques

Les caractéristiques cliniques sont globalement stables en 2016 par rapport aux années précédentes, bien qu'on observe une baisse des diagnostics de syphilis secondaires. La part des cas co-infectés par le VIH est toujours élevée (18%), bien que très inférieure à la moyenne nationale (32%). La part des cas présentant une autre co-infection est de 17%, en légère baisse par rapport aux années précédentes et supérieure à celle du niveau national (12%).

| Tableau 3 |

Caractéristiques cliniques des cas de syphilis récentes, ARA, 2011-2016 et France, 2016.

	ARA		France
	2011-2015 (n=757)	2016 (n=278)	2016 (n=1749)
Stade de la syphilis			
Primaire	27%	31%	27%
Secondaire	35%	25%	31%
Latente précoce	38%	44%	42%
Statut sérologique VIH			
Positif connu	16%	16%	29%
Découverte sérologie VIH +	3%	2%	3%
Négatif	73%	78%	63%
Statut inconnu	8%	4%	6%
Co-infections			
Chlamydioses, gonococcies, condylomes, HPV...	20%	17%	12%

Source : SpF, données RésIST au 31/12/2016

2.3.3 Caractéristiques comportementales

En 2016, l'utilisation systématique du préservatif est en baisse pour les pénétrations anales et les fellations (chiffres comparables au niveau national). Concernant les pénétrations vaginales, elle est en forte baisse pour les hommes et femmes hétérosexuels, et bien en-deçà de la moyenne nationale (Tableau 4).

| Tableau 4 |

Caractéristiques comportementales des cas de syphilis récentes, ARA, 2011-2016 et France, 2016.

Utilisation systématique du préservatif	ARA		France
	2011-2015 (n=757)	2016 (n=278)	2016 (n=1749)
Pénétration anale			
Hommes homo-bisexuels	32%	28%	26%
Pénétration vaginale			
Hommes homo-bisexuels	6%	12%	28%
Hommes hétérosexuels	27%	4%	16%
Femmes hétérosexuelles	7%	0%	4%
Fellation			
Hommes homo-bisexuels	1%	1%	1%
Hommes hétérosexuels	6%	4%	3%
Femmes hétérosexuelles	4%	3%	3%

Source : SpF, données RésIST au 31/12/2016

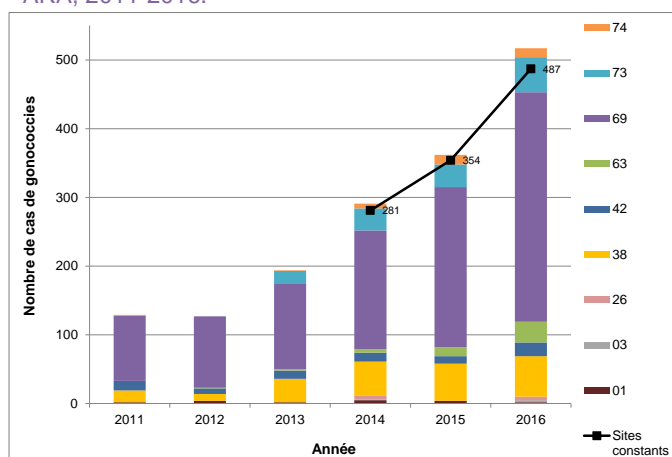
3 GONOCOCCIES

3.1 Evolution du nombre de cas de gonococcies

En 2016, **517 gonococcies** ont été déclarées par le réseau RésIST en Auvergne-Rhône-Alpes (484 en ex-Rhône-Alpes et 33 en ex-Auvergne) (Figure 5).

| Figure 5 |

Evolution du nombre de cas de gonococcies par département, ARA, 2011-2016.



Source : SpF, données RésIST au 31/12/2016

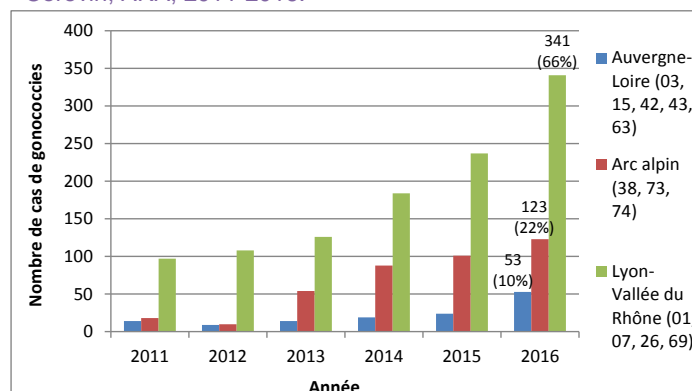
Le nombre de gonococcies déclarées en ARA continue sa progression en 2016 (+38% à sites constants). Cette hausse est plus marquée qu'en 2015 (+26%).

Cette hausse est observée dans tous les départements déclarants sauf dans l'Ain et la Haute-Savoie. Les départements les plus concernés sont le 63 (+131%), le 42 (+82%), le 73 (+55%) et le 69 (+43%).

En France, on observe également une hausse des cas de gonococcies, bien que moins marquée qu'en ARA (+22% en Ile-de-France et +33% dans les autres régions métropolitaines, à sites constants).

| Figure 6 |

Evolution du nombre de cas de gonococcies par territoire de Corevih, ARA, 2011-2016.



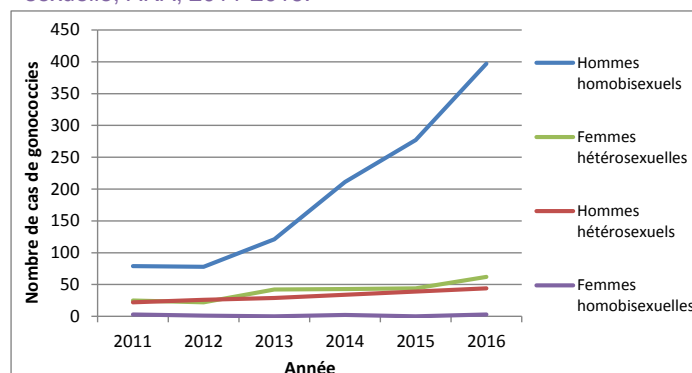
Source : SpF, données RésIST au 31/12/2016

En 2016, 66% des déclarations sont issues du territoire du Corevih Lyon-Vallée du Rhône, 22% de celui de l'Arc alpin et 10% de celui d'Auvergne-Loire (Figure 6). La tendance est à la hausse dans tous les territoires, plus marquée dans celui d'Auvergne-Loire (+121%) que dans les autres territoires (Lyon-Vallée du Rhône : +44%, et Arc alpin : +22%).

Le nombre de gonococcies a augmenté en ARA quelle que soit l'orientation sexuelle. L'augmentation est notable chez les HSH (+43% depuis 2015 et +409% depuis 2012) mais aussi, en 2016, chez les femmes hétérosexuelles, bien que les chiffres soient plus faibles (+41% depuis 2015) (Figure 7).

| Figure 7 |

Evolution du nombre de cas de gonococcies selon l'orientation sexuelle, ARA, 2011-2016.



Source : SpF, données RésIST au 31/12/2016

3.2 Caractéristiques des recours au dépistage

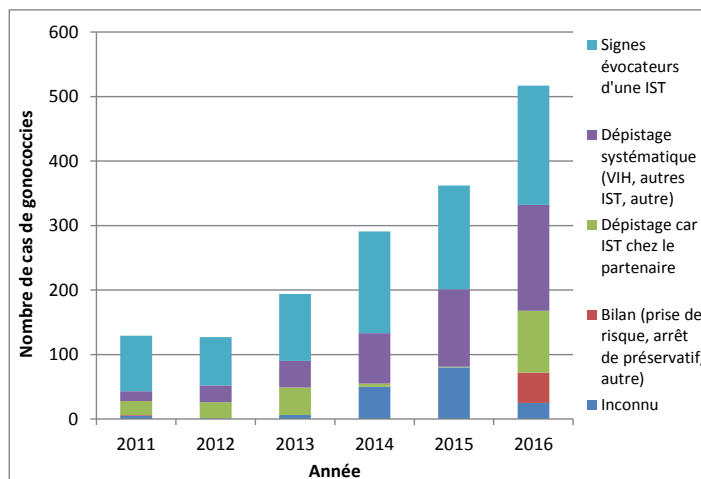
3.2.1 Lieux de consultation

En 2016, 94% des déclarations provenaient de CeGIDD, 2% de consultations hospitalières et 4% de médecins libéraux.

3.2.2 Motifs de consultation

| Figure 8 |

Evolution du nombre de cas de gonococcies selon le motif de consultation, ARA, 2011-2016.



Source : SpF, données RésIST au 31/12/2016

Les signes évocateurs d'une IST restent le motif de consultation le plus fréquent, bien que la part de ce motif soit toujours en baisse par rapport aux années précédentes (36% en 2016 vs 44% en 2015). La part des dépistages systématiques est stable (32%). Le dépistage suite à une IST chez un partenaire est en hausse (19% vs 0%), ainsi que les autres bilans (9% vs 0%) (Figure 8).

3.3 Caractéristiques des cas

3.3.1 Caractéristiques sociodémographiques

- Evolution de 2011 à 2016 en ARA et en France

La part d'hommes (83%) et la part d'HSH (78%) sont toujours en augmentation en 2016 et supérieures à celles au niveau national. La part des hétérosexuels, hommes et femmes, est en baisse par rapport aux années précédentes.

Concernant l'âge des cas, il n'y a pas d'évolution par rapport aux années précédentes. On note qu'ils sont plus jeunes que les cas de syphilis (Tableau 5).

| Tableau 5 |

Caractéristiques sociodémographiques des cas de gonococcies, ARA, 2011-2016 et France, 2016.

	ARA		France
	2011-2015 (n=1103)	2016 (n=517)	2016 (n=2528)
Sexe			
Hommes	83%	86%	85%
Femmes	17%	14%	15%
Orientation sexuelle			
Hommes homo-bisexuels	70%	78%	71%
Hommes hétérosexuels	14%	9%	15%
Femmes homo-bisexuelles	1%	1%	1%
Femmes hétérosexuelles	16%	12%	14%
Age médian			
Hommes homo-bisexuels	26	27	29
Hommes hétérosexuels	24	26	25
Femmes hétérosexuelles	21	22	22

Source : SpF, données RésIST au 31/12/2016

- Par territoire des Corevih en 2016

Dans le territoire du Corevih Lyon Vallée du Rhône, la part d'hommes et de HSH est nettement plus élevée que dans les deux autres territoires, ces HSH étant un plus âgés (29 ans vs 25 ans). Dans le territoire du Corevih Auvergne-Loire, le profil des cas est différent en termes d'orientation sexuelle, avec moins d'HSH et plus d'hétérosexuels (hommes et femmes). Les patients du territoire du Corevih Arc alpin présentent des caractéristiques intermédiaires (Tableau 6).

| Tableau 6 |

Caractéristiques sociodémographiques des cas de gonococcies, ARA, par territoires des Corevih, 2016.

