

Compte-rendu

Séance Plénière du 14 décembre 2023

Présentiel et Visioconférence – 17h00-19h30

Titulaires présents : Hugues Cordel, Victoria Manda, Willy Rozenbaum,

Suppléants présents : Séverine Perriau

Invités présents : Jeannine Bertaut, Alexandre Brun, Fédora Ouandié, Gwenn Hamet, Fanny Legros, Nouara Agher, Sylvie Tassi, Isabelle Turpault, Isabelle Assoun (secrétaire de séance)

Par visio : Jean-Luc Boussard, Corinne Knaff, Céline Németh, Rose Nguyen, Lamia Oumakhlouf, Josiane Phalip-le-Besnerais, Kira Ribeiro, Hicham Roukas, Pierre-Olivier Sellier, Eric Vandemeulebroucke

Excusés (es) : Caroline Andoum, Didier Arthaud, Bénédicte Astier, Lamya Azouz, Mamadou Badji, Kahina Baroune, Luc Basiliade, Julie Bottero, Olivier Bouchaud, Bernard Bassama, Solène Bost, Castor Guylaine, Stéphane David, Fabrice Grimaud, Farida Benabi, Iris Bichard, Kemken Calorine, Nathalie de Castro, Gaëlle Césarine, Julia Charbonnier, Hugues Fischer, Philippe Galeazzi, Jeffrey Lévy, Sarah Chauvin, Aurélie Dauphinot, Nicolas Derche, Franc Desbordes, Louis Do, Sandra Fernandez, Frédéric Goyet, Hanaa Lemguarni, Philippe Naszalyi, Reynaldo Isip, Mathy Kenya, Kouka Garcia, Joëlle Lux, Cherine Menai, Micheline Mepiaye, Jean-Michel Molina, Hannane Mouhim, Vanessa Lemaire, Luc Midol-Monnet, Catherine Nedelec-Lissillour, Bernard Ngue Dieudonné, Marie-Jeanne de Olanda Susan Otsudi Otakande, Marie Pastor, Dorothée Patsoh, Justine Philippe, Gérard Placet, Sandra Jean-Pierre, Christophe Segouin, Marc Shelly, Paul Taïeb, Papy Tshiala Katumbay, Emma Vaugoyeau, Nicolas Vignier, Vanessa Vega Aparicio, Marie Vicart, Cheikh Oumar Wane, Jérémie Zegghag, Iris Zoumenou

ORDRE DU JOUR :

- 1 Approbation du dernier compte-rendu
- 2 Point sur la discussion avec l'ARS
- 3 Rapport du Gin
- 4 Données fournies par Santé publique France
- 5 Questions diverses

1 Approbation du dernier Compte-rendu

En l'absence de remarques ou d'objections, le compte rendu du 28 septembre dernier est approuvé à l'unanimité.

2 Point sur la discussion avec l'ARS/Avenir des CoreVIH

Les CoreVIH sont dans l'incertitude depuis déjà plusieurs mois. Ils sont l'objet de plusieurs réunions à la fois en InterCoreVIH national, et avec les autorités de santé à travers le GIN (groupe d'interface national) qui est composé de représentants de l'ensemble des CoreVIH nationaux : des Présidents, des vice-Présidents, des coordinateurs, des Teccs, des associatifs, de l'Inserm, de Santé publique France etc. Ce GIN se réunit deux à trois fois par an avec le Ministère et en particulier avec le DGS et la DGOS. La présente mandature devait initialement s'interrompre en 2021 mais il y a eu le Covid. Durant cette période, les CoreVIH ont réfléchi à leurs missions et à leur périmètre d'action et deux rapports ont été édités, l'un sur l'avenir des CoreVIH et un rapport mission RH, mené par les coordinateurs administratifs qui ont interrogé les agents du CoreVIH afin de définir leurs missions actuelles.

Il existe une stratégie nationale de santé sexuelle, mais dans le cadre de l'organisation territoriale de l'offre en santé sexuelle, la place des CoreVIH n'était pas réellement bien définie. La DGS a édité des arrêtés de reports des mandatures, et a reporté notre mandature jusqu'au 15 juillet 2024. Un bilan a été fait sur l'état de réflexion sur ce que pourraient être les futurs CoreVIH. Par ailleurs a eu lieu une réunion des Présidents, vice-Présidents, coordinateurs des CoreVIH qui se sont mis d'accord sur une position commune en ce qui concerne les différents axes de travail des CoreVIH. D'autres instances se sont réunies sur les données épidémiologiques du VIH, des hépatites et des IST afin d'optimiser les recueils de données épidémiologiques et faire émerger ceux dont nous avons réellement besoin aujourd'hui. Rappel que les compétences des CoreVIH ont été élargies à l'ensemble des IST, avec un renforcement des missions de surveillance épidémiologique.

3 rapport du GIN



Forum des COREVIH : du rapport IGAS au GIN

Mercredi 06 décembre 2023

Julie LAMANT – Coordinatrice COREVIH Nouvelle-Aquitaine – Représentante des coordinateur.trice.s au GIN

Contexte

- Une mandature initiale 2017/2021
- En même temps ...
 - ✓ Crise COVID
 - ✓ Auto-saisine des COREVIH :
 - Rapport « Avenir des COREVIH »
 - Rapport « Mission RH »
 - ✓ Action n°10 de la SNSS : saisine de l'IGAS sur l'organisation territoriale de l'offre en santé sexuelle
- Trois instructions successives de report de la DGS, jusqu'au **15 juillet 2024**

Pendant ce temps-là

Les COREVIH alimentent les réflexions du GIN et de la DGS sur l'avenir de ces instances :

- Synthèse des rapports « Avenir des COREVIH » et « Mission RH » (septembre 2021).
- « Etat des lieux, évaluation des besoins et perspectives, enquête 2021 auprès des Technicien.ne.s d'Etudes Clinique en COREVIH » (février 2022).
- « Constats et pistes de réflexion sur la modélisation des futurs COREVIH » rédigé par les coordinateur.trice.s (avril 2023).
- « Coordination et animation territoriale, épidémiologie, ressources humaines, et démocratie en santé : positions communes des COREVIH », octobre 2023.

