

Page 2 | La surveillance des cas de syphilis récente et de gonococcie en 2016 - RésIST |

Page 6 | La surveillance des infections à *Chlamydia Trachomatis* en 2016 - Rénachla |

Page 8 | Bilan de la surveillance des infections à VIH et du sida en 2016 |

| Editorial |

Les infections sexuellement transmissibles en région Normandie en 2016

Arnaud Mathieu, responsable de la Cire Normandie (Santé publique France), Pr Manuel Etienne, Président du Corevih de Normandie

L'épidémiologie des infections sexuellement transmissibles (IST) est en constante évolution, marquée notamment ces derniers mois en Normandie par une recrudescence des cas d'infections à *Chlamydia* et gonocoque et par l'existence de foyers épidémiques d'infections par le virus de l'hépatite A par contacts sexuels chez les HSH¹. Plus que jamais ces caractéristiques épidémiologiques démontrent la nécessité pour mieux guider la prévention et le dépistage de progresser encore vers une épidémiologie toujours plus réactive, en lien avec le terrain, et capable d'une vision régionale comme d'une précision à des échelles infra, à partir de données robustes.

Dans cet objectif, le Corevih de Normandie - désormais entité unique pour la région et renommé pour englober la lutte contre les IST - et la Cire Normandie ont choisi d'unir leurs forces. Le Corevih animera la collecte des données d'activité des CeGIDD (centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH, les hépatites virales et les IST) à travers un outil standardisé (Cupidon) mis en place en 2017 par l'ARS dans l'ensemble de ces centres. Le recueil standardisé et exhaustif des données d'activité devrait permettre à Santé publique France la production d'indicateurs épidémiologiques robustes portant sur les diagnostics de syphilis récente et d'infection à gonocoque dans le cadre du RésIST, d'ores et déjà déployé dans l'ensemble des CeGIDD normands. L'année 2018 sera ainsi dédiée à un travail conjoint de cohérence et de simplification par rapport aux outils actuellement utilisés par le réseau du RésIST. Le recueil des données ainsi simplifié au sein des CeGIDD devrait permettre à Santé publique France d'élargir le réseau RésIST aux autres professionnels de santé en première ligne

pour le diagnostic des IST (hôpitaux de jour dans les services de maladies infectieuses, services de vénérologie, médecine de ville...).

Une autre avancée technique dans la surveillance des IST (VIH et sida) est le développement d'e-DO, nouveau dispositif de déclaration obligatoire de l'infection par le VIH et le sida qui remplace le papier et simplifie la déclaration depuis avril 2016. Le taux de transmission informatisé en Normandie s'élevait à 41 % pour l'année 2016. L'arrivée d'e-DO permet de présenter dans ce bulletin des données VIH et sida davantage consolidées. Ainsi, l'analyse des données de la surveillance épidémiologique pour l'année 2016, disponible dans ce bulletin, met en évidence un nombre de découvertes de séropositivité VIH resté stable en 2016 malgré une activité de dépistage du VIH relativement faible comparativement à d'autres régions de France.

Les infections à gonocoque et à *Chlamydia* continuent de progresser dans la région, comme en attestent les données du réseau RésIST pour gonocoque et, présentées ici pour la première fois, les données du réseau Rénachla. La tendance à la hausse du nombre de cas de syphilis récente dans la région contraste avec une stabilité décrite à l'échelon national, témoignant ainsi de possibles particularités régionales et de la nécessité d'une épidémiologie de terrain précise, solide, et réactive.

¹ : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Points-epidemiologiques/Tous-les-numeros/Normandie/2017/Surveillance-de-l-hepatite-A-en-Normandie.-Point-epidemiologique-au-30-septembre-2017>

Nathalie Nicolay - Santé publique France, Cire Normandie

Le réseau RésIST

En 2016, le réseau de surveillance des infections sexuellement transmissibles (RésIST) se composait de 8 Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles répartis sur l'ensemble des départements de la Normandie. Il s'agissait des CeGIDD de Caen (14), d'Evreux (27), d'Elbeuf-Louviers (27) et de Vernon (27), de Saint-Lô (50), d'Alençon (61), de Rouen (76) et du Havre (76).

Les informations transmises à Santé publique France portent sur les déclarations de cas de syphilis récente (datant de moins de 12 mois) et de gonococcie répondants aux définitions de cas suivantes [1] :

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

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

Bilan de la surveillance de la syphilis récente en 2016

| Nombre de cas déclarés et caractéristiques sociodémographiques |

Entre 2014 et 2016, le nombre de cas déclarés de syphilis a fluctué entre 26 (2015) et 35 (2016). Par rapport à 2014, une légère hausse du nombre de déclarations de syphilis est observée. Ces tendances doivent être interprétées avec prudence, notamment chez les femmes pour lesquelles aucun cas n'avait été déclaré en 2015.

En 2016, les cas déclarés étaient majoritairement des hommes (94 %). Ils totalisaient 100 % des déclarations en 2015 et 77 % (n = 21/27) des déclarations en 2014 (Figure S1).

En 2016, l'âge médian des cas déclarés était de 34 ans [IQ 25-75 % = 22-46 ans] comparable avec l'âge médian des cas déclarés en 2015 : 37 ans [Intervalle interquartile 25-75 %, IQ25-75 = 25-50 ans] (Tableau S1, Figure S2).

| Orientation sexuelle |

En 2016, les cas de syphilis récente ont été déclarés majoritairement parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) (58 %) (Figure S3). Dans cette population, il est observé une stagnation du nombre de déclarations sur la période 2014-16 (Tableau S1).

Le nombre de cas déclarés parmi les hommes hétérosexuels (n = 12) était en hausse par rapport à ce qui était observé en 2014 (n = 5) et en 2015 (n = 5) (Tableau S1).

| Motifs de consultation |

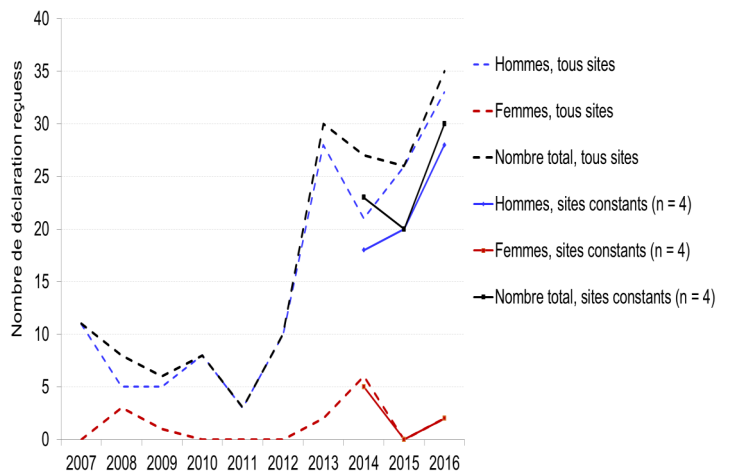
En 2016, la présence de signes cliniques d'IST était le motif de consultation le plus fréquemment rapporté (n = 21 ; 60 %). Ce motif totalisait respectivement 58 % et 42 % des motifs de con-

sultation en 2015 et en 2014 (différences non significatives entre chaque année).

