

# Sommaire

- ✓ Présentation du groupe de travail
- ✓ Rappel des objectifs CPOM
- ✓ Organisation du travail
- ✓ Files actives
- ✓ Présentation des données :
  - Données démographiques et habitudes de vie
  - Données sur l'infection VIH
  - Co-infections VIH/hépatites, autres co-morbidités
  - Stratégies antirétrovirales
  - Nouveaux patients, nouveaux diagnostics
- ✓ Données pédiatriques
- ✓ Non revenus
- ✓ Conclusion

# Composition du groupe

## Parcours de soins et épidémiologie

### IDF Nord

- Dr. Emmanuelle Papot (Bichat)
- Claude Mackoumbou (Data-manager)
- Martine Deschaud (TEC Eaubonne, Pontoise)
- Pr. Yazdan Yazdanpanah (Bichat)

### IDF Ouest

- Juliette Gerbe (TEC Argenteuil)
- Morgane Marcou (TEC Mantes-la-Jolie, Les Mureaux, Poissy)
- Dr. Pierre de Truchis (Raymond Poincaré)

### IDF Sud

- Agnès Cros (TEC Hôtel-Dieu)
- Marie-Pierre Pietri (TEC Cochin)

### IDF Est

- Alexandre Brun (biostatisticien)
- Gwenn Hamet (Data-Manager)
- Dr. Nicolas Vignier (Melun)
- Pr. Willy Rozenbaum (Président COREVIH)

### IDF Centre (pilote)

- Rachid Agher (Data-manager, biostatisticien)
- Dr. Laurent Fonquernie (St-Antoine)
- Dr. Marc-Antoine Valantin (Pitié)
- Christine Blanc (TEC Pitié)
- Mohammed Hamidi (Data-manager Tenon)
- Matthieu Brücker (gestionnaire bases de données St-Antoine)
- Philippe Louasse (Coordonnateur)
- Pr. Christine Katlama (Présidente COREVIH)

## Référents Bases de données méthodologie

### **IDF Nord**

- Claude Mackoumbou (Data-Manager)
- Martine Deschaud (TEC Eaubonne, Pontoise)

### **IDF Ouest**

- Juliette Gerbe (TEC Argenteuil)
- Morgane Marcou (TEC Mantes-la-Jolie, Les Mureaux, Poissy)

### **IDF Sud**

- Agnès Cros (Tec Hôtel-Dieu)
- Marie-Pierre Pietri (TEC Cochin)

### **IDF Est**

- Alexandre Brun (biostatisticien)
- Gwenn Hamet (Data-Manager)

### **IDF Centre (pilote)**

- Rachid Agher (data-manager, biostatisticien)
- Dr. Laurent Fonquernie (St-Antoine)
- Christine Blanc (TEC Pitié)
- Mohammed Hamidi (data-manager Tenon)
- Matthieu Brücker (gestionnaire bases de données St-Antoine)
- Philippe Louasse (Coordonnateur)





# **CPOM VIH ARS et COREVIH IDF**

Deux projets distincts (2 fiches actions) pilotés par le COREVIH IDF Centre et retenus par l'ARS IDF au titre du Contrat d'Objectifs et de Moyens en cours, conclu entre l'ARS IDF et les 5 COREVIH d'IDF :

➤ **Création d'un groupe de travail multidisciplinaire Inter-COREVIH : « Epidémiologie et parcours de soins »**

▪ Renforcer le recueil et la qualité de l'information sur le parcours des patients et le suivi des files actives (pour favoriser le transfert d'informations vers l'ARS IDF et la base nationale)

- amélioration du contrôle qualité dans les bases à partir d'actions communes
- production d'un rapport régional épidémiologique annuel avec indicateurs standardisés
- réalisation d'études spécifiques réalisées dans le cadre de la base IDF, dont les traitements ARV, la co-infection VIH/hépatites, les co-morbidités....
- recommandations sur la PEC des PVVIH dans le cadre du parcours de soins (au décours du rapport annuel)

➤ **Repérage des Perdus de Vue (PDV), prévention des ruptures de soins**

- projets à reprendre en septembre 2017

# Organisation du travail (rapport 2016)

- 3 novembre et 15 décembre 2016 (réunions de l'ensemble du groupe)
- Analyse de toutes les remarques, propositions formulées lors de la réunion de présentation du rapport 2015, afin d'améliorer le contenu du rapport 2016
- Prise en compte des décisions suivantes pour le rapport 2016 :
  - Obtenir une meilleure exhaustivité des données alcool et tabac
  - Renforcer le contrôle qualité sur des données essentielles comme le type de virus et les dates de séropositivité
  - Effectuer une analyse détaillée par sexe de différentes données (âge, groupe de transmission du VIH, pays d'origine ... ) pour l'ensemble de la FA et pour les nouveaux diagnostics
  - Réduction du nombre de sérologies hépatites non renseignées (VHB et VHC)
  - Patients co-infectés VIH/VHC : être plus précis sur le statut thérapeutique, et notamment pour les patients guéris
  - Co-morbidités : faire état de la prévalence des différentes pathologies et préciser les types de cancers
  - Préciser la durée d'exposition aux ARV

# Organisation du travail (suite)

## □ 7 février 2017 (conférence téléphonique)

- Discussion sur la faisabilité du recueil des données à partir des variables modifiées et complétées par rapport à 2015
- Finalisation de la grille de recueil rapport 2016
- Organisation des requêtes
- Mise au point d'un calendrier détaillé à partir du gel des bases (15 mars)

## □ 2<sup>ème</sup> quinzaine d'avril (travail se poursuivant en mai)

- Début de l'envoi des données au Data-manager (DM) du COREVIH IDF Centre (Rachid Agher) pour intégration dans la grille de recueil globale IDF
- Validation des données reçues par le DM, si nécessaire demandes de précisions, compléments, corrections

# Organisation du travail (suite)

## □ 7 juin 2017 (réunion de l'ensemble du groupe)

- Présentation des résultats disponibles par COREVIH et pour l'ensemble de la FA IDF
- 1<sup>ère</sup> analyse des données
- Discussion sur les problèmes qui subsistent et décisions prises pour les solutionner

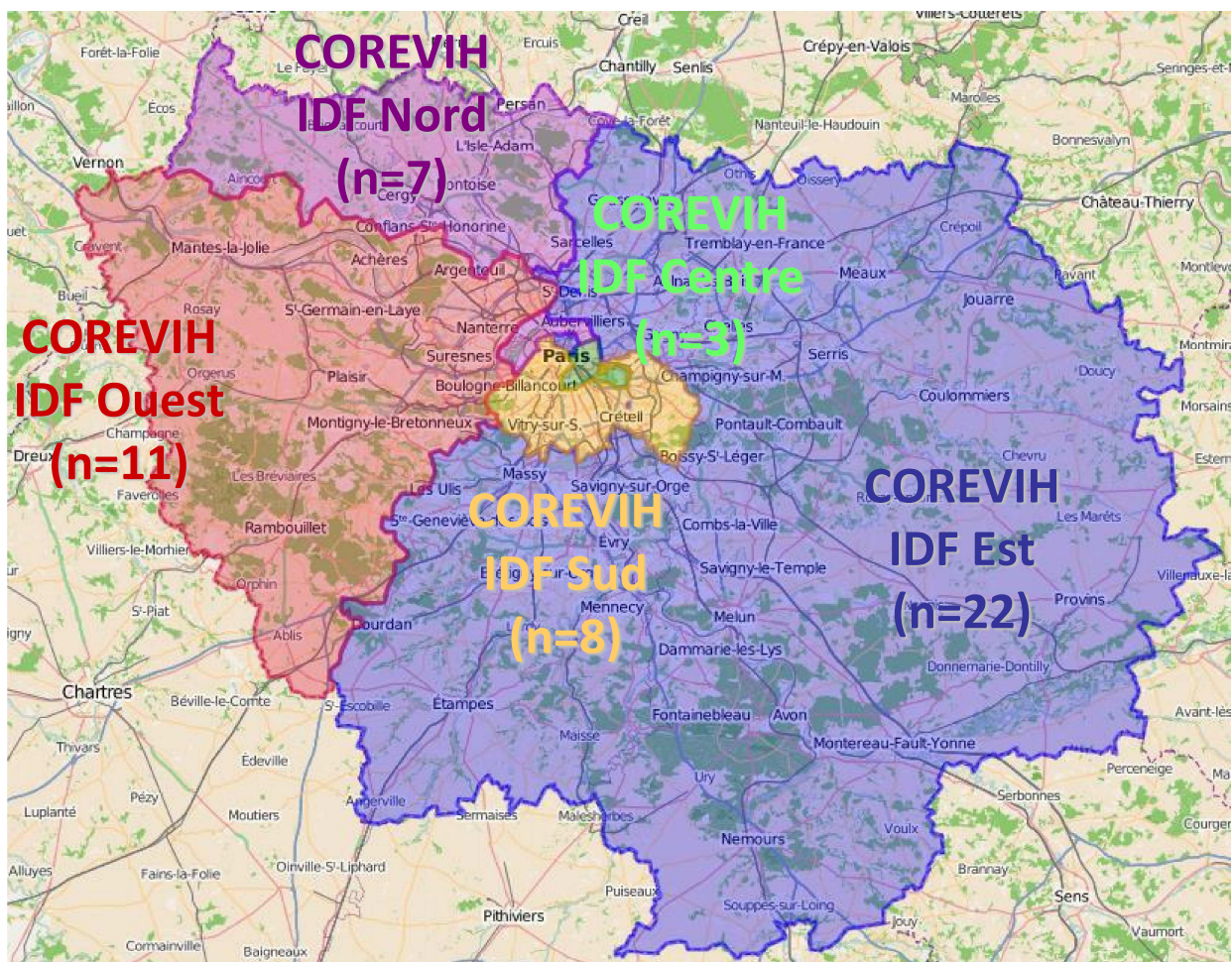
## □ 21 juin 2017 (réunion de travail en petit groupe)

- Point sur les dernières corrections demandées
- Préparation des diapositives en vue de la plénière

# Ressources, contraintes

- ✓ 5 COREVIH
- ✓ 60 établissements participant au recueil de données
  - 51 établissements ayant transmis les données (85% des établissements)
  - 30 établissements équipés de NADIS (55%)
  - 3 hôpitaux n'ont pas été en capacité de transmettre des données : absence de TEC, retard à la mise à jour [Béclère, Gonesse, Montreuil]
- ✓ Les données ne concernent pas les patients pris en charge exclusivement en ville
- ✓ Personnels TEC, data-managers, biostatisticiens, médecins contribuent au recueil et à l'évaluation des données
- ✓ Hétérogénéité des bases de données utilisées : DOMEVIH, NADIS, DIAMM, Excel
  - ⇒ Complexité de la mise en commun des données
  - ⇒ Difficultés dues au codage différent des variables selon les bases
  - ⇒ Important travail de contrôle qualité
- ✓ Rappel : il ne s'agit pas d'une base unique IDF, mais de bases juxtaposées avec n et %. La « base » ne permet pas les analyses croisées.

# Le territoire Ile-de-France



# Analyse des données

- Analyse descriptive de l'année 2016
- Données fournies par les 5 COREVIH
  - ⇒ Données cumulées pour une vue globale de la prise en charge en IDF et des différentes spécificités
- Réparties dans 51 établissements
- 49 754 PvVIH déclarées dans les files actives hospitalières (FAH)  
*Augmentation de 2,9% de la FAH par rapport à 2015*

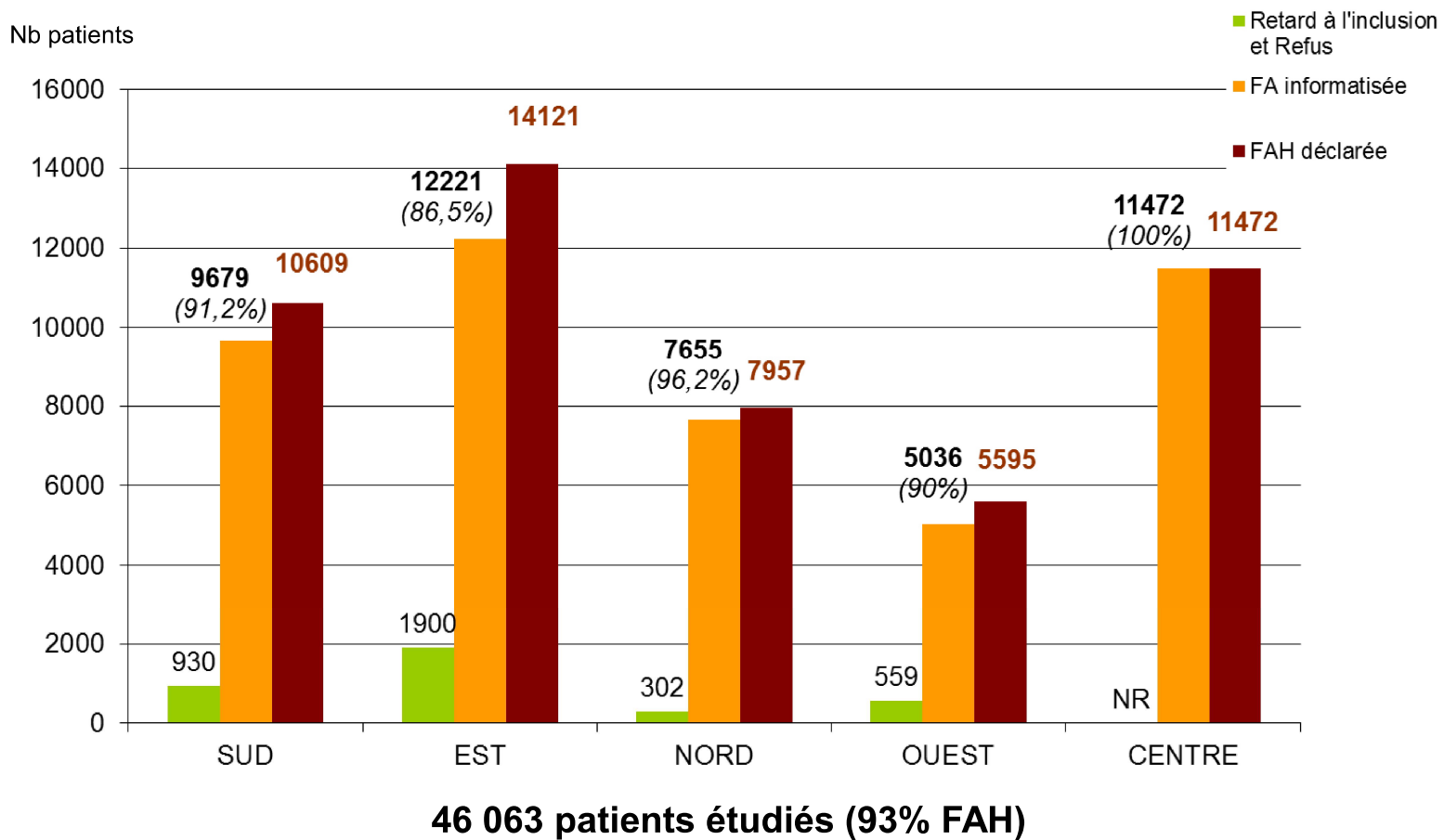
⇒ **46 063 étudiées (92,6%)**

*En **2015**, 53 établissements*

*48 315 PvVIH déclarées dans les FAH*

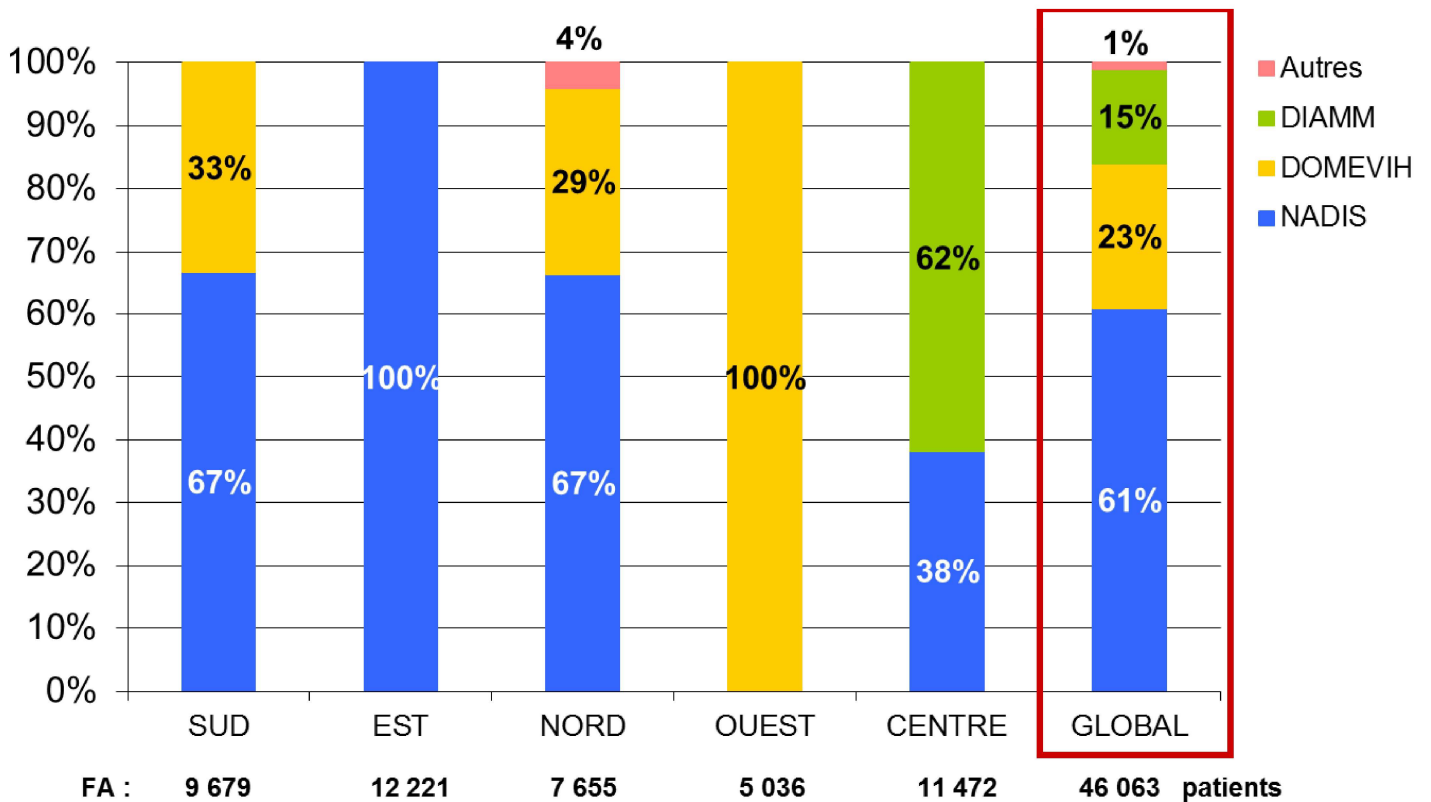
*46 287 étudiées (96%)*

# Les Files Actives





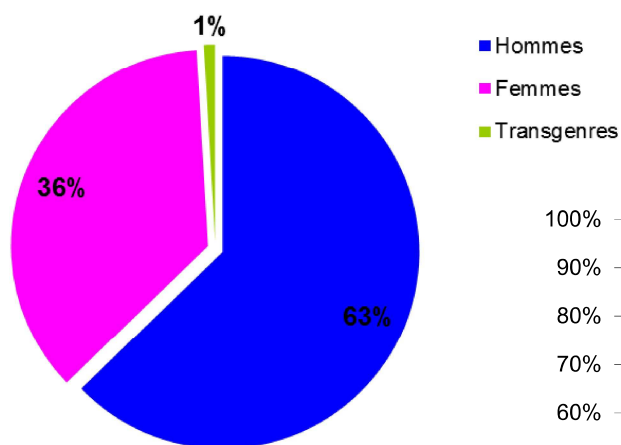
# Part des systèmes informatiques dans l'évaluation