En parallèle

D'autres instances réfléchissent aux données épidémiologiques de surveillance du VIH, des hépatites et des autres IST et à celles du suivi des PVVIH :

- Comité des connaissances de la SNSS - groupe technique indicateurs (tableau de bord – septembre 2023).
- Avis et recommandations du CNS sur l'amélioration de la qualité et de l'exhaustivité de la DO (novembre 2023).
- Evaluation des cohortes hospitalières ANRS CO4 FHDH et ANRS CO3 AquivihNA (fin 1^{er} trimestre 2024).

Il y a eu beaucoup de discussions autour du statut juridique des CoreVIH et finalement, l'hébergement par un établissement hospitalier est le seul retenu pour l'heure.

Rapport IGAS : les constats spécifiques au COREVIH

- Reprise large des missions dévolues au CISIH, en particulier le recueil et l'analyse des données épidémiologiques sur l'infection à VIH.
- Elargissement du champ de compétence des COREVIH (réforme 2017) à l'ensemble des IST et renforcement des missions de surveillance épidémiologique.
- La réforme de 2017 n'a pas permis d'assurer correctement les missions de coordination :
 - ✓ **Ambiguïté dans la définition des COREVIH**
 - ✓ **Positionnement peu clair <-> ARS**
 - ✓ **Ressources inadaptées aux missions et aux attentes des pouvoirs publics**
 - ✓ **Importance des frais de gestion**

Parmi les problèmes qui restent posés concernant les CoreVIH, il y a celui des frais de gestion, qui sont très importants, qui sont différents d'un CoreVIH à l'autre, et posent des problèmes de fonctionnement.

Rapport IGAS : recommandations d'évolution des COREVIH

- **Recommandation n°4** : exploiter davantage les données du Système national des données de santé (SNDS), remplacer les enquêtes SurCeGIDD ou LaboVIH par des extractions automatisées.
- **Recommandation n°6** : supprimer la délégation de suivi et d'analyse des activités des CeGIDD.
- **Recommandation n°7** : confier aux COREVIH, sous l'égide des ARS, la mission prioritaire d'animation et de coordination de proximité des acteurs.
- **Recommandation n°8** : transférer les missions de recueil et d'analyse des données épidémiologiques régionales aux cellules régionales de Santé publique France.
- **Recommandation n°9** : lancer une mission IGAS-IGF spécifique visant à tirer les conséquences de ce transfert de missions en termes de volume, de financement et de rattachement des postes de TEC.
- **Recommandation n°10** : revoir au niveau national les règles de financement des COREVIH et adapter les ressources humaines de ces instances à l'exercice de la mission d'animation et de coordination.
- **Recommandation n°11** : confier à la DGOS la réalisation d'une enquête flash relative aux frais de gestion facturés par les CHU aux COREVIH.

Reco 4 : concernant les données épidémiologiques en matière de VIH, IST et hépatites, **exploiter davantage les données du Système national des données de santé (SNDS)**, y compris au niveau régional. A terme, **remplacer les remontées annuelles de données médicales ou individuelles anonymes réalisées par enquêtes (SurCeGIDD ou LaboVIH) par des extractions automatisées** issues soit des systèmes d'information hospitaliers, soit d'une extension du système d'information de dépistage (SI-DEP) mis en place pour suivre l'activité de dépistage à Sars-CoV-2.

Reco 6 : renforcer les moyens humains des ARS consacrés au pilotage stratégique régional de la santé sexuelle et **supprimer la possibilité de déléguer le suivi et l'analyse des activités des CeGIDD aux COREVIH** ou à un autre organisme.

Reco 7 : **confier aux COREVIH, sous l'égide des ARS, la mission prioritaire d'animation et de coordination de proximité des acteurs** en matière de VIH et d'IST, **y compris l'appui à la mise en œuvre territoriale des parcours de soins de ville des patients**, en lien avec les plateformes d'appui à la coordination et les dispositifs d'appui à la coordination déjà présents en région.

Reco 9 : **lancer une mission IGAS-IGF spécifique visant à tirer les conséquences de ce transfert de missions en termes de volume, de financement et de rattachement des postes** de techniciens d'études cliniques en tenant compte du fait que ces derniers réalisent également des missions de recherche et transmettent annuellement les données épidémiologiques de la cohorte INSERM-ANRS des personnes vivant avec le VIH.

GIN : retours généraux

- Une réunion a eu lieu avec les ARS le 27 septembre.
- Première rencontre du GIN le 11 octobre 2023.
- Introduction DGS :
 - ✓ Recommandations IGAS = base de travail.
 - ✓ Volonté d'une co-construction avec toutes les parties prenantes et les acteurs concernés (ARS, institutions, associations, professionnels de santé).
 - ✓ Traitement des missions épidémiologiques à part dans le cadre de la réflexion plus globale sur la rénovation du système de surveillance épidémiologique du VIH, des autres IST et des hépatites.
 - ✓ Souhait du cabinet du Ministre d'un premier retour sur les positions de l'ensemble des parties prenantes avant de tracer les grands axes d'une éventuelle réforme des COREVIH.
- Toutes les parties prenantes étaient présentes et avaient préparé ses positions.

On peut, s'agissant du rapport de l'IGAS, en déduire que le Ministère souhaite s'y référer comme « base de travail ». La réunion entre le GIN et le Ministère a acté une démarche de co-construction. Ce positionnement pourrait déboucher sur une éventuelle réforme, éventuelle car cette réforme reste incertaine à ce jour. Il est probable que le suivi épidémiologique sera maintenu. En ce qui concerne le suivi VIH et IST dans une approche de santé sexuelle, là aussi cette activité devrait perdurer. Le suivi et la coordination en santé reproductive ne seront pas maintenus, même s'il est possible d'établir des ponts entre les CoreVIH et les structures concernées.

