

CIRE PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR / CORSE



1er Décembre

**JOURNÉE
MONDIALE
DE LUTTE
CONTRE
LE SIDA**

Sommaire

Page 2

Point méthodologique et synthèse des données nationales

Page 3

Surveillance des infections à VIH et Sida dans la région Provence-Alpes-Côte-D'azur. Données actualisées au 30/06/2017

Page 8

Dispositif e-DO.

| Editorial |

Vers des territoires sans sida ?

Les chiffres sont tenaces : en 2016, le nombre de nouvelles personnes ayant découvert leur séropositivité au VIH en France était estimé à 6 003. Ce chiffre est en diminution depuis 2003. En région Paca, qui concentre 6 % des nouvelles contaminations, le taux de découverte de séropositivité est de 74 par millions d'habitants. Ce taux est en baisse mais à interpréter avec prudence et à consolider, compte tenu de l'intervalle de confiance large et du changement des modalités de déclaration en 2016.

L'épidémie du VIH dans notre région reste préoccupante. Les nouvelles découvertes concernent des personnes jeunes (63 % ont entre 25 et 49 ans, 12 % ont moins de 25 ans), et principalement des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) (60 % des cas). On retrouve un retard au diagnostic dans près de 26 % des cas et une coinfection par une autre infection sexuellement transmissible (IST) dans 26 %, en nette augmentation par rapport à la période 2009-2015. Si l'épidémie régionale concerne principalement les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), les contaminations par voie hétérosexuelle persistent, notamment chez les femmes et chez des personnes originaires d'Afrique sub saharienne ou d'autres pays de naissance.

Les nouveaux cas de sida sont stables mais concernent principalement des personnes qui ignoraient leur séropositivité (55 %) ou qui n'avaient pas reçu de traitement antirétroviral (68 %). Nous sommes ainsi toujours confrontés à un retard au diagnostic ou à un lien au soin non optimal, ne permettant pas le contrôle virologique sous traitement antirétroviral.

L'épidémie du VIH est aussi préoccupante, au-delà des chiffres de 2016, par les données publiées récemment : en région Paca l'épidémie cachée (c'est-à-dire le nombre de personnes infectées et non diagnostiquées) était estimée en 2013 à 1 700, soit un taux de 6 pour 10 000 habitants, dont environ 900 concernent des HSH. L'épidémie cachée est concentrée sur les Bouches du Rhône (7/10 000 soit 800 personnes) et les Alpes Maritimes (10/10 000 soit 600 personnes). De même on estimait à 473 le nombre d'hommes et de femmes hétérosexuelles nées à l'étranger et non diagnostiquées [1].

Les résultats de l'étude Prevagay [2] indiquaient en 2015 que 17 % des HSH participant à cette enquête de prévalence sur Nice étaient infectés par le VIH, dont près de 10 % ignorait leur séropositivité.

Enfin le retard au diagnostic retrouvé dans les chiffres de 2016 est bien identifié. Il était en médiane de 3,3 ans parmi les personnes nouvellement infectées en 2013, particulièrement chez les hétérosexuels français (4,4 ans) ou étrangers (4,3 ans) avec, en outre, un retard à l'entrée dans le soin chez les usagers de drogues.

Au final, les défis à relever pour enrayer l'épidémie et réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH sont d'une part une incidence élevée, notamment chez les HSH, et d'autre part un diagnostic tardif, source de nouvelles contaminations par l'initiation trop tardive du traitement antirétroviral.

Il nous faut désormais donner une nouvelle impulsion pour atteindre et dépasser dès 2020 les objectifs fixés par l'Organisation Mondiale de la Santé et précisés dans les axes 2 et 4 de la Stratégie nationale de santé sexuelle : 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique ; 95% des personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement antirétroviral ; 95% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement indétectable.

Les stratégies de prévention diversifiées du VIH sont connues. Nous devons dès aujourd'hui enclencher une nouvelle dynamique : intensifier et diversifier l'offre de dépistage auprès des populations clefs les plus à risque ; accroître l'offre de prophylaxie pré-exposition (PrEP) vis à vis des populations cibles ; assurer le lien au soin des personnes nouvellement diagnostiquées et le maintien dans le soin des patients traités et contrôlés virologiquement ; former les professionnels de santé à l'utilisation de ces outils de prévention ; enfin communiquer auprès des publics cibles sur ces stratégies diversifiées et inclure durablement l'offre de soins en santé sexuelle dans le parcours de soins des patients.

Cette impulsion passera nécessairement par la définition des objectifs à un niveau régional et une mise en œuvre territoriale des actions, tenant compte de la connaissance fine des acteurs sur les forces et besoins non couverts des territoires.

Pour parvenir à l'objectif de zéro contamination d'ici 2030.

[1] Supervie V. SFLS, Montpellier 2016

[2] Velter A, et al. Estimation de la prévalence du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay de cinq villes françaises – PREVAGAY 2015. Bull Epi-démol Hebdomadaire. 2017;(18):347-54.

| Surveillance des infections à VIH et Sida dans la région Provence-Alpes-Côte-D'azur. Données actualisées au 30/06/2017 |

Ce bulletin présente les données du dépistage et du diagnostic de l'infection à VIH et du Sida, en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), à partir de trois systèmes de surveillance coordonnés par Santé publique France (SpFrance).

1. 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 positives¹ 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 auprès de SpFrance². A ce dépistage par sérologie classique, s'ajoutent les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) communautaires, réalisés par les associations agréées.
2. 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 laboratoire.
3. 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, avec un code d'anonymat en guise d'identifiant.

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 en format PDF à imprimer en s'adressant à e-DO Info Service au numéro : 0 809 100 003 (service gratuit + prix appel).