	2016		
	Auvergne-Loire (n=53)	Arc alpin (n=123)	Lyon Vallée du Rhône (n=341)
Sexe			
Hommes	80%	70%	91%
Femmes	20%	30%	9%
Orientation sexuelle			
Hommes homo-bisexuels	48%	69%	87%
Hommes hétérosexuels	23%	12%	5%
Femmes homo-bisexuelles	0%	2%	0%
Femmes hétérosexuelles	29%	18%	8%
Age médian			
Hommes homo-bisexuels	25	25	29
Hommes hétérosexuels	27	27	23
Femmes hétérosexuelles	23	22	22

Source : SpF, données RésIST au 31/12/2016

3.3.2 Caractéristiques cliniques

La part de diagnostics faisant suite à des symptômes est toujours en diminution, chez les hommes (49%) comme chez les femmes (39%). La part des co-infectés par le VIH a légèrement augmenté (7% des cas en 2016) mais reste en deçà du taux national (13%). Enfin, 29% des cas présentaient une autre co-infection, ce qui est plus faible que les années précédentes et plus élevé que le niveau national (Tableau 7).

| Tableau 7 |

Caractéristiques cliniques des cas de gonococcies, ARA, 2011-2016 et France, 2016.

	ARA		France
	2011-2015 (n=1103)	2016 (n=517)	2016 (n=2528)
Présence de symptômes			
Hommes	60%	49%	-
Femmes	48%	39%	-
Statut sérologique VIH			
Positif connu	5%	6%	12%
Découverte de sérologie VIH +	0%	1%	1%
Négatif	89%	92%	81%
Statut inconnu	6%	1%	5%
Co-infections			
Chlamydioses, syphilis, condylomes, HPV...	36%	29%	24%

Source : SpF, données RésIST au 31/12/2016

3.3.3 Caractéristiques comportementales

Parmi les cas de gonococcies déclarés en 2016, l'utilisation systématique du préservatif est en baisse, quelles que soient les pratiques et les orientations sexuelles. Par ailleurs, elle est inférieure à la moyenne nationale (Tableau 8).

| Tableau 8 |

Caractéristiques comportementales des cas de gonococcies, ARA, 2011-2016 et France, 2016.

	ARA		France
	2011-2015 (n=1103)	2016 (n=517)	2016 (n=2528)
Utilisation systématique du préservatif			
Pénétration anale			
Hommes homo-bisexuels	35%	19%	24%
Pénétration vaginale			
Hommes homo-bisexuels	6%	2%	34%
Hommes hétérosexuels	12%	8%	12%
Femmes hétérosexuelles	9%	5%	9%
Fellation			
Hommes homo-bisexuels	1%	1%	1%
Hommes hétérosexuels	2%	0%	1%
Femmes hétérosexuelles	1%	2%	2%

Source : SpF, données RésIST au 31/12/2016

POINTS CLES de la surveillance des IST en 2016 en Auvergne-Rhône-Alpes

Syphilis récentes :

- En 2016 dans la région ARA, le **nombre de déclarations de syphilis récentes est en baisse** (-18% par rapport à 2015, à sites constants). Elle **concerne surtout les HSH**. Au niveau national, on observe une stabilisation du nombre de cas en 2016.
- Les cas de syphilis sont à **96% des hommes et majoritairement des HSH (86%)**, leur **âge médian est de 34 ans**. Ces caractéristiques sont proches quel que soit le territoire de Corevih concerné, avec cependant une proportion plus élevée d'hommes hétérosexuels et une part moins importante de HSH sur le territoire Lyon-Vallée du Rhône.
- La part des cas **co-infectés par le VIH est stable (18%)** et inférieure à la moyenne nationale (32%). La part des cas présentant une **autre co-infection est de 17%**, en légère baisse par rapport aux années précédentes. L'utilisation systématique du préservatif est globalement en baisse par rapport aux années antérieures chez les HSH et les hétérosexuels.

Gonococcies :

- En 2016, le **nombre de déclarations de gonococcies est en hausse** (+38% par rapport à 2015, à sites constants). Cette hausse est observée sur **tous les territoires de Corevih** de la région, spécialement en Auvergne-Loire. On observe également une hausse au niveau national, bien qu'elle soit moins marquée. Elle **concerne toutes les orientations sexuelles, surtout les HSH**.
- Les cas de gonococcies sont à **83% des hommes et majoritairement des HSH (78%)**, leur **âge médian est de 27 ans**. Cette part de HSH en ARA est plus élevée que les années précédentes (70% sur 2011-2015), et que le niveau national (71%). Ces caractéristiques sont différentes selon le territoire de Corevih concerné, avec une proportion de HSH plus élevée sur Lyon-Vallée du Rhône (87%) et beaucoup plus d'hommes et femmes hétérosexuels sur Auvergne-Loire.
- La part des cas **co-infectés par le VIH a légèrement augmenté (7%)**, mais reste plus faible que le niveau national (13%). La part des cas présentant une **autre co-infection est de 29%**, en légère baisse par rapport aux années précédentes. L'utilisation systématique du préservatif est en baisse par rapport aux années antérieures et plus faible qu'au niveau national, quelles que soient les pratiques et les orientations sexuelles.

Guillaume Spaccaferri¹, Alexandra Thabuis¹

¹ Santé publique France, Cire Auvergne-Rhône-Alpes

1 SYSTEME DE SURVEILLANCE

Cet article présente les données de surveillance du dépistage et du diagnostic de l'infection à VIH et du diagnostic de Sida, en région Auvergne-Rhône-Alpes, à partir de trois systèmes coordonnés par Santé publique France (SpF).

La surveillance de l'activité de dépistage du VIH dans les laboratoires (**LaboVIH**) repose sur le recueil auprès de l'ensemble des laboratoires, en ville et à l'hôpital, du nombre de personnes testées pour le VIH, et du nombre de personnes confirmées positives pour la première fois pour le laboratoire. Depuis avril 2016, les biologistes peuvent participer à LaboVIH sur www.e-do.fr, ou à défaut sur un formulaire téléchargeable ou sur un lien disponible auprès de SpF¹.

La **déclaration obligatoire (DO) de l'infection par le VIH** est réalisée séparément par le biologiste et par le clinicien pour toute personne dont la sérologie est confirmée positive pour la première fois pour le laboratoire². La **DO du Sida** est réalisée par le clinicien pour tout nouveau diagnostic de Sida. Ces deux DO sont anonymisées à la source par le déclarant, elles comportent en guise d'identifiant un code d'anonymat. **Depuis avril 2016, les DO du VIH et du sida s'effectuent en ligne sur www.e-do.fr**, qui intègre le calcul du code d'anonymat. Les déclarants qui ne parviendraient pas à déclarer en ligne peuvent obtenir des formulaires sous forme de PDF à imprimer en s'adressant à **e-DO Info Service au 0 809 100 003**. Plus d'information sur le site de Santé publique France. Parmi les diagnostics VIH ou sida en 2016 dont la DO était parvenue à SpF au 30/06/2017, **seulement 10% ont été déclarés en ligne dans la région ARA**, contre 26 % au niveau national.

La **surveillance virologique** est couplée à la DO du VIH. Elle est réalisée par le Centre national de référence du VIH qui effectue des tests complémentaires à partir d'un échantillon de sérum sur buvard, déposé par le biologiste à partir du fond de tube ayant permis le diagnostic VIH. Elle ne concerne que l'adulte et l'adolescent, et elle est volontaire pour le patient comme pour le biologiste. Elle permet de déterminer la part des personnes contaminées depuis moins de 6 mois en moyenne parmi les découvertes de séropositivité.

¹ ANSP-DMI-VIC@santepubliquefrance.fr

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

DONNEES NATIONALES

- Le nombre total de sérologies VIH réalisées en 2016 est estimé, à partir de l'activité des laboratoires participant au réseau LaboVIH, à **5,43 millions** (IC 95% [5,34-5,52]), soient **81 sérologies VIH pour 1 000 habitants**. La proportion de sérologies confirmées positives est de **2,0 pour mille** sérologies réalisées.
- En 2016, 56 339 TROD ont été réalisés, nombre légèrement plus faible que les 2 années précédentes (autour de 62 000).
- Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en France en 2016 est estimé, à partir de la DO du VIH, à près de **6 000 personnes** (IC 95% [5 751-6 255]), soient **90 découvertes par million d'habitants**. Ce nombre est stable par rapport à 2015.
- Environ **900 cas de sida** ont été diagnostiqués en 2016, principalement (76%) chez des personnes qui n'avaient pas reçu de traitement antirétroviral avant leur diagnostic de sida.
- Pour en savoir plus : [PE du 28/11/17](#) et [BEH N°29-30 - Journée mondiale du sida, 1^{er} décembre 2017](#)

NOTA :

- Les analyses des diagnostics VIH et sida présentées ici sont issues de la déclaration obligatoire des découvertes de séropositivité et des diagnostics de sida notifiés jusqu'au 31/06/2017.
- Ces données peuvent être brutes, c'est-à-dire limitées aux données parvenues à SpF à cette date. Les données brutes permettent de décrire les caractéristiques des cas.
- Ces données peuvent être corrigées pour tenir compte des délais de déclaration, de la sous-déclaration, et des valeurs manquantes sur les déclarations reçues. Pour connaître le nombre annuel de diagnostics, pour analyser les évolutions au cours du temps ou pour comparer les régions en rapportant les cas à la population, il est nécessaire d'utiliser des données corrigées. Ces corrections sont d'autant plus fiables et précises que l'exhaustivité de la déclaration est élevée.
- L'analyse porte sur les cas d'infection à VIH et de sida résidant dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. La région de déclaration est utilisée par défaut lorsque la région de domicile n'est pas renseignée.
- **Les données 2015 et 2016 ne sont pas encore consolidées et doivent être interprétées avec prudence**

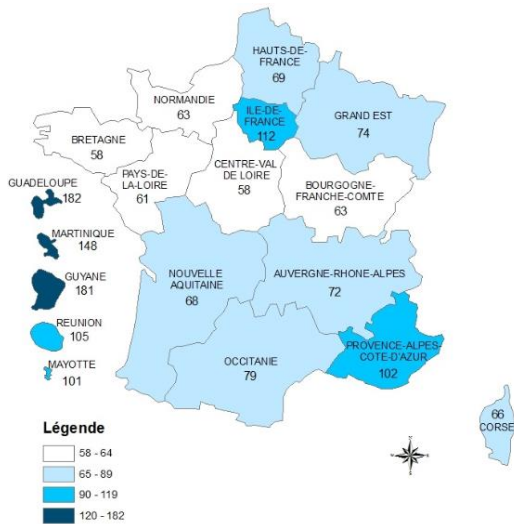
2 INFECTION A VIH

2.1 Activité de dépistage du VIH

En 2016, le nombre de sérologies VIH effectuées dans la région est estimé à 574 353, soit **72 pour 1 000 habitants** (IC95%: [70-74]) (Figure 1). Ce taux est en augmentation sur les 2 dernières années et similaire à celui observé en France métropolitaine (hors Ile-de-France) (Figure 2). En métropole, les taux les plus élevés concernent l'Île-de-France (IdF) et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, respectivement de 112 et 102 pour 1000 habitants (Figure 1).

| Figure 1 |

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

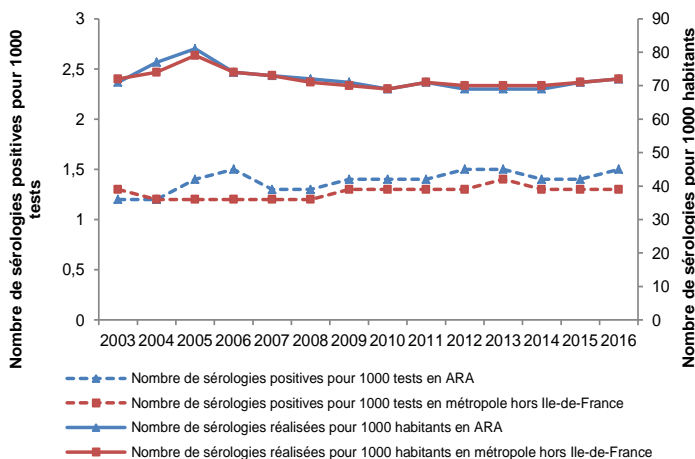


Source : SpF, données LaboVIH, 2016

En 2016, le nombre de sérologies confirmées est estimé à 868, d'où une **proportion de sérologies positives estimée à 1,5 pour 1 000 tests**. Cette proportion est en légère augmentation par rapport à 2015 (1,4) et supérieure à celle observée en France métropolitaine hors IdF (1,3) (Figure 2).

| Figure 2 |

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



Source : SpF, données LaboVIH, 2016

Parallèlement à l'activité de dépistage en laboratoire, **5063 TROD** ont été réalisés dans la région en 2016, activité stable par rapport à l'année précédente (source : ARS ARA). La **proportion de TROD positifs pour 1 000 tests est estimée à 6,5** en 2016 en augmentation par rapport à 2015 (3,9) et équivalente à celle observée en France métropolitaine hors IdF (6,7) (source : DGS).