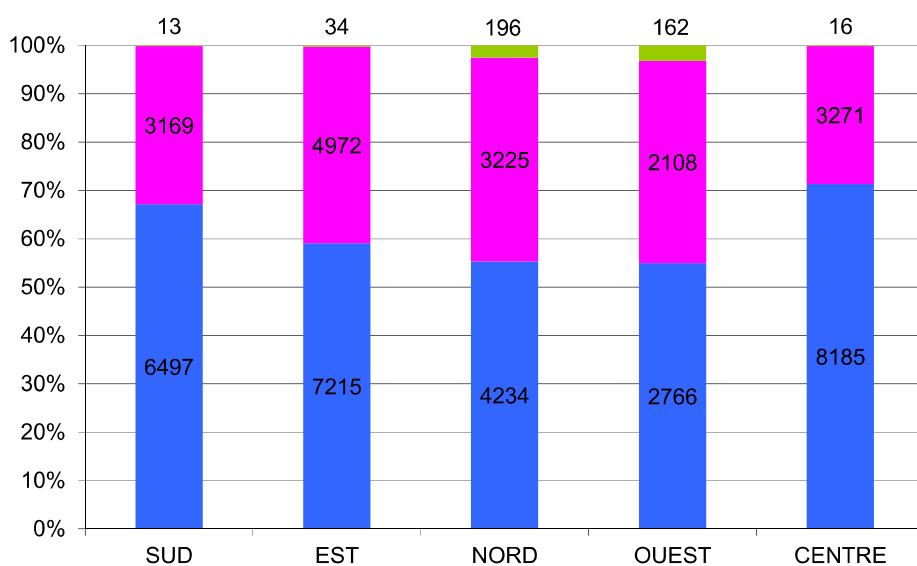


# **Présentation du rapport IDF**

# Répartition des PvVIH par sexe

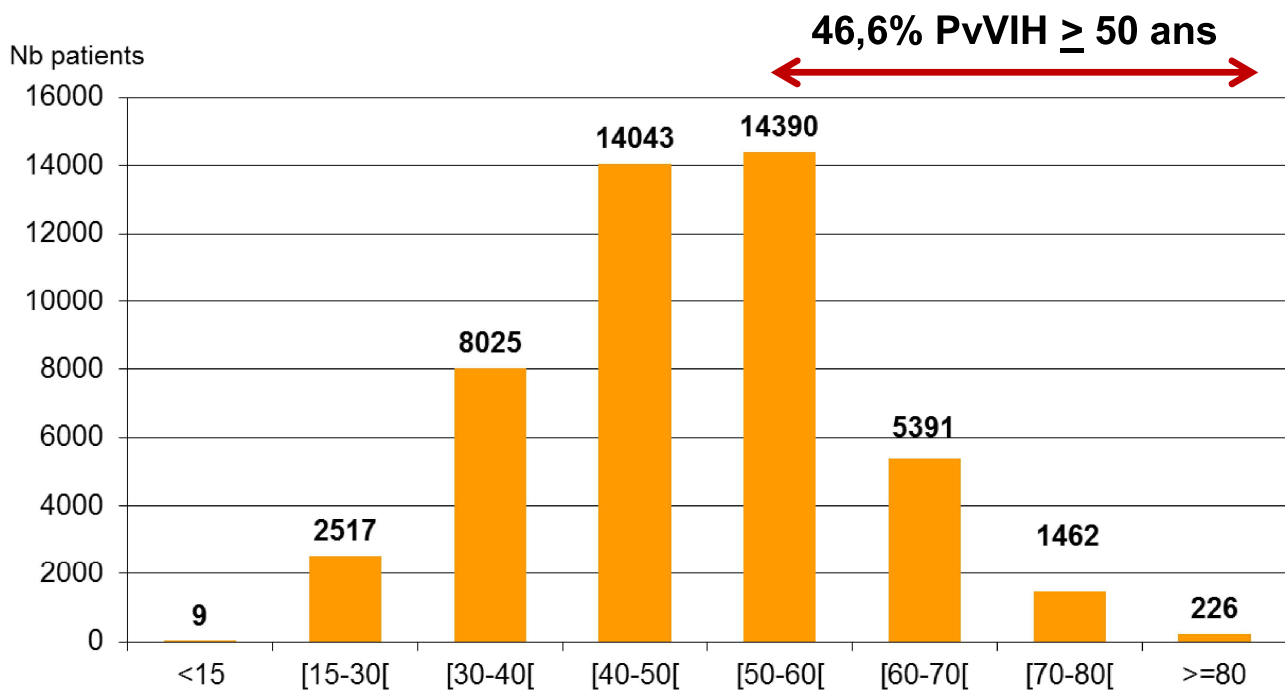


Répartition cumulée pour l'ensemble des COREVIH IDF  
(N = 46 063)



Répartition par COREVIH

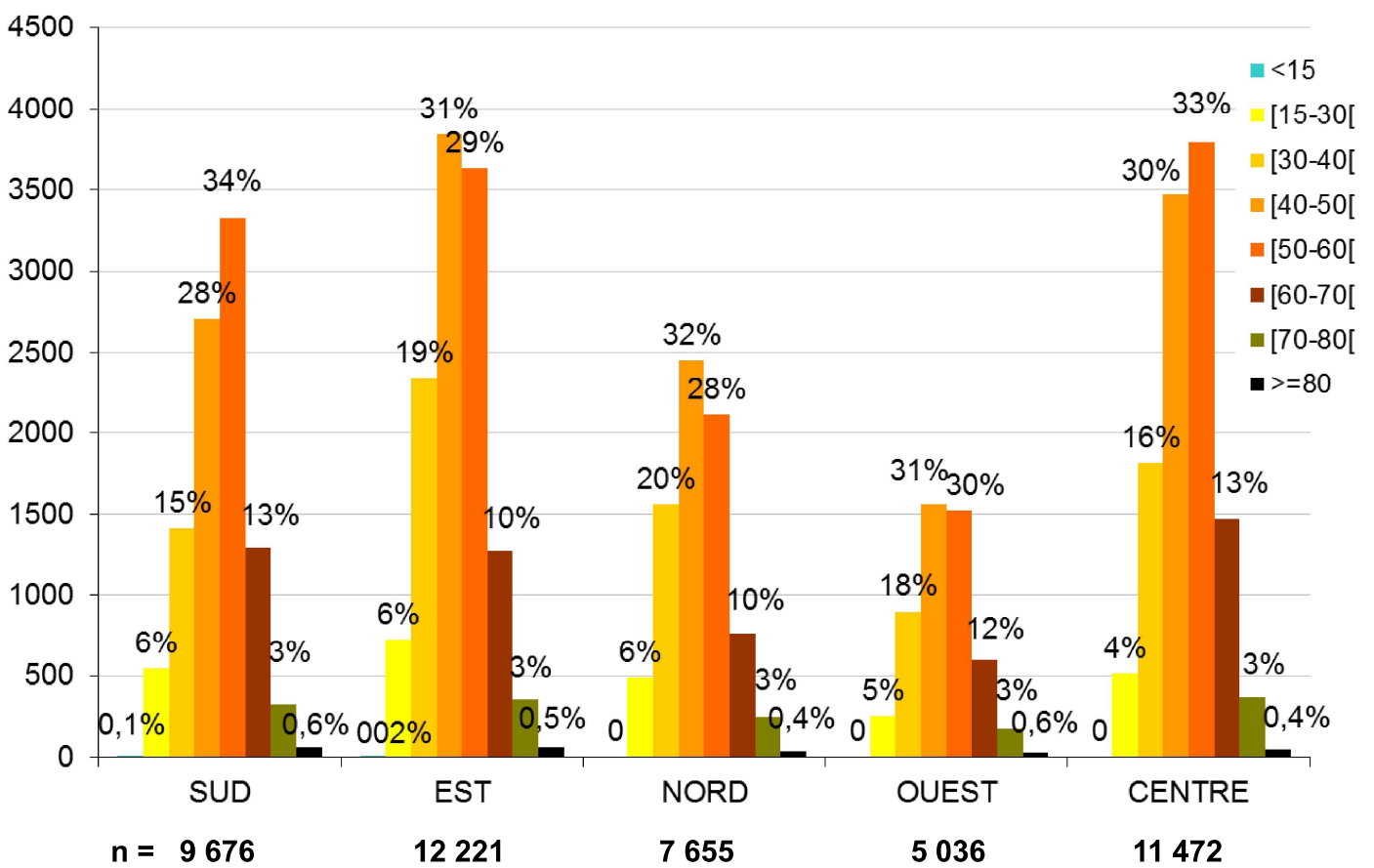
# Répartition des PvVIH par âge



Tranches d'âge pour l'ensemble des COREVIH IDF

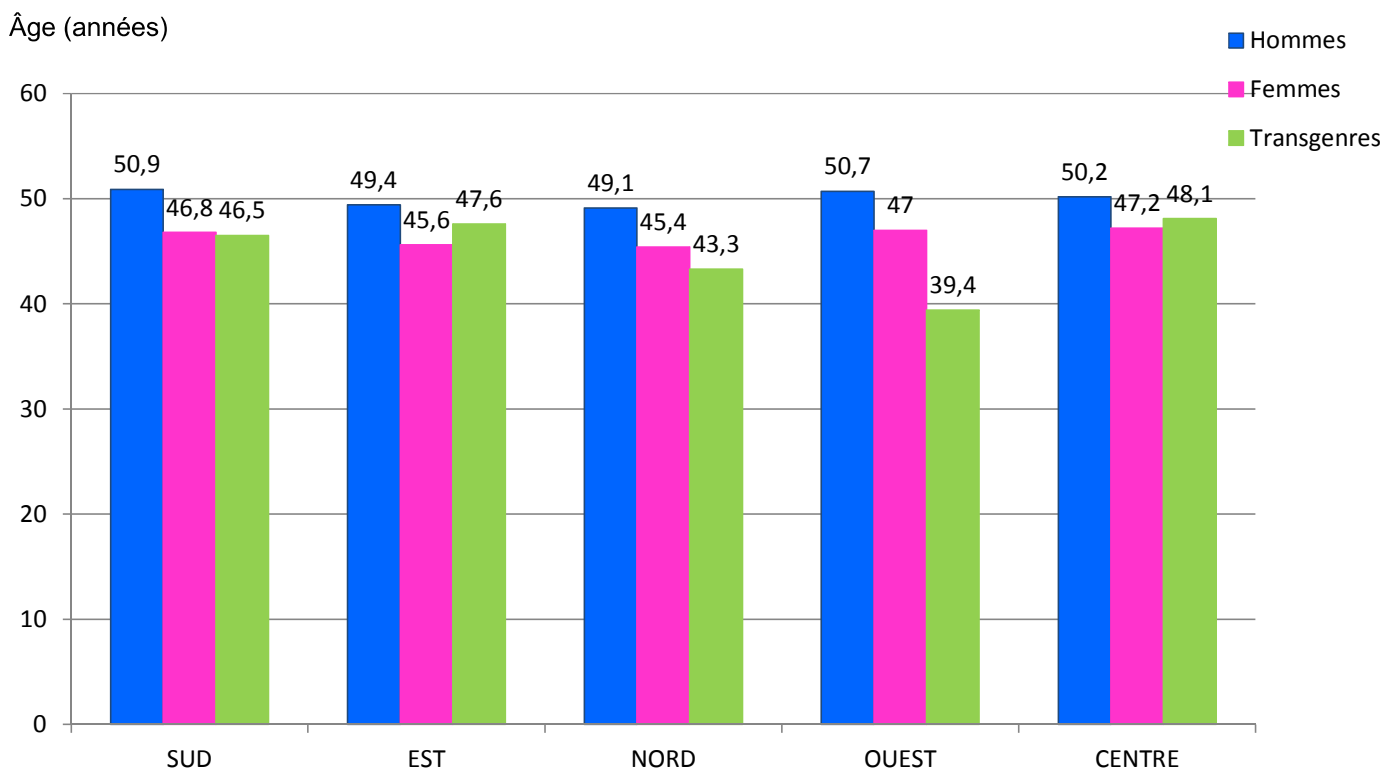
(N = 46063)

# Répartition des PvVIH par âge (2)

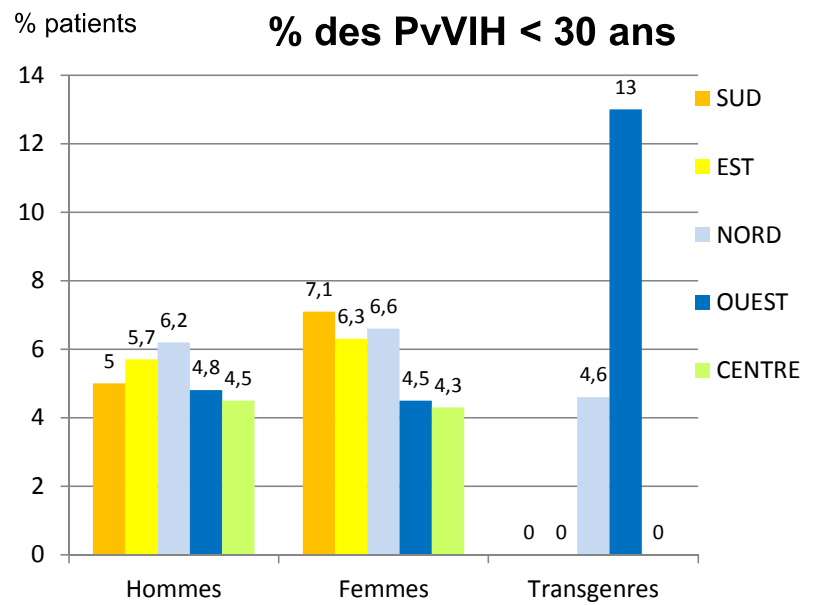
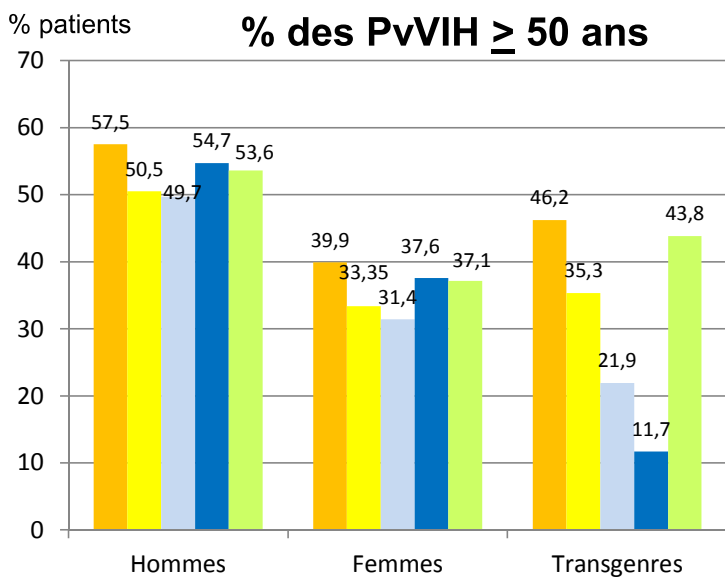


Tranches d'âge pour chaque COREVIH

# Age moyen par sexe



# Age par sexe et par COREVIH





# Commentaire 1

**1-** Le Sex-Ratio H/F = 1,7

1% des PvVIH sont des personnes transgenres  
(données stables par rapport à 2015)

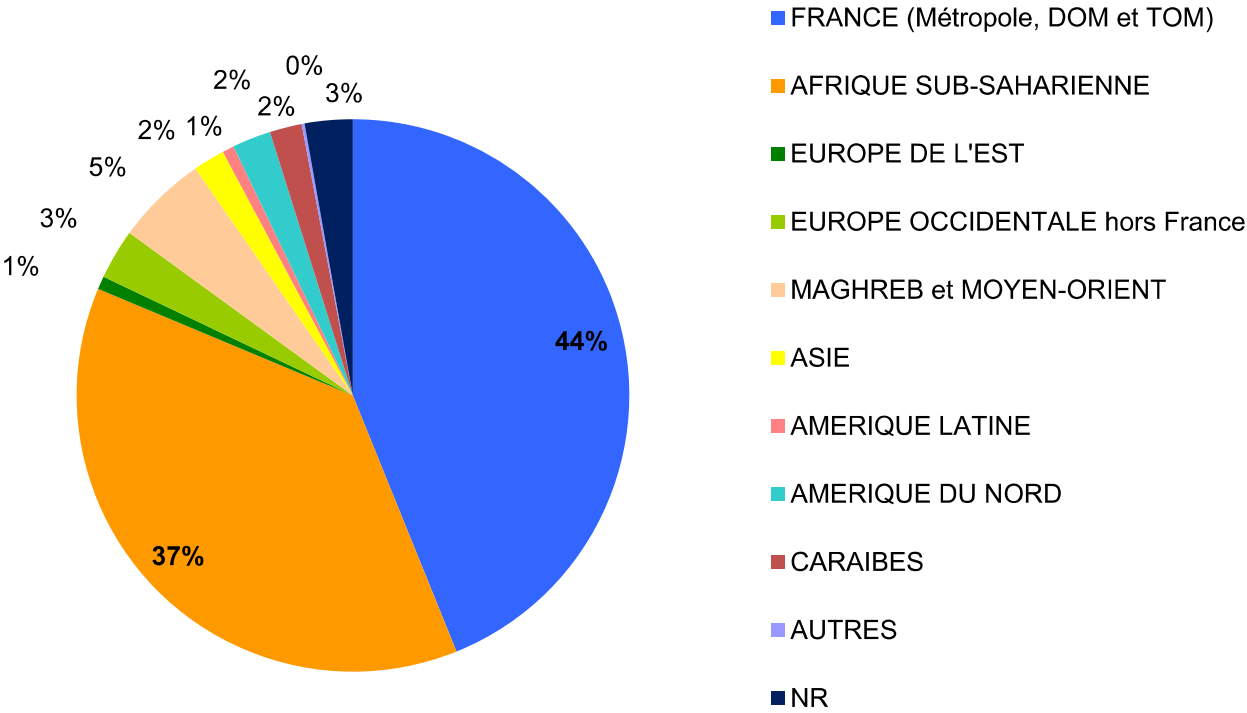
**2-** 46,6% des PvVIH sont âgées de 50 ans et plus

La population suivie est plus jeune dans les COREVIH IDF Est et Nord

La moyenne d'âge par sexe et par COREVIH montre que les femmes sont plus jeunes que les hommes.

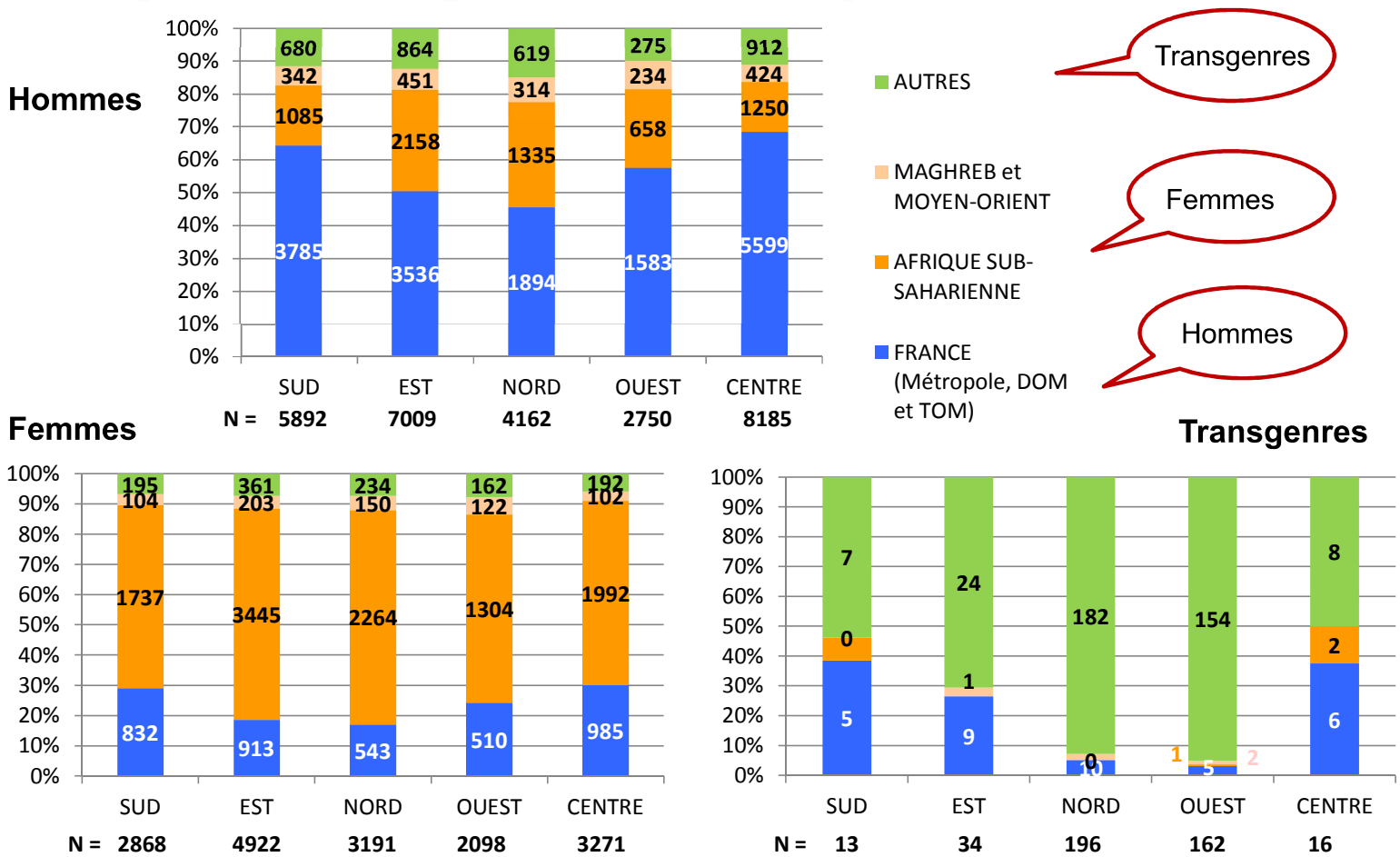
Il y a plus de PvVIH transgenres au Nord et à l'Ouest. Ils sont plus jeunes que les autres PvVIH de la file active.