¹ Le nombre de sérologies positives recueillies par le dispositif LaboVIH diffère du nombre de découvertes de séropositivité, car une personne ayant eu une sérologie positive dans un laboratoire donné, peut être à nouveau testée dans un autre laboratoire, comptant ainsi pour 2 sérologies positives.

² ANSP-DMI-VIC@invs.sante.fr

| DONNÉES NATIONALES |

Le nombre total de sérologies VIH réalisées en 2016 était estimé, à partir de l'activité des laboratoires participant à LaboVIH, à 5,43 millions (IC95%: [5,34-5,52]), soit 81 sérologies VIH pour 1 000 habitants. Cette activité de dépistage a augmenté modérément, de 4 % depuis 2013. La proportion de sérologies confirmées positives était de 2,0 pour mille sérologies réalisées.

Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en France en 2016 était estimé, à partir de la DO du VIH, à 6 003 personnes (IC95% [5751-6255]), soient 90 découvertes par million d'habitants. Ce nombre est stable depuis 2013.

Le nombre de TROD était beaucoup plus faible (56 339 en 2016), mais le public ciblé était plus exposé que la population générale. La proportion de tests positifs y était donc plus élevée (8,7 pour mille TROD réalisés).

Environ 900 cas de Sida ont été diagnostiqués en 2016, principalement (76 %) chez des personnes n'ayant pas reçu de traitement antirétroviral avant leur diagnostic de sida.

| A NOTER |

- Les analyses des diagnostics VIH et Sida présentées ici sont issues de la DO des découvertes de séropositivité et des diagnostics de Sida notifiés jusqu'au 30/06/2017.
- Ces données peuvent être brutes, c'est-à-dire limitées aux données parvenues à SpFrance 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. Il est nécessaire d'utiliser des données corrigées pour connaître le nombre annuel de diagnostics, analyser les évolutions au cours du temps ou comparer les régions en rapportant les cas à la population. Les 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 Paca. La région de déclaration est utilisée par défaut lorsque la région de domicile n'est pas renseignée.

1. Activité de dépistage et de diagnostic du VIH

1.1 Activité de dépistage du VIH

• en Laboratoire

En 2016, le nombre de sérologies VIH effectuées en région Paca était de 102 p. 1 000 habitants (IC95%: [95-108]) (figure 1). Il est stable depuis 2008 et significativement supérieur à celui observé au niveau national (81 p. 1 000 habitants). La région Paca est la deuxième région, après l'Île-de-France, avec une activité de dépistage élevée.

La proportion de sérologies positives pour 1 000 tests effectués, estimée à 1,4 en 2016, variait de 1,3 à 1,8 depuis 2003. Cette proportion est similaire, en 2016, à celle retrouvée au niveau de la France métropolitaine hors Ile-de-France (1,3) (figure 2).

• par tests d'orientation rapide de diagnostic (TROD)

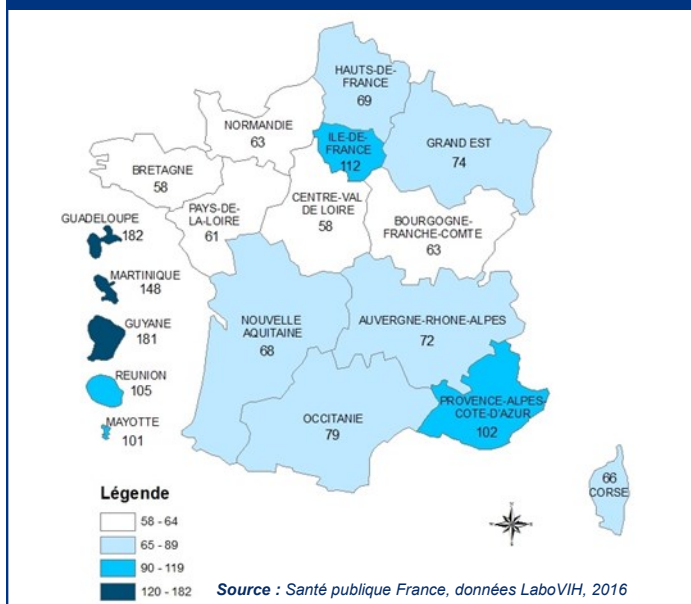
En 2016, 3 933 TROD communautaires ont été réalisées en Paca avec un taux de positivité de 5,8 pour 1 000 tests, supérieur au taux de sérologies positives en laboratoire (1,4 p. 1 000 tests).

1.2 Notification Obligatoire de l'infection à VIH

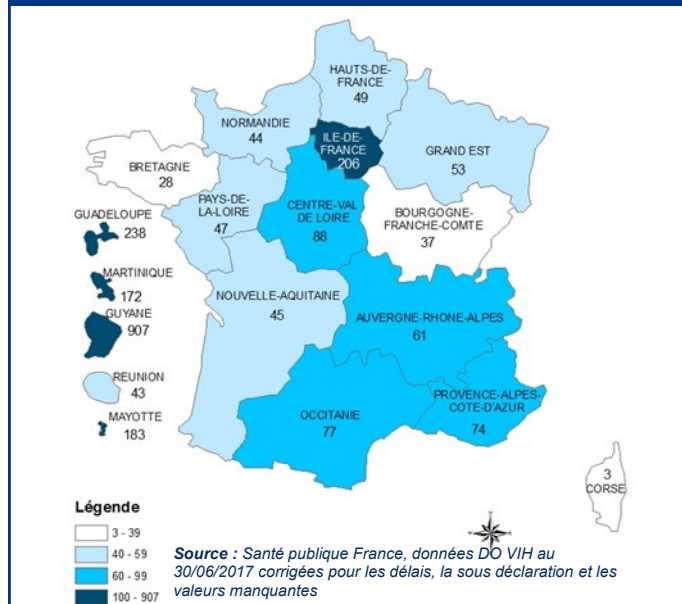
En 2016, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité dans la région Paca était de 374 (IC95%: [261-487]) soit un taux de 74 p. million d'habitants (IC95%: [52-97]) (figure 3). Ce *taux doit être considéré avec précaution car l'intervalle de confiance est large et les données de 2016 ne sont pas consolidées*. Il restait toutefois supérieur au taux observé en France métropolitaine hors Ile-de-France (55 p. million d'habitants), et était du même ordre de grandeur que le taux national (90 p. million d'habitants) (figure 3).