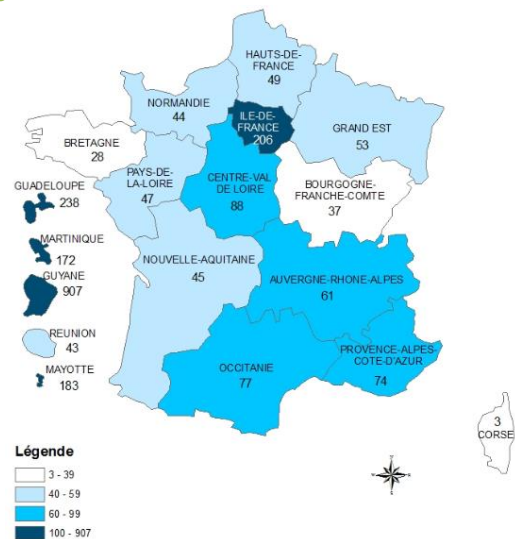
2.2 Notification obligatoire de l'infection à VIH

2.2.1 Découvertes de séropositivité

En 2016, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité dans la région est estimé à **488 (IC95%: [443-533])**, soit un taux de **61 p. million d'habitants** ce qui place la région ARA au 5^{ème} rang parmi les 13 régions de France métropolitaine par ordre décroissant (Figure 3).

| Figure 3 |

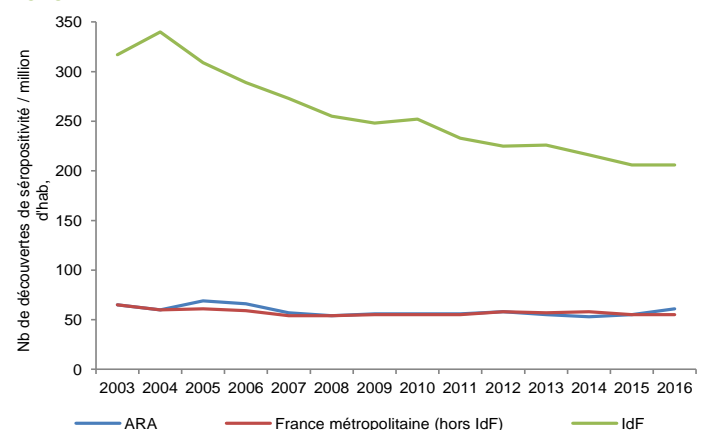
Nombre de découvertes de séropositivité par million d'habitants, par région, 2016.



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

| Figure 4 |

Evolution du taux annuel de découvertes de séropositivité VIH en France métropolitaine (hors IdF), régions IdF et ARA de 2003 à 2016.



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

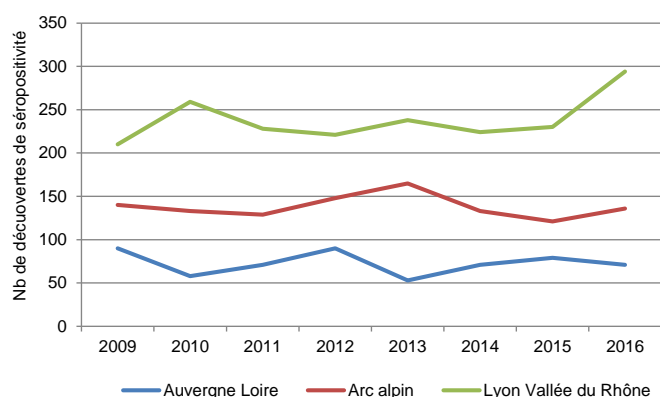
Le taux en ARA est en augmentation en 2016 (61 p. million d'habitants contre 55 en 2015) et **supérieur à celui observé en France métropolitaine hors IdF** (55 p. million d'habitants) (Figure 4).

L'augmentation du taux de découverte de séropositivité s'inscrit dans un contexte d'augmentation du nombre de dépistages ainsi que du nombre de sérologies positives pour 1000 tests. Elle peut être due au fait qu'un plus grand nombre de personnes ont été dépistées en 2016, sans que l'on puisse écarter une augmentation de l'incidence du VIH dans la région.

Cette augmentation est observée sur le territoire du Corevih Lyon Vallée du Rhône, avec un nombre de découvertes de séropositivité estimé à 294 [263-325] en 2016 vs 230 [208-252] en 2015. Bien que cette augmentation soit significative, il faudra attendre les estimations des années à venir pour voir si la tendance se confirme ou non. Sur les territoires des deux autres Corevih, l'estimation du nombre de découvertes est plutôt stable en 2016 : 71 [52-90] vs 79 [63-95] dans l'Arc alpin et 136 [111-161] vs 121 [106-136] en Auvergne-Loire (Figure 5).

| Figure 5 |

Evolution du nombre annuel de découvertes de séropositivité VIH estimé par territoire de Corevih en ARA, de 2009 à 2016.



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

2.2.2 Caractéristiques sociodémographiques

• Age

Dans la région, l'âge médian des cas est inférieur en 2016 (35 ans) à celui de la période 2011-2015 (37 ans) (Tableau 2). En 2016, la classe d'âge des 25-49 ans était majoritaire et représentait 71% des cas (68% en 2011-2015).

• Sexe

La proportion d'hommes et de femmes en 2016 est similaire à celle de la période 2011-2015 (Tableau 2) et comparable à celle observée en France métropolitaine (hors IdF).

• Pays de naissance

En 2016, la proportion de personnes découvrant leur séropositivité nées en France est stable (60% vs 61% sur la période 2011-2015). Parmi les personnes nées à

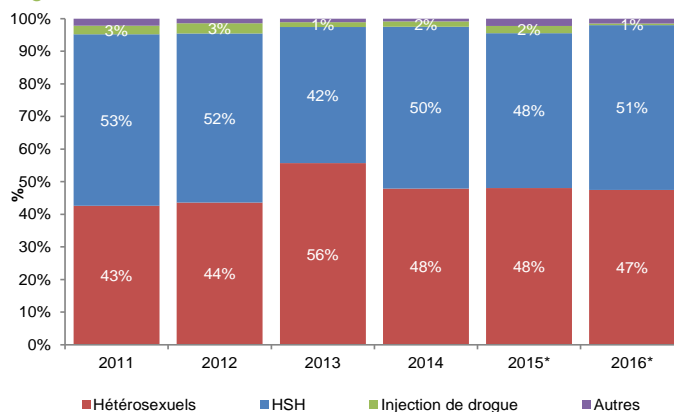
l'étranger, la proportion des personnes nées en Afrique subsaharienne est en augmentation. La proportion de personnes nées à l'étranger est supérieure à celle observée en France métropolitaine (hors IdF). (Tableau 2).

• Mode de contamination

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2016, 51% ont été contaminées par des rapports homosexuels (49% en 2011-2015), 47% par des rapports hétérosexuels (48% en 2011-2015) et 1% par l'usage de drogues injectables (1% en 2011-2015). A l'exception de l'année 2013, les rapports homosexuels représentent le mode de contamination le plus fréquent depuis 2011 (Figure 6). La part des HSH est similaire en ARA et en France métropolitaine (hors IdF) (Tableau 2).

| Figure 6 |

Evolution de la part des principaux modes de contamination parmi les découvertes de séropositivité VIH déclarées dans la région ARA de 2011 à 2016



Source : SpF, données DO VIH brutes au 30/06/2017

• Caractéristiques sociodémographiques par territoire de Corevih

Des disparités sociodémographiques importantes sont observées entre les différents Corevih (Tableau 1).

| Tableau 1 |

Caractéristiques sociodémographiques par Corevih, ARA 2016

	Auvergne-Loire (n=52)	Arc alpin (n=75)	Lyon Vallée du Rhône (n=219)
Age (année)			
Age médian (années)	38	36	33
< 25 ans	19%	8%	16%
25-49 ans	62%	73%	71%
> 50 ans	19%	19%	13%
Sexe			
Hommes	63%	65%	71%
Femmes	37%	35%	29%
Pays de naissance			
France	69%	59%	57%
Afrique sub-saharienne	29%	36%	32%
Autres	3%	5%	11%
Mode de contamination			
HSH	38%	44%	58%
Hétérosexuels	56%	54%	41%
Injection de drogues	-	2%	-
Autres	6%	-	1%

Source : SpF, données DO VIH brutes au 30/06/2017

Les cas pris en charge au sein du Corevih Lyon Vallée du Rhône apparaissent comme plus jeunes et la proportion d'hommes est plus importante que sur les deux autres Corevih.

En 2016, la proportion de personnes découvrant leur séropositivité nées en France est plus importante au sein du Corevih Auvergne-Loire que celles des deux autres Corevih de la région.

Concernant les modes de contamination, la part des HSH est majoritaire pour le Corevih Lyon Vallée du Rhône (58%) alors que ce sont les rapports hétérosexuels qui sont majoritaires pour les Corevih Arc alpin (54%) et Auvergne-Loire (56%).

2.2.3 Caractéristiques cliniques

| Tableau 2 |

Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité VIH notifiées en région ARA et en France métropolitaine hors IdF (les pourcentages sont calculés après avoir exclu les valeurs "inconnu").

	ARA		France métro
	2011-2015 (n=1 801)	2016* (n= 348)	2016* (n=1 794)
Age (année)			
Age médian	37	35	37
< 25 ans	13%	14%	13%
25-49 ans	68%	71%	66%
> 50 ans	19%	15%	21%
Sexe			
Hommes	71%	69%	71%
Femmes	29%	31%	29%
Pays de naissance			
France	61%	60%	64%
Afrique sub-saharienne	26%	33%	25%
Autres	13%	7%	11%
Mode de contamination			
HSH	49%	51%	52%
Hétérosexuels	48%	47%	44%
Injection de drogues	2%	1%	1%
Autres	2%	2%	2%
Coinfection hépatite C			
Oui	4%	2%	3%
Non	96%	98%	97%
Coinfection hépatite B			
Oui	4%	2%	5%
Non	96%	98%	95%
Coinfection IST			
Oui	15%	19%	22%
Non	85%	81%	78%
CD4 au diagnostic VIH			
<200	29%	27%	28%
200-349	23%	21%	21%
350-499	22%	20%	21%
>=500	27%	32%	30%
Délai de diagnostic			
Précoce*	34%	41%	37%
Avancé**	31%	26%	28%

+ Données provisoires

* Diagnostic précoce : CD4>500/mm³ ou Primo-infection au diagnostic

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

Les variables co-infections hépatites et IST sont disponibles seulement depuis 2012.