Quelles missions pour les COREVIH ?

- Maintien d'un suivi épidémiologique et d'une recherche opérationnelle locale au service de la coordination et de l'animation territoriales.
- Maintien d'une dimension forte autour de la lutte contre le VIH au service des PVVIH et des populations vulnérables au VIH.
- Besoin de coordination des acteurs, y compris des CeGIDD, de la santé sexuelle dans le cadre d'une stratégie régionale élaborée par l'ARS en lien avec le COREVIH.
- Implication plus forte au service des populations fragilisées et vulnérables dans une dimension de santé sexuelle.

→ Les missions doivent rester centrées autour du VIH et des IST dans une approche de santé sexuelle

→ L'organisation des parcours et des besoins autour de l'IVG ne doit pas revenir au COREVIH

→ La question de la surveillance épidémiologique est en cours de réflexion par SpF, l'ANRS-MIE, le CNS

Quel champ de compétence ?

- VIH et les IST dans une approche globale de santé sexuelle + ne pas inclure la santé reproductive.
- Mais être en capacité de nouer des partenariats avec chacun des acteurs impliqués sur d'autres parties du champ de la santé sexuelle.

Quel statut juridique ?

- Rappel du caractère très atypique du statut juridique actuel des COREVIH : pas de reconnaissance propre, difficulté d'autonomie dans la gestion RH et financière.
- Constat partagé d'un besoin de souplesse mais avec une harmonisation des pratiques.
- Plusieurs solutions ont été écartées par le service juridique : GIP (groupement d'intérêt public) et GCS (groupement d'intérêt sanitaire).
- Statut associatif pas pertinent pour répondre aux besoins (constat partagé DGS/ARS).
- Si maintien dans les CHU : proposition d'être plus prescriptif vis-à-vis des établissements. Hypothèse qui va être expertisée mais dont la mise en œuvre paraît impossible.
- Cahier des charges des besoins par rapport aux évolutions du statut juridique en cours de rédaction par les coordinateurs.trices.

Quelle composition ?

- Nomination de personnes morales vs personnes physiques actuellement.
- Réforme des collèges : collège du soin + collège de la prévention/promotion de la santé/représentants des usagers + collège de personnes qualifiées.
- Prévoir de la souplesse en terme de nombre de membres en fonction des territoires et dans les modalités de renouvellement des Bureaux (forces en présence, diversité géographique).
- Favoriser la parité soignants/associatifs aux fonctions de présidence et vice-présidence.
- Position divergente sur la place respective des ARS et des COREVIH dans le processus.

Quels moyens humains ?

- 3 éléments déterminants : maintien des RH liées à la mission épidémiologique dans le cadre de la coordination territoriale, flexibilité dans le recrutement, valorisation de nouvelles compétences.
- Adaptation des moyens humains aux missions, au champ de compétences, à la dimension du territoire, à la densité des acteurs en présence et aux évolutions des ressources humaines actuelles.
- Question concernant le défraiement et la valorisation des déplacements, et le dédommagement des structures membres.
- Nécessité de revoir le montant des enveloppes dédiées au regard des missions et compétences attendues.

La composition des COREVIH devra refléter les missions et les partenariats du COREVIH dans une approche de santé sexuelle globale.

Nomination de personne morale vs personne physique actuellement = permet une représentativité constante des structures, une poursuite de la représentativité, même si une personne quitte une structure, avoir un nombre constant de membres actifs, éviter de refaire des arrêtés de nominations en cours de mandat.

Réforme des collèges : la proposition permettrait de mixer les structures/mode d'exercice et professionnels + donner place aux patients experts dans le collège de personnes qualifiées + il faut se poser la question de l'agrément nécessaire aujourd'hui pour les associations de représentants des usagers car c'est un frein à une meilleure représentativité des associations présentes sur le territoire + représentation des établissements de santé non pertinente. Il faut des acteurs de terrain.

Les ARS considèrent qu'elles doivent continuer à assurer la responsabilité de la nomination des membres, même s'il est possible d'envisager la constitution d'un « pool » de candidats pertinents dans lequel l'ARS pourra puiser = co-sélection ARS/COREVIH.

En ce qui concerne les agents du CoreVIH, valoriser de nouvelles compétences : biostatisticiens, data manager, chargés de projet/mission, animateurs territoriaux, chargés de communication (avec possibilité de mutualisation entre COREVIH sur les aspects communication et nécessité de clarifier les rôles avec SPF).

Dédommagement : salariés responsables de Commissions, mobiliser l'investissement des ressources humaines (notamment dans les outre-mer).



Merci pour votre attention. Place aux échanges !

Certains CoreVIH ont émis le souhait de se distancer quelque peu des ARS pour garder une autonomie, en ce qui concerne le CoreVIH IDF Est, nous avons plutôt de bonnes relations avec l'ARS.

Beaucoup de plaidoyers pour que les moyens humains persistent avec de nouveaux recrutements ou évolutions de compétences.

Le dédommagement des bénévoles ou acteurs associatifs serait accueilli favorablement.

L'ARS nous a par ailleurs proposé de réfléchir sur trois CoreVIH au lieu de cinq.

Willy Rozenbaum estime regrettable que l'aspect démocratie en santé ne soit pas suffisamment mis en exergue, alors que c'est une de nos spécificités les plus importantes.

Pierre-Olivier Sellier pose la question du financement qui risquerait de nous échapper compte tenu du flou de nos statuts, de l'aspect disparate du fonctionnement des différents Centres.

C'est l'occasion de citer l'exemple de Corinne Knaff à Massy ; les structures Cegidd et Centre de santé sexuelle se sont rapprochées, pour certains dans les mêmes locaux et avec des objectifs partagés. Elle en expose les modes de financement : le Cegidd bénéficie du financement ARS et les CPEF ont le financement CPAM. Côté CPEF tous les actes sont facturés sauf exceptions (mineurs, sans sécurité sociale) dans ces cas le CPEF réalise des prises en charge et c'est le Département qui finance. Elle en reconnaît l'aspect disparate et préférerait que Cegidd et CPEF figurent sur le même dispositif.