# Origine géographique des PvVIH (1)

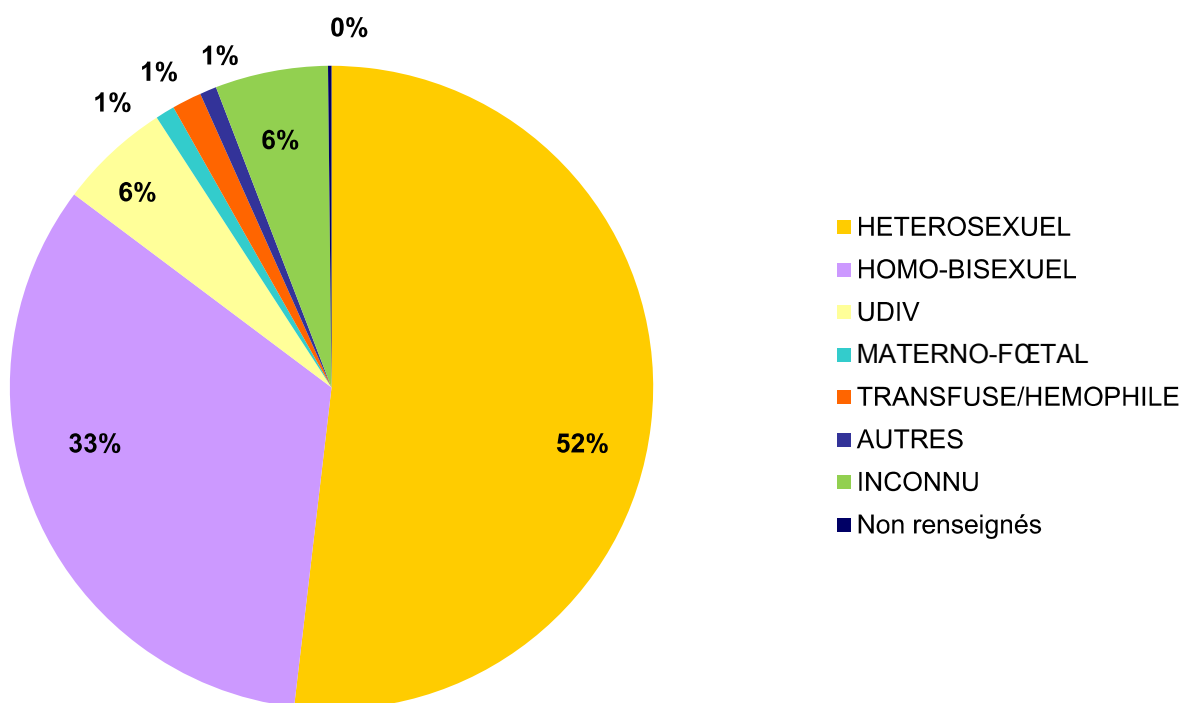


Répartition selon les pays de naissance ; n=46 063 PvVIH

# Pays de naissance des PvVIH (2) répartition par sexe et par COREVIH



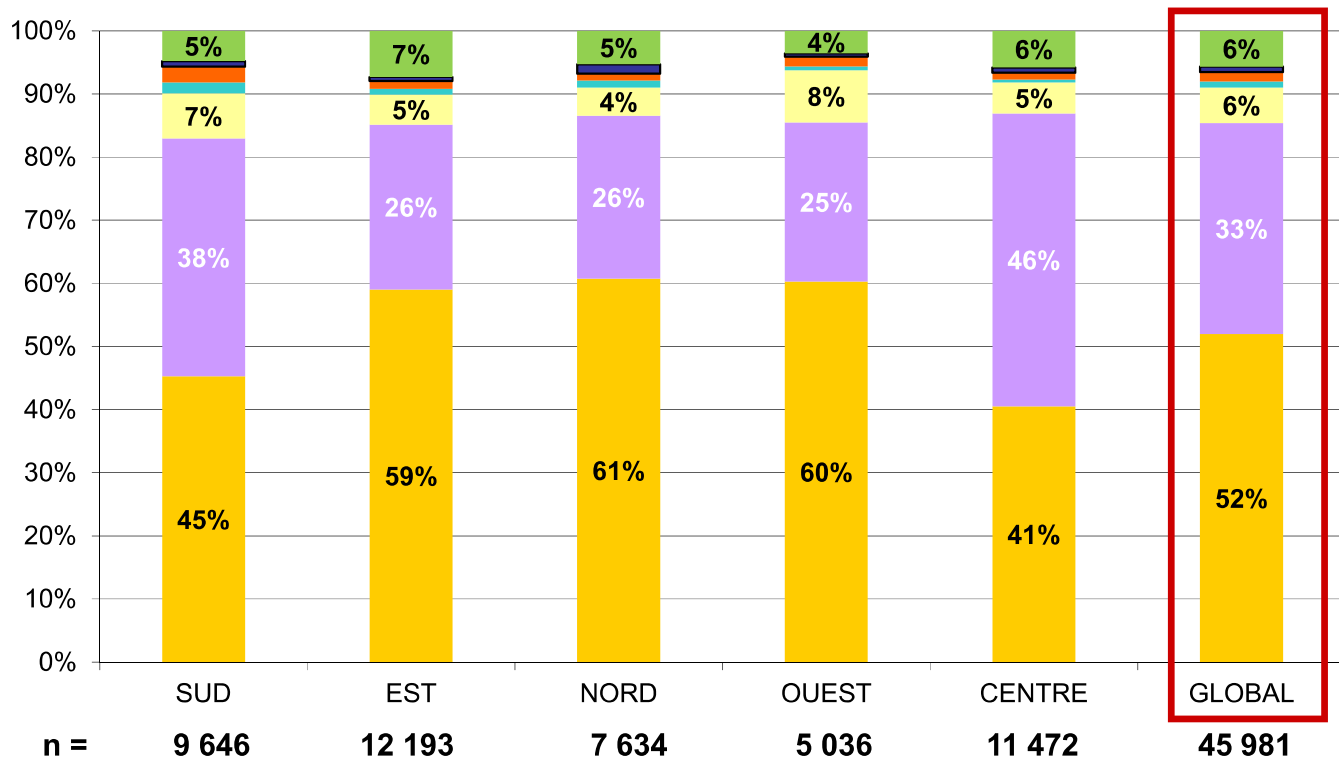
# Groupe de transmission du VIH (1)



Répartition par mode de contamination probable sur l'ensemble des COREVIH  
(n = 46 063)

## Groupe de transmission du VIH (2) répartition par COREVIH

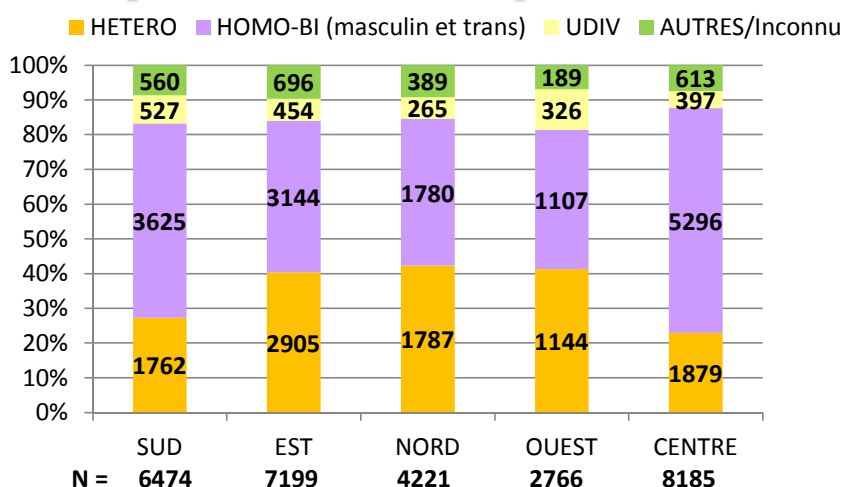
■ HETERO 
 ■ HOMO-BI (masculin et trans) 
 ■ UDIV 
 ■ MATERNO-FŒTAL 
 ■ TRANSFUSE/HEMOPHILIE 
 ■ AUTRES 
 ■ Inconnu



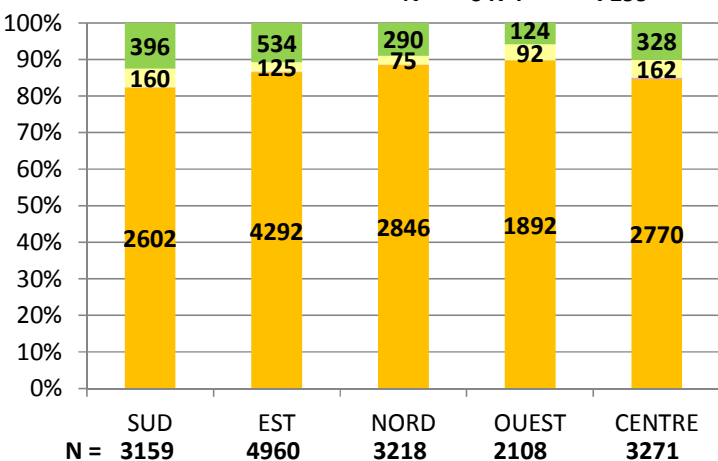
**99% de données renseignées**

# Groupe de transmission du VIH (3) répartition par sexe et par COREVIH

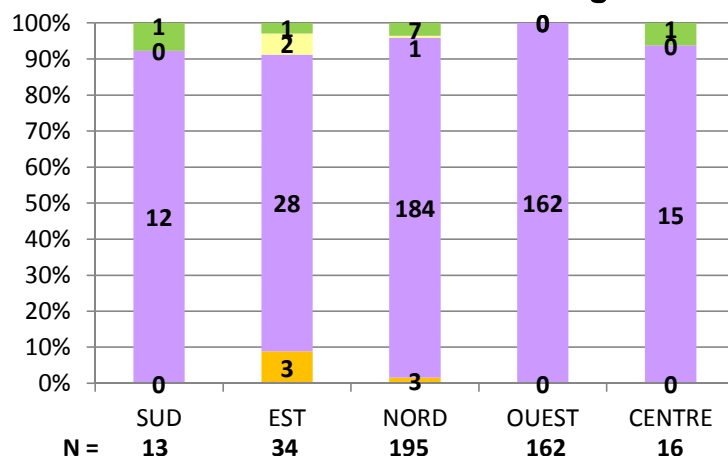
## Hommes



## Femmes



## Transgenres



# Commentaire 2

**1-** 44% des PvVIH suivies en 2016 sont nées en France (métropole, DOM et TOM) et 37% en Afrique SubSaharienne (AfrSS) - (répartition stable par rapport à 2015)

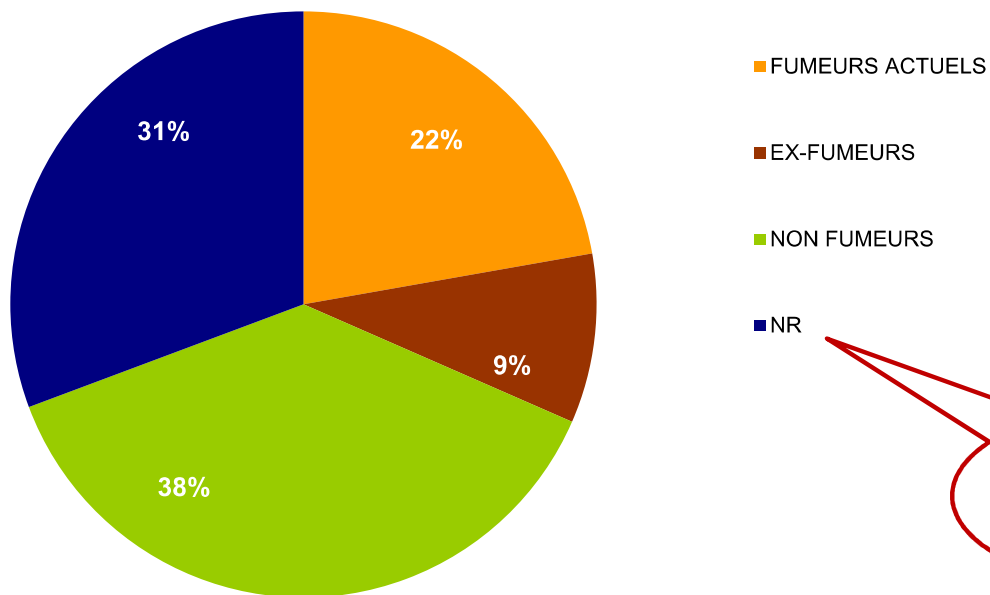
- ✓ Les Hommes sont principalement nés en France (59%)
- ✓ Les Femmes sont majoritairement nées en AfrSS (66%)
- ✓ Les PvVIH transgenres sont plus souvent nées en Amérique du Sud (84%)

**2-** Globalement, la répartition des groupes de transmission probable du VIH montre que 52% des PvVIH seraient contaminées par voie hétérosexuelle (HT), 33% par voie homosexuelle (HS), et 6% par toxicomanie intraveineuse.

Certains COREVIH se distinguent avec une part des PvVIH contaminées par voie HS plus importante : Centre (46%) et Sud (38%), COREVIH qui suivent respectivement plus d'Hommes (71% et 67%) et plus d'Hommes HS (65% et 56%)

Les autres COREVIH suivent environ 60% de PvVIH contaminées par voie HT, principalement des Femmes (60% des PvVIH HT)

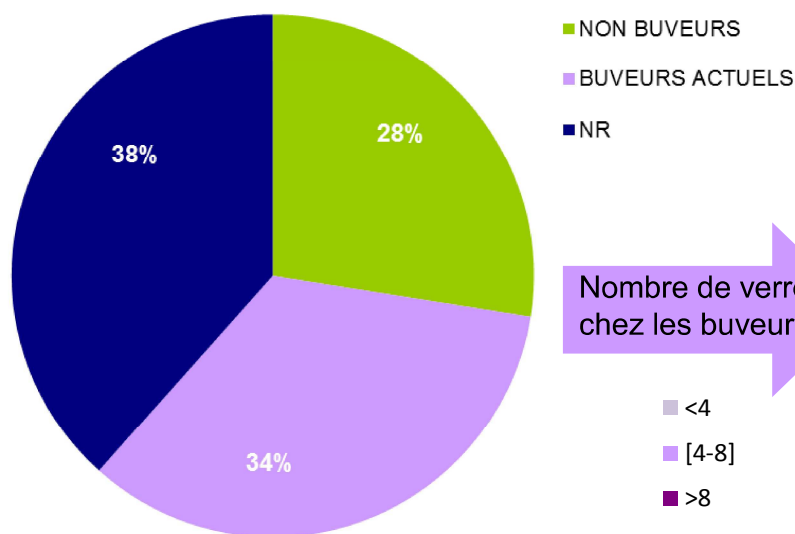
# Habitudes de vie - Tabac



Répartition du tabagisme pour l'ensemble des COREVIH  
n = 31923 données renseignées  
55% se déclarent non fumeurs, 32% fumeurs

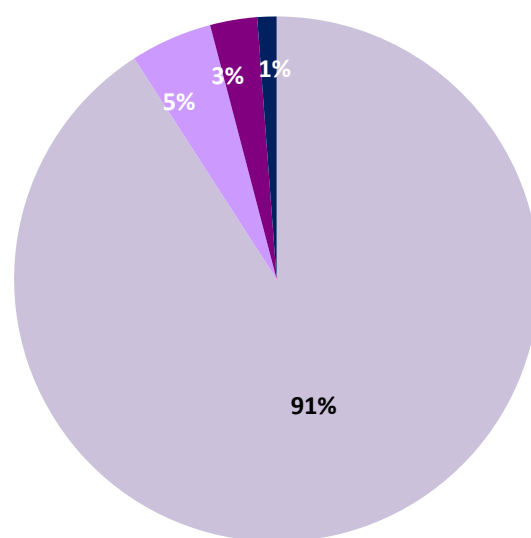


# Habitudes de vie - Alcool

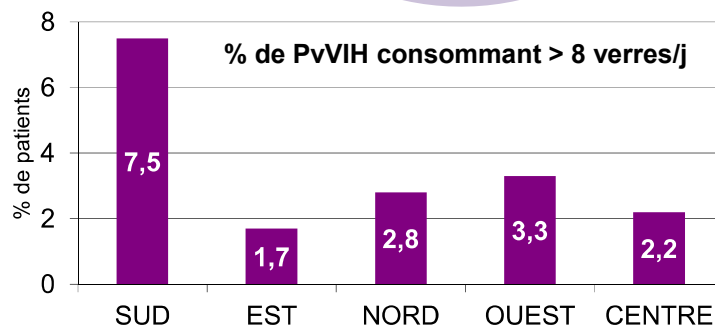


Nombre de verres chez les buveurs

- <4
- [4-8]
- >8
- NR

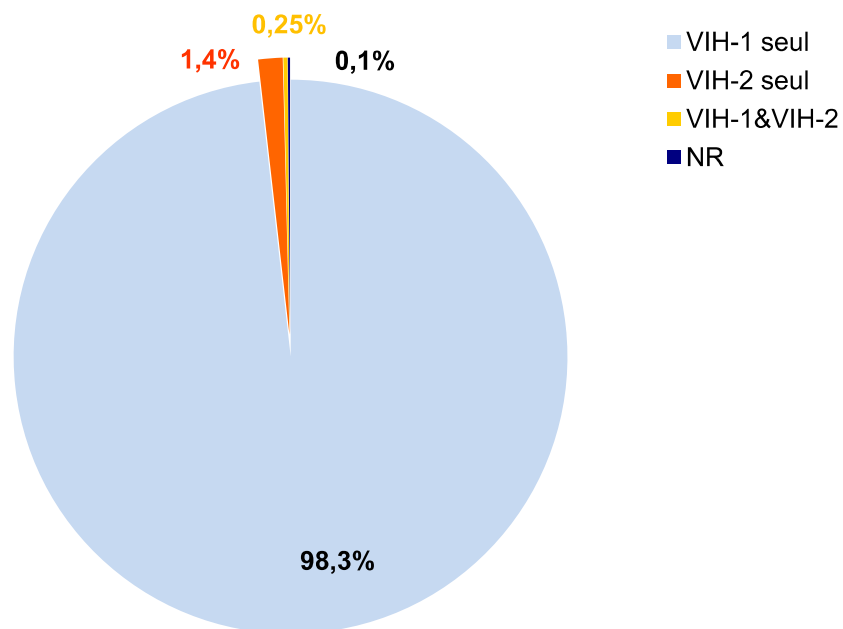


Amélioration du taux de données renseignées : **62%** vs 43% en 2015



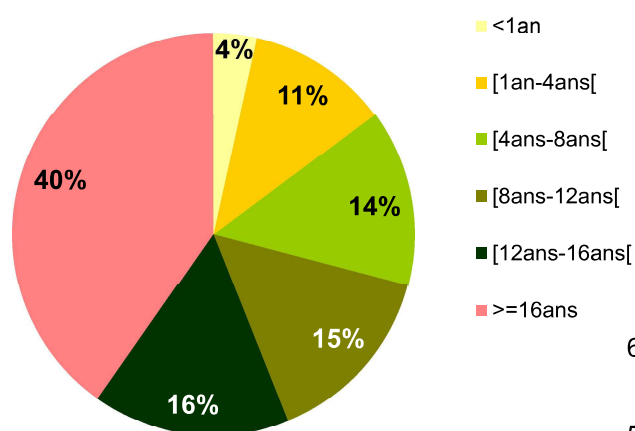
**Répartition de la consommation d'alcool pour l'ensemble des COREVIH IDF**  
**n = 28363 données renseignées**  
**45% se déclarent non buveurs, 55% buveurs actuels**

# Type de virus

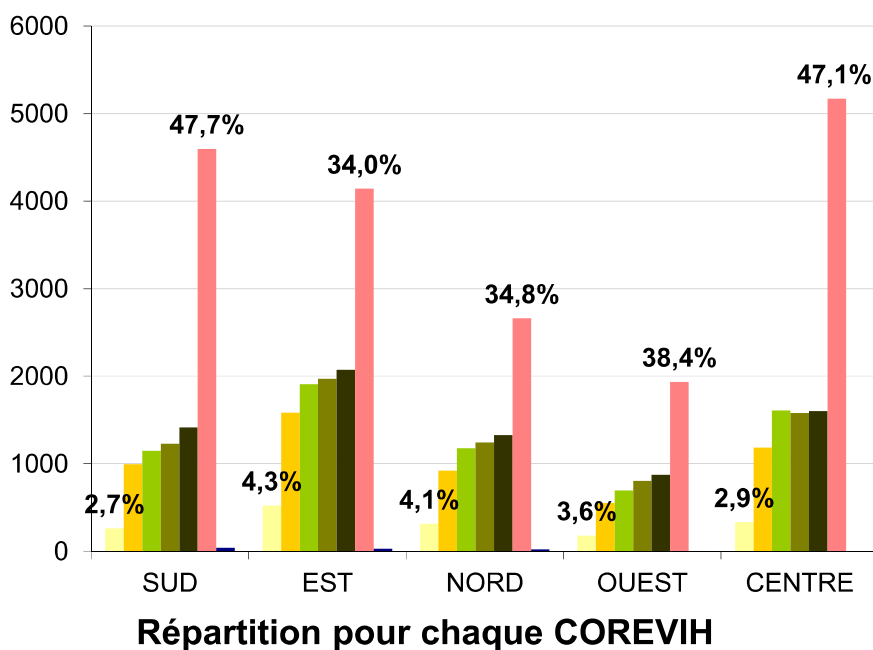


Répartition du type de VIH pour l'ensemble des COREVIH IDF  
n = 46 003

# Durée d'exposition connue au VIH

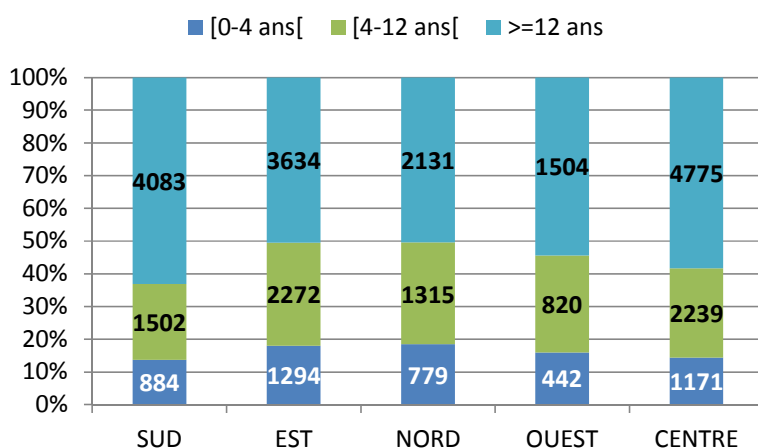


Répartition de la durée connue d'exposition au VIH pour l'ensemble des COREVIH IDF  
n = 46063