Source : SpF, données DO VIH brutes au 30/06/2017

• Co-infections hépatite C et B et IST

La proportion de personnes co-infectées par le VHC représente 2% en 2016 (4% en 2011-2015) et 2% pour les personnes co-infectées par le VHB (4% en 2011-2015) (Tableau 2). La proportion de personne co-infectées par une IST représente 19% en 2016 (15% en 2012-2015).

• CD4 au diagnostic

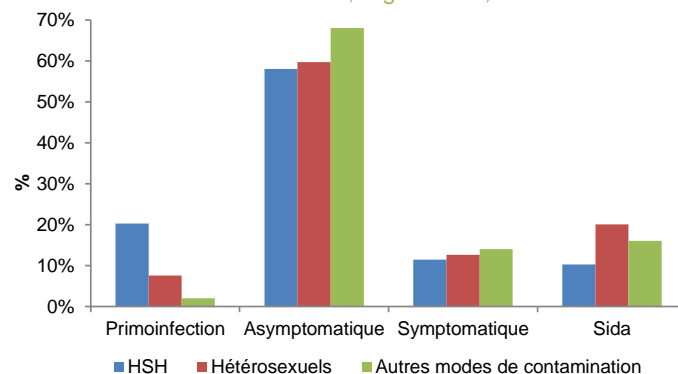
En 2016, 27% des découvertes de séropositivité ont un taux de CD4 inférieur à 200/mm³, taux similaire à celui observé en France métropolitaine hors IdF (Tableau 2).

• Stades cliniques au moment du dépistage

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2011 et 2016, 14% ont été diagnostiquées précocement au stade de primo-infection, 59% à un stade asymptomatique, 12% à un stade symptomatique non sida, et 15% au stade sida (Figure 7). Les HSH ont été plus fréquemment diagnostiqués au stade de primo-infection que les hétérosexuels (20% vs 8%).

| Figure 7 |

Stades cliniques au moment de la découverte de la séropositivité selon le mode de contamination, région ARA, 2011-2016.

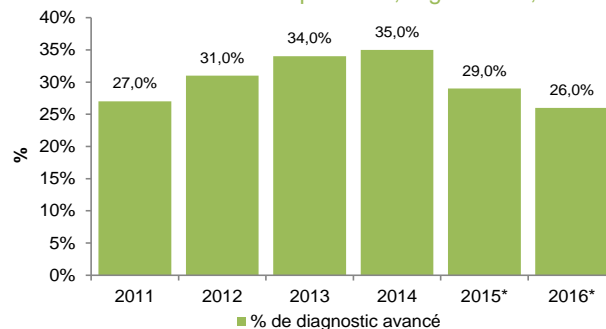


Source : SpF, données DO VIH brutes au 30/06/2017

En 2016, 26% des diagnostics sont réalisés au stade avancé de l'infection (CD4 < 200/mm³ ou sida au diagnostic) dans la région, proportion similaire à celle du niveau national (28%) et en diminution par rapport à la période 2011-2015 (31%) (Figure 8). A contrario, on observe une forte augmentation des diagnostics à un stade précoce (41% en 2016 vs 34% sur la période 2011-2015).

| Figure 8 |

Pourcentage de diagnostics à un stade avancé de l'infection parmi les découvertes de séropositivité, région ARA, 2008-2014.



Source : SpF, données DO VIH brutes au 30/06/2017

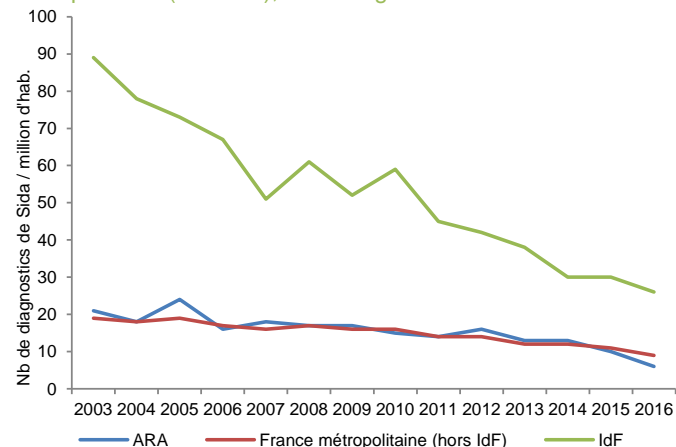
3 SIDA

3.1 Taux de diagnostic de sida

En 2016, le **taux de diagnostic de sida** en ARA est estimé à **6 cas par million d'habitants** (IC95%: [5-7]). Ce taux est en diminution pour la seconde année consécutive, inférieur à celui observé en France métropolitaine hors IdF (9 cas par million) et plus de 4 fois inférieur au taux d'IdF (26 cas par million). (Figure 9).

| Figure 9 |

Evolution annuelle du taux de diagnostics de sida en France métropolitaine (hors IdF), IdF et région ARA de 2003 à 2016.



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

3.2 Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et modes de contamination

• Age

Dans la région, l'âge médian des cas est presque le même en 2016 (46 ans) que sur la période 2011-2015 (45 ans) (Tableau 3). En 2016, la classe d'âge des 25-49 ans était majoritaire et représentait 56% des cas (63% en 2011-2015). Les caractéristiques d'âges sont identiques à celles observées au niveau national.

• Sexe

La proportion de femmes en 2016 (26%) est inférieure à celle de la période 2011-2015 (Tableau 3). Ces proportions sont comparables à celle observée au niveau national.

• Pays de naissance

En 2016, la proportion de personnes découvrant leur séropositivité nées en France est en augmentation (62% vs 58% sur la période 2011-2015). Cette proportion est comparable avec celle du niveau national (Tableau 3).

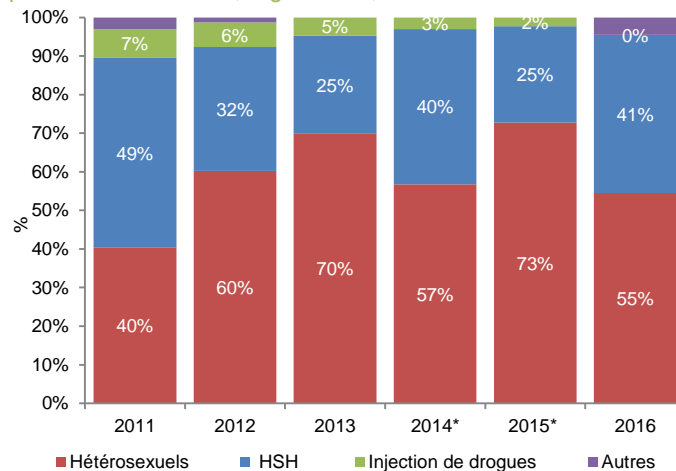
• Mode de contamination

Parmi les personnes ayant un diagnostic de sida en 2016, la part des contaminations par rapports hétérosexuels est toujours majoritaire mais en diminution (55%) (Figure 10). Les contaminations hétérosexuelles représentaient le

principal mode de contamination sur la période 2011-2015 (59%), devant les contaminations HSH (35%) (Figure 10).

| Figure 10 |

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



Source : SpF, données DO sida brutes au 30/06/2017

| Tableau 3 |

Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et épidémiologiques des cas de sida notifiés en région ARA et en France métropolitaine hors IdF (les pourcentages sont calculés après avoir exclu les valeurs "inconnu").

	ARA		France
	2011-2015 (n=362)	2016* (n= 27)	2016* (n=224)
Age (année)			
Age médian	45	44	46
< 25 ans	4%	4%	4%
25-49 ans	63%	56%	60%
> 50 ans	33%	41%	36%
Sexe			
Hommes	71%	74%	67%
Femmes	29%	26%	33%
Pays de naissance			
France	58%	62%	62%
Afrique sub-saharienne	25%	35%	27%
Autres	18%	4%	12%
Mode de contamination			
HSH	35%	41%	38%
Hétérosexuels	59%	55%	54%
Injection de drogues	5%	0%	6%
Autres	1%	5%	3%
Connaissance de séropositivité avant Sida			
oui	46%	35%	55%
non	54%	65%	45%
Traitement antirétroviral avant Sida			
oui	20%	23%	26%
non	80%	77%	74%
Pathologies inaugurales (les 5 plus fréquentes sur la période)			
Pneumocystose	31%	22%	34%
Toxoplasmose cérébrale	8%	15%	10%
Kaposi	10%	11%	11%
Candidose oesophagienne	16%	11%	11%
Tuberculose pulmonaire	10%	11%	10%

Source : SpF, données DO Sida brutes au 31/06/2017 + Données provisoires

- **Connaissance de la séropositivité**

En 2016, 35% des cas avaient connaissance de leur séropositivité, taux inférieur à celui retrouvé sur la période 2011-2015 et au niveau national (Tableau 3).

- **Traitement antirétroviral**

En 2016, 23% des cas avaient bénéficié d'un traitement antirétroviral pré-sida de trois mois ou plus. Ce taux est similaire à celui du niveau national (Tableau 3).

- **Pathologies inaugurales**

En 2016, la pneumocystose est toujours la pathologie inaugurale la plus fréquente (comme au niveau national) (Figure 11).

| Figure 11 |

Pathologies inaugurales de sida, région ARA, 2011 à 2016.



Source : SpF, données DO sida brutes au 30/06/2017

POINTS CLES de la surveillance du VIH-sida en 2016 en Auvergne-Rhône-Alpes

- Depuis 2015, le **nombre de sérologies VIH effectuées dans la région est en augmentation**. Il atteint 72 sérologies pour 1 000 habitants en 2016, taux identique à celui observé en France métropolitaine hors Ile-de-France (IdF).
- **La proportion de sérologies positives pour 1 000 tests est stable depuis 2010** et varie entre 1,4 et 1,5 dans la région ARA. Cette proportion est légèrement supérieure en 2016 par rapport à 2015 et à celle de France métropolitaine hors IdF.
- **Le taux de découvertes de séropositivité pour le VIH en ARA, est en augmentation en 2016** (61 cas par million d'habitants) et **supérieur à celui observé France métropolitaine hors IdF**. Il occupe le **5^{ème} rang** par ordre décroissant de classement des 13 régions métropolitaines. Cette augmentation peut être liée à l'augmentation de l'activité de dépistage observée cette année qui a contribué à dépister un plus grand nombre de personnes infectées sans que l'on puisse exclure une évolution de l'incidence de l'infection à VIH dans la région. Cette augmentation en 2016 est observée sur un seul territoire de la région, celui du Corevih Lyon Vallée du Rhône.
- A l'exception de l'année 2013, **les rapports homosexuels masculins représentent le mode de contamination le plus fréquent depuis 2011**. Sur la période 2011-2016, **la part des HSH en ARA progresse et est similaire à celle de la France métropolitaine hors IdF**. A l'échelon du territoire du Corevih Lyon Vallée du Rhône, la transmission par voie homosexuelle est majoritaire et plus fréquente que pour les territoires des 2 autres Corevih où la transmission hétérosexuelle reste majoritaire.
- On observe une **augmentation de la part des diagnostics à un stade précoce de l'infection à VIH** et un **léger recul du diagnostic au stade avancé, en faveur d'une amélioration en cours du dépistage**.
- **Le taux de diagnostic de sida est estimé, en 2016, à 6 cas par million d'habitants** dans la région. **Il est en diminution** par rapport à 2015 (10 cas par million) et inférieur à celui observé en France métropolitaine hors IdF (9 cas par million d'habitants).
- **Le taux de télé-déclaration des cas de VIH et de sida était de 10% en ARA en 2016, contre 26 % au niveau national**. **Nous encourageons les biologistes et les cliniciens à utiliser e-DO, ce qui permettra d'améliorer les délais, l'exhaustivité des déclarations et la fiabilité des données**. N'hésitez pas à contacter **e-DO Info Service au 0 809 100 003** pour tout problème rencontré lors la télé-déclaration.