4 Données fournies par Santé publique France

Retour sur la réunion qui a eu lieu fin novembre, au cours de laquelle Santé publique France a communiqué les données concernant le dépistage d'une part, ainsi que les nouvelles découvertes, ceci pour 2022.

DÉPISTAGE DU VIH ET DÉCOUVERTES DE SÉROPOSITIVITÉ

24/11/2022

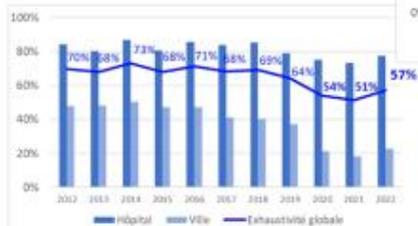
Françoise Cazein, Amber Kunkel, Pierre Pichon, Florence Lot
Direction des maladies infectieuses, unité VIH-hépatites B/C-IST



Françoise CAZEIN

EN 2022, AMÉLIORATION DE LA PARTICIPATION DES PROFESSIONNELS À LA SURVEILLANCE DU VIH, MAIS DISPARITÉ VILLE / HÔPITAL

Participation LaboVIH
77% en ville
et 93% à l'hôpital



Exhaustivité DO VIH
23% en ville
et 77% à l'hôpital

Variation d'une année à l'autre et disparité croissante ville-hôpital :

- les données brutes ne permettent pas de juger des tendances temporelles
- les méthodes de corrections ont dû être adaptées

Françoise CAZEIN

Le problème de la surveillance commence par la déclaration, que ce soit le nombre de tests de dépistage, ou la déclaration des cas positifs ou encore celle des cas de Sida, or, on assiste à un vrai problème de sous-déclarations. La déclaration des laboratoires concernant le dépistage est de 77% en ville et 93% à l'hôpital. Donc il y a une sous-déclaration plus importante pour les labos de ville. C'est pire encore concernant les DO VIH au vu des chiffres ci-dessus indiqués et pour lesquels la marge d'amélioration est significative.

PARTIE 1

DÉPISTAGE DU VIH

AZEIN

ACTIVITÉ DE DÉPISTAGE DU VIH : LES SOURCES

LABOVIH : enquête auprès de l'ensemble des laboratoires de biologie médicale

Nombres annuels de sérologies VIH (tous tests : remboursés ou non, avec ou sans prescription médicale; prélevés en ville, hôpital/clinique, CeGIDD...).

Nombre de sérologies confirmées positives

Méthode de correction améliorée : estimations plus exactes et plus précises.

Ventes d'autotests en pharmacies

TROD communautaires

SNDS : système national des données de santé

- Nombre de remboursements de sérologies VIH réalisées en secteurs privé et public (hors tests gratuits et hors tests lors d'une hospitalisation dans un établissement public).
- Nombre de bénéficiaires, par âge et sexe, mais pas de résultat de la sérologie
- Données sur le dispositif VIH-test transmises par la CNAM

AZEIN

4

On ne connaît pas les chiffres des tests qui peuvent être donnés gratuitement dans certaines circonstances, y compris les auto-tests.

LABOVIH : AUGMENTATION DU DÉPISTAGE DU VIH, DIMINUTION DU TAUX DE POSITIVITÉ



Le nombre de sérologies réalisées en 2022 a dépassé le niveau de 2019, alors que le nombre de sérologies confirmées positives a diminué.

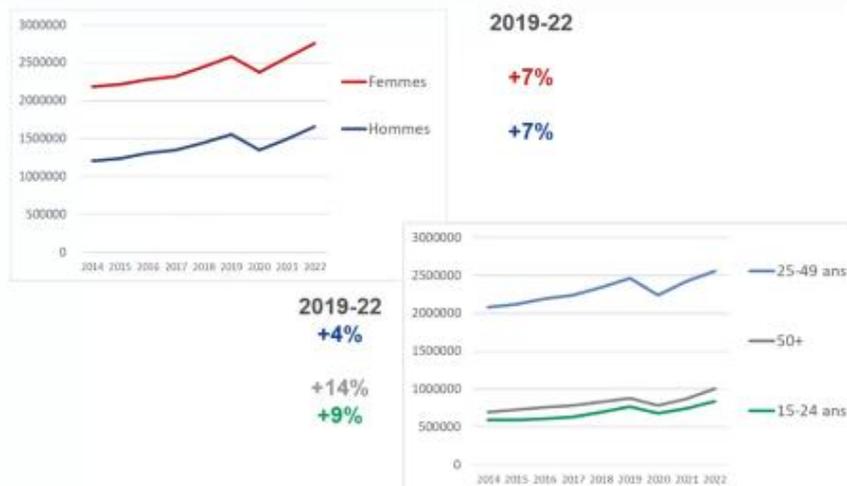
→ Diminution du taux de positivité : 1,6 / 1 000 en 2022 vs. 1,8/1000 tests en 2019.

Source: Santé publique France
 - LaboVIH 2022: Estimation du nombre total de sérologies, remboursées ou non, anonymes du non, égal que soit le lieu de prélèvement (laboratoire de ville, hôpital, clinique, CeGDD...)
 - Ventes d'autotests: données IQVIA enregistrées en salles de caisse (hors ventes en ligne et distributions)
 Source DGCS: TROD communautaires, bilans annuels.

coise CAZEIN

Si l'on regarde les chiffres du dispositif LABOVIH, en 2022, il y a eu 6.5 millions de tests réalisés. Il y avait eu une baisse de tests en 2019/2020 que nous avons récupérée en 2022, ce qui a augmenté par voie de conséquence, les taux de positivité, mais nous n'atteignons pas pour autant les chiffres de 2019. Il y a eu également moins de TROD communautaires et moins de ventes d'autotests.