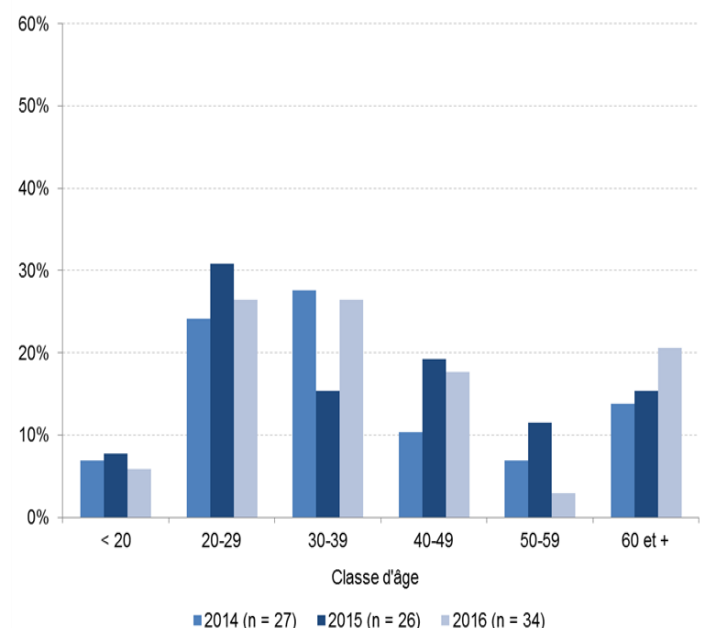
| Caractéristiques cliniques |

En 2016, la majorité des déclarations (43 %) concernait des cas de syphilis latente précoce et cette distribution est équivalente à ce qui était observé en 2014 et 2015 (Figure S4).

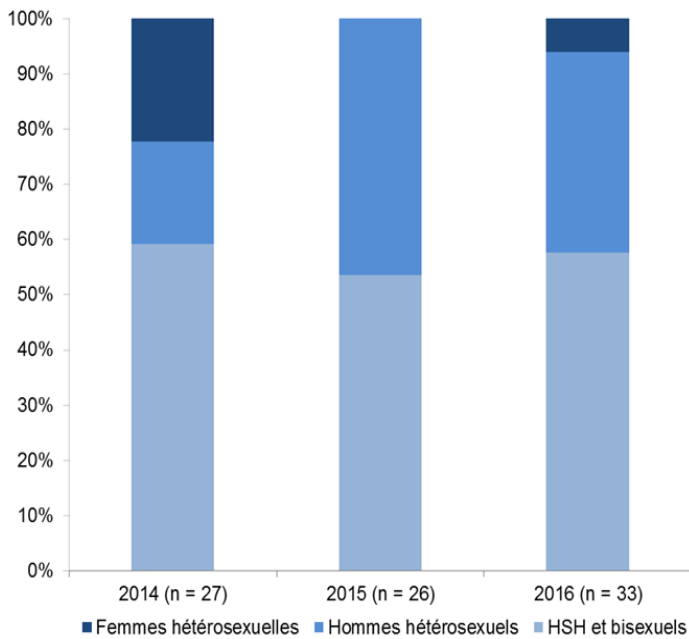
Deux cas de co-infection VIH antérieurement connus étaient rapportés en 2016 (Tableau S1).



| Figure S1 | Evolution du nombre de cas de syphilis récente, Normandie, 2007/16 (source : Santé publique France, données RésIST, 2016)

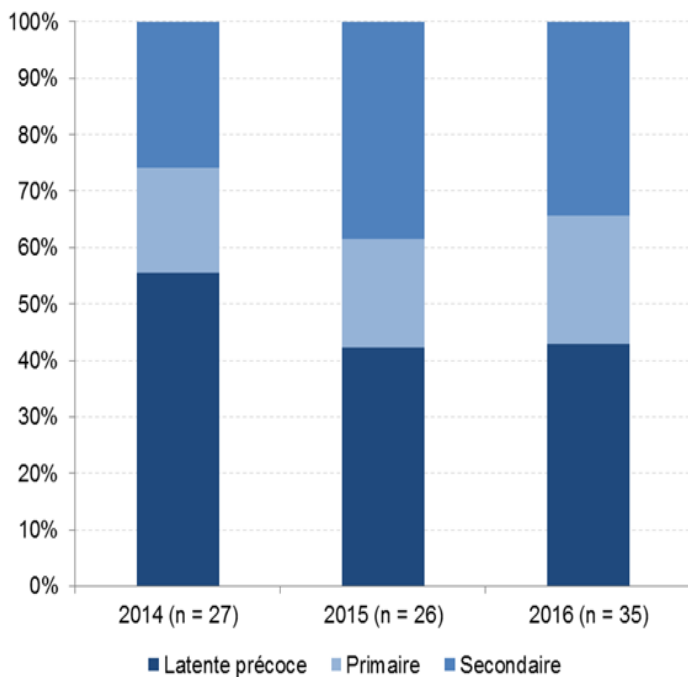


| Figure S3 | Distribution des cas de syphilis récente selon leur orientation sexuelle, Normandie, 2014/16* (source : Santé publique France, données ResIST, 2016)



* 2 données manquantes en 2016

| Figure S4 | Distribution des cas de syphilis récente selon le stade clinique, Normandie, 2014/16 (source : Santé publique France, données ResIST, 2016)



| Tableau S1 | Caractéristiques des cas de syphilis récente, Normandie, 2014/16 (source : Santé publique France, données ResIST, 2016)

	2014 (n = 27)	2015 (n = 26)	2016 (n = 35)
Sexe (%)			
Homme	21 (78)	26 (100)	33 (94)
Femme	6 (22)	0	2 (6)
Age			
Age médian [IQ 25-75 %]	33 [27-48]	37 [25-50]	34 [22-46]
Orientation sexuelle (%)			
HSH-bisexuel	16 (60)	21 (81)	19 (58)
Homme hétérosexuel	5 (19)	5 (19)	12 (36)
Femme hétérosexuelle	6 (21)	0	2 (6)
Donnée manquante			2
Présence de signes cliniques (%)			
Oui	13 (42)	15 (58)	21 (60)
Non	14 (58)	11 (42)	14 (40)
Non renseignée	0	0	0
Stade syphilis (%)			
Latente précoce	15 (56)	11 (42)	15 (43)
Primaire	5 (18)	5 (19)	8 (23)
Primo-secondaire et secondaire	7 (26)	10 (38)	12 (34)
Co-infection VIH (%)			
Oui, déjà connue	1 (6)	0	2 (8)
Oui, découverte	0	2 (10)	0
Négative	17 (94)	19 (90)	23 (92)
Non renseigné	7	2	10

HSH : Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

IST : Infection sexuellement transmissible

Points clés surveillance des cas de syphilis récente

- Légère hausse du nombre de déclarations de cas de syphilis récente au sein du réseau.
- Cependant la hausse porte sur un faible nombre de cas déclarés et nécessite d'être confirmée en 2017.
- Cette tendance n'est en effet pas la tendance observée au niveau national.

Bilan de la surveillance des gonococcies en 2016

| Nombre de cas déclarés et caractéristiques sociodémographiques |

Le nombre total de cas déclarés de gonococcie est passé de 53 cas en 2014, à 77 en 2015 et 95 cas en 2016 (Figure G1). Depuis 2013 (date de mise en place d'un réseau régional), la tendance du nombre de déclarations est à la hausse aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Cette hausse s'observe également lorsque l'analyse est réalisée à sites constants (Caen, Le Havre, Rouen et Saint-Lô). En 2016 cependant, le nombre de déclarations reçues parmi les femmes était relativement stable.

La majorité des cas de gonococcie était déclarée parmi les hommes (66 %). Cette proportion était comparable à celle observée en 2014. L'âge médian des cas était de 23 ans [IQ25-75 % = 20-30 ans], comparable à l'âge médian observée les années précédentes (Tableau G1). La distribution des cas par classe d'âge montre une prédominance des 20-29 ans sur l'ensemble de la période 2014/16 (Figure G2).

| Orientation sexuelle |

L'orientation sexuelle n'était pas renseignée pour 6 déclarations en 2016. Une majorité des cas était des personnes hétérosexuelles (55 %) parmi lesquelles la moitié était des femmes (50 %). Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) totalisaient 44 % des cas. Cette proportion était en augmentation par rapport à 2015 (32 %) mais la différence n'était pas significative.