| Prise en charge de l'infection à VIH en Auvergne-Rhône-Alpes en 2016 : données de la file active |

Dilek Coban², Stéphanie Degroodt³, Olivier Epaulard¹, Anne Fresard², Jean-Michel Livrozet³, Anne Monnet-Hoël¹, Amélie Valran¹, Christophe Julien⁴, Alexandra Thabuis⁵

¹ Corevih Arc alpin

² Corevih Auvergne-Loire

³ Corevih Lyon-Vallée du Rhône

⁴ ARS Auvergne-Rhône-Alpes

⁵ Santé publique France, Cire Auvergne-Rhône-Alpes

1 DISPOSITIF DES COREVIH EN ARA ET SES MISSIONS

Les comités de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et le virus l'infection de l'immunodéficience humaine (VIH), Corevih, sont les instances de coordination de l'ensemble des acteurs de ces thématiques. Par un arrêté du 11 mai 2017, le Directeur Général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a défini 3 zones géographiques infra régionales portant les 3 Corevih régionaux :

- **le Corevih Arc Alpin** pour les départements de l'Isère, de la Savoie et de la Haute-Savoie ;
- **le Corevih Auvergne-Loire** pour les départements de l'Allier, du Cantal, de la Loire, de la Haute-Loire et du Puy-de-Dôme ;
- **le Corevih Lyon-Vallée du Rhône** pour les départements de l'Ain, l'Ardèche, la Drôme et le Rhône.

Le Corevih est une organisation de démocratie en santé rassemblant au sein de 4 collèges représentants des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'action sociale, de la prévention et de la promotion de la santé, des malades et usagers du système de santé, personnalités qualifiées.

Les missions des Corevih, étendues en 2017 au domaine des infections sexuellement transmissibles, sont :

- la coordination, selon une approche de santé sexuelle, des acteurs œuvrant dans les domaines du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de la formation, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé ;

- la participation à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de cette prise en charge et à l'harmonisation des pratiques dans les domaines du soin, de la prévention et des dépistages, ainsi qu'à l'évaluation de cette prise en charge et à l'harmonisation des pratiques, notamment pour la prise en compte des besoins spécifiques des personnes vivant avec le VIH ou exposées à un risque d'infection par ce virus ;
- le concours, par son expertise, à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques nationales et régionales de la lutte contre les IST et le VIH et dans le domaine de la santé sexuelle, ainsi que sur demande du DG de l'ARS, au projet régional de santé ;
- le recueil et l'analyse de l'ensemble des données épidémiologiques ainsi que toutes les données régionales utiles à l'évaluation de la politique nationale en matière de lutte contre les IST et le VIH.

Concernant les missions de recueil et d'analyse des données épidémiologiques VIH et IST qui sont désormais partagées entre Corevih et SpF, l'ARS, la Cire et les 3 Corevih ont convenu de poursuivre leurs activités respectives en se coordonnant pour éviter les doublons, mutualiser l'expertise dans l'analyse des données et travailler ensemble à la production d'indicateurs utiles à l'action à l'échelon des territoires. C'est à ce titre que les 3 Corevih ont participé à l'élaboration de ce BVS, en fournissant un état des lieux de la prise en charge de l'infection par le VIH dans chacun des territoires de la région.

Corevih Auvergne-Loire :

- Prévention renforcée dans les établissements scolaires au vu du rajeunissement des nouveaux dépistés HSH depuis quelques années, en lien avec les conseils généraux, le rectorat et les CeGIDD.
- Dépistage systématiquement proposé et répété en milieu carcéral (suite à l'enquête effectuée en 2012 dans le Puy-de-Dôme).
- Proposition ciblée de TRODS hors les murs chez les HSH, les migrants, les publics « libertins » grâce au concours de AIDES, Médecins du Monde et ACTIS (semaine FLASH Test).
- Information sur les consultations PrEP implantées sur tout le territoire de l'Auvergne et de la Loire.
- Renforcement de la formation des médecins généralistes au dépistage du VIH et des IST (en recrudescence) par une formation à la santé sexuelle.
- En raison de l'épidémie actuelle d'hépatite A: contrôle des vaccinations et proposition large de vaccination dans le milieu HSH (consultations hospitalières et CeGIDD).

Corevih Arc alpin :

1) Actions de prévention en 2017 sur l'arc alpin

- Organisation de formations au dépistage par TROD VIH et VHC : 30 professionnels ou bénévoles ont bénéficié d'une formation au dépistage par TROD VIH et VHC, travaillant en CeGIDD, CSAPA, ou associations. 10 personnes ont pu suivre une formation continue.
- Mise à jour et impression de la brochure autotest à destination des usagers et distribuée par les pharmaciens d'officine (5000 exemplaires disponibles).
- Soutien à la cartographie des consultations PrEP sur l'arc alpin en collaboration avec Sida Info Service et AIDES.
- Mise à jour des kits santé et droits en prison, par l'intermédiaire du groupe inter-Corevih prison.
- Hépatite A : groupe de surveillance mis en place sur l'Isère, et actions renforcées de vaccination sur les trois départements.

2) Actions 2017 pour améliorer la qualité de vie et la non-discrimination

- Organisation d'une formation pour les directions des EHPAD et services de soin à domicile à Annecy.
- Diffusion du rapport « Odenore » sur les difficultés d'accès aux soins pour les étrangers primo-arrivants demandeurs de titres de séjour et atteint de VIH/hépatites.
- Organisation de réunions de sensibilisation auprès des thanatopracteurs et professionnels de pompes funèbres.

3) Mise en place d'une cellule d'expertise épidémiologique pour la surveillance du VIH et des IST, la production et l'analyse de données et d'indicateurs territoriaux.

Corevih Lyon Vallée du Rhône :

- En 2016, le Corevih Lyon Vallée du Rhône et le Réseau Virages santé avec l'ensemble des professionnels de santé et les associations, a inauguré le centre de « Santé et sexualité ». Le Centre a pour objectif général la prévention des risques liés à la sexualité et l'amélioration de la santé sexuelle des personnes. Il assure une information sur la sexualité, la prévention et la réduction des risques liés à la sexualité, au VIH et aux IST. Il propose le dépistage du VIH et du VHC par TROD, assure des écoutes psychologiques, des consultations de sexologie, de gynécologie, d'addictologie, notamment aux ChemSex, et au sexe, ainsi que des consultations de PrEP. Des groupes de paroles avec des thématiques variées sont organisés. Du matériel de prévention (préservatifs masculins et féminins, dosettes de gel, autotests, stériboxes) est distribué. Le Centre de Santé et Sexualité de Lyon est un lieu unique en France où chaque personne peut rencontrer des professionnels de santé, en même temps que des représentants d'usagers ou de malades en binômes chaque soir afin de répondre aux questions ou problèmes concernant la sexualité et la santé. C'est un lieu stratégiquement placé dans l'arrondissement ayant le plus de mixité sociale et le plus de jeunes et de gays de Lyon, ne voulant et/ou ne pouvant se rendre en milieu hospitalier, ouvert à tous, à des horaires hors du champ habituel, gratuit et sans rendez-vous. L'approche des populations se fait grâce au passage de la rue (6 000 personnes par jour) énormément sur des applications de rencontre Internet et par Facebook (rôle du Community Manager embauché par le Corevih).
- Le groupe « Prévention combinée » a édité en 2016 des plaquettes sur la PrEP, les IST et une plaquette destinée aux migrants. En 2017, une plaquette pour les migrants a été rédigée en anglais, espagnol et portugais.
- Le groupe inter-Corevih Prison a diffusé 10 000 plaquettes « droits et santé en prison » dans les établissements pénitentiaires de la région et en a assuré une traduction en anglais, italien, russe, espagnol, géorgien, arabe et roumain et sa diffusion en 2017.
- La vaccination contre l'Hépatite A, coordonnées par le Corevih, réalisée au Centre de Santé et de Sexualité et hors les murs (saunas, bars, lieux de rencontre...) a permis de vacciner 117 HSH en juin et 190 en septembre.
- « Break The Chains » est une action qui existe en Suisse depuis plusieurs années et qui a été déclinée cette année à Lyon. Le principal objectif de la campagne est de réduire la charge virale communautaire au VIH chez les HSH et réduire le nombre d'hommes non diagnostiqués en phase de primo-infection. En septembre, les actions de terrain ont eu pour but de faire passer des contrats d'engagements, au travers des équipes de prévention et associations, pour inciter les HSH à suivre le protocole de la campagne : se protéger en octobre et se faire dépister en novembre.
- La semaine Flash test destinée au public HSH a eu lieu du 21/9/2017 au 1/10/2017. Celle destinée aux migrants se déroule en décembre.
- Pour le 1^{er} décembre, en partenariat avec l'ARS, un visuel sur la prévention combinée, sous forme d'animation a été réalisé et diffusé sur des panneaux digitaux lumineux du métro de Lyon et le message est repris sur le grand écran de la station de métro Bellecour du 27 novembre au 3 décembre.

2 FILES ACTIVES VIH

La file active représente le nombre de patients suivis pour une infection par le VIH ayant eu au moins une consultation dans l'année dans un service hospitalier de prise en charge du VIH.

Les caractéristiques des patients de la file active 2016 sont présentées par territoire de Corevih et pour la région entière dans le Tableau 1.

| Tableau 1 |
Caractéristiques des patients des files actives des 3 Corevih de la région ARA, 2016

	Corevih Auvergne -Loire	Corevih Arc alpin	Corevih Lyon Vallée du Rhône	Région ARA
Nb patients suivis	1621	2566	4780	8967
Sexe				
Hommes	73%	67%	72%	71%
Femmes	27%	33%	28%	29%
Age				
< 20 ans	1%	1%	0%	1%
20-29 ans	5%	14%	6%	8%
30-39 ans	15%	23%	18%	19%
40-49 ans	29%	26%	29%	28%
50-59 ans	30%	24%	29%	28%
60-69 ans	15%	9%	13%	12%
70-79 ans	4%	3%	4%	4%
≥ 80 ans	1%	0%	1%	1%
Cascade de soin (cible OMS)				
% patients traités parmi les patients pris en charge	99%	97%	98%	98%
% succès parmi les patients traités (charge virale indétectable)	92%	90%	93%	91%
Mode de contamination				
HSH	45%	39%	47%	45%
Hétérosexuels	41%	46%	41%	42%
Injection de drogues	6%	4%	4%	4%
Autres	7%	12%	8%	9%
Origine géographique				
France	72%	67%	68%	69%
Afrique subsaharienne	19%	20%	22%	21%
Autre	9%	13%	9%	10%
Ancienneté de diagnostic				
0-4 ans	17%	19%	29%	24%
5-9 ans	22%	17%	22%	21%
10-14 ans	14%	16%	18%	17%
15-19 ans	16%	15%	14%	15%
20-24 ans	16%	15%	11%	13%
25-29 ans	12%	12%	6%	8%
≥ 30 ans	4%	5%	0%	2%
Mortalité				
% décès	1,0%	0,7%	0,6%	0,7%

Source : Corevih d'Auvergne-Rhône-Alpes, données de file active 2016

En Auvergne-Loire, la file active est en **hausse régulière** (en moyenne de 4% par an), contient une majorité d'hommes (73%) et une part de HSH de 45% ; 19% des patients sont originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne ; 50% des patients ont plus de 50 ans (20% > 60 ans et 20% <40 ans) ; 32% des patients connaissent leur infection depuis plus de 20 ans ; près de 99% des patients sont sous traitement et 91,5% sont contrôlés virologiquement.