SNDS : 4,4 M DE BÉNÉFICIAIRES D'AU MOINS UN REMBOURSEMENT DE DÉPISTAGE DU VIH DANS L'ANNÉE



Source : Système national des données de santé (SNDS), Extraction Santé publique France, novembre 2023
 Sérologies remboursées réalisées par les laboratoires privés et publics (hors tests gratuits, hors hospitalisations publiques)

coise CAZEIN

En ce qui concerne les données de la SNDS, là les chiffres sont un peu différents. Le nombre de dépistages remboursés chez les femmes est significativement plus élevé que chez les hommes. Ce

qui confirme que les femmes sont mieux dépistées que les hommes, ceci parce qu'il y a 800 000 naissances par an et donc 800 000 personnes supplémentaires dépistées à cette occasion.

Il apparaît aussi que la tranche d'âge qui fait le plus de tests est celle des 25-49 ans. Peut-être parce qu'à cet âge on est le plus exposé.



Actuellement, il y a environ 60 000 tests par mois qui sont faits dans le dispositif VIH Test.

Augmentation significative en janvier 2023, puisqu'on est passés d'environ 35 000 tests à 65 000 tests, sans qu'on parvienne à en trouver l'explication.

DIAGNOSTICS D'INFECTION À VIH/SIDA : LES SOURCES

Déclaration obligatoire (DO) du VIH / du sida

Nombre de découvertes de séropositivité : nombre estimé en raison de la non exhaustivité (57% en 2022 : 77% à l'hôpital, 27% en ville), des délais de déclaration et des valeurs manquantes.
Travail sur les méthodes de corrections : deux estimations produites, l'une à partir de l'exhaustivité globale, l'autre à partir de l'exhaustivité à l'hôpital.
Amélioration de la méthode de correction pour les valeurs manquantes.

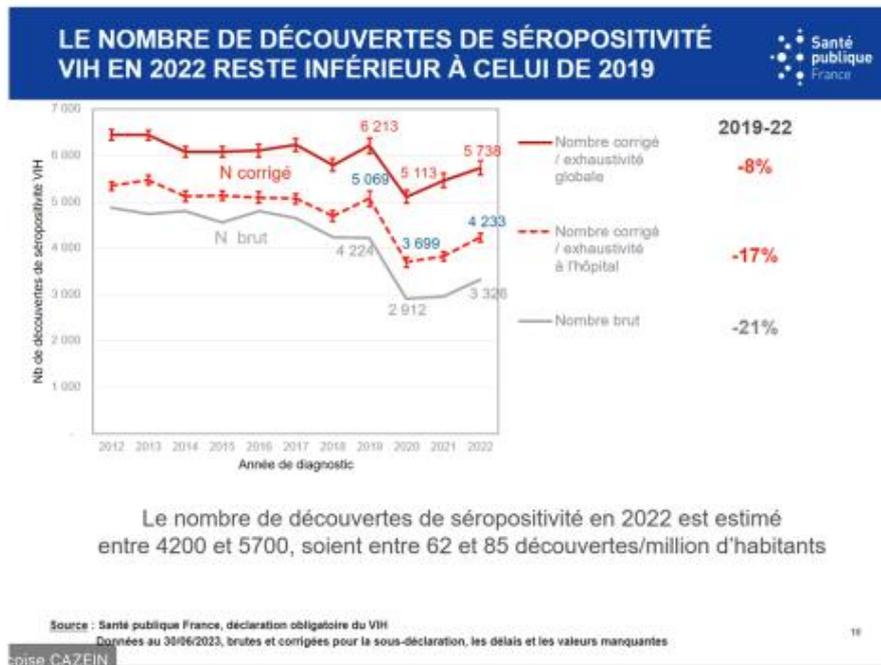
Nombre de diagnostics de sida : méthode de correction améliorée par l'utilisation de l'exhaustivité hospitalière.

SNDS (système national des données de santé) / EPI-PHARE

Nombre d'initiations d'antirétroviraux (proxy du nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH)

coise CAZEIN

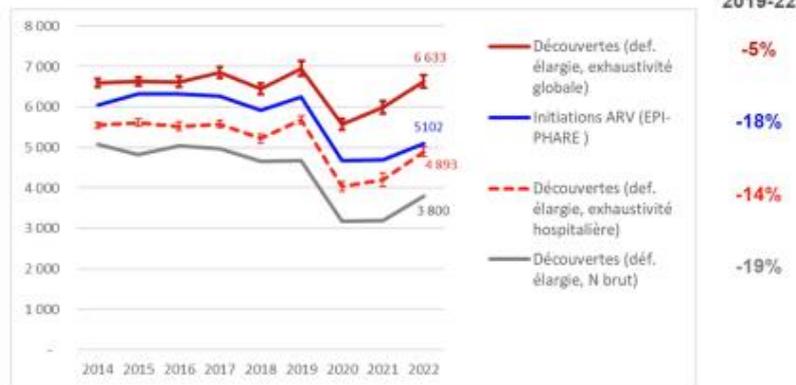
A propos de l'infection à VIH/SIDA, 2 systèmes sont mis en place : les DO d'une part et le SNDS d'autre part. Les données de ce dernier sont exploitées par EPI-PHARE : ils comptent le nombre d'initiations d'antirétroviraux dans l'année.