En France métropolitaine, en 2016, le taux de découverte de séropositivité le plus élevé est observé en Ile-de-France (206 p. million d'habitants) (figure 4).

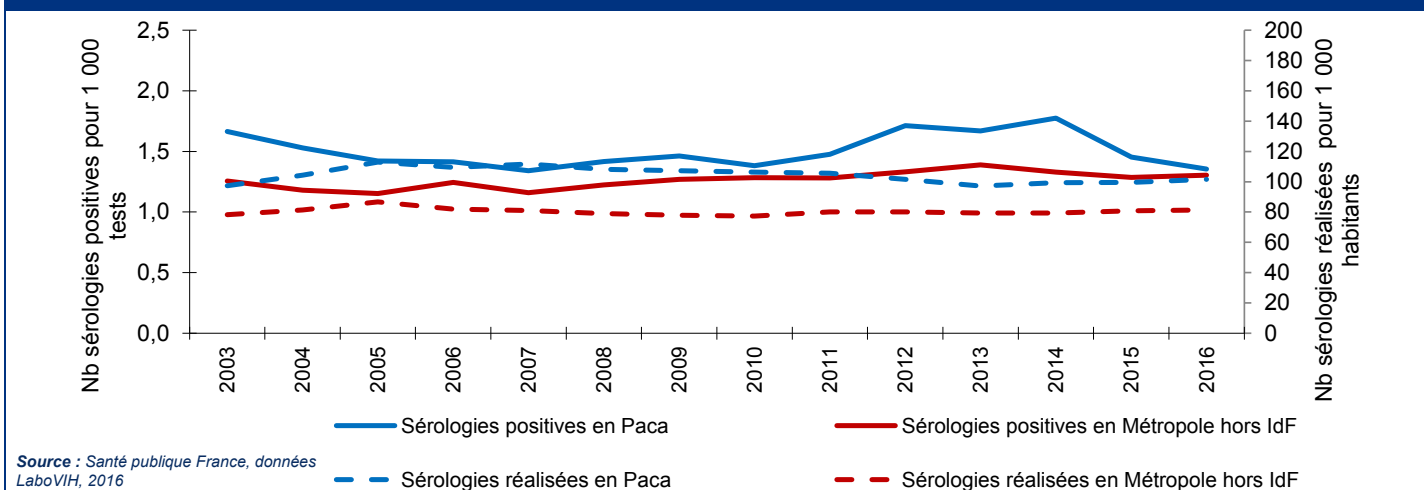
| Figure 1 | : Nombre de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants, par région, 2016.



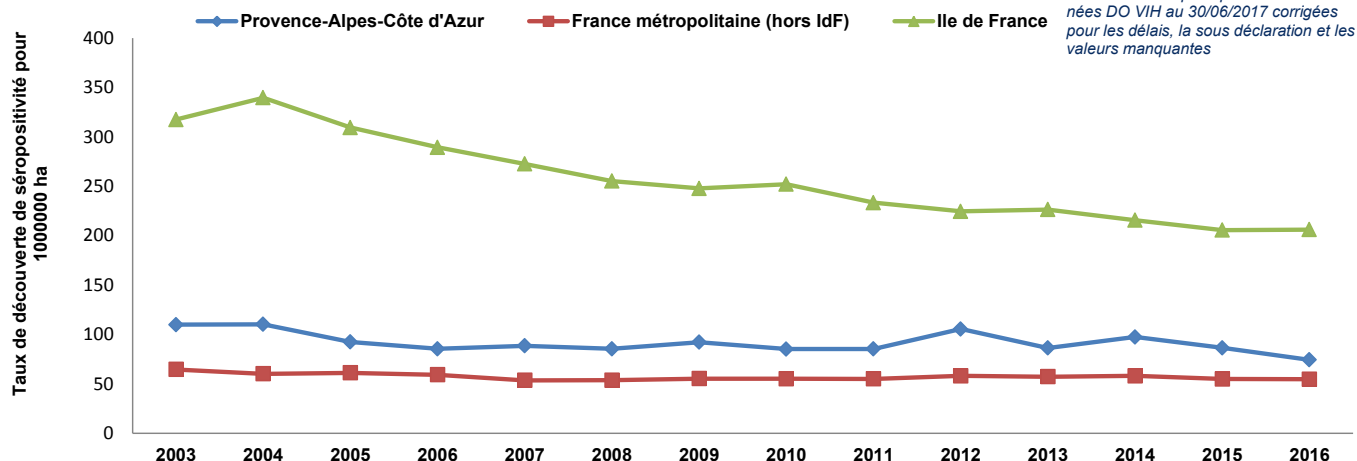
| Figure 3 | : Nombre de découvertes de séropositivité par million d'habitants, par région, 2016.



| Figure 2 | : Evolution du nombre de sérologies réalisées pour 1000 habitants et du nombre de sérologies positives pour 1000 tests en région Provence-Alpes-Côte d'Azur et en France métropolitaine (hors IdF), 2003-2016.



| Figure 4 | : Evolution du taux annuel de découvertes de séropositivité VIH en France métropolitaine (hors Ile-de-France) et en régions Ile-de-France et Paca, de 2003 à 2016.