Dans l'**Arc alpin**, le nombre de personnes prises en charge pour une infection par le VIH en 2016 est **stable**. Ces personnes ont plus de 50 ans dans 36% des cas, et sont des hommes pour les deux tiers. Comme l'année précédente, 97% d'entre elles sont sous traitement, et nous devons travailler pour que cela soit associé à un succès thérapeutique dans une proportion plus grande. 788 (32%) de ces personnes vivent avec le VIH depuis plus de 20 ans, dont 5% depuis plus de 30 ans : ces chiffres nous rappellent que les personnes qui ont vécu plusieurs décennies avec le VIH sont nombreuses, avec la morbidité qui peut y être attachée.

Dans le territoire **Lyon vallée du Rhône**, la file active est en légère hausse (+2,6% par rapport à 2015). Sur les 4 780 patients infectés par le VIH pris en charge en 2016 dans un des établissements du Corevih Lyon-Vallée du Rhône, 804 (17%) vivent avec le VIH depuis plus de 20 ans, soit 1 patient sur 6. D'autre part, 227 (5%) des patients de la file active ont plus de 70 ans et le problème de la dépendance et de l'hébergement va devenir plus prégnant. Un travail a déjà été amorcé par le Corevih à ce sujet¹. L'objectif de l'OMS de 90% de patients traités et 90% indétectables pour 2020 est atteint. Nous avons dépassé l'objectif de 95% de patients traités pour 2030. Une amélioration des thérapeutiques et du suivi permettra d'atteindre les 95% de patients indétectables.

¹ Gaujard S, Bouhour D, Saubin V, pour le Groupe de travail Vieillesse du Corevih Lyon-Vallée du Rhône (2014, novembre). VIH en EHPAD et USLD, une enquête du Corevih Lyon Vallée du Rhône. Poster présenté aux 34^e Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, Paris, France.

3 NOUVEAUX DIAGNOSTICS

Il s'agit des patients de la file active nouvellement diagnostiqués et pris en charge en 2016. Leurs caractéristiques sont présentées dans le Tableau 2.

| Tableau 2 |

Caractéristiques des cas nouvellement diagnostiqués par territoire des Corevih et pour la région ARA, 2016

	Corevih Auvergne- Loire	Corevih Arc alpin*	Corevih Lyon Vallée du Rhône	Région ARA
Nb nouveaux diagnostics	61	77	168	306
% de la file active	3,8%	3,0%	3,5%	3,4%
Sexe				
Hommes	69%	66%	75%	72%
Femmes	31%	34%	25%	28%
Age				
< 20 ans	3%	4%	2%	3%
20-29 ans	28%	22%	32%	28%
30-39 ans	30%	31%	34%	32%
40-49 ans	20%	19%	15%	17%
≥ 50 ans	20%	23%	17%	19%
Mode de contamination				
HSH	43%	32%	58%	48%
Hétérosexuels	49%	53%	33%	42%
Injection de drogues	0%	0%	1%	1%
Autres	8%	14%	8%	9%
Origine géographique				
France	54%	49%	61%	57%
Afrique subsaharienne	26%	30%	19%	23%
Autre	9%	8%	7%	8%
Primo-infections	10%	16%	13%	13%
CD4				
< 200	25%	27%	27%	26%
200-349	23%	16%	23%	21%
350-499	20%	24%	20%	21%
≥ 500	33%	33%	30%	32%

* Cas nouvellement pris en charge en 2016 quelle que soit l'année de diagnostic

Source : Corevih d'Auvergne-Rhône-Alpes, données de file active 2016

En **Auvergne-Loire**, les nouveaux diagnostics représentent 3,8% de la file active ; leur nombre est stable depuis 5 ans. Parmi les découvertes de séropositivité, on note une grande majorité d'hommes (69%) et des moins de 40 ans (61%). La part des HSH est en hausse depuis 2 ans (43% des cas contre 35% les années précédentes) et la moitié d'entre eux a moins de 30 ans. Les femmes sont originaires d'Afrique sub-saharienne chez 58% des femmes dépistées en Auvergne et 90% des femmes dépistées sur la Loire. Dix pour cent des nouveaux diagnostics sont des primo-infections (dont une majorité de HSH) et 25% sont découverts à un stade avancé. Au total, on observe un nombre croissant de jeunes HSH dépistés précocement.

Dans l'Arc alpin, le nombre de nouveaux diagnostics en 2016 est stable par rapport à 2015, ce qui doit nous inciter à poursuivre les actions de prévention. La proportion élevée de HSH parmi ces cas (un tiers, comme en 2015) est un argument pour poursuivre des actions ciblées auprès d'eux.

Dans le territoire Lyon vallée du Rhône, le nombre de nouveaux diagnostics est stable depuis 2014. En comparant les années 2014 et 2016, les femmes nouvellement contaminées par le VIH ont sensiblement le même profil. En revanche, nous constatons une évolution du profil des hommes nouvellement contaminés avec un rajeunissement, une augmentation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au détriment des contaminations par rapport hétérosexuels, ainsi qu'une augmentation des patients d'origine française.

Ces chiffres ne sont pas comparables avec les découvertes de séropositivité estimées à partir des données de la DO, qui prennent en compte la notion de diagnostic en 2016 mais pas la notion de prise en charge. Enfin, les données de la DO concernent des patients résidant en ARA alors que les patients de la file active sont pris en charge en ARA.

POINTS CLES de la surveillance par les Corevih en 2016 en Auvergne-Rhône-Alpes

- Pour les trois Corevih d'Auvergne-Rhône-Alpes, l'objectif de l'OMS pour 2030 de 95% de personnes traitées parmi les personnes prises en charge est atteint. L'objectif de 90% de personnes indétectables pour 2020 est aussi atteint. Les trois Corevih sont en bonne voie pour atteindre l'objectif de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle de 95% de personnes en succès thérapeutique en 2021.
- 73% des personnes prises en charge pour une infection par le VIH ont plus de 40 ans dans la région ARA. Le problème de la dépendance et de l'hébergement va devenir plus prégnant dans les années à venir.
- Le nombre de patients nouvellement diagnostiqués et pris en charge est stable dans tous les territoires des Corevih, ce qui doit inciter à poursuivre les actions de prévention. La proportion élevée de HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) est un argument pour poursuivre des actions ciblées de prévention et dépistage, notamment au niveau de la Métropole de Lyon, où les découvertes de séropositivité concernent principalement les HSH de moins de 30 ans.

| Epidémie d'Hépatite A en Auvergne-Rhône Alpes - 2017 |

Isabelle Pujol¹, Guillaume Spaccaverri¹, Christophe Julien², Julien Berra¹, Romuald Cruchet²

¹ Santé publique France, Cire Auvergne-Rhône-Alpes

² ARS Auvergne-Rhône-Alpes

En France, l'hépatite A est une maladie à déclaration obligatoire (DO) dont la surveillance est menée à partir du recueil d'informations sur les cas déclarés. Cette dernière est complétée par le centre national de référence (CNR) des hépatites à virus entériques qui se charge d'analyser les souches circulantes et de comparer les souches entre elles, notamment lors d'identification de cluster.

L'annonce de l'épidémie en région a justifié un suivi épidémiologique rapproché qui a guidé l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) dans la mise en œuvre de plusieurs actions à visée de contrôle et de prévention. Les données épidémiologiques présentées sont celles de la DO en région ARA au 20 novembre 2017 (données en cours de consolidation pour ce dernier mois).

1 DESCRIPTION DE L'EPIDEMIE

Dans le courant de l'automne 2016, une épidémie d'hépatite A dans la communauté des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) sévissait dans plusieurs pays européens. Fin 2016, les premiers cas d'hépatite A en lien avec cette épidémie sont survenus en France, en région normande. Puis la diffusion s'est élargie à d'autres régions (Hauts-de-France, Ile de France) dès le début de l'année 2017.

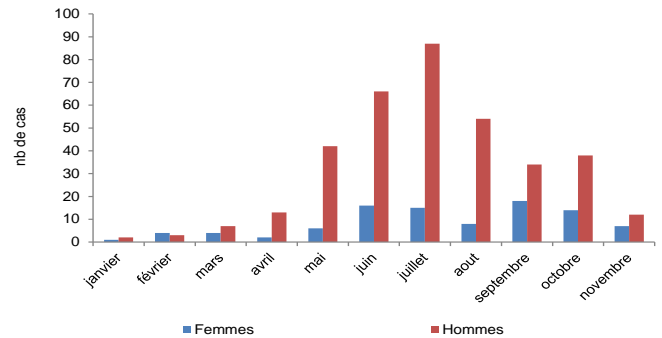
1.1. Evolution du nombre de cas par sexe

L'orientation sexuelle n'est pas recueillie dans le formulaire de déclaration d'hépatite A. Le suivi du sexe ratio et de la part des hommes de 18 à 55 ans sans facteur de risque connus associés à la caractérisation des souches par le CNR ont permis d'établir, sans équivoque, un lien avec l'épidémie actuelle identifiée au sein de la communauté HSH.

Le phénomène épidémique s'est développé en région ARA, de façon marquée, à compter du mois de mai 2017 (Figure 1). L'augmentation du nombre de cas concernait majoritairement les hommes. Elle s'est poursuivie jusqu'en août. Ensuite, le nombre de cas a diminué tout en restant supérieur au nombre habituel de cas. Chez les femmes, le nombre de cas a également progressé entre mai et juillet, a diminué en août et est reparti à la hausse en septembre-octobre. En novembre, bien que les données soient encore provisoires, le nombre de cas est supérieur à celui habituellement observé. Au total, 95 femmes ont déclaré une hépatite A en 2017 contre 53 en moyenne ces 3 dernières années.

| Figure 1 |

Répartition mensuelle (date de début des signes), par sexe des cas d'hépatite, ARA, 2017, (N=453).



Source : SpF, données DO hépatite A au 20/11/2017

Le sexe ratio H/F a été multiplié par un facteur 7, au mois de mai, comparé au sexe ratio observé au cours des 3 années précédentes (1,0). Il est resté élevé jusqu'en août puis diminue nettement depuis septembre, bien qu'il reste supérieur à 1,0 (Tableau 1).

| Tableau 1 |

Distribution du sex-ratio des cas d'hépatite A, ARA, 2014-2017.

Période	Moyenne 2014-2016	Année 2017										
		Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept	Oct	Nov
Sexe-ratio H/F	1	2	0,8	1,8	6,5	7	4,1	5,8	6,8	1,9	2,7	1,7

Source : SpF, données DO hépatite A au 20/11/2017

Sur la période 2014-2016, la part des hommes de la tranche d'âge 18-55 ans représentait, en moyenne, 44%. En 2017, jusqu'en novembre, elle était de 82%. Leur âge moyen était de 36 ans. En se focalisant sur cette population, l'analyse s'est intéressée, lorsque l'information était disponible, aux expositions aux facteurs de risque relevés dans le formulaire de déclaration (notion de séjour à l'étranger, cas dans l'entourage, présence d'un enfant de moins de 3 ans dans l'entourage proche, travail dans une collectivité à risque, consommation de fruits de mer).

| Tableau 2 |

Répartition annuelle des expositions à risque chez les cas masculins d'hépatite A âgés de 18 à 55 ans, ARA, 2014-2017.