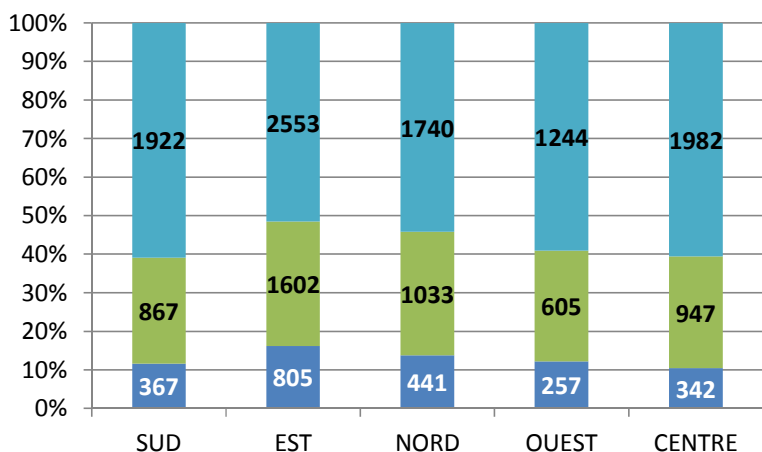


# Durée d'exposition au VIH (3) répartition par sexe et par COREVIH

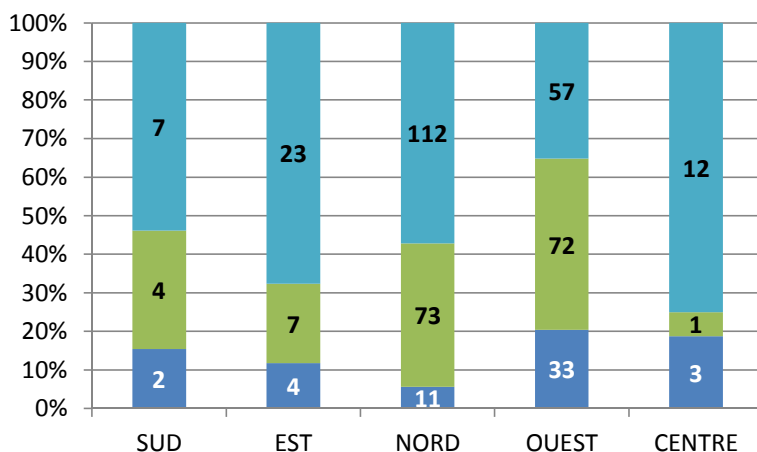
## Hommes



## Femmes



## Transgenres



# Commentaire 3

55% des PvVIH suivies en IDF en 2016 se déclarent non fumeurs et 45% non consommateurs n'alcool.

Ces données renseignées respectivement à 69% et 62% demandent un effort de recueil plus exhaustif afin d'avoir une image plus représentative.

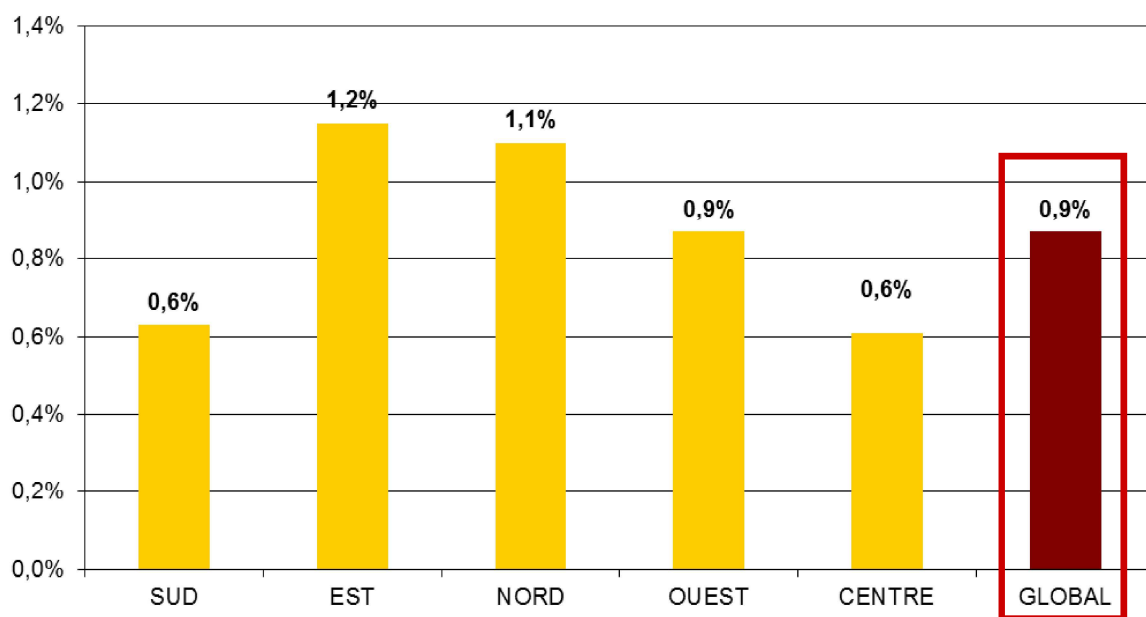
La majorité (40%) des PvVIH suivies en 2016 en IDF ont une durée d'exposition connue au VIH de 16 ans et plus – comparable à 2015

A l'échelle de chaque COREVIH :

- ✓ les PvVIH Hommes et Femmes ont globalement une durée d'exposition plus récente à l'Est et au Nord en comparaison du Sud et du Centre, avec plus de 4% des PvVIH suivies depuis moins d'1 an
- ✓ et à l'Ouest avec 20% des PvVIH transgenres suivies depuis moins de 4 ans.

# SIDA & événements classant (1)

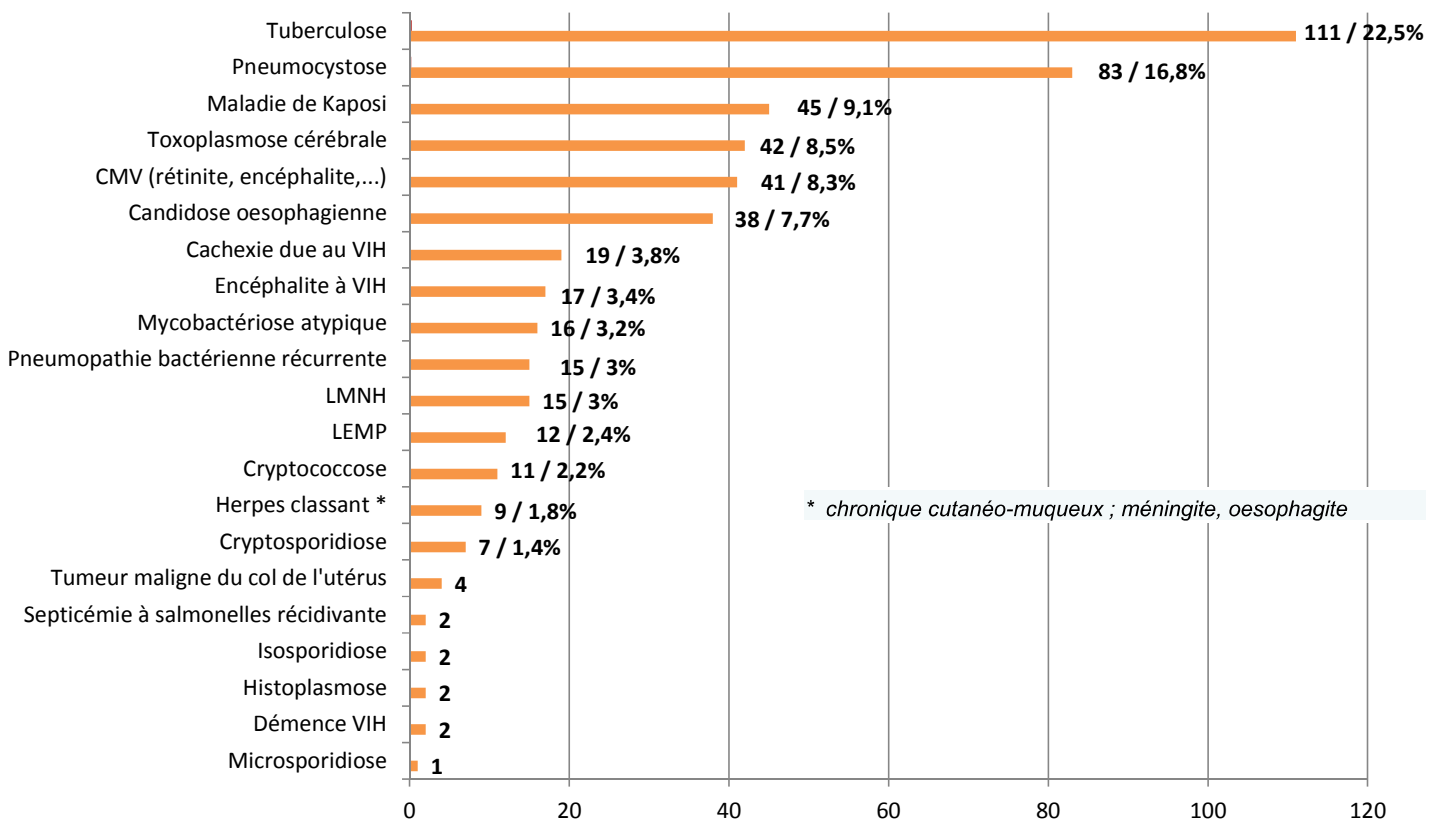
Nombre de PvVIH au Stade SIDA en 2016 pour l'ensemble des COREVIH IDF  
**N = 10 602 (23% FA) – stable par rapport à 2015**



**Incidence des nouveaux cas de SIDA en 2016 en % FA ; n = 399**  
stable par rapport à 2015

# SIDA & évènements classant (2)

n = 494 évènements



\* chronique cutanéomuqueux ; méningite, oesophagite

**Incidence des pathologies classant SIDA (inaugurale ou nouvel évènement)  
(n / % des évènements) pour l'ensemble des COREVIH IDF**

# Commentaire 4

Les données présentées concernent l'ensemble des pathologies classant SIDA qu'elles soient inaugurales du SIDA ou non.

Les spécificités de l'interCOREVIH IDF :

- ✓ la tuberculose est la première pathologie retrouvée avec globalement 22,5% des cas recensés. (21% en 2015)
- ✓ pour le COREVIH IDF Ouest, la pneumocystose est la première pathologie opportuniste avec 24 % des cas contre 14 à 17% pour les autres COREVIH.

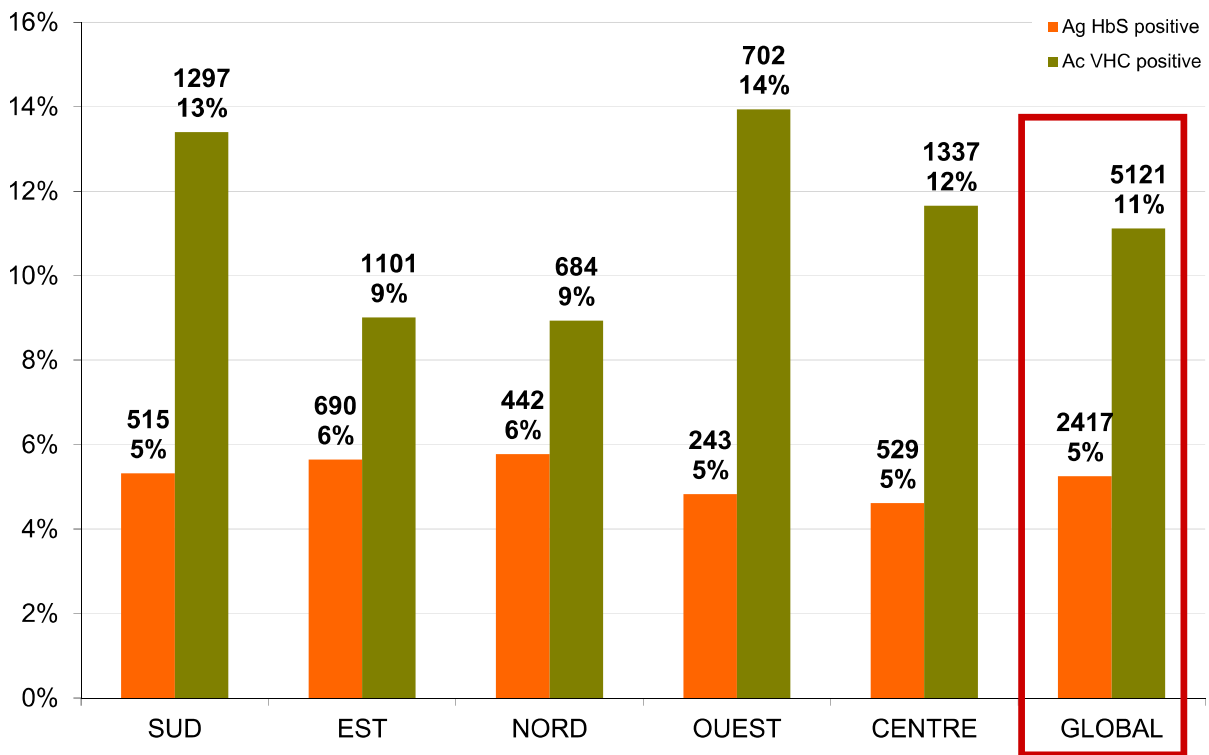
*Pour rappel, la pneumocystose reste, à l'échelle nationale\*, la principale pathologie opportuniste inaugurale du sida (30% en 2015), les autres pathologies les plus fréquentes étant la toxoplasmose cérébrale (13%), la tuberculose (13%), la candidose œsophagienne (10%) et le Kaposi (9%).*

\* Point épidémiologique – Découvertes de séropositivité VIH et de sida en 2015 :  
23/03/2017 – Santé Publique France



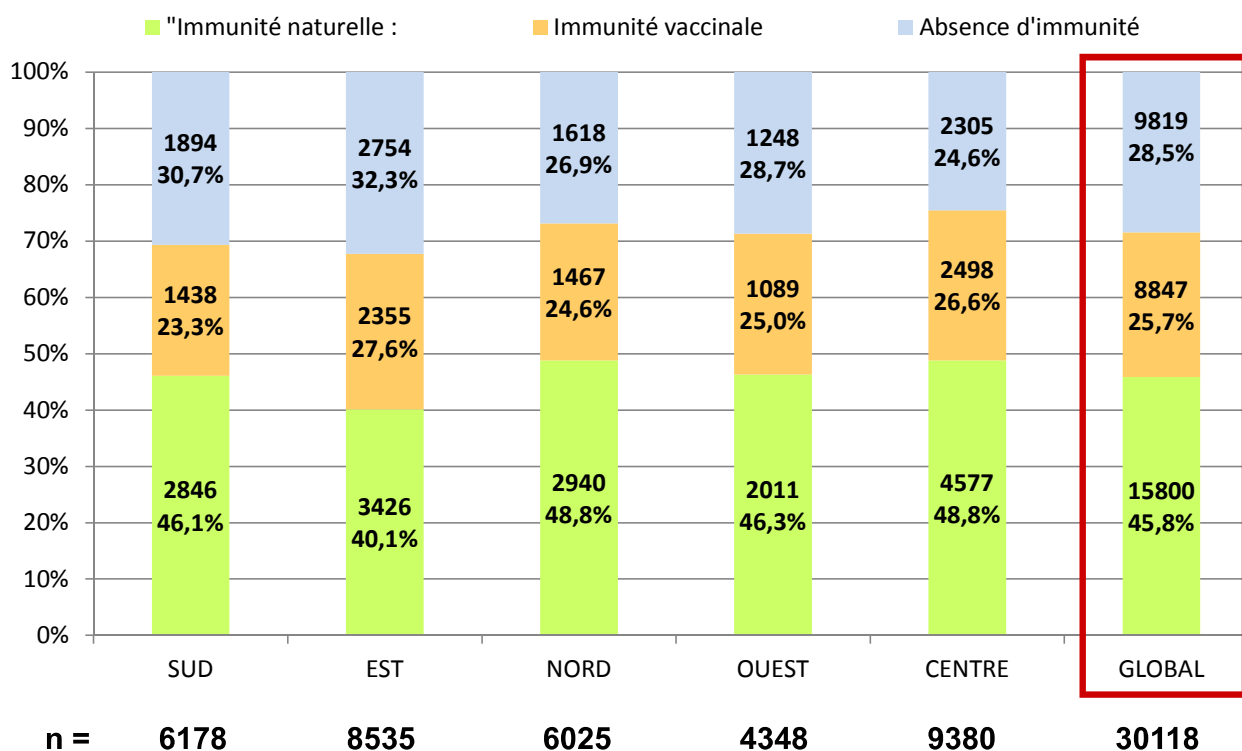
# **Les Hépatites B et C**

# Co-infections VHB / VHC



**Prévalence de l'Antigénémie HBs positive et séroprévalence de l'infection VHC (n /% FA)**  
**VHB ou VHC = 6% de données NR vs 8% en 2015**

# Immunité contre l'hépatite B en 2016



**30 118 (85%) PvVIH non porteurs de l'AgHBs sur la dernière sérologie ont les 3 marqueurs renseignés (AgHBs, Ac antiHBs, Ac antiHBc)**

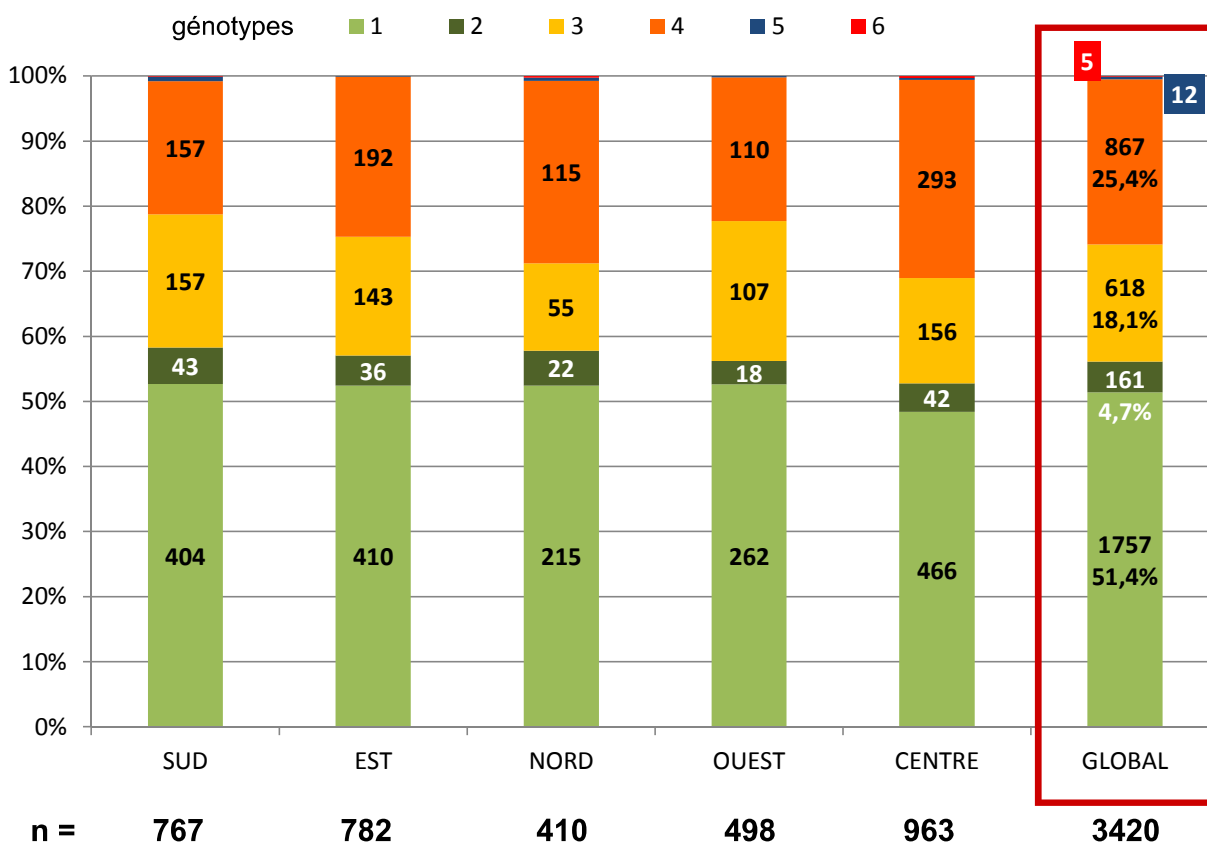
# Commentaire 5

Parmi les PvVIH de la File Active ayant un antigène HBs négatif et un profil immunologique complet, nous retrouvons :