Une comparaison est établie de 2019 à 2022 et l'on constate une baisse de 8%



COMPARAISON DES DÉCOUVERTES DE SÉROPOSITIVITÉ (DO VIH) ET DES INITIATIONS D'ARV (SNDS – EPI-PHARE)



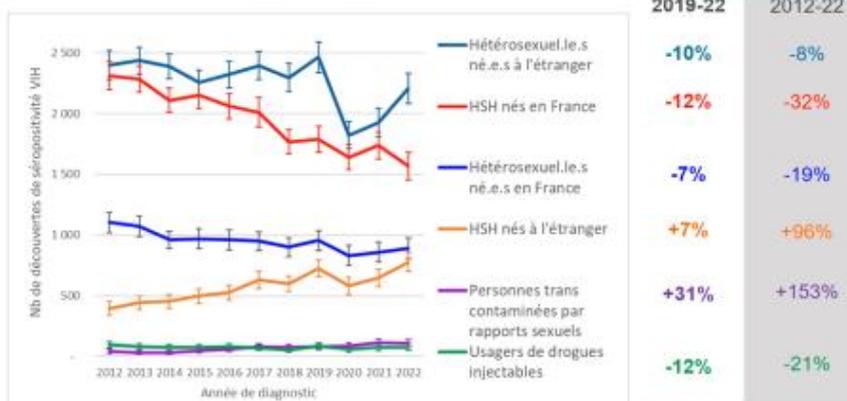
Source : Santé publique France, déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 30/05/2023
SNDS, données d'initiation de traitement antirétroviral (hors PrEP et TPE), extraction EPI-PHARE, 23/11/2023

soise CAZEIN

12

Si l'on compare les données de la SNDS à celles des DO, on obtient des données sensiblement analogues, donc cohérentes.

DÉCOUVERTES DE SÉROPOSITIVITÉ VIH PAR POPULATION (DO VIH)



Diminution par rapport à 2019, à l'exception des HSH nés à l'étranger et des personnes trans contaminées par rapports sexuels.

Sur 10 ans, diminution la plus importante chez les HSH nés en France.

soise CAZEIN

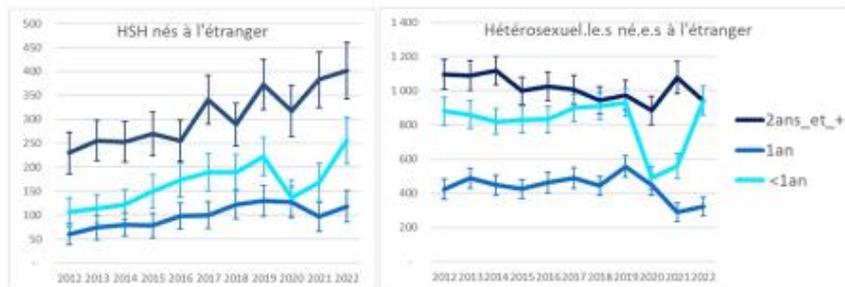
Santé publique France, DO VIH, données au 30/06/2023 corrigées pour la sous-déclaration, les valeurs manquantes et les délais de déclaration

13

Par population, les choses sont différentes ; chez les HSH nés en France, on assiste à une baisse significative et la courbe poursuit sa baisse. Par contre, une courbe monte régulièrement, c'est celle des HSH nés à l'Étranger. Chez les hétérosexuels nés en France, la courbe est à peu près plate, toujours en termes de nouvelles découvertes de séropositivité.

Une population qui a beaucoup augmenté est celle des personnes trans contaminées par voies sexuelles.

LES PERSONNES NÉES À L'ÉTRANGER REPRÉSENTENT 56% DES DÉCOUVERTES EN 2022. ÉVOLUTION DIFFÉRENTE SELON LE DÉLAI ENTRE ARRIVÉE EN FRANCE ET DIAGNOSTIC.



Échelles différentes

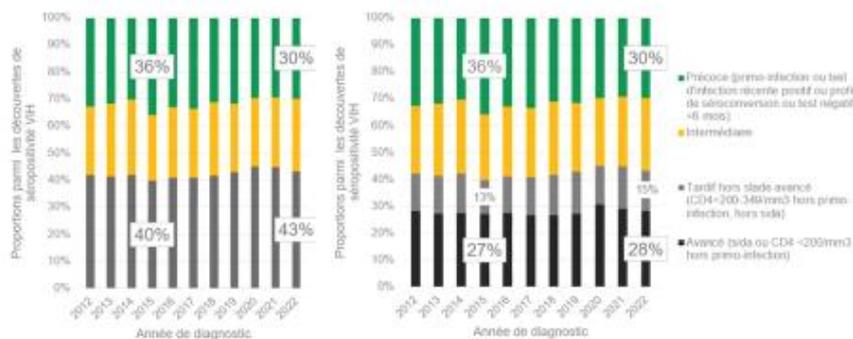
Délai médian en 2022 : 2 ans chez les HSH, 1 an chez les hétérosexuel.le.s.

Découvertes chez des personnes arrivées en France dans l'année : chute en 2020 et réaugmentation en 2022 plus marquées que chez les personnes arrivées en France depuis plus longtemps.

Source : Santé publique France, DO VIH, données au 30/06/2023 corrigées pour la sous-déclaration, les valeurs manquantes et les délais de déclaration

Il faut remarquer que ces 56% de découvertes en 2022 chez les personnes nées à l'Étranger est une valeur très importante.

EN 2022, 43% DE DIAGNOSTICS TARDIFS (28% AU STADE AVANCÉ) ET 30% DE DIAGNOSTICS PRÉCOCES



Depuis 2020 la part des diagnostics précoces est stable, après avoir diminué entre 2015 et 2020.