Exposition à risque		2014*	2015*	2016*	moyenne 2014-2016	2017**
		Oui	N 18 72%	N 16 89%	N 21 88%	18 83%
Non	N 7 28%	N 2 11%	N 3 13%	4 18%	N 131 46%	
Total	N 25 100%	N 18 100%	N 24 100%	22 100%	N 284 100%	

* année pleine

** période du 01/01/2017 au 20/11/2017

Source : SpF, données DO hépatite A au 20/11/2017

Le Tableau 2 pointe en 2017, sur notre région, une proportion importante de cas masculins sans exposition

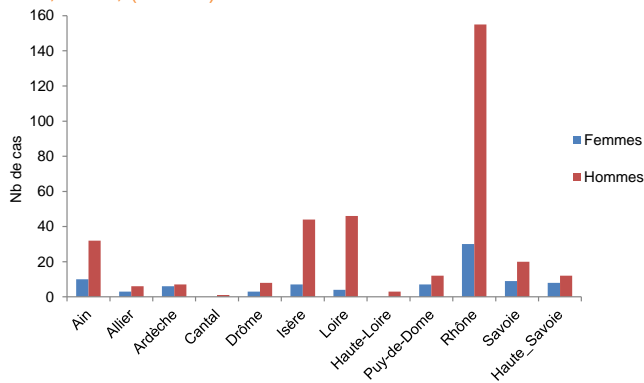
aux facteurs de risque connus. Elle est multipliée par un facteur de 2,5 comparée aux 3 années précédentes.

1.2. Répartition géographique des cas et incidence

Sur l'ensemble de la période étudiée, le département du Rhône recensait la majorité des cas (42%) suivi des départements de l'Isère (12%) et de la Loire (11%) (Figure 2).

| Figure 2 |

Répartition départementale, par sexe des cas d'hépatite A, ARA, 2017, (N=453).



Source : SpF, données DO hépatite A au 20/11/2017

En 2017, à la mi-novembre, sur l'ensemble de la région, l'incidence a été multipliée par un facteur 5 passant de 1,3 cas pour 100 000 habitants sur la période 2010-16 à 6,6 cas pour 100 000 habitants en 2017. Le sexe ratio a été multiplié par 3,3. L'Ain, la Loire, la Savoie et le Rhône ont eu une incidence et un sexe ratio supérieurs aux valeurs moyennes relevées pour la région ARA. Dans l'Ain, un épisode de cas groupés mêlant des cas de sexe et d'âge différents, sans lien avec l'épidémie parmi les HSH, a contribué partiellement à l'augmentation du nombre de cas. Dans la Loire, les caractéristiques des cas permettant d'établir un lien avec l'épidémie sont apparues plus tardivement. En Savoie, une brusque augmentation du nombre de cas dans le bassin chambérien, début octobre, a été explorée. L'investigation n'a pas permis d'établir de lien avéré entre les cas, ni avec l'épidémie touchant les HSH. Sur l'ensemble de l'année, le Rhône a été le département le plus impacté par la diffusion du virus de l'hépatite A (Tableau 3).

| Tableau 3 |

Nombre de cas d'hépatite A, taux d'incidence et sex-ratio, ARA, 2010-17.

Départements	Période 2010-16*		2017**		Sex-ratio
	Nombre moyen de cas/an	Incidence moyenne***	Nombre de cas	Incidence**	
Ain	5	0,7	42	7,6	3,2
Allier	2	0,6	12	4,0	2,0
Ardèche	2	0,8	15	5,3	1,2
Cantal	0	0,2	1	0,8	NC
Drôme	6	1,2	11	2,5	NC
Isère	18	1,4	56	5,1	6,3
Loire	8	1,0	49	7,4	11,5
Haute-Loire	0	0,1	3	1,5	NC
Puy-de-Dôme	12	1,9	19	3,4	1,7
Rhône	33	1,9	185	11,6	5,2
Savoie	6	1,3	31	8,3	2,2
Haute-Savoie	8	1,1	22	3,2	1,5
Auvergne-Rhône-Alpes	100	1,3	453	6,6	4,0

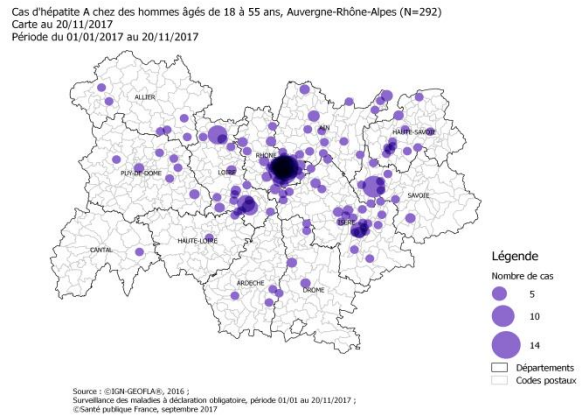
* années pleines ** période du 01/01/2017 au 20/11/2017 *** pour 100 000 habitants NC : non calculable (100% d'hommes)

Source : SpF, données DO hépatite A au 20/11/2017

La cartographie des cas masculins de 18 à 55 ans montre qu'ils sont majoritairement localisés dans le Rhône (Figure 3).

| Figure 3 |

Cartographie des cas d'hépatite A chez des hommes âgés de 18 à 55 ans, Auvergne-Rhône-Alpes, 2017 (N=292 cas).



Source : SpF, données DO hépatite A au 20/11/2017

Dans le Rhône, un focus sur la période 2014-2016 observe que parmi les cas d'hépatite A, la part des hommes de la tranche d'âge 18-55 ans représentait, en moyenne, 54%. En 2017, elle était de 87%. Plus précisément, la part des hommes âgés de 18 à 55 ans contaminés, sans notion d'exposition à un des facteurs de risque classiquement reconnu, est presque 3 fois plus importante que sur la période 2014-2016 (Tableau 4).

| Tableau 4 |

Répartition annuelle des expositions à risque chez les cas d'hépatite A masculins âgés de 18 à 55 ans, Rhône, 2014-2017.

Exposition à risque		2014*	2015*	2016*	moyenne 2014-2016	2017**
Oui	N	7	5	8	7	68
	%	88%	83%	80%	83%	51%
Non	N	1	1	2	1	65
	%	13%	17%	20%	17%	49%
Total	N	8	6	10	8	133
	%	100%	100%	100%	100%	100%

* année pleine

**période du 01/01/2017 au 20/11/2017

Source : SpF, données DO hépatite A au 20/11/2017

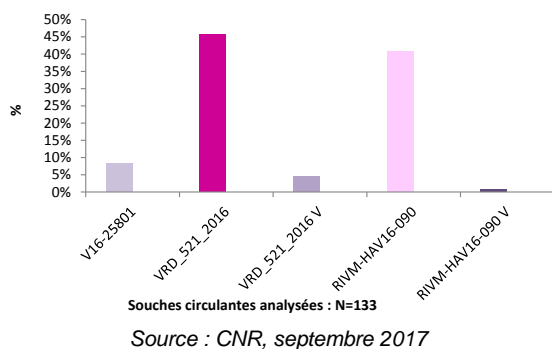
2 DONNEES VIROLOGIQUES

Le CNR des hépatites A et E a mis en évidence la circulation sur notre territoire des 3 souches épidémiques circulant chez les HSH dans de nombreux pays européens. Il s'agit des souches RIVM-HAV16090 dite "NI Europride", VRD-521-2016 dite "UK travel to Spain" et V16-25801 dite "Germany Munich/Berlin/Francfort". Les données du CNR (Figure 4) ont confirmé la circulation majoritaire de la souche "UK travel to Spain" dans notre région (comme en métropole).

Au sein de la population féminine, les 3 souches épidémiques étaient retrouvées ; "NI Europride" et "UK travel to Spain" représentaient 90% d'entre elles. Ceci signe la diffusion de ces souches épidémiques au sein de la population générale.

| Figure 4 |

Distribution des différentes souches du virus de l'hépatite A, ARA, 2017



3 ACTIONS DE VACCINATION

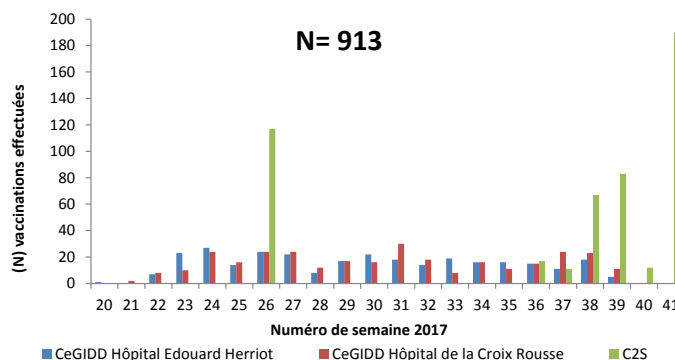
Santé publique France, en lien avec l'ARS, a mené en juin et de fin août à mi-septembre, une campagne d'information auprès de la population cible, relayée sur les réseaux sociaux de rencontre, pour signaler l'épidémie, informer sur les risques de transmission et rappeler que la vaccination était le moyen le plus efficace pour prévenir l'hépatite A.

Dans le Rhône, la campagne de vaccination s'est déroulée de début juin à fin septembre (Figure 5). Les nombres élevés de vaccinations observés en semaines 26, 38, 39 et 40 concernaient les campagnes spécifiques coordonnées par le Corevih Lyon Vallée du Rhône avec le soutien de l'ARS. Une première phase s'est déroulée sur une semaine (fin juin), au Centre de Santé et de Sexualité (C2S) de Lyon avec, en préambule, une communication spécifique lors de la marche des fiertés LGBTI. Puis, au cours d'une seconde campagne, des actions ponctuelles ont été développées courant septembre au C2S et « hors les murs ». Tout au long de la période estivale, les deux CeGIDD de Lyon ont proposé des vaccinations. Au total, la contribution en nombre de vaccinations réalisées par chacune de ces 3 structures était identique.

Dans les autres départements, les vaccinations ont été réalisées sur la même période. Au total, l'activité de vaccination recensée représentait le tiers de ce qui avait été effectué dans le Rhône et variait selon les CeGIDD. Sous réserve de données manquantes de certains CeGIDD, l'activité de vaccination la plus importante avait été relevée dans les CeGIDD de la Loire (31%) et de l'Isère (25%).

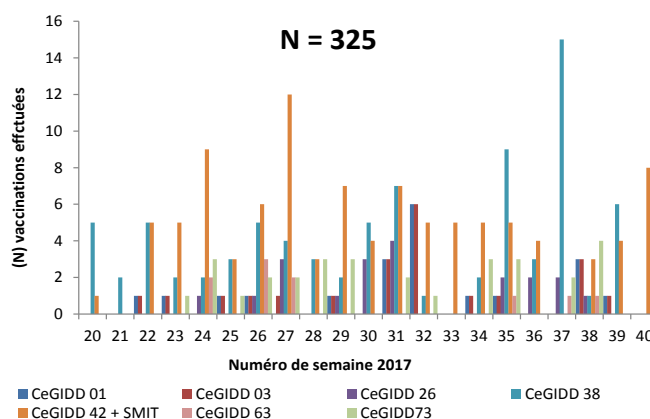
| Figure 5 |

Distribution hebdomadaire des vaccinations contre l'hépatite A réalisées par les CeGIDD du Rhône et le Centre de santé sexuelle (C2S) de Lyon, mai-octobre 2017.



| Figure 6 |

Distribution hebdomadaire des vaccinations contre l'hépatite A, réalisées par les CeGIDD des départements rhônalpins autres que le Rhône, mai-octobre 2017, région ARA.