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

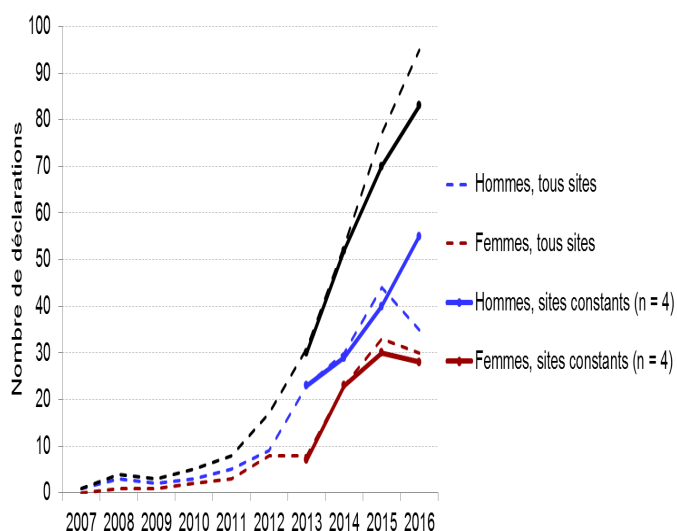
| Motifs de consultation et méthode diagnostique |

En 2016, pour une majorité de cas (60 %), le diagnostic de gonococcie a été posé suite à une consultation pour présence de signes cliniques d'IST (tableau G1).

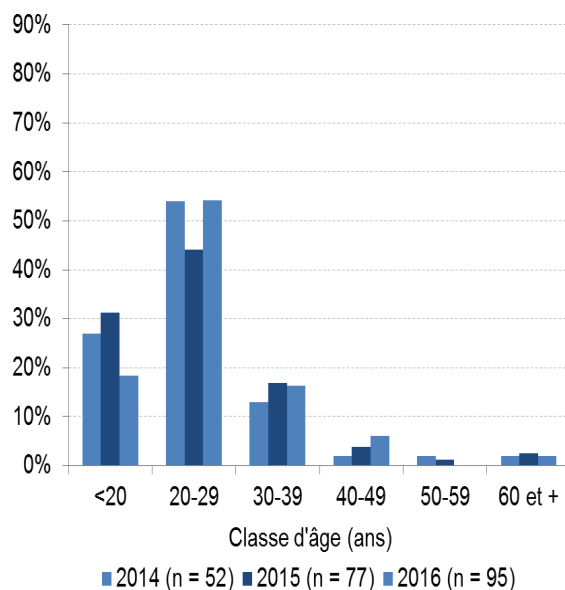
| Co-infection par le VIH |

En 2016, le statut sérologique pour le VIH n'était pas connu pour 15 déclarations (15 %). Parmi les cas pour lesquels le statut était documenté, deux cas de co-infections VIH ont été rapportées (Tableau G1).

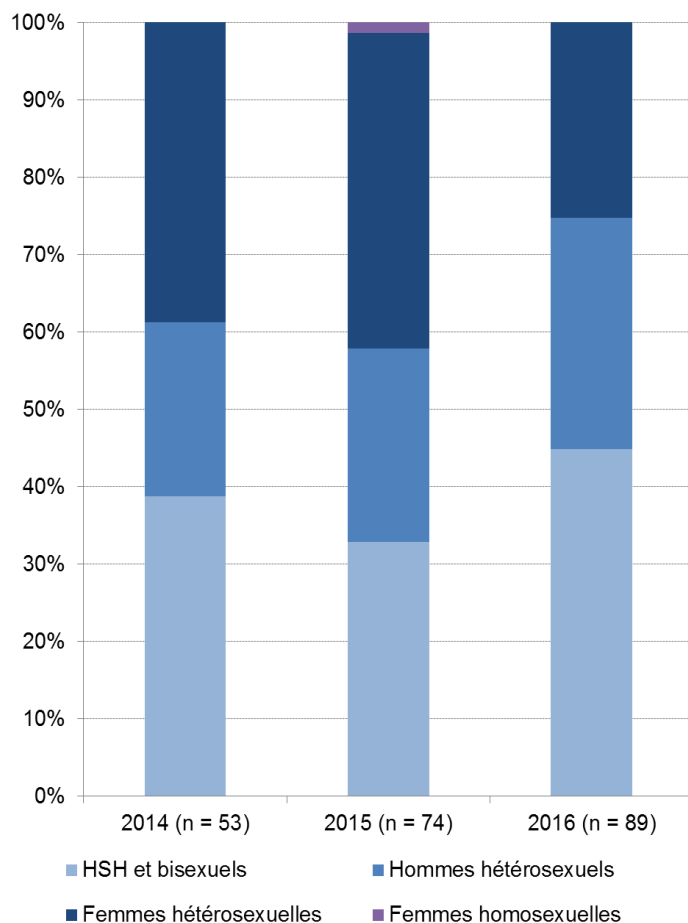
| Figure G1 | Evolution du nombre de cas de gonococcie, Normandie, 2007/16 (source : Santé publique France, données ResIST, 2016)



| Figure G2 | Distribution des cas de gonococcie selon leur âge, Normandie, 2014/16 (source : Santé publique France, données ResIST, 2016)



| Figure G3 | Distribution des cas de gonococcie selon leur orientation sexuelle, Normandie, 2014/16 (source : Santé publique France, données ResIST, 2016)



| Diagnostic de gonococcie |

Le diagnostic de gonococcie a été réalisé le plus souvent par PCR avec 70 PCR positives rapportées : 47 chez les hommes et 23 chez les femmes. Une culture est revenue positive sur 34 prélèvements, elle avait été réalisée sur un total de 40 prélèvements.

Chez les hommes, les sites de prélèvement positif en PCR étaient de type « pharyngé » (n = 22), « urétral » (n = 16), « urinaire » (n = 13) et « ano-rectal » (n = 13) (plusieurs prélèvements possibles chez un même patient).

Les sites de culture positive chez les hommes étaient de type « urétral » (n = 18), « urinaire » (n = 11), « pharyngé » (n = 8) et « ano-rectal » (n = 7).

Chez les femmes, les sites de prélèvement positif en PCR étaient de type « cervical » (n = 18) et « urinaire » (n = 5). Les sites de culture positive chez les femmes étaient de type « cervical » (n = 5).

| Tableau G1 | Caractéristiques des cas de gonococcie, Normandie, 2014/16 (source : Santé publique France, données ResIST, 2016)

	2014 (n = 53)	2015 (n = 77)	2016 (n = 95)
Sexe (%)			
Homme	30 (57)	44 (57)	65 (66)
Femme	23 (43)	33 (41)	30 (33)
Age médian [IQ 25-75 %]	23 [19-28]	22 [19-29]	23 [20-31]
Pays de naissance (%)			
France (entière)	40 (85)	65 (88)	72 (81)
Autres pays d'Europe	1 (2)	2 (3)	2 (2)
Pays des autres continents	6 (13)	7 (9)	15 (17)
Non renseigné	6	3	6
Orientation sexuelle (%)			
Homme homo-bisexuel	19 (36)	25 (34)	39 (44)
Homme hétérosexuels	11 (21)	19 (26)	25 (28)
Femme hétérosexuelle	23 (43)	31 (40)	24 (27)
Autre/Non renseigné	0	2	9
Motif de consultation initiale (%)			
Signes d'IST	24 (56)	38 (70)	43 (48)
Dépistage systématique	11 (26)	13 (24)	17 (19)
Partenaire ayant une IST	1 (2)	0	21 (24)
Autres bilan	7 (16)	3 (6)	8 (9)
Non renseigné	10	23	6
Méthode diagnostic (%)			
Culture positive	14	36	39
PCR positive	50	71	70
Présence de signes cliniques (%)			
Oui	29 (57)	47 (66)	55 (60)
Non	22 (43)	24 (34)	38 (40)
Non renseigné	2	6	2
Co-infection VIH (%)			
Oui	1	0	2
Non renseigné	12	12	14
Autre IST associée			
Oui	13 (37%)	23 (44%)	47 (54%)
Non	22 (63%)	29 (56%)	40 (46%)
Non renseigné	18	25	8