- ✓ 46% de PvVIH avec une immunité naturelle,
- ✓ 26% de PvVIH avec un profil d'immunité vaccinale
- ✓ 28% avec une absence d'immunité

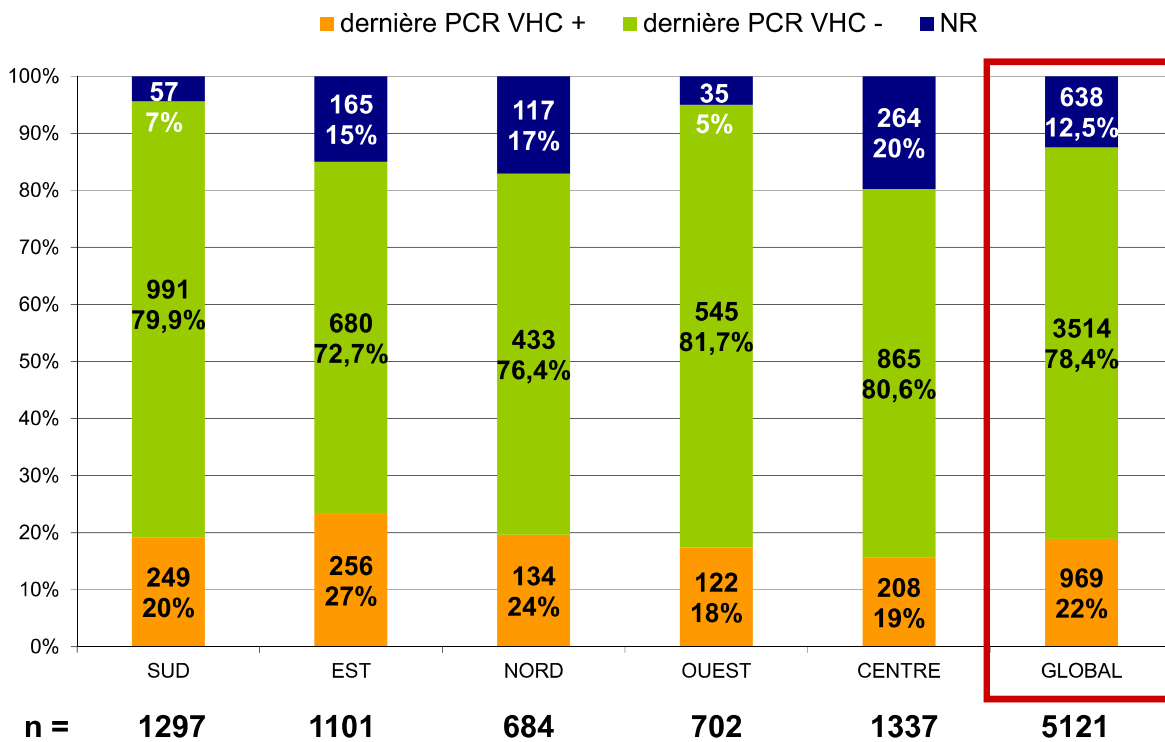
Cela signifie que potentiellement 25 à 32% des PvVIH suivies en 2016 en IDF (soit 1/4 à 1/3 selon les COREVIH) dont le profil sérologique VHB est complet devraient avoir une ré-évaluation de leur carnet de vaccination (non vacciné, non répondeur au vaccin et sur quel schéma vaccinal) pour être accompagnées pour un conseil sur la vaccination contre le VHB.

# Co-infection hépatite C en 2016 (1)



Répartition des génotypes du VHC par COREVIH  
pour 3420 (71,3%) PvVIH porteurs du VHC

# Co-infection hépatite C en 2016 (2)

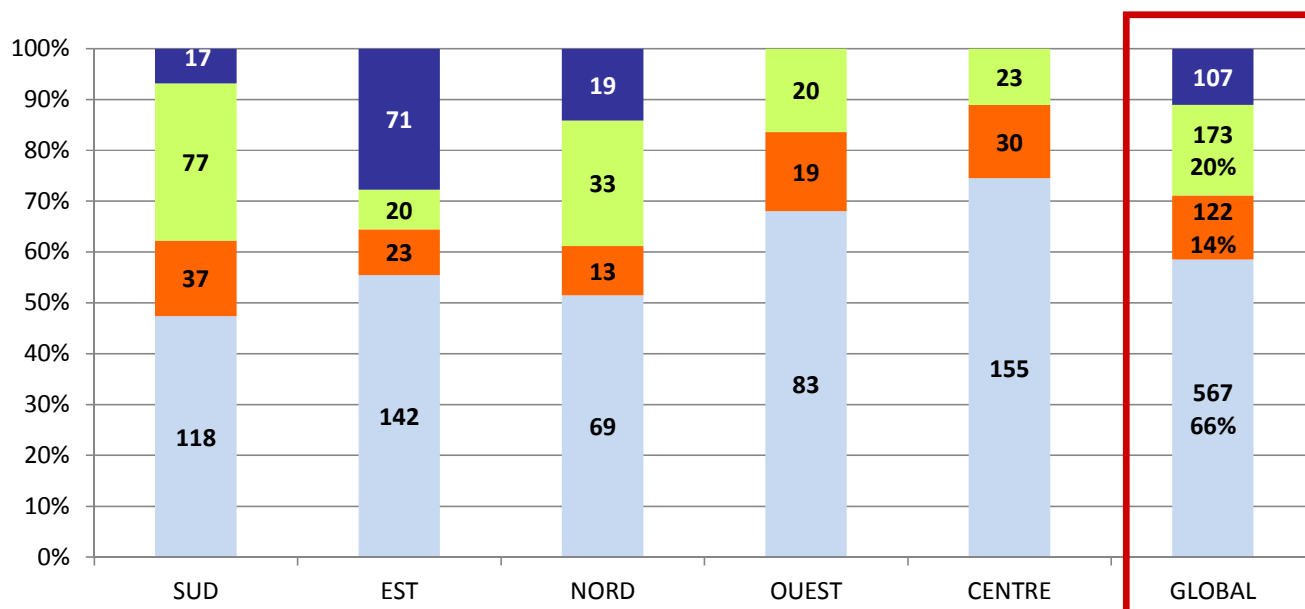


**Dernière PCR renseignée chez les PvVIH co-infectés par VHC**

**22% de patients avec PCR+ sur l'ensemble des patients avec PCR renseignée**

# Co-infection hépatite C en 2016 (3) PCR +

■ Nb de pts naïfs de trt   ■ Nb de pts avec statut "en echec"   ■ Nb de pts avec statut "en cours de Trt"   ■ NR

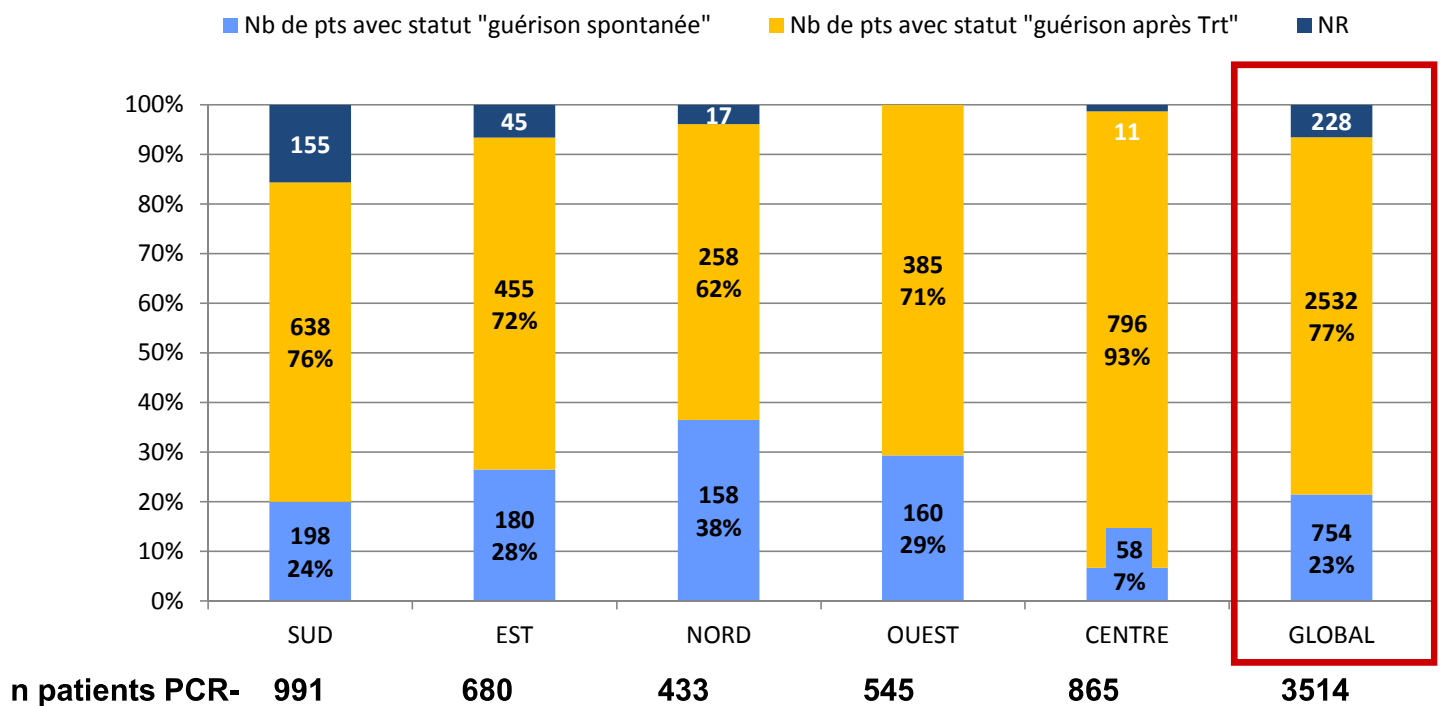


n patients PCR+    249                      256                      134                      122                      208                      969

**Statut du traitement contre le VHC chez les 969 PvVIH avec PCR+**

**89% de données renseignées ; 66% de patients naïfs + 14 % en échec de traitement**

# Co-infection hépatite C en 2016 (4) PCR -

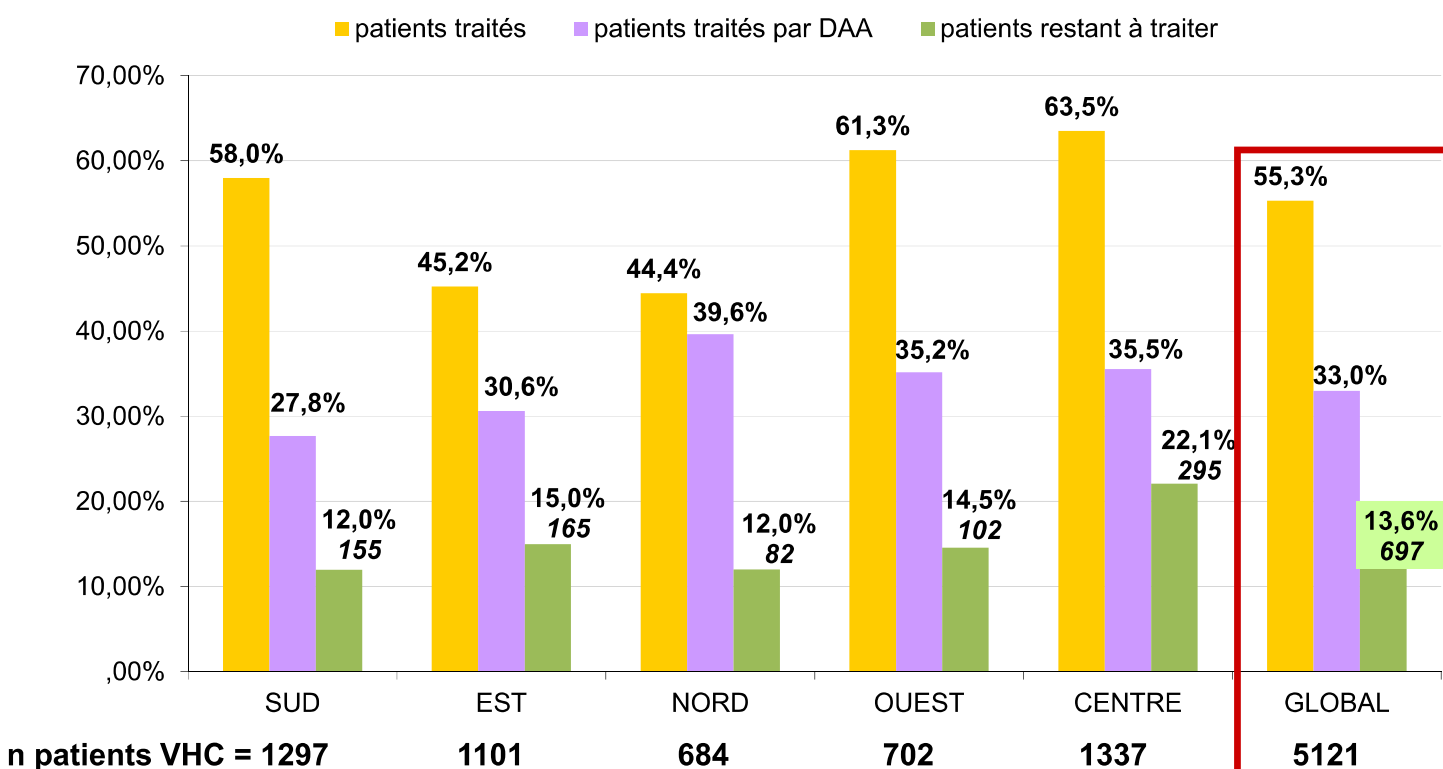


**Guérison du VHC chez les 3514 PvVIH avec PCR- :**

**94% de données renseignées ; 23% de guérison spontanée sur les PCR- renseignées**



# Co-infection hépatite C en 2016 (5)



**2857 (55%) PvVIH co-infectés par VHC de patients ont reçu un traitement**  
**33% un traitement par DAA**  
**697 (13,6%) PvVIH restent à traiter : naïfs et à retraiter**

# Commentaire 6

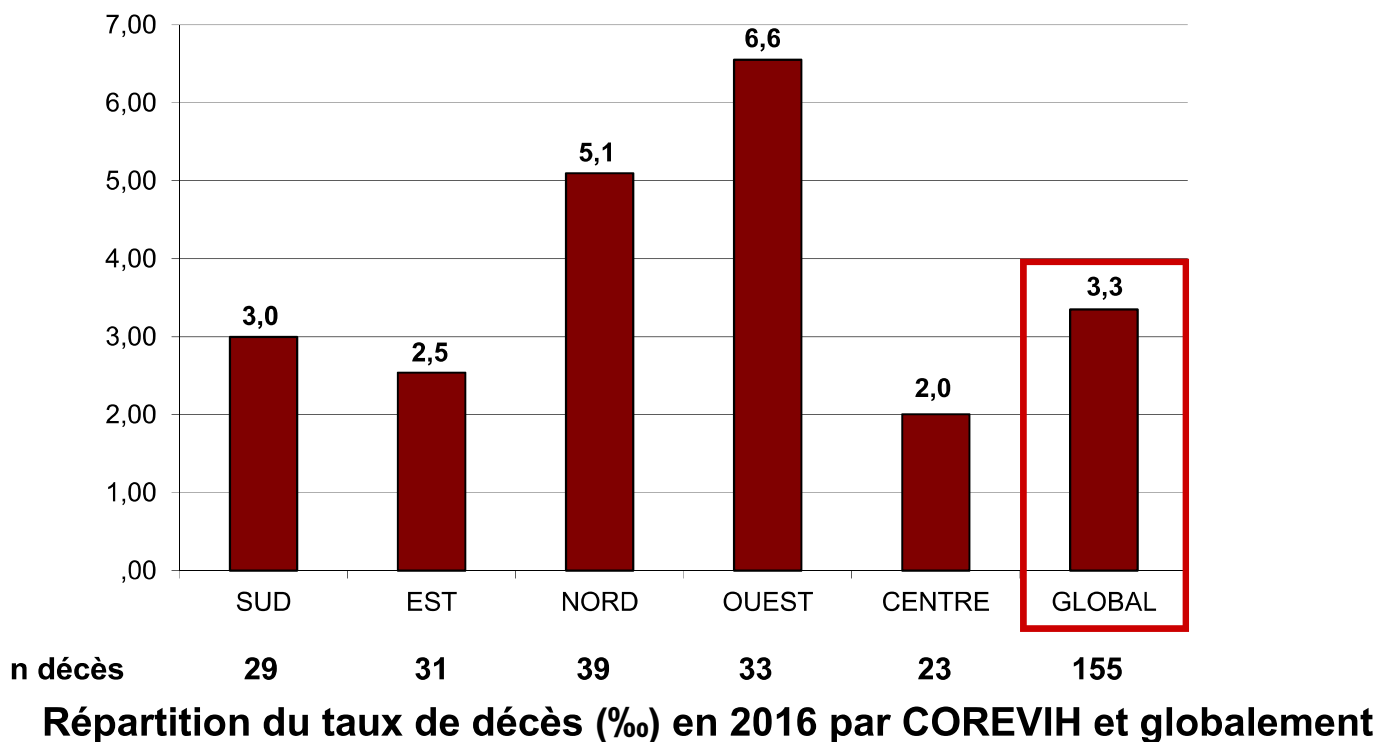
- ✓ 71,3% des 5 121 PvVIH porteurs de l'Anticorps anti-VHC ont pu bénéficier d'un génotype. Le sérotype 1 est prévalent.
- ✓ 22% des PvVIH co-infectées par le VHC suivies en 2016 ont une dernière PCR-VHC renseignée positive : 66% de ces PvVIH sont naïfs de traitement anti-VHC et 14% sont en échec.
- ✓ 78% des PvVIH co-infectées par le VHC suivies en 2016 ont une dernière PCR renseignée négative : 23% sont déclarées « guérison spontanée » et 77% « guérison après un traitement anti-VHC ».
- ✓ 2857 soit 55% des PvVIH co-infectées par le VHC suivies en 2016 ont reçu au moins un traitement anti-VHC, 33% un DAA (*ils étaient 2546 PvVIH soit 49% en 2015 a avoir reçu un traitement – 20% un DAA*).

**~14% des PvVIH co-infectées VHC (n=697) seraient à traiter ou retraiter**

# Co-morbidités et décès en 2016

155 décès enregistrés en 2016 : 0,3% de la FA IDF  
dont 21 décès liés au VIH

0,4% en 2015 [0,2 – 0,6]

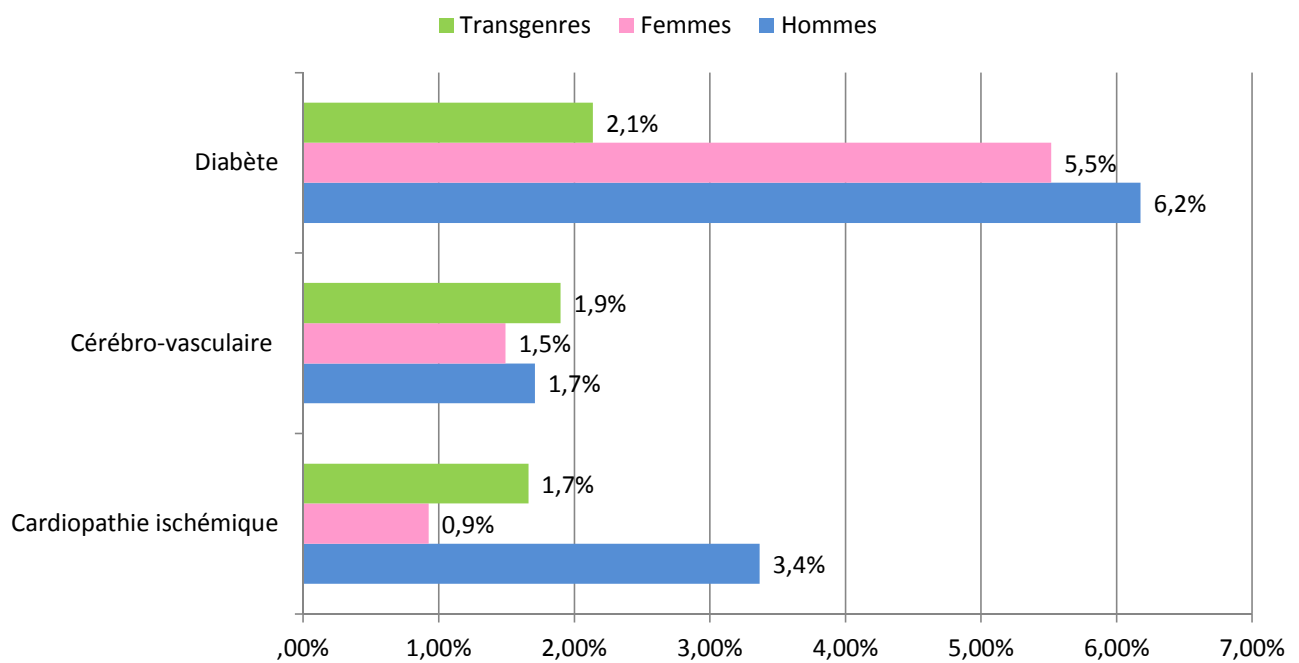


# Cancers en 2016 – analyse par sexe



**Prévalence (‰ PvVIH) des cancers classant et non classant sur l'ensemble des patients vus en 2016 dans les COREVIH IDF**

# Co-morbidités par sexe



**Prévalence des co-morbidités chez les PvVIH suivis en 2016 (% FA IDF)**

# Commentaire 7

Une analyse par sexe des co-morbidités a été effectuée pour la 1<sup>ère</sup> fois chez les PvVIH suivies en IDF en 2016.