1.2.1 Caractéristiques sociodémographiques

Age : En région Paca, l'âge médian des cas était similaire en 2016 (40 ans) et sur la période 2009-2015 (39 ans). En 2016, la classe d'âge des 25-49 ans était majoritaire et représentait 63 % des cas (68 % en 2009-2015).

Sexe : La proportion de femmes en 2016 était similaire à celle de la période 2009-2015 et représentait un quart des découvertes de séropositivité VIH (tableau 1). Ces proportions étaient plus basses que celles observées au niveau national (31 %).

Pays de naissance : En 2016, la proportion de personnes découvrant leur séropositivité et nées en France était stable à 70 %. Ces proportions étaient supérieures à celle du niveau national (53 %).

1.2.2 Caractéristiques cliniques

Mode de contamination : Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2016, 60 % ont été contaminées lors de rapports sexuels entre hommes (vs 58 % en 2009-2015), 35 % lors de rapports hétérosexuels (vs 39 %) et 2 % par usage de drogues injectables (vs 2 %). Les rapports sexuels entre hommes représentaient le mode de contamination le plus fréquent entre 2009 et 2016 (figure 5). Le mode de contamination par rapports hétérosexuels était majoritaire chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne (83 % en 2016). Le mode de contamination par rapports sexuels entre hommes était majoritaire chez les personnes nées en France (73 % en 2016).

| Tableau 1 | : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des cas ayant découvert leur séropositivité VIH. Notification en région Paca et en France métropolitaine, 2009 à 2016.

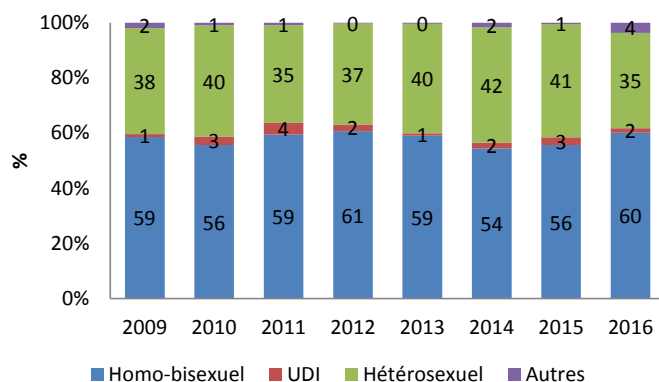
	Région Paca		Métropole	
	2009 -2015	2016*	2009 -2015	2016*
Age (année)				
Mediane	39	40	37	37
< 25 ans	10 %	12 %	12 %	11 %
25-49 ans	68 %	63 %	70 %	69 %
> 50 ans	22 %	25 %	18 %	20 %
Sexe				
Hommes	78 %	75 %	69 %	69 %
Femmes	22 %	25 %	31 %	31 %
Pays de naissance				
Afrique sub-saharienne	13 %	13 %	34 %	35 %
France	70 %	70 %	53 %	49 %
Autres	17 %	18 %	13 %	15 %
Mode de contamination				
HSH	58 %	60 %	45 %	48 %
Rapports hétérosexuels	39 %	35 %	52 %	49 %
Injection de drogues	2 %	2 %	2 %	1 %
Coinfection hépatite C				
oui	5 %	4 %	4 %	4 %
non	95 %	96 %	96 %	96 %
Coinfection hépatite B				
oui	3 %	2 %	5 %	1 %
non	97 %	98 %	95 %	99 %
Coinfection IST				
oui	19 %	26 %	17 %	19 %
non	81 %	74 %	83 %	81 %
CD4 au diagnostic VIH				
<200	23 %	25 %	28 %	27 %
200-349	21 %	18 %	21 %	21 %
350-499	23 %	21 %	21 %	21 %
>=500	33 %	37 %	30 %	30 %
Délai au diagnostic				
Diagnostic précoce**	42 %	40 %	37 %	36 %
Diagnostic stade avancé***	24 %	26 %	30 %	28 %

Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2017
* Données provisoires

** Diagnostic précoce : CD4>500/mm³ hors sida ou primo-infection au diagnostic

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

| Figure 5 | : Evolution de la part des principaux modes de contamination parmi les découvertes de séropositivité VIH déclarées, dans le région Paca, 2009 à 2016 .



Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2017

Co-infection hépatite C et B : La proportion de personnes co-infectées par le VHC représentait 4 % en 2016 (5 % en 2009-2015). Cette proportion était respectivement de 3 % et 2 % pour les personnes co-infectées par le VHB (tableau 1).

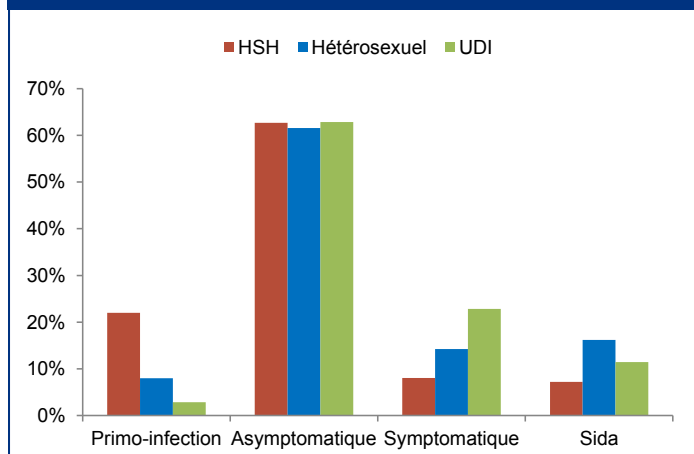
Co-infection IST : La proportion de personnes co-infectées par une IST en 2016 était en augmentation à 26 % (19 % en 2009-2015). Cette proportion était plus élevée dans la région Paca qu'en France métropolitaine (19 %) (tableau 1).