Points clés surveillance des cas de gonococcie

- Hausse du nombre total de déclarations de cas de gonococcie au sein du réseau ResIST, la hausse est d'avantage observée chez les hommes alors que le nombre de cas déclarés stagne chez les femmes.
- Pathologie touchant l'ensemble des populations quelle que soit leur orientation sexuelle.
- La déclaration exhaustive des cas au sein du réseau est importante afin de pouvoir mieux caractériser les tendances.
- La PCR est la méthode diagnostic principalement utilisée. Les sites de prélèvements positifs en PCR sont principalement le pharynx et l'urètre chez les hommes et le col de l'utérus chez les femmes.

Thibaut Sabatier, Nathalie Nicolay, - Santé publique France, Cire Normandie

Le réseau Renachla

Chlamydia trachomatis (Ct) est une infection sexuellement transmissible d'origine bactérienne la plus répandue dans les pays industrialisés. Elle est potentiellement responsable d'infections génitales hautes chez la femme et est une cause majeure d'infertilité par atteinte tubaire. Le problème posé par les infections à *Chlamydia* est la fréquence élevée du portage asymptomatique favorisant sa diffusion dans la population générale. L'objectif de cet article est de présenter les données de surveillance des infections à *Chlamydia trachomatis* (Ct) en 2016 en région Normandie.

La surveillance des infections uro-génitales à Ct est basée sur le réseau de laboratoires « Renachla ». En 2016, en Normandie, 5 laboratoires ont participé à ce réseau répartis sur l'ensemble des départements excepté le département de l'Orne. Parmi ces 5 laboratoires, 4 ont remonté des informations de façon systématique depuis 2012, un laboratoire a rejoint le réseau en 2016 (laboratoire basé dans le Calvados). La saisie des cas d'infections à Ct diagnostiqués au sein du réseau Rénachla se fait en ligne via « SoLIST »

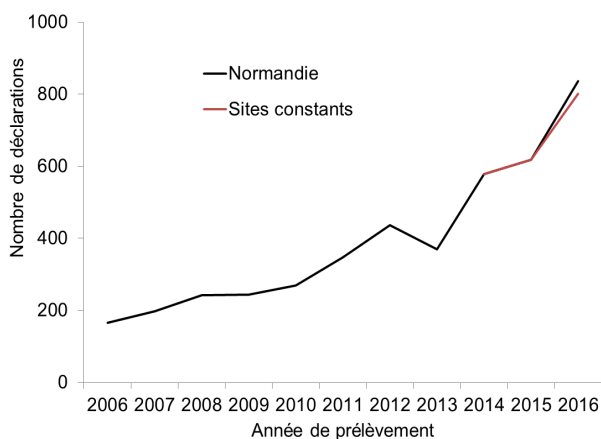
Les caractéristiques sociodémographiques, cliniques ainsi que les lieux de consultation des personnes infectées par Ct sont décrites à partir des données remontées par le réseau sur la période 2006-2016. Une analyse des tendances à sites constants est réalisée à partir des données des laboratoires ayant transmis des données de façon systématique sur une période donnée.

Les données du réseau Renachla sont pour la première fois publiées en Normandie. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata (V12.0, Stata Corporation, College station, TX, USA)

Bilan de la surveillance des infections à *Chlamydia*

Le nombre de déclarations d'infection à Ct est en forte augmentation depuis 2013 en région Normandie. A sites constants au sein du réseau, le nombre total de diagnostics positifs s'élevait à 802 en 2016 (836 tous sites inclus) contre 579 en 2014 au sein du réseau. (Figure Ct1). Les tendances étaient identiques chez les hommes et chez les femmes (Figure Ct2).

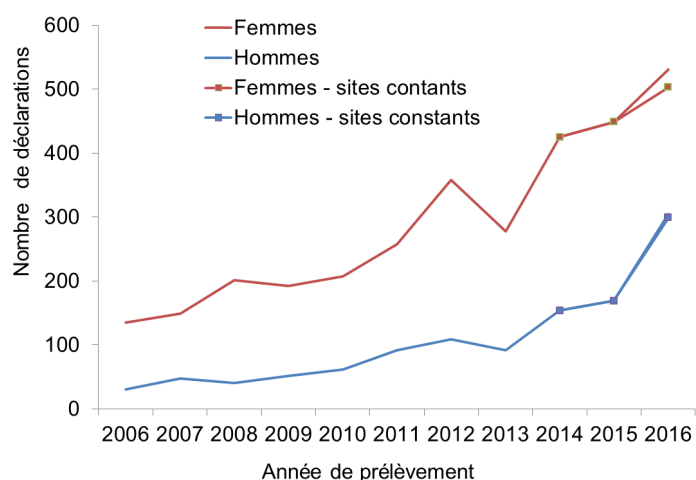
| Figure Ct1 | Evolution du nombre total d'infections à *Chlamydia*, Normandie, 2006/16 (source : Santé publique France, données Renachla, 2016)



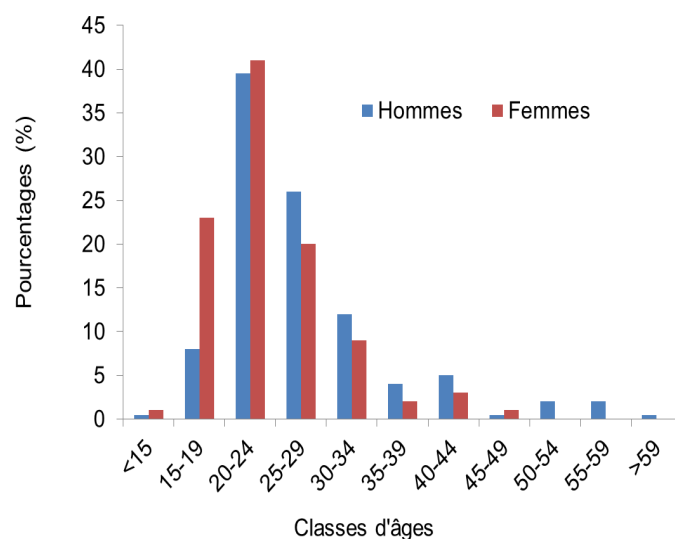
En 2016 la classe d'âge la plus touchée était les 20-24 ans, aussi bien chez les femmes que chez les hommes (Figure Ct3).

En 2016, la majorité des diagnostics (58 %) a été réalisée par des praticiens hospitaliers ou dans les Ceggid/CPEF (39 %). Les diagnostics réalisés par des médecins libéraux ou en structures privées représentaient 3 % des diagnostics. Parmi les patients du réseau Renachla diagnostiqués dans des structures spécialisées (CeGIDD/CPEF), 77 % l'ont été alors qu'ils étaient asymptomatiques contre 37 % en milieu hospitalier et 42 % en milieu libéral (Figure Ct4).