Les cancers à plus forte prévalence :

- ✓ Sarcome de Kaposi chez les Hommes et les PvVIH transgenres,
- ✓ Lymphome Malin non Hodgkinien chez tous les PvVIH
- ✓ Maladie de Hodgkin chez les Hommes et les PvVIH transgenres
- ✓ Le cancer du sein est le premier cancer chez la femme suivi par le cancer du col de l'utérus

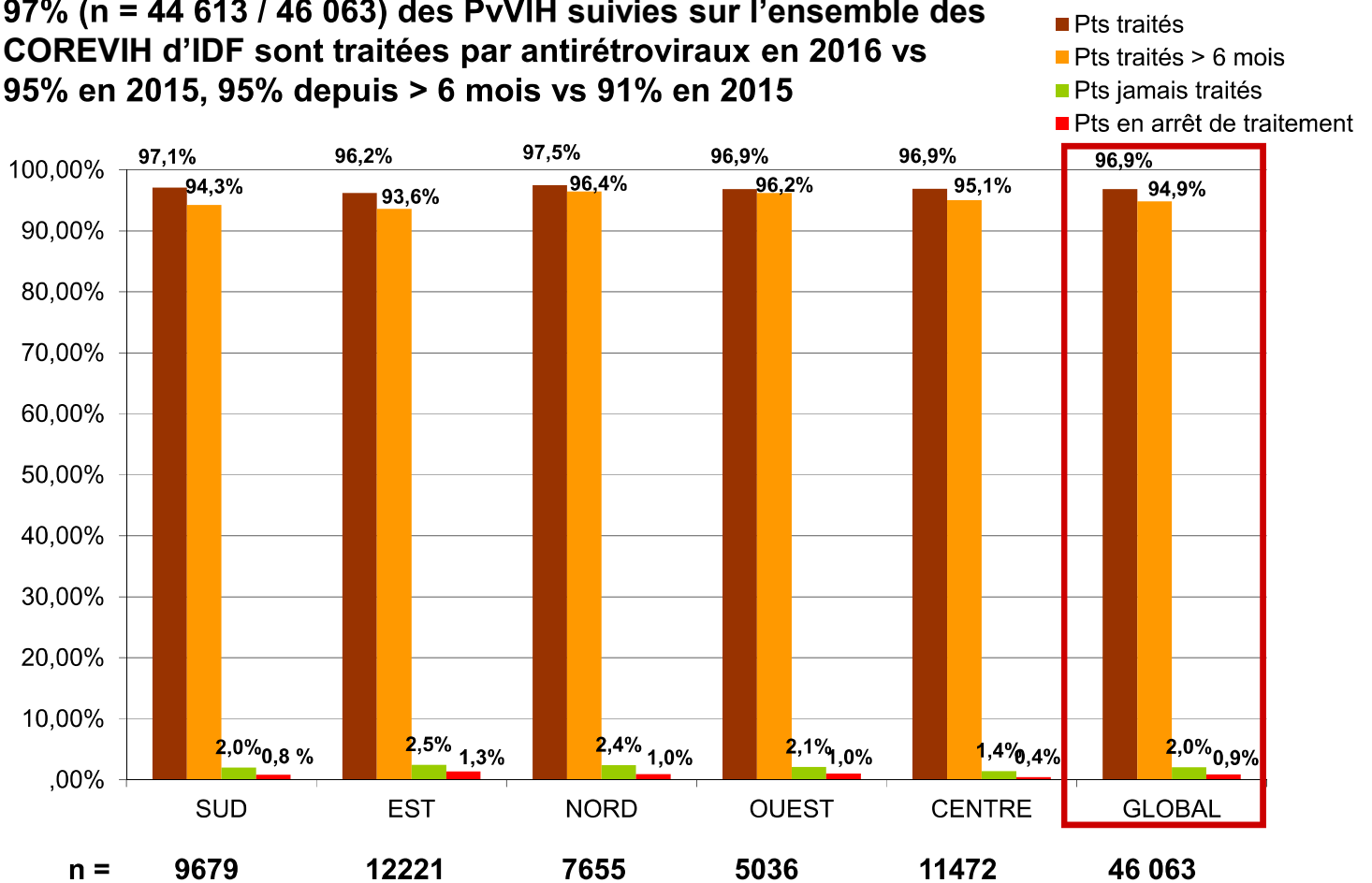
Forte prévalence du diabète : ~ 6% des Hommes et des Femmes sont concernés

⇒ Mise en place de conseils préventifs hygiéno-diététiques

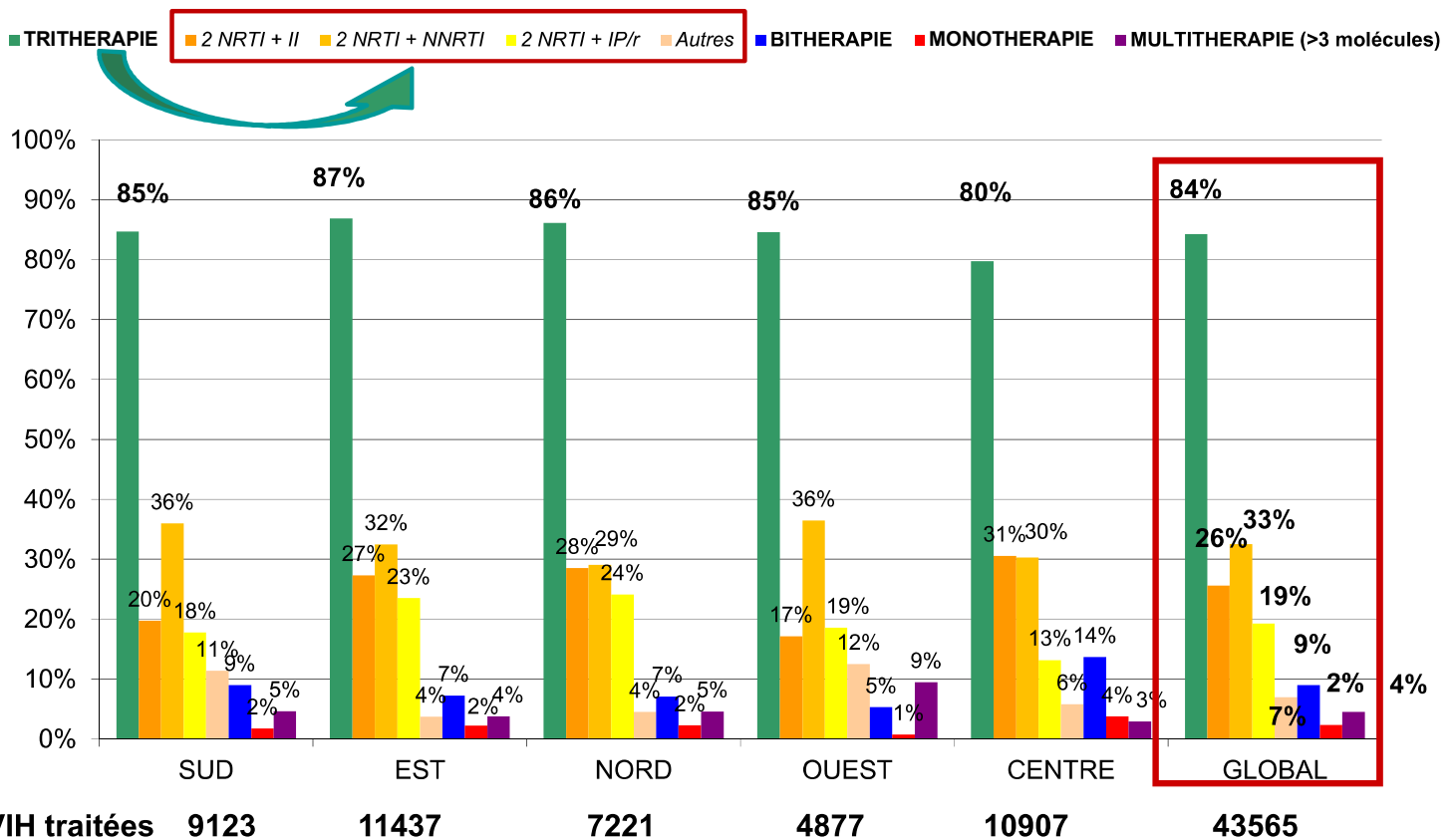
**Il apparait que de nombreuses co-morbidités sont mal renseignées dans les bases respectives des COREVIH. Un gros effort doit être porté sur le recueil des pathologies.**

# Traitements antirétroviraux en 2016

97% (n = 44 613 / 46 063) des PvVIH suivies sur l'ensemble des COREVIH d'IDF sont traitées par antirétroviraux en 2016 vs 95% en 2015, 95% depuis > 6 mois vs 91% en 2015



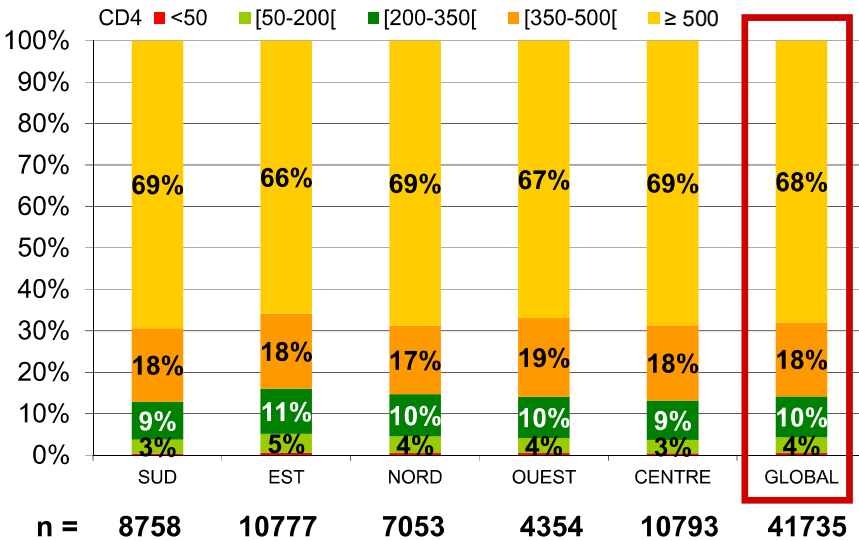
# Stratégies thérapeutiques – FA IDF



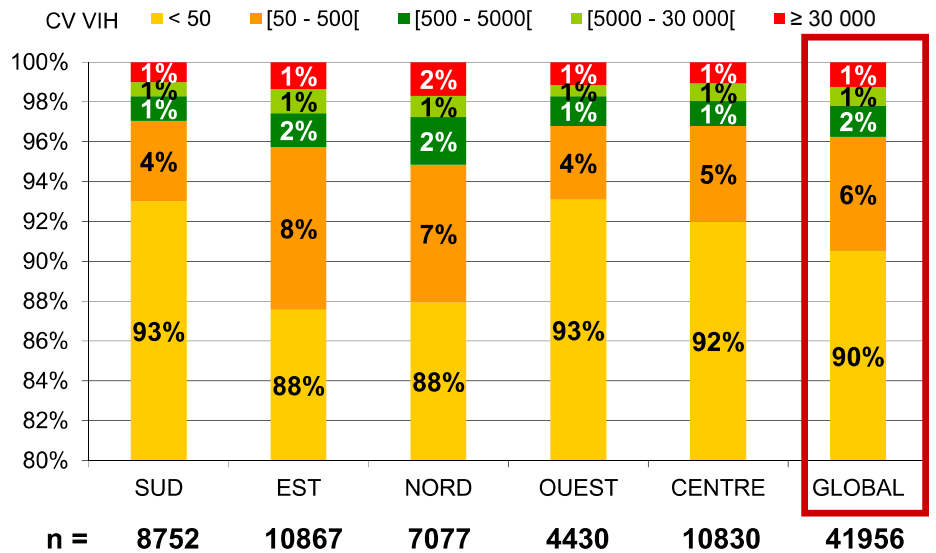
Répartition des différents schémas thérapeutiques par COREVIH et globalement



# Réponse immuno-virologique s/ traitement depuis plus de 6 mois

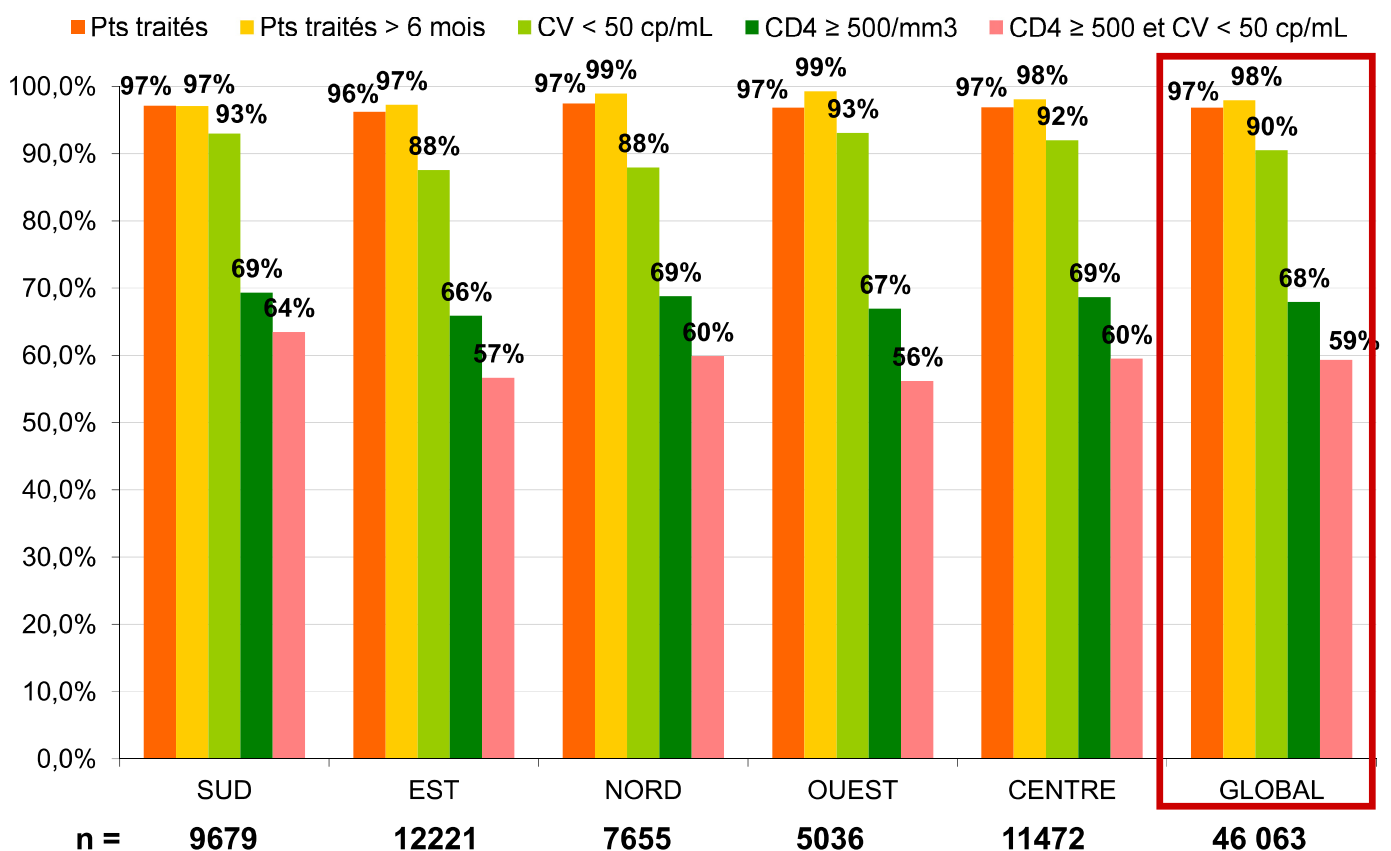


**Dernier bilan CD4 (/mm3) pour les FA COREVIH (n = 41 735 – 96% FA)**



**Dernier bilan CV VIH (cp/mL) pour les FA COREVIH (n = 41 956 – 96% FA)**

# Distribution immunovirologique des PvVIH recevant un traitement antirétroviral



Réponse immuno-virologique des PvVIH dans les différents COREVIH et globalement  
 % patients traités / dont % patients traités plus de 6 mois  
 et réponse CD4-CV s/traitement depuis 6 mois et plus

# Commentaire 8

- ✓ **97% des PvVIH reçoivent un traitement antirétroviral** contre 95% en 2015
- ✓ 95% des PvVIH suivies sont traitées depuis plus de 6 mois contre 91% en 2015
- ✓ Les combinaisons antirétrovirales prescrites sont :
  - ✓ **des trithérapies (84%) :**
    - ✓ 2 NRTI + IP/r : 19% contre 24% en 2015
    - ✓ 2 NRTI + INI : 26% contre 20% en 2015
    - ✓ 2 NRTI + INNRT : 33% contre 35% en 2015
    - ⇒ Augmentation de la part des trithérapies avec INI et INNRT liée à l'utilisation des STR « comprimé unique »
  - ✓ **des bithérapies (9%)**
- ✓ Les stratégies thérapeutiques sont relativement homogènes entre les COREVIH, sauf exception pour le COREVIH IDF Centre avec moins de prescriptions de trithérapies (80% versus 85-87%), plus de bithérapies (14% vs 5-9%) et de monothérapies (4% vs 2%).
- ✓ **90% des PvVIH traitées depuis plus de 6 mois sont en succès virologique (CV-VIH < 50 cp/mL)** contre 87% en 2015
- ✓ **59% des PvVIH traitées depuis plus de 6 mois sont en succès immuno-virologique (CD4  $\geq$  500/mm<sup>3</sup> et CV-VIH < 50 cp/mL)** contre 52% en 2015