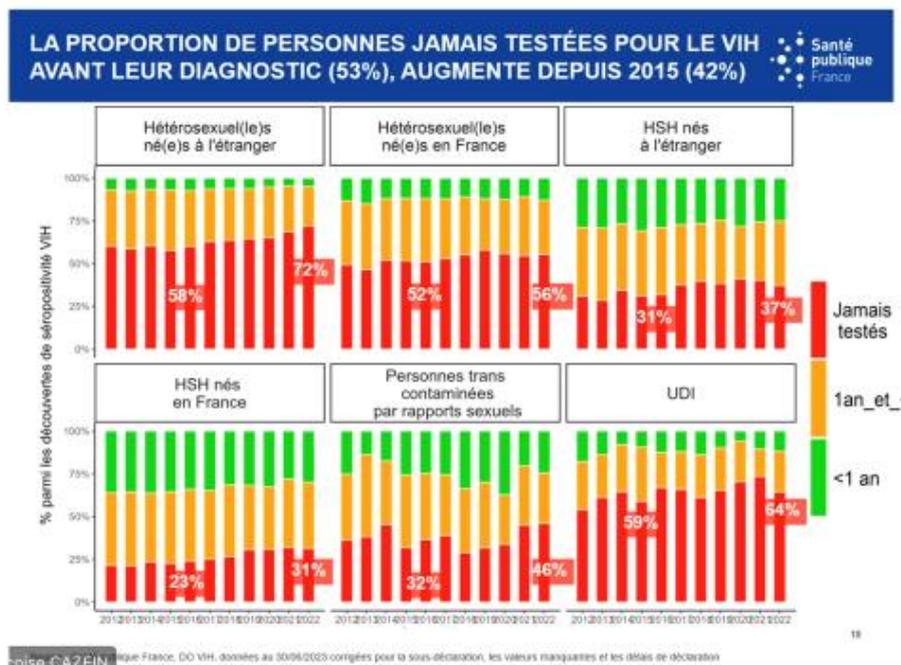
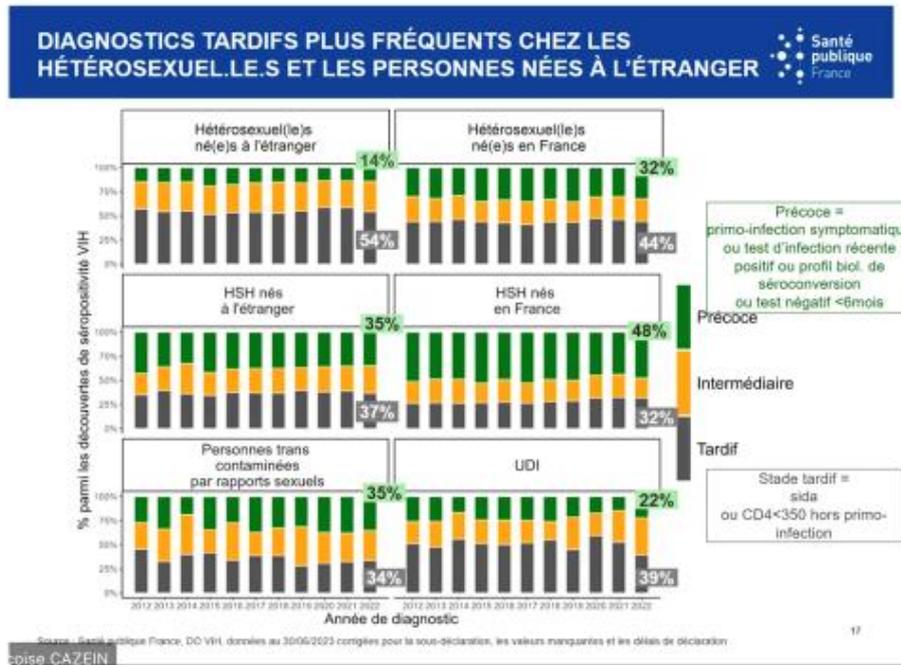
La part des diagnostics tardifs, comme celle des diagnostics au stade avancé de l'infection, ne diminuent pas.

Source : Santé publique France, DO VIH, données au 30/06/2023 corrigées pour la sous-déclaration, les valeurs manquantes et les délais de déclaration

Autre donnée importante : on est à 43% de diagnostics tardifs et ça n'a pas bougé depuis 10 ans.

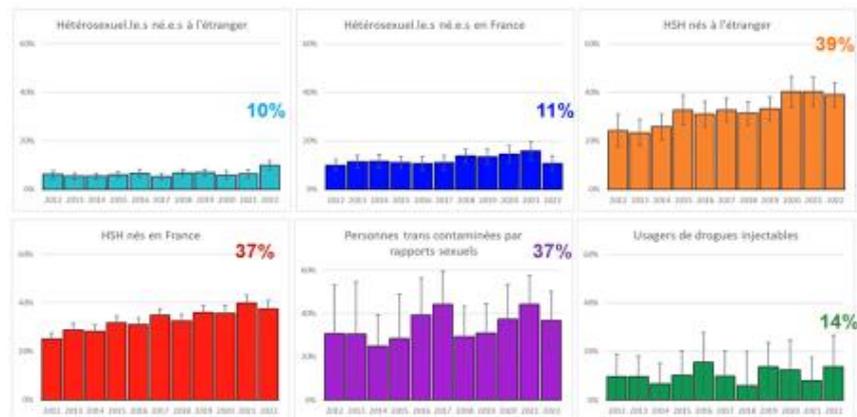
Le diagnostic tardif est corrélé au délai entre la contamination et le diagnostic. C'est cette période qui n'a pas évolué.

Si l'on veut réduire le risque de transmission du VIH, il faut réduire le délai pendant lequel la personne reste ignorante de son infection.



Dans ces résultats, le plus surprenant concerne les HSH nés en France puisque pour 31% d'entre eux, ils n'ont jamais été testés avant d'avoir découvert leur séropositivité. Parmi eux, on observe que 75% n'ont pas fait de test depuis plus d'un an. Par ailleurs, cette situation s'aggrave pour toutes les populations, entre 2015 et 2022 on est passé de 42% à 53% de personne jamais testés avant leur diagnostic.