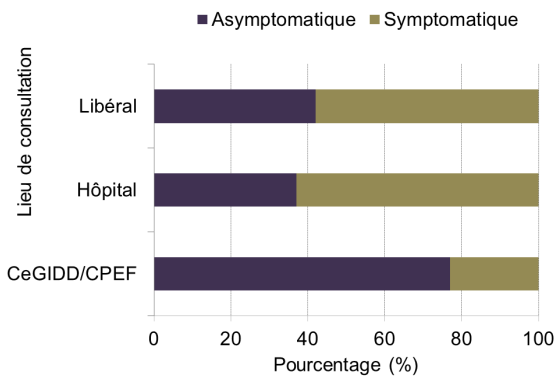
| Figure Ct2 | Evolution du nombre d'infections à *Chlamydia* chez les hommes et chez les femmes, Normandie, 2006/16 (source : Santé publique France, données Renachla, 2016)



| Figure Ct3 | Distribution des infections à *Chlamydia* chez les femmes et chez les hommes par classes d'âges, Normandie, 2016 (source : Santé publique France, données Renachla, 2016)



| Figure Ct4 | Distribution des cas de *Chlamydia trachomatis* selon la présence ou non de symptômes et le lieu de consultation, Normandie, 2016 (source : Santé publique France, données Renachla, 2016)

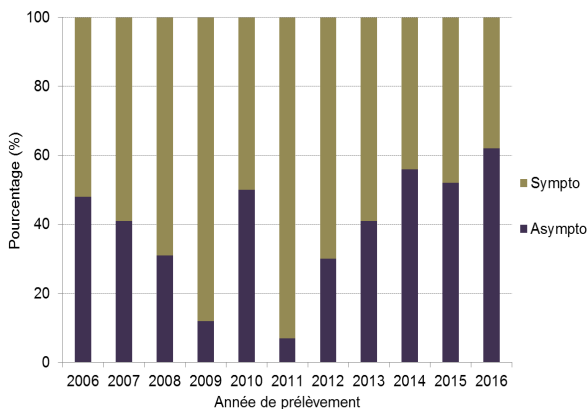


Chez les hommes, la proportion de patients asymptomatiques s'élevait à 62 % en 2016 (Figure Ct5.a). Ce taux est en augmentation depuis 2011. Chez les femmes, la proportion de patientes asymptomatiques, stable depuis 2013, a augmenté en 2016 passant de 34 % en 2015 à 50 (Figure Ct5.b). En 2016, 73 % des prélèvements positifs chez l'homme, ont été prélevés au niveau de l'urètre ou par recueil du 1^{er} jet urinaire (Figure Ct6.a). Chez la femme, 83 % des prélèvements positifs ont été effectués au niveau du col et du vagin (Figure Ct6.b).

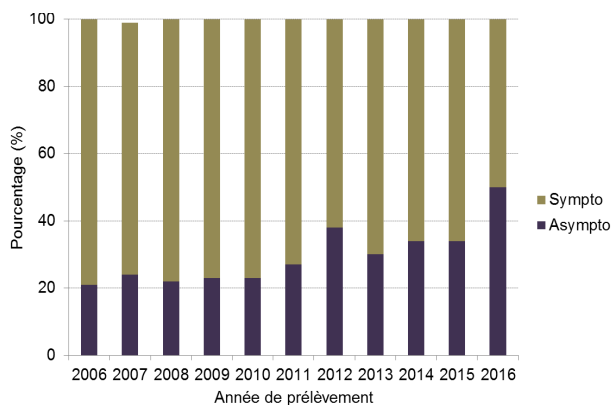
En 2016, 25 % des cas étaient co-infectés avec *Neisseria gonorrhoeae*, 6 % avec *Mycoplasma genitalium*.

| Figures Ct5 a et b | Distribution des cas de *Chlamydia trachomatis* selon la présence ou non de symptômes, Normandie, 2006/16 (source : Santé publique France, données Renachla, 2016)

Ct5.a Chez les hommes



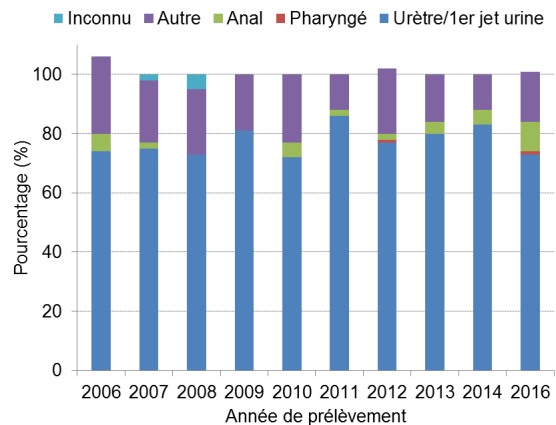
b Chez les femmes



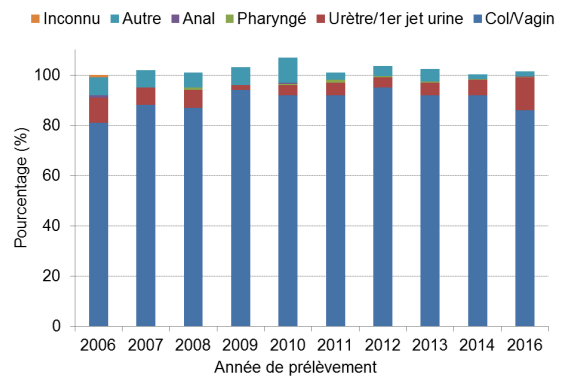
Ct5

| Figures Ct6 a et b | Distribution des sites de prélèvements positifs à *Chlamydia trachomatis*, Normandie, 2006/16 (source : Santé publique France, données Renachla, 2016)

Ct6 a Chez les hommes*



Ct6 b Chez les femmes*



* Plusieurs sites de prélèvements positifs possibles pour un même patient

Points clés surveillance des infections à *Chlamydia trachomatis*

- Sur la période d'analyse, il est observé une hausse des infections à Ct sur la période d'observation et à sites constants. Une majorité de cas était déclaré parmi des femmes. Le nombre de cas était en augmentation chez l'homme, comme chez la femme, depuis 2006. Les femmes diagnostiquées sont majoritairement âgées de 15 à 24 ans, ce qui reflète en partie l'application des recommandations du dépistage systématique des jeunes femmes dans les centres dédiés.
- Les laboratoires ne recueillant pas les données comportementales des patients, il n'est pas possible de décrire la distribution des cas selon l'orientation sexuelle. Néanmoins, la forte représentation des femmes parmi les cas déclarés laisse supposer que l'infection se transmettrait davantage dans le cadre de rapports hétérosexuels, ce qui correspondrait à la situation européenne où 88 % des cas déclarés sont des hétérosexuels.

Thibaut Sabatier, Nathalie Nicolay - Santé publique France, Cire Normandie

Introduction

Le système national de surveillance de l'épidémie de sida a été mis en place en 1982. La déclaration des cas de sida par les professionnels de santé a été rendue obligatoire en 1986.

En 2001, un système de surveillance de l'activité de dépistage du VIH (LaboVIH) a été instauré par l'Institut de veille sanitaire (InVS) (intégré à Santé publique France en 2016) sur l'ensemble du territoire français. En mars 2003, la notification obligatoire des nouveaux diagnostics d'infection à VIH, couplée à la surveillance virologique des contaminations récentes et des sous-types circulants, a été mise en place par l'InVS pour compléter la surveillance.

L'objet de cet article est de présenter les données de surveillance de l'activité de dépistage de l'infection à VIH et des nouveaux cas d'infection à VIH et de sida survenus en 2016 en région Normandie (regroupant les anciennes régions Basse-Normandie et Haute-Normandie).