# Initiations thérapeutiques en 2016

2004 / 46063 PvVIH (4,3%) ont débuté un traitement en 2016 vs 5% en 2015

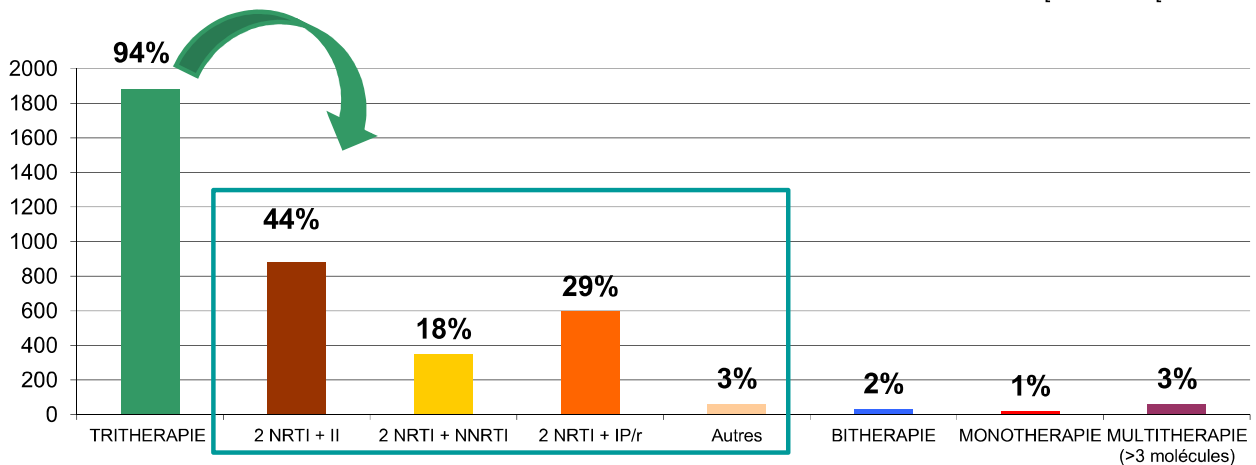
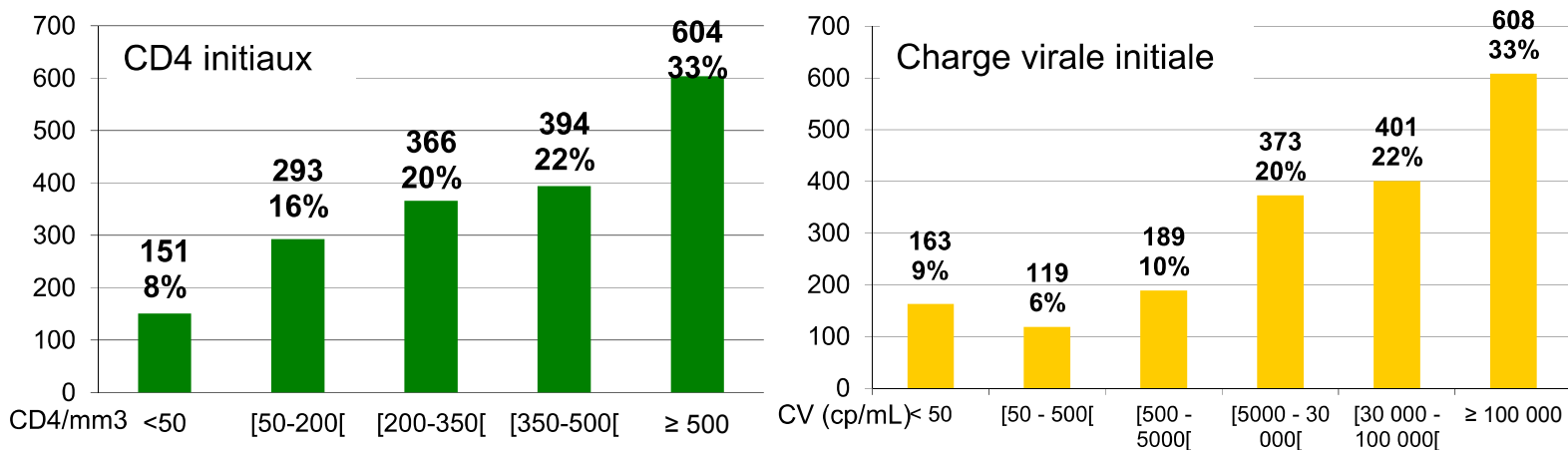


Schéma thérapeutique à l'initiation pour l'ensemble des COREVIH

# Commentaire 9

94% des traitements initiés en 2016 l'ont été en trithérapie – stable par rapport à 2015

- 2 NRTI + INI : 44% contre 41% en 2015
- 2 NRTI + IP/r : 29% contre 33% en 2015
- 2 NRTI + NNRTI : 18% stable

L'initiation de traitement comprenant une IP/r est importante et reste probablement le fait :

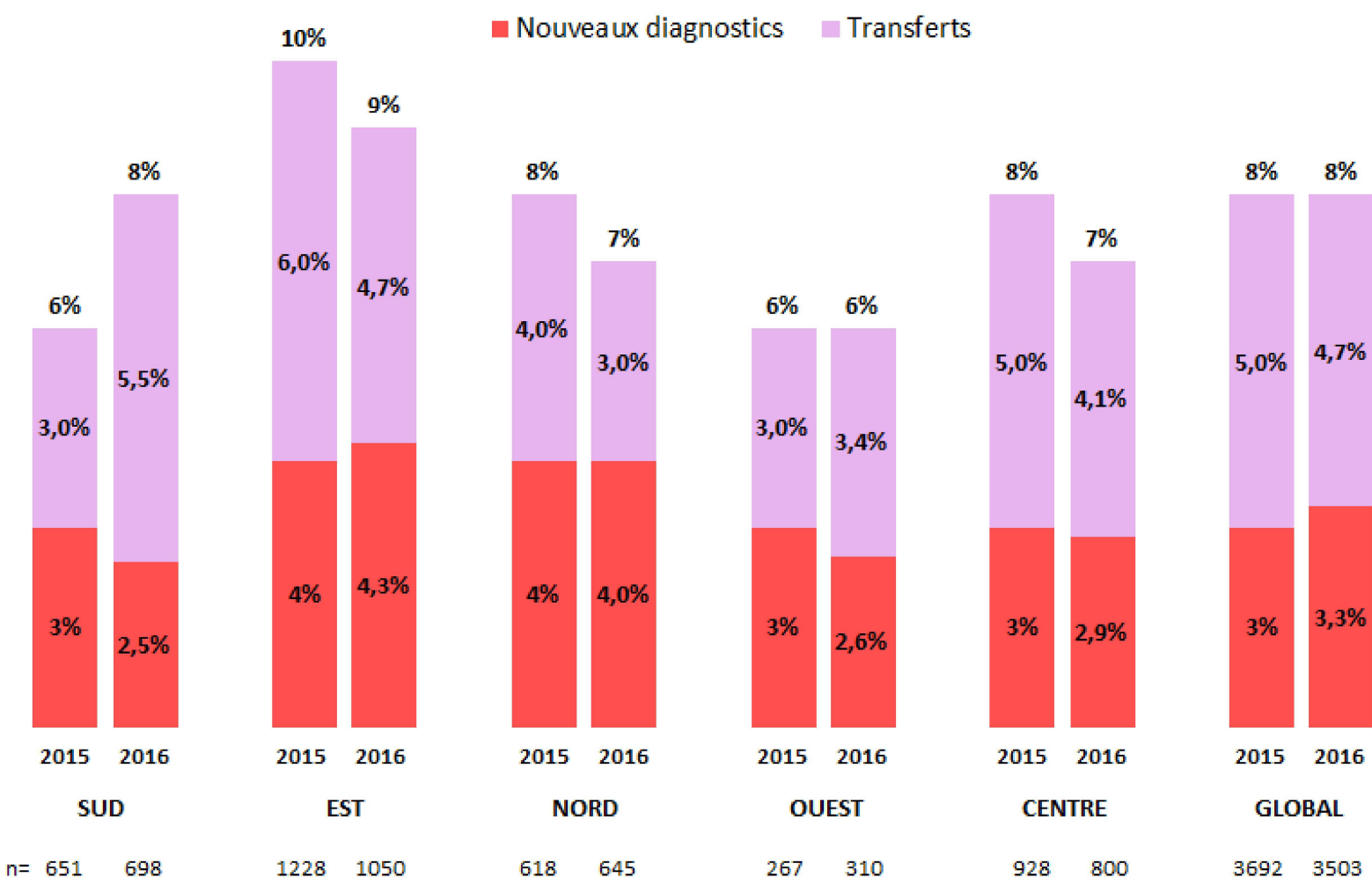
- d'un nombre non négligeable de femmes jeunes en âge de procréer
- d'une 1<sup>ère</sup> ligne de traitement débutée rapidement en absence de génotype



# **Nouvelles prises en charge Nouveaux diagnostics**

**en 2016**

# Description des nouvelles prises en charge

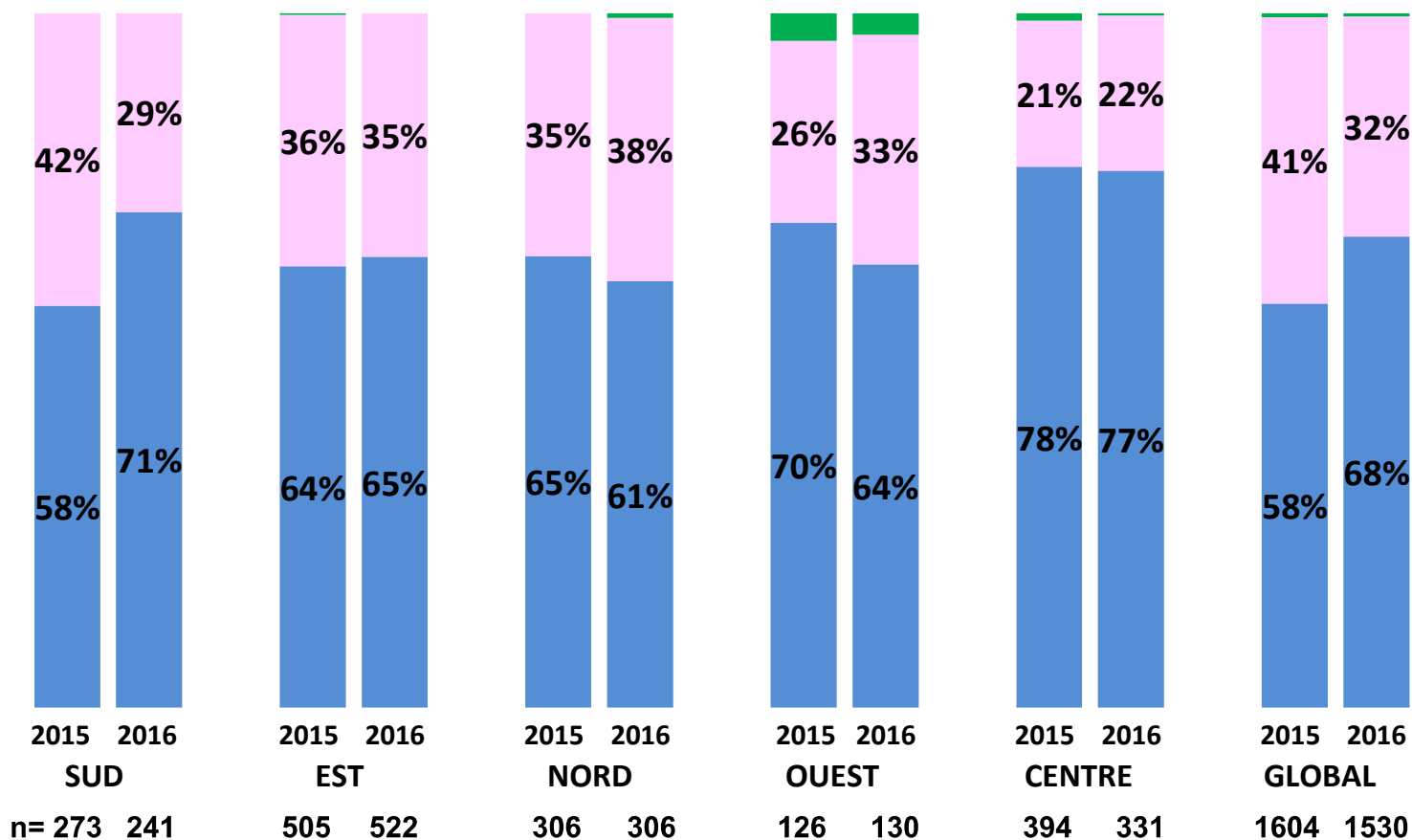




# Nouveaux diagnostics

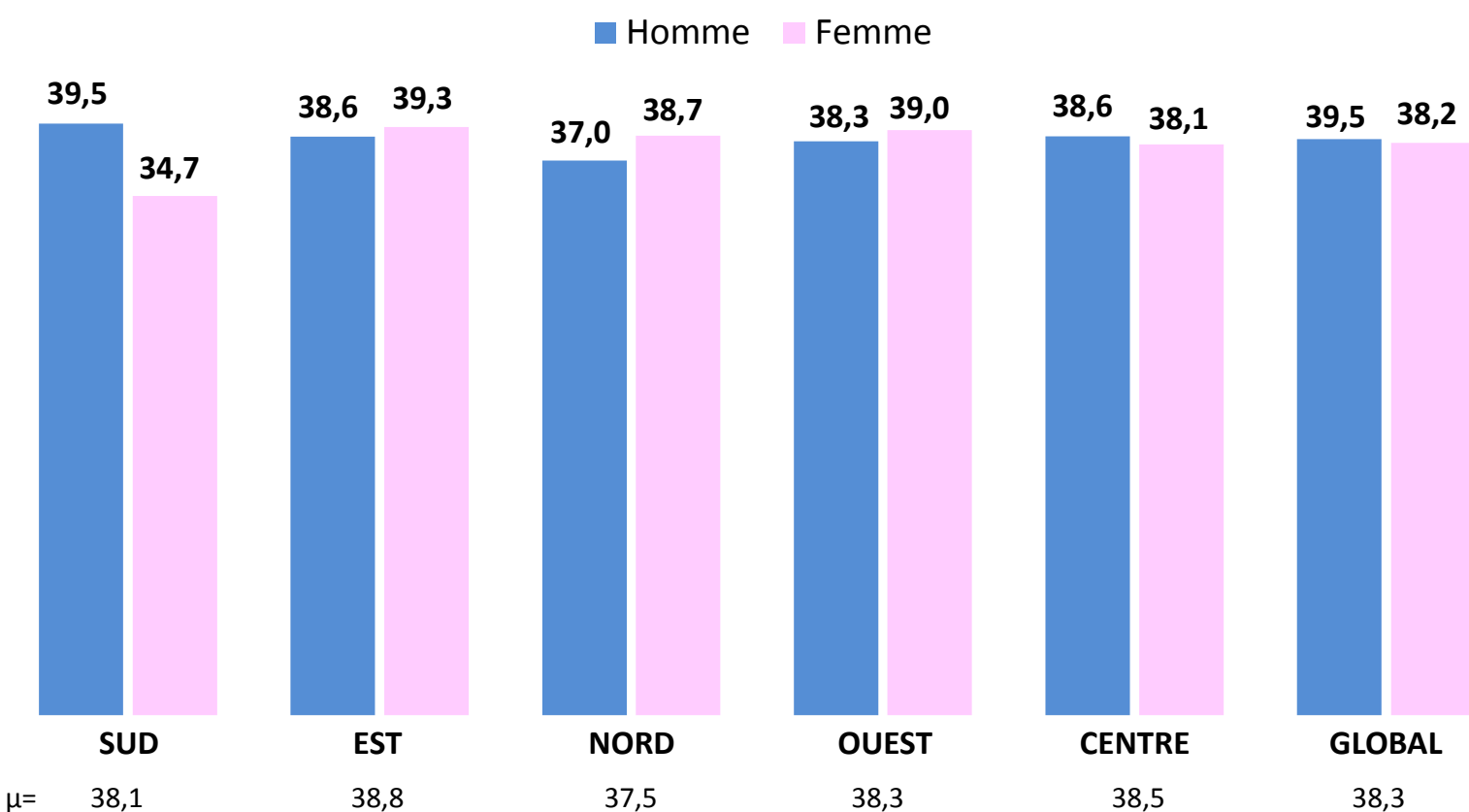
## Répartition par sexe

■ Homme ■ Femme ■ Transgenres



# Nouveaux diagnostics

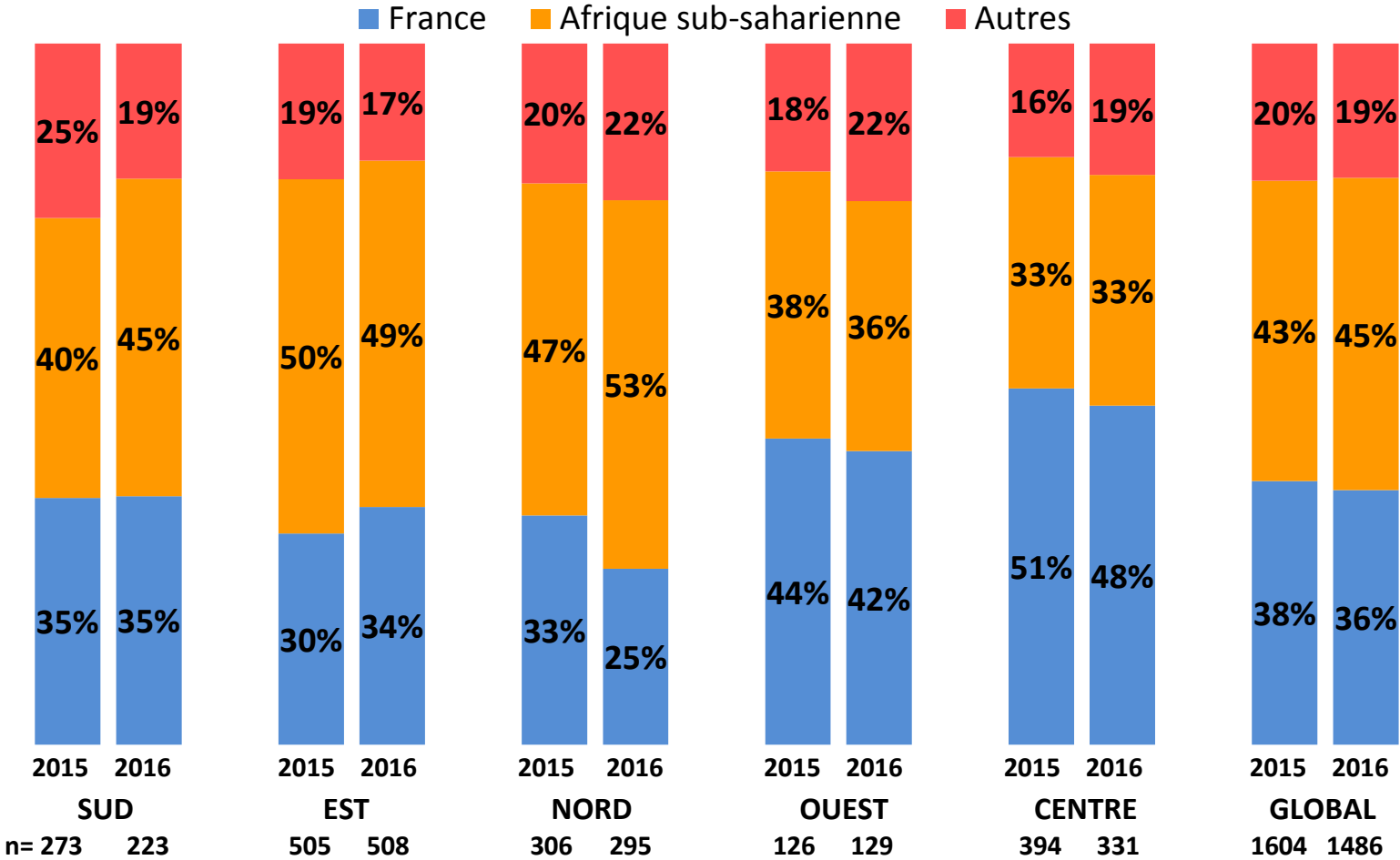
## Moyenne d'âge au dépistage en fonction du sexe



**63% des femmes ont moins de 40 ans au moment du dépistage  
contre 58% chez les hommes**

# Nouveaux diagnostics

## Pays de naissance



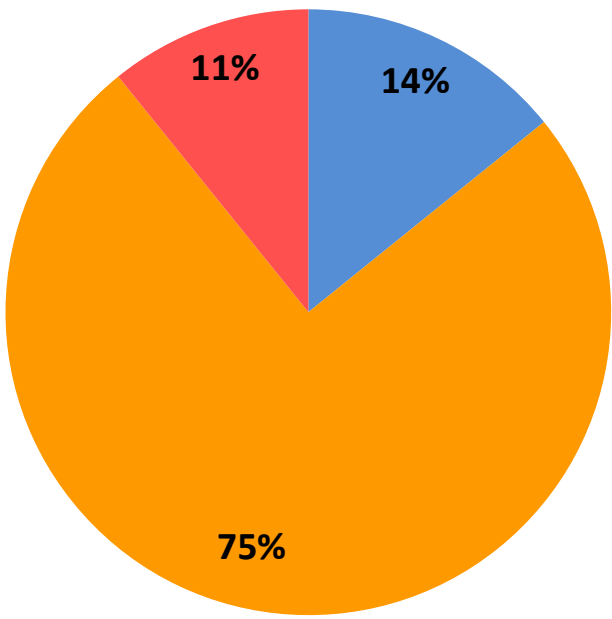
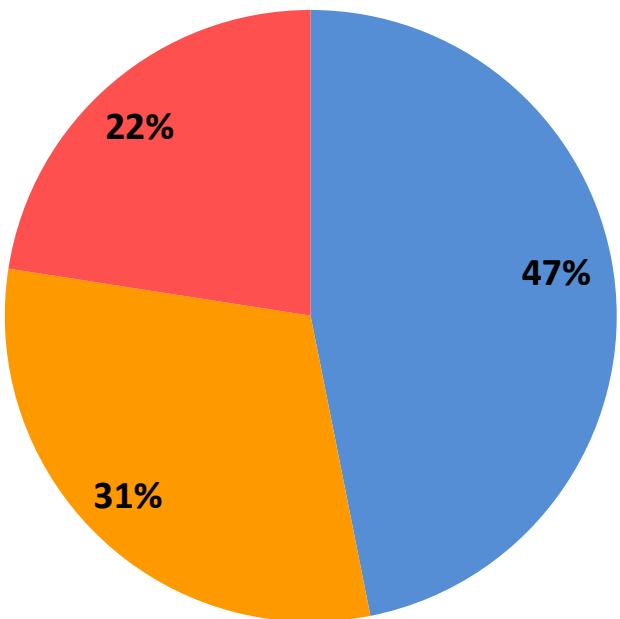
# Nouveaux diagnostics