LA PROPORTION DE COINFECTIONS PAR UNE AUTRE IST* SEMBLE SE STABILISER EN 2022



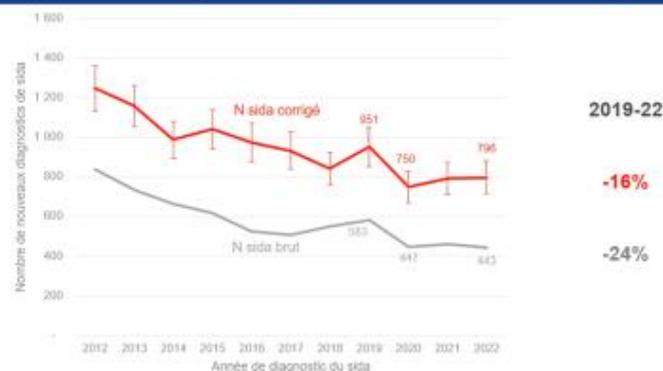
* Diagnostic d'IST au moment de la découverte de l'infection à VIH ou dans les 12 mois précédents

Source : Santé publique France, DO VIH, données au 30/06/2023 corrigées pour la sous-déclaration, les valeurs manquantes et les délais de déclaration

soise CAZEIN

19

LE NOMBRE DE NOUVEAUX DIAGNOSTICS DE SIDA EST STABLE DEPUIS 2020 (DO SIDA)



En 2022 :

- Âge médian au diagnostic de sida : 44 ans
- 67% ignoraient leur séropositivité avant le sida, 18% connaissaient leur séropositivité, mais n'avaient pas reçu d'ARV
- La PCP reste la pathologie inaugurale isolée la plus fréquente (26%), et 21% des cas de sida sont diagnostiqués avec 2 pathologies inaugurales ou plus.

Source : Santé publique France, DO sida, données au 30/06/2023 corrigées pour la sous-déclaration et les délais de déclaration

soise CAZEIN

20

AUGMENTATION DU DÉPISTAGE DU VIH EN 2022

- 6,5 millions de sérologies, dépasse le niveau pré-COVID

LE NOMBRE DE DÉCOUVERTES VIH RESTE INFÉRIEUR À CELUI DE 2019

- Entre 4 200 et 5 700 découvertes de séropositivité en 2022
- Après la diminution de 2020, ce nombre a ré-augmenté sans atteindre celui de 2019, la même évolution étant observée pour le nombre d'initiations d'antirétroviraux
- Evolutions contrastées depuis plusieurs années :
 - diminution chez les UDI et les HSH nés en France
 - augmentation chez les HSH nés à l'étranger et les personnes trans contaminées par rapports sexuels
- Plus de la moitié des découvertes concernent des personnes nées à l'étranger, souvent diagnostiquées tardivement : importance de garantir un accès au dépistage répété, à la prévention, y compris la PrEP, et aux soins dans cette population
- Dans le contexte d'augmentation du dépistage, la part importante de diagnostics tardifs et la part croissante de personnes jamais testées avant le diagnostic, reflètent en partie un rattrapage de diagnostics chez des personnes contaminées les années précédentes.

21

Coise CAZEIN

POINTS D'ATTENTION :

- Les méthodes d'estimations ont été améliorées et appliquées à l'ensemble de la période 2012 à 2022 → les tendances doivent être examinées sur la base des estimations actualisées.
- Malgré ces avancées, la qualité des indicateurs disponibles reste liée à la participation des professionnels à la surveillance du VIH. Celle-ci s'est améliorée en 2022, mais peut l'être encore, notamment pour les diagnostics faits en ville.
- Réflexion globale sur la surveillance du VIH en France engagée en lien avec l'ECDC, et qui prendra en compte les recommandations du CNS.

22

Coise CAZEIN

POINT SUR LE TRAVAIL D'ESTIMATION DE L'INCIDENCE DU VIH

24/11/2023

Amber Kunkel, Françoise Cazein, Florence Lot
Unité VIH-hépatites B/C-IST, Direction des maladies infectieuses

L'incidence est faite à partir des DO et sur plusieurs méthodes

MODÈLES TESTÉS CETTE ANNÉE



Le Vu: Modèle basé sur les marqueurs d'infection récente (Ref: Le Vu 2010)

- Hypothèse: la probabilité qu'une personne séropositive soit diagnostiquée dans l'année ne dépend pas de l'année du diagnostic (le taux de diagnostics est stable dans le temps)

Castel: Modèle de rétro-calcul basé sur les stades cliniques (Ref: Castel 2021)

- Hypothèse 1: le taux de diagnostics est constant entre 2012-2019 et entre 2020-2022

ECDC: Modèle de rétro-calcul basé sur les CD4 (Ref: van Sighem 2015)

- Hypothèse 1: le taux de diagnostics varie linéairement entre 2010-2019, puis est constant entre 2020-2022
- Hypothèse 2: le taux de diagnostics varie linéairement entre 2010-2019, puis varie linéairement entre 2020-2022
- Hypothèse 3: le taux de diagnostics varie linéairement entre 2012-2022

INSERM: Modèle de rétro-calcul basé sur les stades cliniques (Ref: Marty 2018)

- Pour l'instant, testé uniquement sur une ancienne base simulée qui n'inclut pas les années 2020-2022
- Hypothèse: le taux de diagnostics est stable dans le temps – sauf la part des diagnostics au stade primo-infection

Toutes les méthodes convergent pour dire que l'incidence, c'est-à-dire les nouvelles contaminations diminuent chez les HSH nés en France, mais augmentent chez les HSH nés à l'Étranger. Pour les autres populations, selon la méthode utilisée, on recueille des valeurs tout à fait variables.

Le constat de toutes ces données montre que l'offre de dépistage n'est pas suffisante.

Eric Vandemeulebroucke pose la question du lien entre la diminution de l'incidence chez les HSH nés en France et la PrEP.

Pour M. Rozenbaum, on peut en tous cas en poser l'hypothèse. La PrEP a un double avantage en termes de prévention : les personnes qui en bénéficient réduisent de manière importante le risque d'être contaminées par le VIH. Par ailleurs, elles bénéficient d'une offre de dépistage à l'initiation, puis de manière régulière, idéalement trimestrielle, ce qui permet un diagnostic précoce, une mise au traitement rapide et une interruption de la chaîne de transmission.

Willy Rozenbaum annonce que le CoreVIH va relancer la commission *Dépistage* et une commission *Maintien dans le soin*.

REMERCIEMENTS

Prochaine Plénière le jeudi 14 mars à 17h00