Stade clinique : En 2016, un quart des découvertes de séropositivité avaient un taux de CD4 inférieur à 200 / mm³. La découverte au stade de primo-infection était plus fréquente chez les homo-bisexuels (22 %). La découverte au stade de sida était plus fréquente chez les UDI (11,4 %) et les hétérosexuels (16,2 %) (figure 6).

Délai au diagnostic : En 2016 dans la région, parmi les 182 cas renseignés, 26 % des diagnostics étaient réalisés à un stade avancé (stade clinique de Sida ou CD4<200 mm³) de l'infection par le VIH et 40 % à un stade précoce (figure 7).

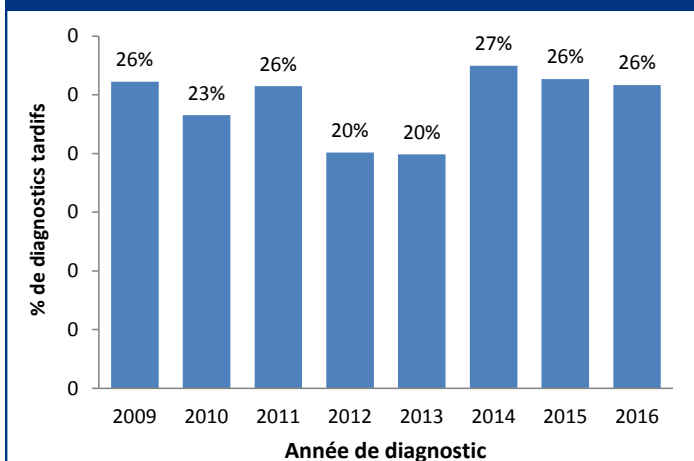
Les données 2015 et 2016 ne sont pas encore consolidées et doivent être interprétées avec prudence.

| Figure 6 | : Stade clinique au moment de la découverte de la séropositivité selon le mode de contamination, région Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2009 à 2016 .



Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2017

| Figure 7 | : Pourcentage de diagnostics à un stade avancé de l'infection parmi les découvertes de séropositivité, région Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2009 à 2016.

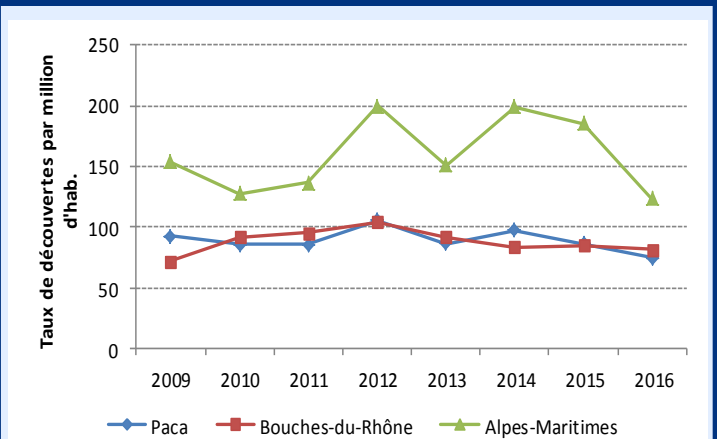


Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2017

FOCUS SUR LES DÉPARTEMENTS DES ALPES-MARITIMES ET DES BOUCHES-DU-RHÔNE

En 2016, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité dans le département des Alpes-Maritimes était de 124 p. million d'habitants (IC95%: [88-161]). Dans les Bouches-du-Rhône, ce taux était de 81 p. million d'habitants (IC95%: [46-117]), *taux à considérer avec précaution car l'intervalle de confiance est large.* (figure 8).

| Figure 8 | : Evolution du taux annuel de découvertes de séropositivité VIH en région Provence-Alpes-Côte d'Azur et dans les départements des Alpes-Maritimes et des Bouches-du-Rhône de 2009 à 2016.



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

Si l'on compare les caractéristiques des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2016 dans les Alpes-Maritimes (06) avec celles des Bouches du Rhône (13) : elle étaient un peu plus âgées avec 26 % de 50 ans et plus (vs 22 %) et majoritairement des hommes avec un sex-ratio à 4,4 (vs 2,5) (tableau 2).

Le mode de contamination homo-bisexual était majoritaire dans les Alpes-Maritimes (69 % vs 55 %), une co-infection avec le VHC était plus fréquente dans ce département (6 % vs 2 %) mais la co-infection avec une IST était plus basse (25 % vs 31 %). Enfin, le diagnostic à un stade avancé était aussi plus fréquent dans les Alpes-Maritimes (28 % vs 19 %).