Méthodes

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

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

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

Cette surveillance est établie à travers :

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

Depuis avril 2016, la notification s'effectue en ligne sur www.e-do.fr. Les anciens formulaires papier en stock pouvaient être utilisés jusqu'en fin 2016. Les déclarants qui ne parviendraient pas à déclarer en ligne pourront obtenir des formulaires au format de PDF à imprimer en s'adressant au support téléphonique e-DO Info Service. Plus d'information sur le site web de Santé publique France. En 2016, la part des déclarations en ligne totalisait 41 % des déclarations en Normandie.

Analyses des données

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

| Données redressées |

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

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

En 2015 (pas de données disponibles en 2016), l'exhaustivité de la DO-VIH était de 68 % en région Basse-Normandie et de 67 % en région Haute-Normandie. L'exhaustivité de la DO-sida était estimée à 59 % sur la période 2007/09 (dernière estimation disponible).

Ces chiffres redressés sont donnés avec leur intervalle de confiance à 95 % (IC95 %). Les analyses descriptives des caractéristiques des personnes ayant découvert leur infection à VIH et des cas de sida sont réalisées à partir des données brutes issues des DO reçues à Santé publique France au 31 décembre 2015 pour des personnes domiciliées en région Normandie.

| Données brutes |

L'étude des caractéristiques (sociodémographiques, cliniques et comportements sexuels à risque) des personnes ayant découvert leur infection à VIH et sida a été réalisée à partir des données brutes pour l'année 2016 avec une comparaison de ces mêmes caractéristiques par rapport à la période 2006/15 en région Normandie. Une présentation des caractéristiques des personnes ayant découvert leur infection en 2016 en France métropolitaine est également disponible dans ce document.

Les données manquantes ont été exclues des analyses de comparaison des données VIH (réalisées à l'aide d'un Chi2).

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

| Un taux de sérologie à 63 pour 1 000 habitants, stable par rapport aux années précédentes, un taux de positivité à 1,4 sérologie positive pour 1 000 sérologies réalisées, comparable au taux national (hors région Ile-de-France) |

Le nombre de sérologies VIH effectuées dans la région pour 1 000 habitants est présenté en figure 1. En 2016, il s'élevait à 63 pour 1 000 habitants (IC95 % = 60-67) ce qui plaçait la région au 4ème rang des régions ayant une faible activité de dépistage. Ce taux est stable depuis 2010 fluctuant entre 62 et 66 sérologies pour 1 000 habitants. Il était inférieur à celui observé au niveau national (81 pour 1 000 habitants).

En 2016, en France métropolitaine (hors région Ile-de-France) le nombre moyen de sérologie VIH réalisée s'élevait à 72 sérologies pour 1 000 habitants (IC95 % = 70-73). Les taux d'activité les plus élevés étaient observés en régions Ile-de-France et Paca, respectivement à 112 et 102 pour 1 000 habitants (Figure 1).

En 2016, en Normandie, le nombre total de sérologies VIH confirmées positives était estimé à 293 (IC95 % = 235-351) soit un taux de positivité de 1,4 sérologie positive pour 1 000 sérologies réalisées. (Figure 2). Ce taux était proche du taux de positivité observé en France métropolitaine hors région Ile-de-France qui s'élevait à 1,3 sérologie positive pour 1 000 sérologies réalisées. Il était de 3,6 sérologies positives pour 1 000 sérologies réalisées en région Ile-de-France.

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

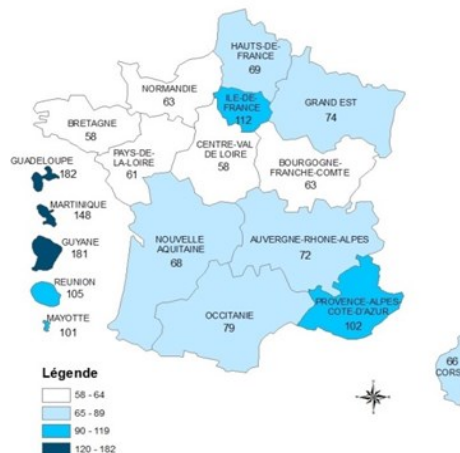
| Un taux de découverte d'infection à VIH stable qui s'élevait à 44 cas par million d'habitants |

En 2016, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en région Normandie a été estimé à 146 (IC95 % = 111-181), soit un taux de découverte de 44 cas par million d'habitants (IC95 % = 33-54) (Figure 3), ce qui plaçait la région Normandie au 4ème rang de découvertes de séropositivité les moins élevées de France métropolitaine (Figure 4).

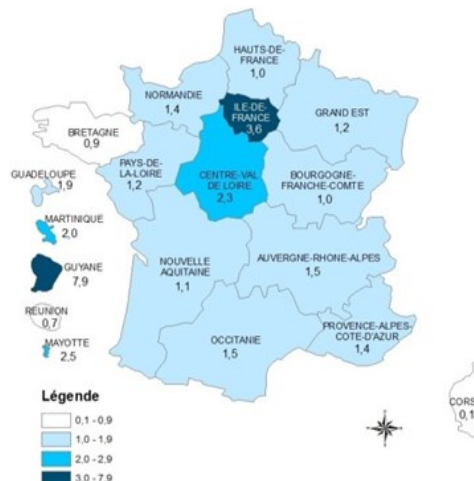
Ce taux fluctuait entre 40 et 57 cas par million d'habitants depuis 2003. Il est inférieur au taux national qui s'élevait à 90 par million d'habitants (IC95 % = 86-94) en 2016.

En France métropolitaine, en 2016, c'est en Ile-de-France qu'on observe le taux de découverte de séropositivité le plus élevé avec 206 cas par million d'habitants (IC95 % = 180-232).

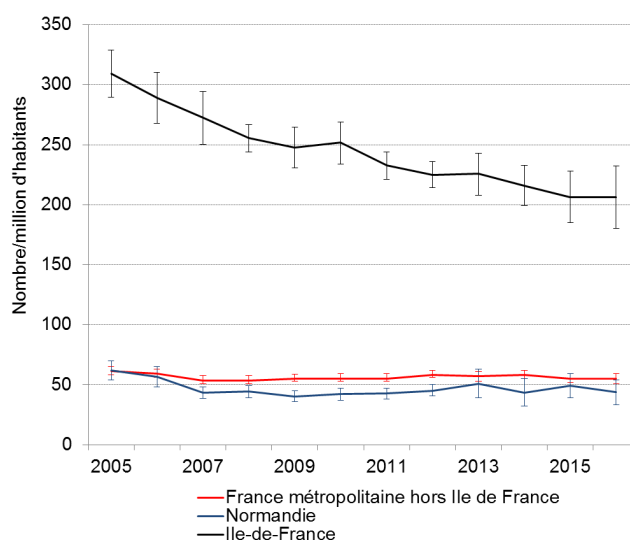
| Figure 1 | Nombre de sérologies VIH réalisées pour 1 000 habitants, par région, 2016 (Source : Santé publique France, données LaboVIH, 2016)