POINTS CLES sur l'épidémie d'hépatite A chez les HSH en ARA, 2017

L'épidémie d'hépatite A qui a concerné de nombreux pays européens dont la France métropolitaine, a largement impacté notre région depuis mai 2017 et plus particulièrement le département du Rhône. La transmission virale s'est majoritairement déroulée dans un premier temps, au sein de la communauté HSH. Depuis, elle a diffusé au sein de la population générale. Le pic de l'épidémie a été atteint en juillet chez les hommes. Depuis, le nombre de nouveaux cas diminue. Cependant, le sexe ratio, encore élevé, témoigne de la persistance de la circulation virale notamment chez les hommes de 18 à 55 ans. En réponse à cette situation, l'ARS ARA, Santé publique France, les CeGIDD et le Centre de santé sexuelle de Lyon ont mené des actions d'information et de promotion de la vaccination auprès de la population cible de cette épidémie dans plusieurs départements en particulier dans le Rhône, l'Isère et la Loire qui sont les plus touchés au sein de la région ARA.

Pour en savoir plus : [ECDC](#), [Santé publique France](#), [ARS Auvergne-Rhône-Alpes](#)

| La prévention des IST et du VIH par Santé publique France dans le cadre de la stratégie nationale de santé sexuelle |

Nathalie Lydié¹, Ndeindo Ndeikoundam²

¹ Santé publique France, Direction de la Prévention - promotion de la santé

² Santé publique France, Direction des Maladies infectieuses

La promotion de la santé sexuelle et l'éducation à la sexualité font partie des axes prioritaires de la stratégie nationale de santé. Santé publique France (SpF) est un acteur clé de ce champ à travers la surveillance épidémiologique et comportementale, les dispositifs de prévention et le développement d'actions innovantes.

Le programme d'actions en matière de santé sexuelle de l'agence s'inscrit dans le cadre de la « Stratégie nationale de santé sexuelle – Agenda 2017-2030 » (SNSS) dont l'objectif général est d'assurer « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité, de la naissance jusqu'à la vieillesse pour l'ensemble de la population ». Toutefois, le programme « Santé sexuelle » de SpF couvre un périmètre plus restreint. Il est structuré autour de trois axes :

- la promotion de la santé sexuelle, pour toutes et tous, à tout âge, dans une approche globale et positive ;
- l'amélioration de la connaissance et de l'appropriation de la prévention diversifiée pour lutter contre le VIH et les autres IST ;
- l'amélioration de la santé reproductive.

Le programme Santé sexuelle développe aussi bien des approches populationnelles (jeunes, populations vulnérables...) que thématiques pour adapter les projets en prévention aux populations cibles.

Pour permettre à l'ensemble de la population de prendre des décisions éclairées et responsables quant à sa santé sexuelle, les actions engagées doivent permettre d'améliorer le niveau de connaissances des individus et également de faire évoluer les attitudes, les comportements et les compétences.

La prévention des IST (y compris le VIH) est articulée autour d'outils diversifiés pour réduire l'incidence du VIH et des autres IST : utilisation du préservatif, dépistage répété et régulier VIH/IST, recours aux traitements préventifs du VIH (TPE, PrEP et Tasp), traitement adapté des IST.

Une attention particulière doit être apportée à la question du recours au dépistage afin de réduire le délai entre l'infection et le diagnostic et d'assurer une mise sous

traitement précoce auprès des populations prioritaires, afin d'interrompre les chaînes de transmission.

Les actions engagées doivent permettre à chacun d'accéder à une sexualité satisfaisante, autonome et en toute sécurité. Les spécificités de certains publics, exposés à des risques particuliers, sont prises en compte dans le respect du principe de l'universalisme proportionné.

L'action de SpF repose ainsi sur l'animation et la promotion de larges dispositifs d'information et d'éducation à la sexualité adaptés aux besoins et caractéristiques des différents publics.

En direction des jeunes, l'action de SpF repose sur l'animation et la promotion du dispositif « onsexprime » (site internet, application mobile, visionnage important de vidéos, échanges sur des réseaux sociaux, leaders d'opinions internautes).

Pour les HSH, le dispositif « sexosafe » combine une présence digitale forte (site internet, page Facebook) et de multiples partenariats associatifs et communautaires qui donnent une visibilité à la prévention sur le terrain tout au long de l'année.

Pour les migrants, le dispositif privilégie la communication orale (partenariat radio et télé avec des chaînes communautaires) et les formats magazines plébiscités par cette cible (Magazine « Et la santé, on dit quoi ? »).

Pour plus d'information, ces sites internet peuvent être visités en suivant les liens ci-dessous :

<http://sexosafe.fr/>

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

Christine Saura¹, Annie Velter²

¹ Santé publique France, Cire Auvergne-Rhône-Alpes

² Santé publique France, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Unité Santé sexuelle

1 L'ETUDE PREVAGAY 2015

Santé publique France a publié en 2017 les [premiers résultats de l'enquête Prévagay](#) de séroprévalence du VIH menée à Lille, Lyon, Montpellier, Nice et Paris auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) fréquentant les lieux de convivialité gay.

Prévagay 2015 avait pour but d'apporter aux acteurs régionaux des données épidémiologiques locales complémentaires afin de mieux comprendre pourquoi la transmission du VIH était toujours importante chez les HSH et d'améliorer sa prévention ainsi que celle des autres IST dans cette population.

Prévagay a permis d'estimer dans cinq grandes villes métropolitaines et notamment la ville de Lyon, la séroprévalence de l'infection par le VIH, la proportion d'infections par le VIH non diagnostiquées chez les HSH fréquentant les lieux de convivialité gay et de disposer d'une description de cette population et de ses comportements sexuels.

A Lyon, l'étude s'est déroulée dans 14 établissements de convivialité gay. Au total, 485 HSH ont été inclus du 15 octobre au 8 novembre 2015. L'implication des établissements lyonnais, la capacité de persuasion de l'équipe Enipse sur le terrain et l'intérêt des HSH pour ce type d'étude, ont été déterminants dans ce niveau élevé d'acceptation (48%) qui a permis de dépasser largement le nombre cible d'inclusion initialement fixé.

2 LYON : PRINCIPAUX RESULTATS

- Agés de 33 ans en moyenne, les participants lyonnais étaient plus jeunes que ceux des autres villes, s'identifiaient pour plus de 80% d'entre eux comme étant homosexuels, fréquentaient davantage les bars que les saunas, les backrooms que dans d'autres villes et utilisaient très fréquemment internet ou des applications géolocalisées pour rencontrer des partenaires.
- Le recours au dépistage VIH était important à Lyon, 36% des HSH interrogés n'avaient néanmoins pas été testés au cours de la dernière année.
- 55% des HSH avaient déclaré connaître la prophylaxie pré-exposition (PrEP) mais 24% des HSH lyonnais

ignoraient encore l'existence du traitement post-exposition (TPE).

- Une prévalence du VIH estimée à Lyon de 11,4%, une proportion plus basse qu'à Nice, Montpellier et Paris, bien que la différence ne soit pas significative.
- Une proportion de HSH séropositifs pour le VIH non-diagnostiqués de 4% à Lyon. C'est la ville dans laquelle ce taux est le plus bas, bien que les différences ne soient pas significatives.
- Parmi les HSH séropositifs diagnostiqués, des traitements antirétroviraux ont été détectés pour 83% d'entre eux, proportion significativement plus faible que dans les autres villes. Parmi eux, 98%, présentaient une charge virale indétectable
- Dans la population HSH fréquentant les établissements de convivialité gay, les deux premiers objectifs de l'ONUSIDA pour 2020 visant à ce que 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique et 90% des personnes connaissant leur séropositivité reçoivent un traitement antirétroviral, sont quasiment atteints.

3 RECOMMANDATIONS

L'ensemble des résultats obtenus par l'étude Prévagay 2015 LYON sont en faveur de :

- La poursuite des actions de dépistage au plus près des HSH, notamment au niveau des saunas et des backrooms et pour les HSH multipartenaires ;
- le développement de l'information sur les méthodes préventives biomédicales en complément des actions préventives menées par les associations communautaires dans les établissements de convivialité gays. Outre le TasP (Treatment As Prevention) qui est largement utilisé par les HSH séropositifs, la PrEP doit être proposée aux HSH séronégatifs à haut risque de contamination.

Il est par ailleurs important de rappeler l'importance de la prévention combinée : utilisation du préservatif, dépistage, prévention biomédicale (TASP, PrEP et TPE).

| Glossaire |

ARA	Auvergne-Rhône-Alpes
CeGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
Cire	Cellule d'intervention en région, Santé publique France
CNR	Centre national de référence
Corevih	Comité de coordination de la lutte contre les IST et le VIH
DO	Déclaration obligatoire
IST	Infection sexuellement transmissible
HSH	Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
SpF	Santé publique France
TasP	Treatment as prevention
TPE	Traitement post-exposition
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

| Remerciements |

Merci à l'ensemble des partenaires régionaux qui nous permettent d'exploiter les données et de réaliser les surveillances présentées :

- Les cliniciens volontaires du réseau RésIST, notamment les CeGIDD et les services de maladies infectieuses ;
- Les biologistes qui participent à la surveillance LaboVIH, Renago/Renachla ;
- Les biologistes et cliniciens qui déclarent les cas d'infections à VIH et de sida et les cas d'hépatite A dans le cadre de la notification obligatoire ;
- L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes qui gère les outils et les déclarations VIH-sida en lien avec les cliniciens et biologistes déclarants.

Merci également aux personnes de Santé publique France ayant participé à la réalisation de ce bulletin :

- Hélène Haguy-Boulay de la Direction des Maladies Infectieuses (DMI) pour la réalisation des cartes ;
- Françoise Cazein, Ndeindo Ndeikoundam et Delphine Viriot de la DMI pour la transmission des données nationales et leur relecture ;
- Claire Pascal et Johanna Silva, internes de santé publique à la Cire, pour leur appui à la validation des questionnaires RésIST 2016.

| Plus d'informations |

- Sur la surveillance des IST, les questionnaires et les bilans nationaux :

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

- Sur le dépistage du VIH et la déclaration des infections à VIH et du sida :

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida>

- Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) sur le VIH et les IST du 1^{er} décembre 2017 :

<http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/29-30/index.html>

CIRE AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Tel : 04 72 34 31 15 - Fax : 04 72 34 41 55- Mail : ars-ara-cire@ars.sante.fr

Retrouvez ce numéro sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/>

Directeur de la publication : François Bourdillon, Directeur Général de Santé publique France

Rédacteur en Chef : Christine Saura, Responsable de la Cire Auvergne-Rhône-Alpes

Comité de rédaction : Equipe de la Cire Auvergne-Rhône-Alpes

Coordination du numéro : Alexandra Thabuis

Diffusion : CIRE Auvergne-Rhône-Alpes - 241, rue Garibaldi - CS 93383 69 418 LYON Cedex 03