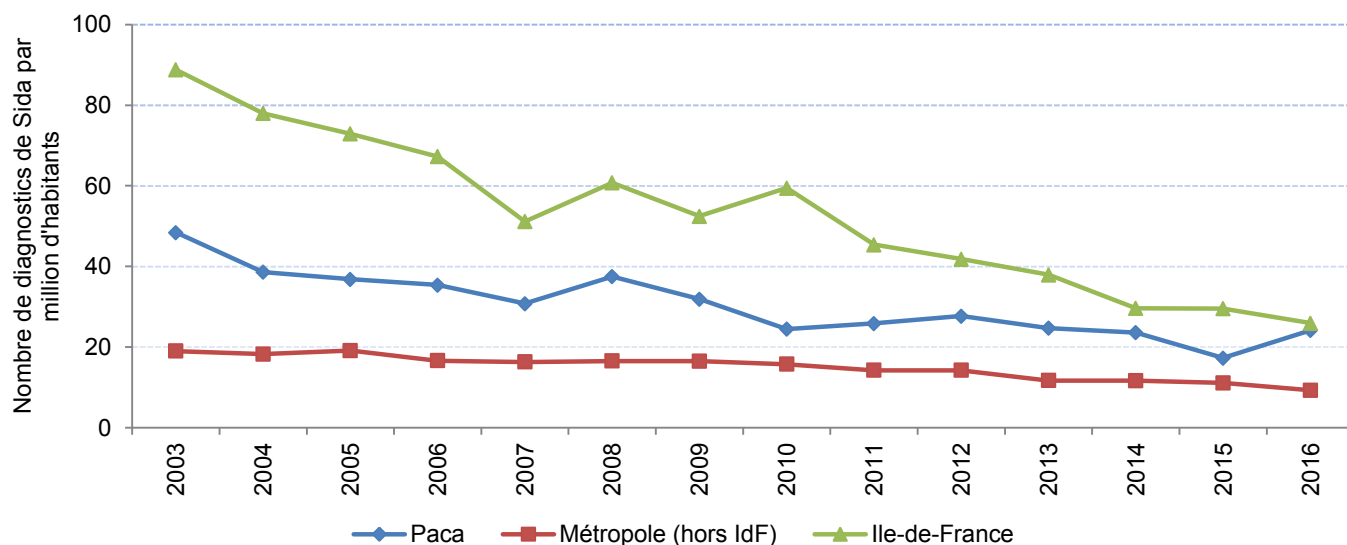
| Tableau 2 | : Caractéristiques démographiques et cliniques des cas ayant découvert leur séropositivité VIH, départements des Alpes-Maritimes et des Bouches-du-Rhône, 2016.

	Département	
	13	06
Age médian (ans)	39	40,5
Sex-ratio H/F	2,5	4,4
Pays de naissance	Afrique subsaharienne	10 %
	France	66 %
	Autres	24 %
Mode de contamination	HSH	55 %
	hétérosexuels	38 %
	Injection de drogues	2 %
Coinfection VIH	Hépatite C	2 %
	Hépatite B	2 %
	IST	31 %
Diagnostic	précoce	42 %
	stade avancé	19 %

Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/06/2017

2. Diagnostic de Sida

| Figure 9 | : Evolution annuelle du taux de diagnostics de Sida en France métropolitaine (hors Ile-de-France) , Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur de 2003 à 2016.



Sources Santé publique France, données DO Sida au 30/06/2017 corrigées pour les délais, la sous déclaration

En 2016, le nombre de cas de sida en région Paca était de 121 (IC95%: [102-140]). Il était relativement stable depuis 2010.

Le taux de diagnostic de sida était estimé à 24 cas p. million d'habitants en 2016. Ce taux était proche de celui de l'Ile-de-France qui atteignait 26 cas p. million d'habitants mais près de 3 fois supérieur à celui de la métropole hors Ile-de-France (figure 9).

1.2.1 Caractéristiques sociodémographiques

Age : En région Paca, les cas étaient un peu plus âgés en 2016 (48,5 ans) que sur la période 2009-2015 (45 ans). En 2016, la classe d'âge des 50 ans et plus était majoritaire et représentait la moitié des cas alors que sur la période 2009-2015 les 25-49 ans étaient majoritaires (67 %) (tableau 3).

Sexe : La proportion de femmes en 2016 (29 %) était plus élevée que celle de la période 2009-2015 (26 %) et se rapprochait de celle observée en France métropolitaine (32 %).

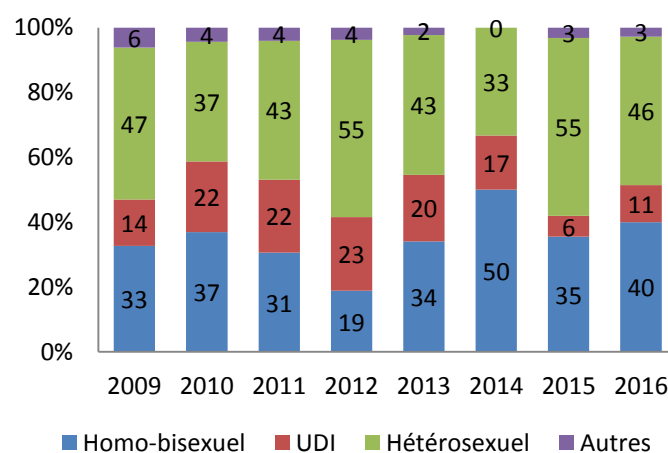
Pays de naissance : En 2016, la proportion de personnes ayant eu un diagnostic de Sida et nées en France était de 61 %, en diminution par rapport à la période 2009-2015 (68 %). Ces proportions étaient toutefois supérieures à celles du niveau national (53 %).

1.2.2 Caractéristiques cliniques

Mode de contamination : Parmi les personnes ayant eu un diagnostic de sida en 2016, la part des contaminations lors de rapports sexuels entre hommes était en augmentation (40 %) par rapport à la période 2009-2015 (33 %). Les contaminations par rapports hétérosexuels représentaient le principal mode de contamination en 2016 (46 %) et sur la période 2009-2015 (45 %) (figure 10).

Traitement anti-retroviraux (ARV) pré-sida : La majorité des cas de sida ont été diagnostiqués chez des personnes n'ayant

| Figure 10 | : Distribution annuelle des cas de sida selon le mode de contamination, Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2009 à 2016



Source : Santé publique France, données DO Sida brutes au 30/06/2017

pas reçu de traitement antirétroviral avant leur diagnostic de sida (78 % des diagnostics en région Paca en 2009-2015).

En 2016, le nombre de personnes traitées par ARV avant le diagnostic était en nette augmentation à 32 % et plus élevé qu'en métropole (23 %).

Connaissance séropositivité avant Sida : La proportion de personne ayant découvert leur séropositivité lors du diagnostic de Sida a encore augmenté (55 % en 2016 versus 43 % en 2009-2015).