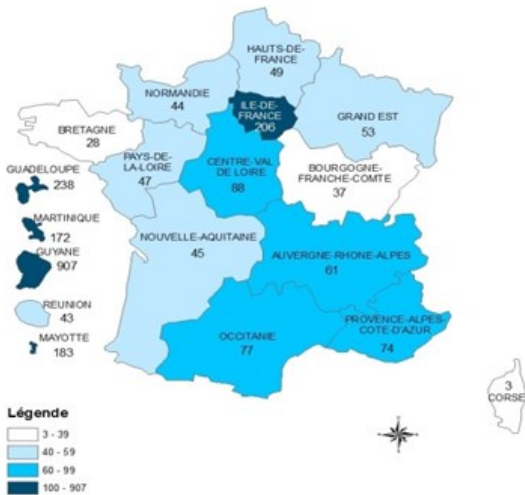
| Figure 2 | Nombre de sérologies VIH positives pour 1 000 sérologies réalisées, par région, 2016 (source : Santé publique France, données LaboVIH, 2016)



| Figure 3 | Evolution du nombre de découvertes d'infection à VIH par million d'habitants, Normandie, 2005/16 (source : Santé publique France, données DO-VIH au 30/06/2017 corrigées pour les délais de déclaration, la sous déclaration et les valeurs manquantes)



| Figure 4 | Nombre de découvertes d'infection à VIH par million d'habitants, par région, 2016 (source : Santé publique France, données DO-VIH au 30/06/2017 corrigés pour les délais de déclaration, la sous déclaration et les valeurs manquantes)



| L'âge médian des cas notifiés s'élevait à 38 ans, deux tiers des notifications ont été faites parmi des hommes; la moitié des nouvelles découvertes parmi des personnes nées en France|

En Normandie, l'âge médian des cas était de 38 ans en 2016. Les personnes âgées entre 31 et 49 ans totalisaient un peu plus de la moitié (53 %) des cas notifiés en 2016 et cette proportion est comparable à la proportion observée sur la période 2006/15 (49 %) (p = ns). Elle est également comparable à celle observée en France métropolitaine (50 %) (p = ns).

En 2016, en Normandie, deux tiers des personnes ayant eu un diagnostic d'infection à VIH était des hommes (66 %). Cette proportion était comparable à celle observée sur la période 2006/15 (63 %) (p = 0,485). En France métropolitaine la proportion de notification chez les hommes s'élevait à 69 % en 2016.

Parmi les notifications pour lesquelles le pays de naissance était documenté (75 %), 53 % des personnes étaient nées en France et 38 % étaient originaires d'Afrique Sub-saharienne. Sur la période 2006/15, la proportion de personnes nées en France s'élevait à 61 % et celles nées en Afrique Sub-saharienne à 33 %.

| En 2016, en Normandie, 37 % de découvertes l'ont été parmi des homosexuels masculins et 49 % parmi des hétérosexuels |

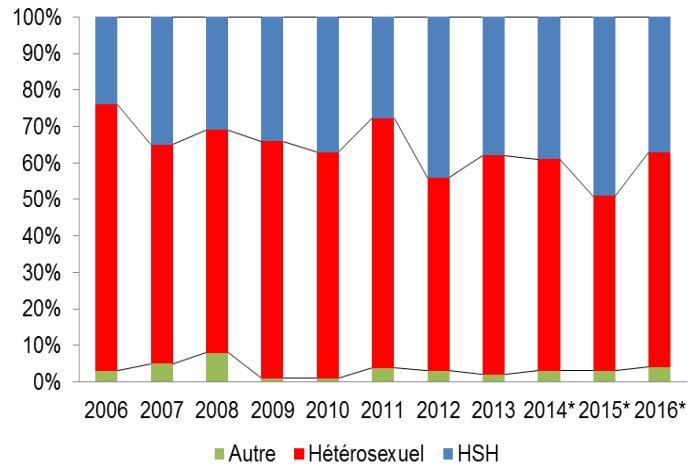
En 2016, en Normandie, parmi les notifications pour lesquelles le mode de contamination était documenté (72 %), le mode de contamination par rapport sexuels entre hommes (HSH) totalisait 37% des modes de contamination *versus* 59% pour les rapports hétérosexuels (Figure 5). La distribution des modes de contamination est identique en 2016 par rapport à la période 2006/15. En 2016, en France métropolitaine, la proportion des HSH était de 48 % contre 49 % de contamination par rapports hétérosexuels.

| La présence de signes cliniques ou biologiques d'infection à VIH reste la principale circonstance de découvertes de l'infection à VIH |

En 2016, le motif de dépistage a été renseigné pour 72 % des notifications: un tiers des sérologies ayant permis le diagnostic d'infection à VIH ont été prescrits devant la présence de signes cliniques et biologiques d'infection à VIH et 23 % des découvertes l'ont été à la suite d'un dépistage orienté* (Tableau 1).

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

| Figure 5 | Distribution des modes de contamination entre 2006 et 2016, Normandie (source : Santé publique France, données DO-VIH brutes au 30/06/2017)



* données provisoires

| Tableau 1 | Distribution (%) des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des découvertes d'infection à VIH notifiées en Normandie et en France métropolitaine entre 2006 et 2016 (source : Santé publique France, données DO-VIH brutes au 30/06/2017)

	Normandie		France métropolitaine	
	2006-2015	2016	2006-2015	2016
Age médian [IC 25-75 %]	37 [29-47]	38 [27-46]	37 [29-46]	37 [29-47]
Sexe				
Homme	63	66	68	69
Femme	37	34	32	31
Classe d'âge				
< 30	31	33	29	30
31 - 49	49	53	54	50
50 et plus	20	14	17	20
Pays de naissance				
France	61	53	53	49
Afrique	35	41	38	39
Europe	2	1	4	5
Autres pays étrangers		5	5	7
Mode de contamination				
HSH	37	37	43	48
Hétérosexuel	60	59	54	49
Autre	3	4	3	3
Motif de dépistage				
Signes cliniques ou biologiques	35	33	33	26
Exposition au VIH	18	11	21	17
Bilan systématique	14	15	14	16
Autre dépistage*	33	41	32	41
Infection récente				
Oui	26%	27	31	33
Non	74%	73	69	67
Stade clinique				
Primo-infection	10	7	11	11
Asymptomatique	64	69	62	64
Symptomatique	11	8	12	13
Sida	15	16	15	15
Nombre de CD4 au diagnostic VIH^a				
<200	28	32	29	28
200-349	21	20	21	21
350-499 et	20	24	20	21
>=500	31	24	30	30
Délais de diagnostic^b				
Précoce	36	26	36	36
Intermédiaire	36	39	34	36
Tardif	28	35	30	28

| En 2016, 69 % des cas notifiés ont été diagnostiqués à un stade « asymptomatique », 16 % au stade sida, 8% au stade « symptomatique non sida » et 7 % au moment de la primo-infection |

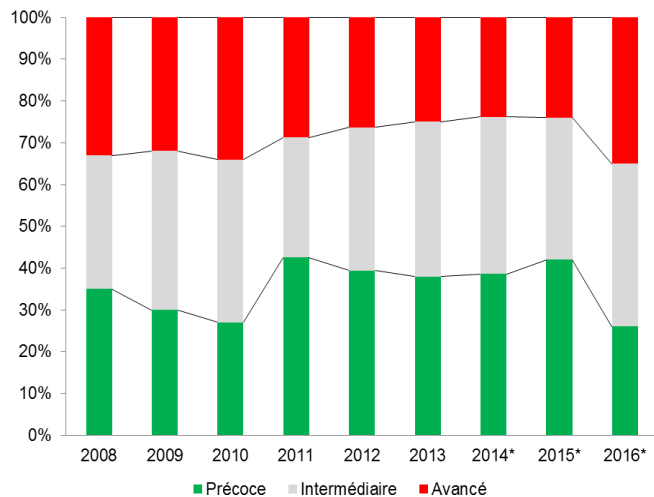
En 2016, le stade clinique était documenté pour 74 % des cas : 69 % des cas notifiés ont été diagnostiqués à un stade « asymptomatique », 16 % au stade sida, 8 % au stade « symptomatique non sida » et 7 % au moment de la primo-infection. Cette distribution n'est pas différente de celle observée sur la période 2006/15 ($p = ns$). Elle était également similaire à celle observée en France métropolitaine.