Pathologies inaugurales de la maladie : La pneumocystose restait la pathologie inaugurale la plus fréquente en Paca (35 %) comme en France métropolitaine (28 %) pour l'année 2016. (tableau 3 et figure 11).

| Tableau 3 | : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des cas de Sida notifiés en région Provence-Alpes-Côte d'Azur et en France métropolitaine entre 2009 et 2016.

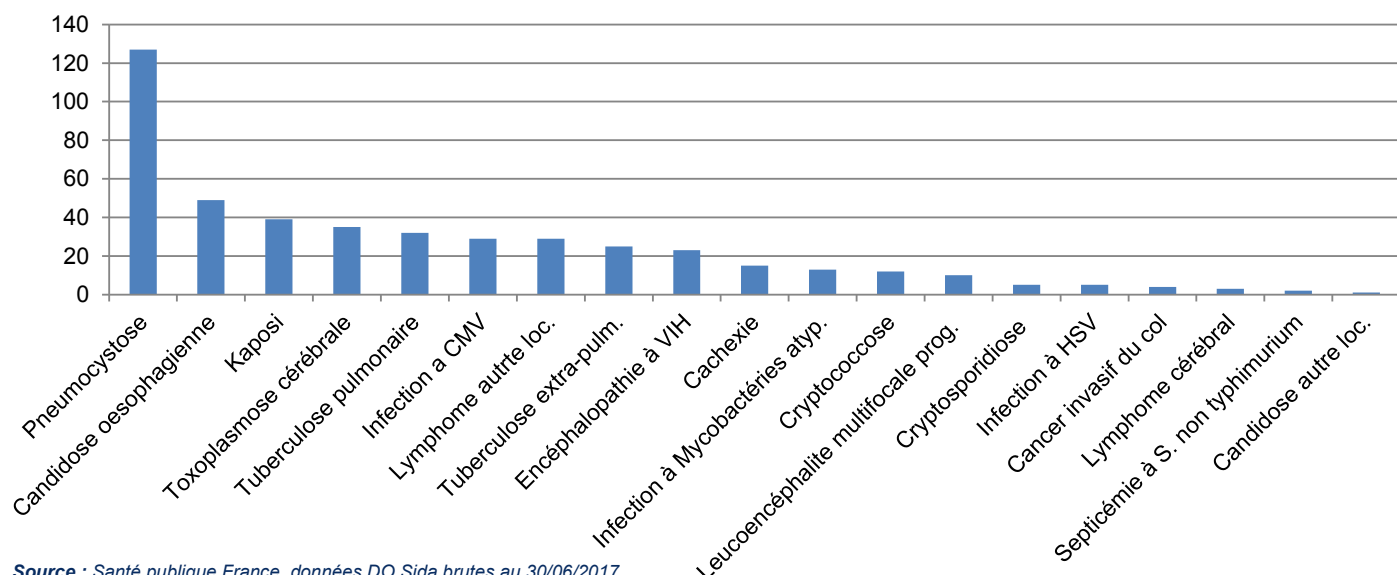
	Région Paca		Métropole	
	2009-2015	2016*	2009-2015	2016*
Age (année)				
Médiane	45	48,5	43	45
< 25 ans	4 %	2 %	4 %	4 %
25-49 ans	67 %	48 %	66 %	61 %
> 50 ans	30 %	50 %	30 %	35 %
Sexe				
Hommes	74 %	71 %	71 %	68 %
Femmes	26 %	29 %	29 %	32 %
Pays de naissance				
France	68 %	61 %	54 %	49 %
Afrique sub-saharienne	13 %	15 %	32 %	36 %
Autres	19 %	24 %	15 %	16 %
Mode de contamination				
Homo-bisexuels	33 %	40 %	32 %	33 %
Hétérosexuels	45 %	46 %	59 %	60 %
Injection de drogues	18 %	11 %	7 %	5 %
Traitement antirétroviral avant Sida				
Oui	22 %	32 %	19 %	23 %
Non	78 %	68 %	81 %	77 %
Connaissance séropositivité avant Sida				
Oui	57 %	45 %	47 %	44 %
Non	43 %	55 %	53 %	56 %
Pathologies inaugurales (les 5+ fréquentes)				
Pneumocystose	27 %	35 %	27 %	28 %
Candidose œsophagienne	10 %	13 %	10 %	9 %
Toxoplasmose cérébrale	8 %	7 %	10 %	8 %
Kaposi	9 %	7 %	8 %	9 %
Tuberculose pulmonaire	7 %	2 %	5 %	5 %

Source : Santé publique France, données DO Sida brutes au 30/06/2017

| POINTS CLÉS VIH SIDA EN PACA |

- En 2016, l'activité de dépistage du VIH rapportée à la population en région Paca était stable depuis 2008, mais restait supérieure à celle de la métropole (102 tests versus 81 tests pour 1 000 habitants en France) ;
- Le taux de découverte de séropositivité VIH en région Paca était de 74 par million d'habitants versus 55 au niveau national, hors Ile de France (chiffres corrigés pour les délais et la sous déclaration). Cependant, ce taux s'élevait à 124 par million d'habitants (IC95 %: [88-161]) pour les Alpes-Maritimes et à 81 par million d'habitants (IC95 %: [46-117]) pour les Bouches-du-Rhône ;
- Le taux de positivité des TROD était supérieur au taux de sérologies positives en laboratoire (5,8 vs 1,4 pour 1 000 tests) ;
- La part des HSH parmi les nouveaux cas d'infection à VIH déclarés en 2016 était plus élevée en Paca qu'au niveau national (60 % versus 48 %), notamment dans le département des Alpes Maritimes (69 %). De plus, l'étude Prevagay réalisée en 2015 indiquait que 17 % des HSH participant à cette enquête de prévalence sur Nice étaient infectés par le VIH, dont près de 10 % ignoraient leur séropositivité ;
- Ce mode de transmission prédominant, qui tend à augmenter, incite à cibler ce groupe de transmission lors des campagnes de prévention. Pour cette population, il est important de mobiliser l'ensemble des outils de prévention dans une logique de prévention combinée : favoriser l'usage du préservatif, le dépistage régulier (IST, VIH, hépatite C) en s'aidant des TROD et des autotests VIH, et les antirétroviraux à titre prophylactique ;
- Le très faible pourcentage de contaminations liées à l'usage de drogues injectables (UDI) témoigne de l'efficacité des mesures de réduction des risques mises en œuvre en région Paca comme en France ;
- Les co-infections IST (syphilis récentes, infections à gonocoques) représentaient en région Paca 26 % des patients lors de la découverte de leur séropositivité VIH ;
- La part de diagnostics au stade avancé parmi les découvertes de séropositivité en région Paca était relativement stable sur la période 2009-16, entre 20 à 26 %. Les sensibilisations au dépistage doivent toujours être maintenues.

| Figure 11 | : Pathologies inaugurales du sida, région Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2009 à 2016 .



Source : Santé publique France, données DO Sida brutes au 30/06/2017

| Dispositif e-DO |

La dématérialisation de la déclaration obligatoire (DO) a été déployée à partir de mai 2015 sous la forme d'une application en ligne nommée « e-DO ». Elle est accessible depuis avril 2016. Ce nouvel outil va progressivement remplacer l'ancien dispositif de déclaration des Maladies à Déclaration Obligatoire (MDO).

Les objectifs de la dématérialisation de la DO sont de :

- simplifier la déclaration ;
- réduire les délais ;
- améliorer la sécurité ;
- renforcer l'adhésion des professionnels.

Pour les déclarants

e-DO permet de saisir et d'envoyer directement ses déclarations d'infection par le VIH et de sida aux autorités sanitaires. Chaque co-déclarant (clinicien, biologiste) fait une déclaration indépendante. Aucune donnée nominative sur les patients n'est enregistrée. Les déclarants ont accès aux déclarations envoyées pendant 12 mois.

Pour les Agences régionales de santé (ARS) et Santé publique France

Les déclarations envoyées *via* l'application sont immédiatement disponibles pour les ARS et Santé publique France. Les agents habilités dans les ARS peuvent consulter pendant 12 mois les déclarations faites par les déclarants exerçant dans leur région. En cas d'information manquante ou d'incohérence dans les déclarations transmises, les échanges entre les épidémiologistes de Santé publique France et les déclarants se font *via* **e-DO**.

Depuis avril 2016 jusqu'à juin 2017, 26 % des déclarations VIH-Sida ont été notifiées *via* **e-DO pour la France**, le reste étant envoyé sous format papier. Sur la même période en région Paca, cette proportion était de 47% ce qui en fait l'une des régions les plus utilisatrices après la région Pays-de-la-Loire (50 %).

| Remerciements |

A l'ensemble des déclarants, médecins cliniciens des CDAG et Cidist et nouveaux Cegidd, des laboratoires d'analyse médicale ainsi que l'ensemble des partenaires qui contribuent à la surveillance épidémiologiques du VIH/Sida.

A Hélène Haguy-Boulay pour la réalisations des cartes.

Sur les 602 télé-déclarations reçues à Santé publique France pour la région Paca sur la période avril 2016-juin 2017, 52,7 % ont été transmises par les biologistes et 47,5 % par les cliniciens.

La plupart des télé-déclarations ont été transmises depuis les départements des Bouches-du-Rhône (54,8 %) et des Alpes-Maritimes (42,5 %) qui ont commencé dès avril 2016. Pour les départements du Var et du Vaucluse, avec un démarrage plus tardif, on note une montée en puissance au dernier trimestre 2017.

L'objectif d'atteindre 100 % de déclarations des nouveaux cas de VIH et de Sida à l'horizon 2020 est faisable. Des formations à l'utilisation de e-DO seront à nouveau réalisées en 2018 et en 2019 pour sensibiliser et former de nouveaux utilisateurs.

L'utilisation de e-DO induit une meilleure exhaustivité et une estimation plus rapide et plus précise des nouveaux cas de séropositivité et de Sida. Ce suivi régulier permettra de mieux estimer l'impact des mesures mises en œuvre pour atteindre l'objectif de zéro contamination en 2030.

Pour plus d'informations sur e-DO VIH Sida :

Rendez-vous sur [le site Internet de Santé publique France](http://le.site.Internet.de.Santé.publique.France)



| Auteurs |

- Laurence Pascal (Santé publique France, CIRE Paca-Corse)
- Pascal Pugliese (Corevih Paca-Est)
- Patricia Enel (Corevih Paca-Ouest-Corse)
- Christophe Barrières (ARS Paca, Département prévention promotion de la santé)
- Françoise Cazein (Santé publique France, Département des maladies infectieuses)

Mots clés : VIH, Sida, dépistage, diagnostic, indicateurs régionaux

Si vous désirez recevoir par mail les prochains Bulletins de Veille Sanitaire, merci de vous inscrire sur le [site de Santé publique France](http://le.site.de.Santé.publique.France)



Directeur de la publication :
François Bourdillon, Santé publique France

Rédacteur en chef :
Philippe Malfait, Santé publique France

Coordination du numéro :
Laurence Pascal, Santé publique France

Retrouvez-nous sur :
www.santepubliquefrance.fr

CIRE Paca-Corse
c/o ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur
132, boulevard de Paris
CS 50039
13331 Marseille Cedex 03

Tél. : 04 13 55 81 01
Mail : ars-paca-cire@ars.sante.fr