Les données de numération des CD4 sont disponibles depuis 2008 : 1/3 des notifications concernaient des personnes ayant un taux de CD4 inférieur à $200/mm^3$. La distribution de la numération des CD4 au moment du diagnostic observé en 2016 ne différait pas de celle observée sur la période 2008/15. Elle était également proche de celle observée à l'échelle de la France métropolitaine. Au final, en 2016, le délai de diagnostic de l'infection à VIH apprécié à partir du stade clinique et du nombre de CD4 au moment du diagnostic, permet d'identifier un diagnostic précoce pour 26 % des notifications soit une perte de 10 points par rapport à ce qui est observé sur la période 2008/15 (36 %). Cependant cette différence n'était pas significative ($p = 0.262$) (Figure 5).

| Environ ¼ des notifications concernait des infections récentes |

Le résultat du test d'infection récente était connu pour 87 % des infections à VIH notifiées en 2016. En 2016, un quart (27 %) des notifications d'infection à VIH concernait des infections récentes.

| Figure 5 | Distribution des diagnostics précoces, intermédiaires et avancés entre 2008 et 2016, Normandie (source : santé publique France, données DO-VIH brutes au 30/06/2017)



* données provisoires

| Le taux de co-infection par le virus de l'hépatite B et/ou C est faible |

La notion de co-infection par le virus de l'hépatite B et/ou C était connue pour environ deux tiers des notifications : une co-infection par le virus de l'hépatite B était rapportée dans 3 % des notifications, ce taux est stable par rapport à la période 2006/15 ($p = ns$). Aucun cas de co-infection par le virus de l'hépatite C n'a été notifié en 2016. Sur la période 2006/15 le taux de co-infection avec le virus de l'hépatite C représentait 4 %.

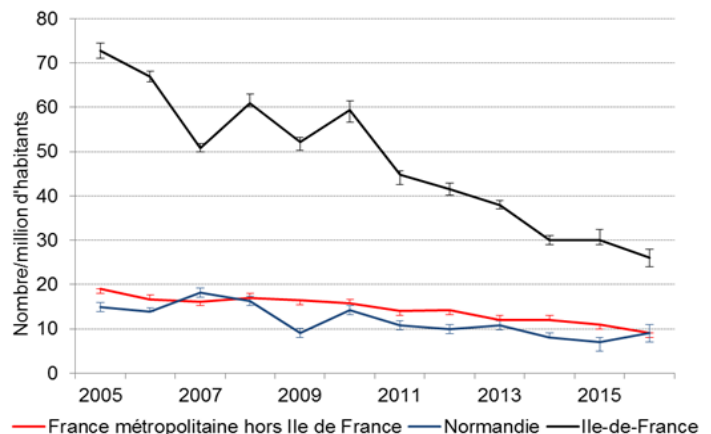
3. Bilan de la surveillance des découvertes de sida (DO-sida) par la déclaration obligatoire

| En 2016, en région Normandie : 30 nouveaux cas de sida estimés |

En 2016, le nombre de découvertes de sida en région Normandie a été estimé à 30 (IC95 : 23-36) soit un taux de diagnostic de sida estimé à 9 par million d'habitants. Ce taux était le même en France métropolitaine hors région Ile-de-France. Il s'élevait à 26 par million d'habitants en région Ile-de-France. Depuis 2005, les taux annuels de découvertes de sida sont restés stable en Normandie (Figure 6).

Un total de 5 cas connaissait leur séropositivité au moment du diagnostic de sida (le statut sérologique était rapporté pour l'ensemble des cas en 2016). Parmi ces 5 cas, 3 étaient sous traitement antirétroviral.

| Figure 6 | Evolution du nombre de découvertes de sida par millions d'habitants, Normandie, 2016 (source : Santé publique France, données DO-sida au 30/06/2017 corrigées pour les délais de déclaration et la sous déclaration)



Point clés surveillance surveillance du VIH et du sida

- En 2016, le recours au dépistage en région Normandie n'a pas observé d'évolution significative : il s'élevait à 63 pour 1 000 habitants, moins élevé que ce qui a été observé à l'échelle de la France métropolitaine hors Ile-de-France (72 sérologies pour 1 000 habitants). Le taux de positivité s'élevait à 1,4 pour 1 000 sérologies, similaire au taux observé dans la France métropolitaine (1,3 pour 1 000 sérologies) (hors région Ile-de-France).
- En 2016, le taux de découvertes de séropositivité à VIH s'élevait à 44 cas par million d'habitants (IC95 % = 33-54). L'infection à VIH a touché particulièrement les hommes (66 %) et parmi ces derniers, les HSH représentaient 55 % des nouvelles contaminations. Par ailleurs le diagnostic était précoce pour un quart des découvertes ce qui représentait le taux le plus faible depuis 2008.
- En 2016, le nombre de découvertes de sida en région Normandie a été estimé à 30 (IC95 = 23-36), soit un taux de diagnostic de sida estimé à 9 par million d'habitants.

QUAND JE DÉCIDE

RÉSULTATS EN 20 MIN

GRATUITEMENT

EN CONFIANCE

Les modes de DÉPISTAGE DU VIH s'adaptent à votre vie

AUTOTEST TEST RAPIDE TEST AU CoGIDIO* TEST EN LABO

Parlez-en à votre médecin traitant ou posez vos questions sur sida-info-service.org
Appel confidentiel, anonyme & gratuit depuis un poste fixe au 0 800 840 800

Santé publique France

CHEZ MOI

SANS ÊTRE JUGÉ

ACCOMPAGNÉ

REMBOURSÉ

Les modes de DÉPISTAGE DU VIH s'adaptent à votre vie

AUTOTEST TEST RAPIDE TEST AU CoGIDIO* TEST EN LABO

Parlez-en à votre médecin traitant ou posez vos questions sur sida-info-service.org
Appel confidentiel, anonyme & gratuit depuis un poste fixe au 0 800 840 800

Santé publique France

ANONYME

GRATUIT

SANS RDV

DANS MON QUARTIER

Les modes de DÉPISTAGE DU VIH s'adaptent à votre vie

AUTOTEST TEST RAPIDE TEST AU CoGIDIO* TEST EN LABO

Parlez-en à votre médecin traitant ou posez vos questions sur sida-info-service.org
Appel confidentiel, anonyme & gratuit depuis un poste fixe au 0 800 840 800

Santé publique France

ANONYME

GRATUIT

SANS RDV

ACCOMPAGNÉE

Les modes de DÉPISTAGE DU VIH s'adaptent à votre vie

AUTOTEST TEST RAPIDE TEST AU CoGIDIO* TEST EN LABO

Parlez-en à votre médecin traitant ou posez vos questions sur sida-info-service.org
Appel confidentiel, anonyme & gratuit depuis un poste fixe au 0 800 840 800

Santé publique France

NOM DE L'ÉVÈNEMENT Lieu de l'évènement JJ/MM/AAAA



Parlez-en à votre médecin traitant ou posez vos questions sur sida-info-service.org
Appel confidentiel, anonyme & gratuit depuis un poste fixe au 0 800 840 800

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

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin de veille sanitaire sur : www.santepubliquefrance.fr

Directeur de la publication : Dr François BOURDILLON, Directeur général de Santé publique France
Rédacteur en chef : Arnaud MATHIEU, coordonnateur scientifique de la Cire Normandie
Comité de rédaction : Nathalie NICOLAY, médecin épidémiologiste, Thibaut Sabathier, Interne de santé publique
Relecteurs : Françoise CAZEIN, Ndeindo NDEIKOUNDAM, Arnaud MATHIEU
Diffusion : Cire Normandie - 31, rue Malouet 76000 Rouen
 Tél. : 02 32 18 31 64 - Fax : 02 32 18 26 50