## Pays de naissance en fonction du sexe

### Homme

### Femme

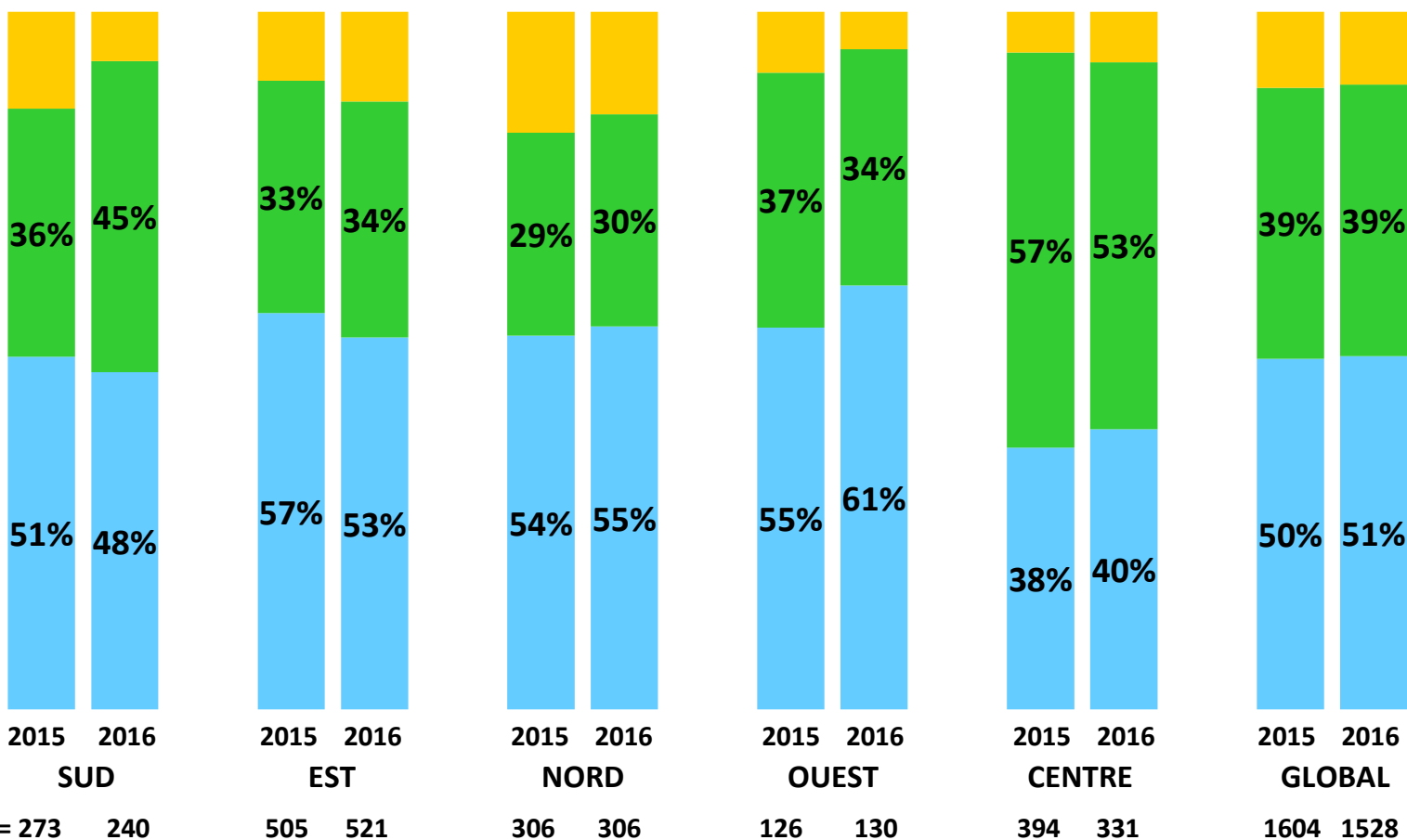
■ France ■ Afrique sub-saharienne ■ Autres



# Nouveaux diagnostics

## Mode de contamination

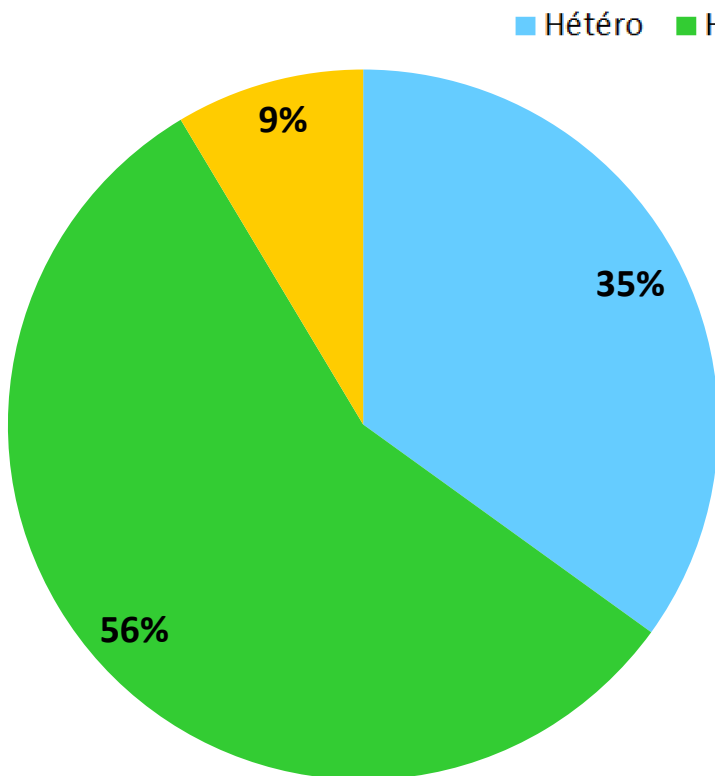
■ Hétéro ■ Homo-Bi ■ Autres



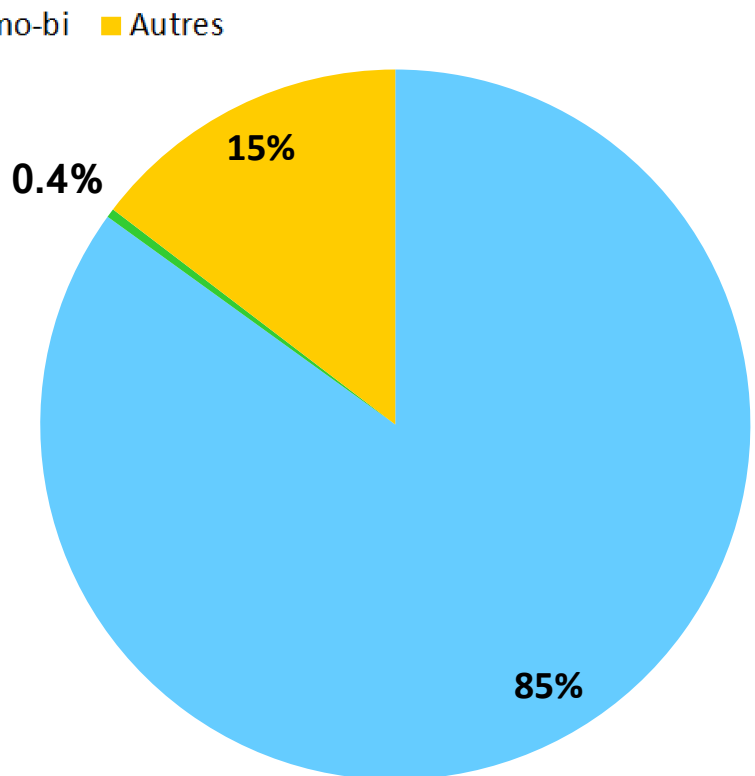
# Nouveaux diagnostics

## Mode de contamination en fonction du sexe

### Homme



### Femme



# Commentaire 10

- ✓ 8% de nouveaux PvVIH dans les bases en 2016 – stable rapport à 2015
- ✓ 3% des PvVIH pris en charge en 2016 ont été dépistés dans l'année – stable
- ✓ Les nouveaux diagnostics sont des Hommes surtout au Centre (77%) et au Sud (71%) – 7 patients transgenres ont été dépistés en 2016.
- ✓ L'âge moyen au dépistage est de moins de 40 ans (63% des Femmes, 58% des Hommes)
- ✓ 45% des nouveaux dépistés sont nés en AfrSS et 36% en France alors que sur la File active globale, 47% des PvVIH sont nées en France et 33% en AfrSS
- ⇒ 64% des nouveaux sont des personnes non nées en France – identique à 2015
- ⇒ Principalement des Femmes issues d'AfrSS (75%)
- ⇒ 22% des Hommes sont issus d'autres pays comme Afr du Nord (6,5%), Asie (4%) Amérique latine (5%)
- ⇒ *Les données nationales rapportent que 52% des nouveaux dépistés en 2015 étaient nés en France et 31% en AfrSS.*
- ✓ Le mode de contamination probable est à 50% par voie HT et 39% HS – stable
- ⇒ *Les données nationales rapportent en 2015 que 54% des nouveaux dépistés ont un mode de contamination par voie HT et 43% par voie HS*

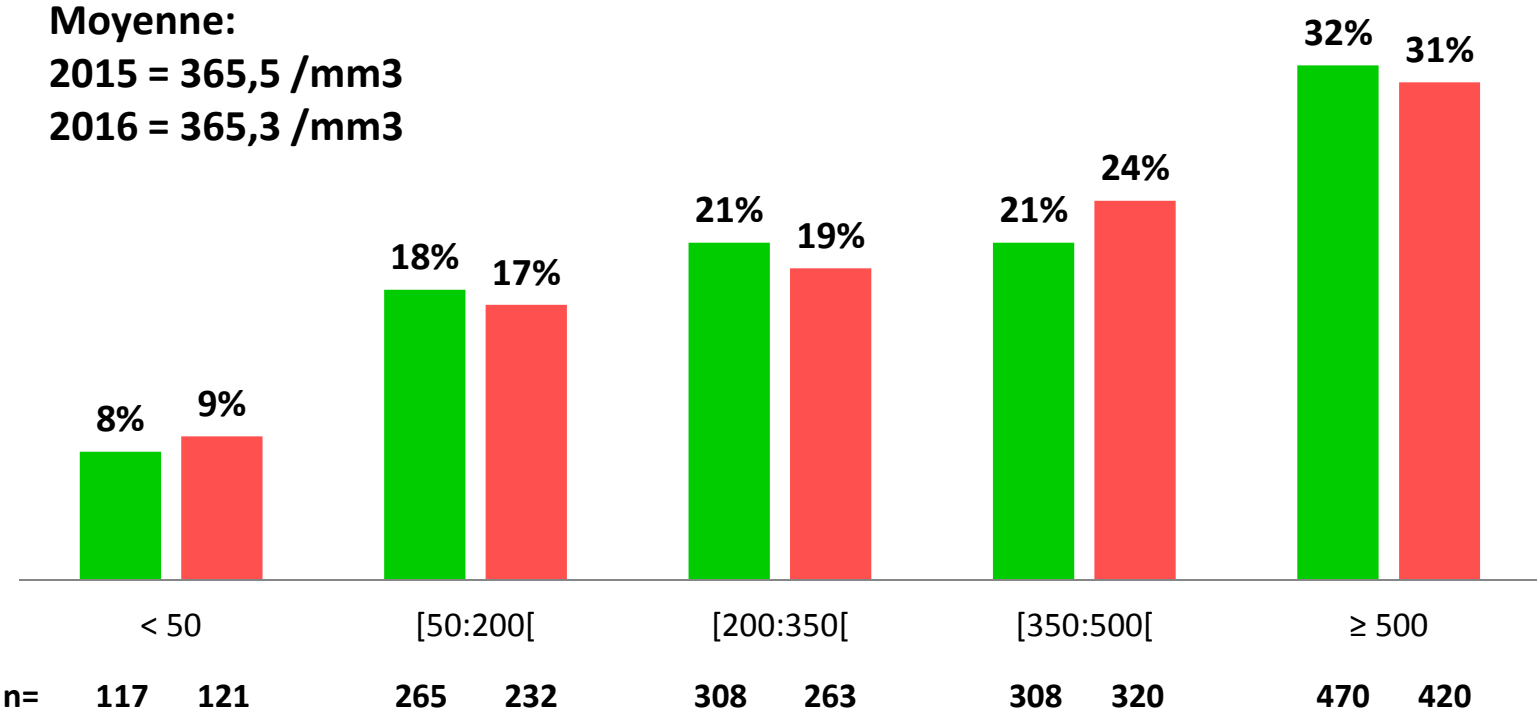
## Nouveaux diagnostics Taux de CD4 au premier bilan (n = 1356)

■ 2015 ■ 2016

Moyenne:

2015 = 365,5 /mm<sup>3</sup>

2016 = 365,3 /mm<sup>3</sup>



**136 (8,9%) PvVIH ont été dépistées au stade de primo-infection (8,4% en 2015)**

**186 (12,2%) PvVIH ont été dépistées au stade SIDA (11,2% en 2015)**



## **Nouveaux diagnostics**

### **Diagnostics tardifs**

<b>Année</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
CD4<200 /mm <sup>3</sup>	382 (26%)	353 (26%)
CD4< 350/mm <sup>3</sup>	690 (47%)	616 (45,4%)
N Nouveaux diagnostics	1468	1356

# Nouveaux diagnostics

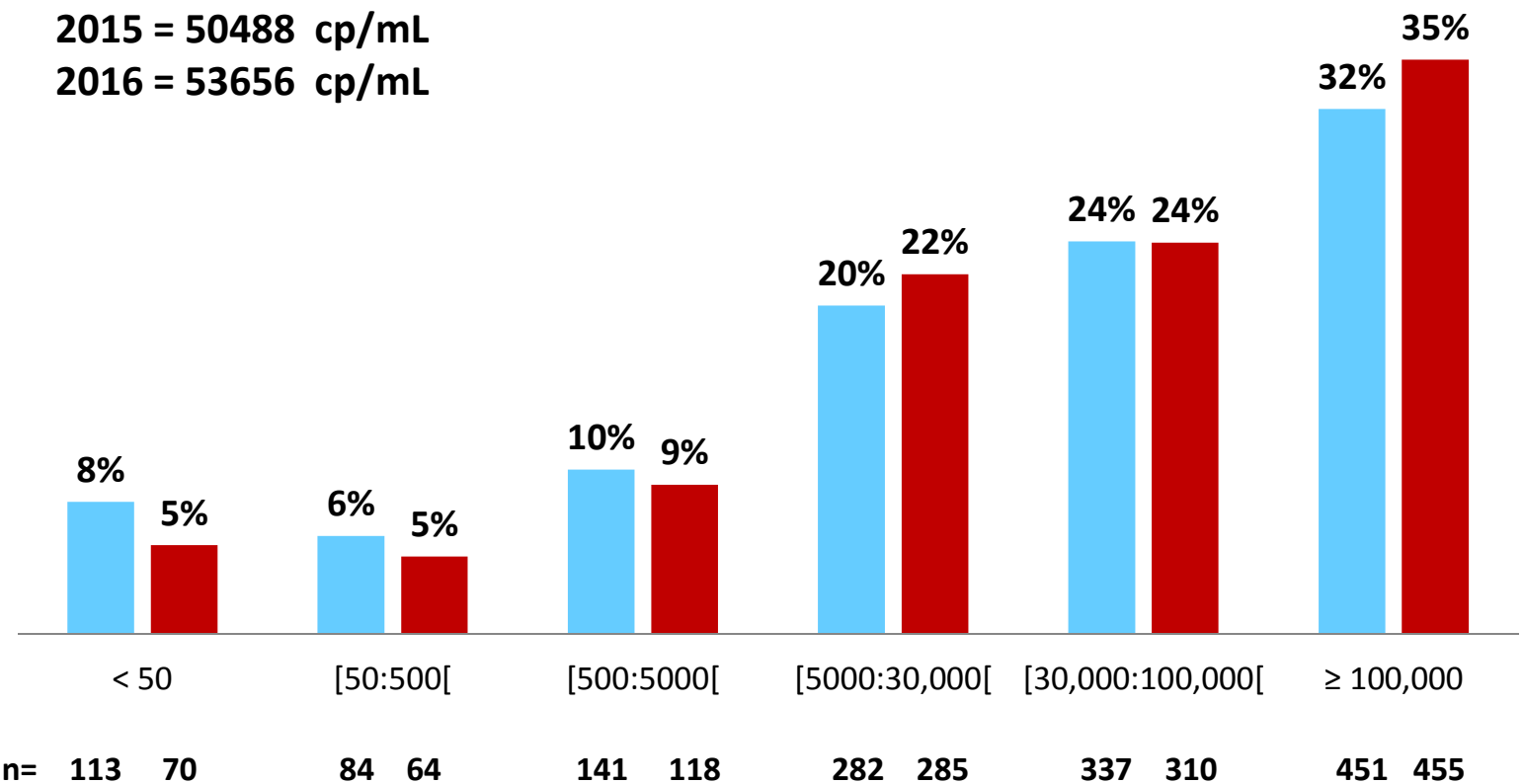
## Charge virale au premier bilan (n= 1299)

■ 2015 ■ 2016

Moyenne:

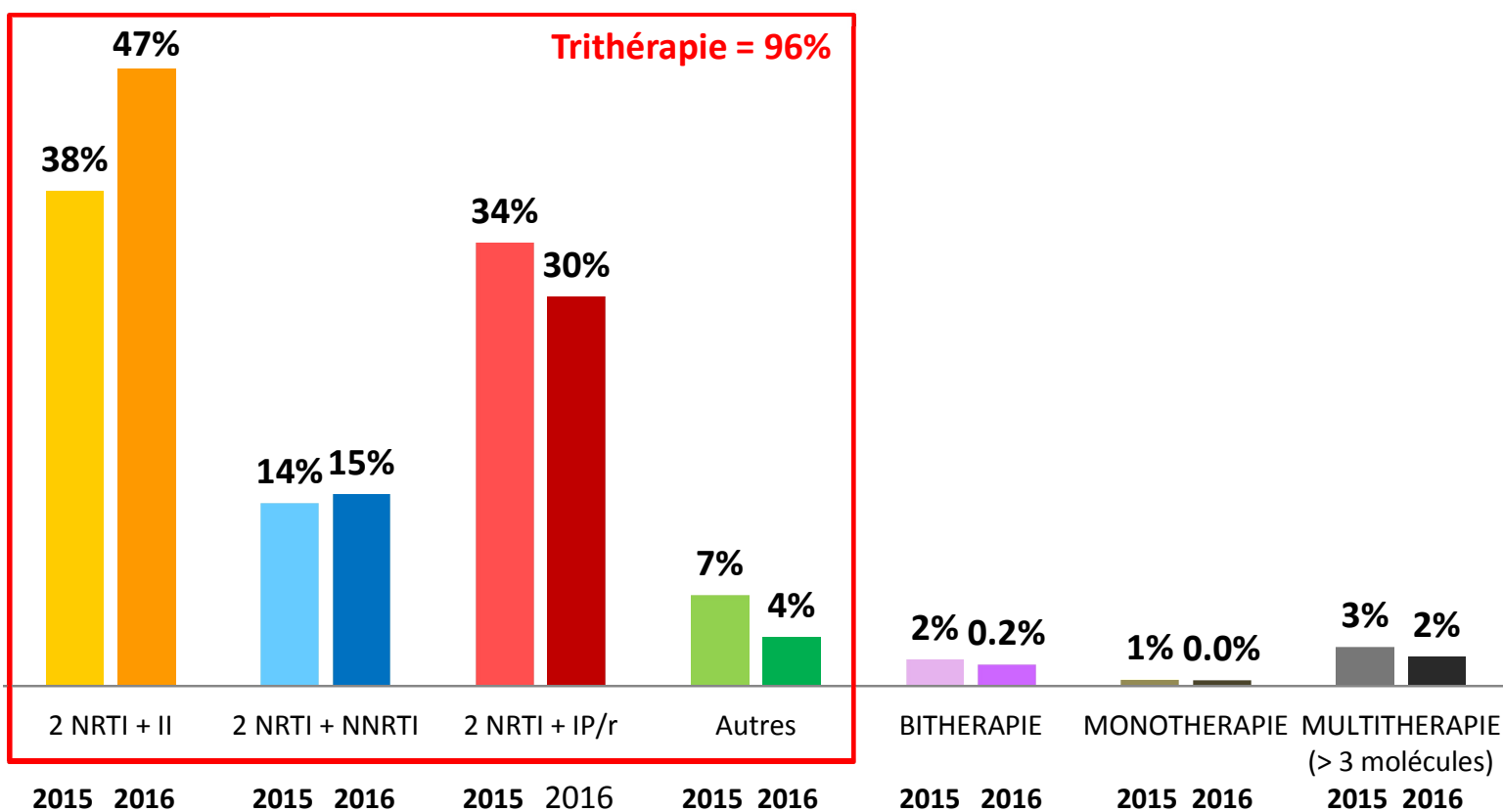
2015 = 50488 cp/mL

2016 = 53656 cp/mL



# Nouveaux diagnostics

## Première ligne de traitement initiée



**84 % des PvVIH nouveaux diagnostics recevaient un traitement antirétroviral fin 2016 (82% en 2015)**

# Commentaire 11

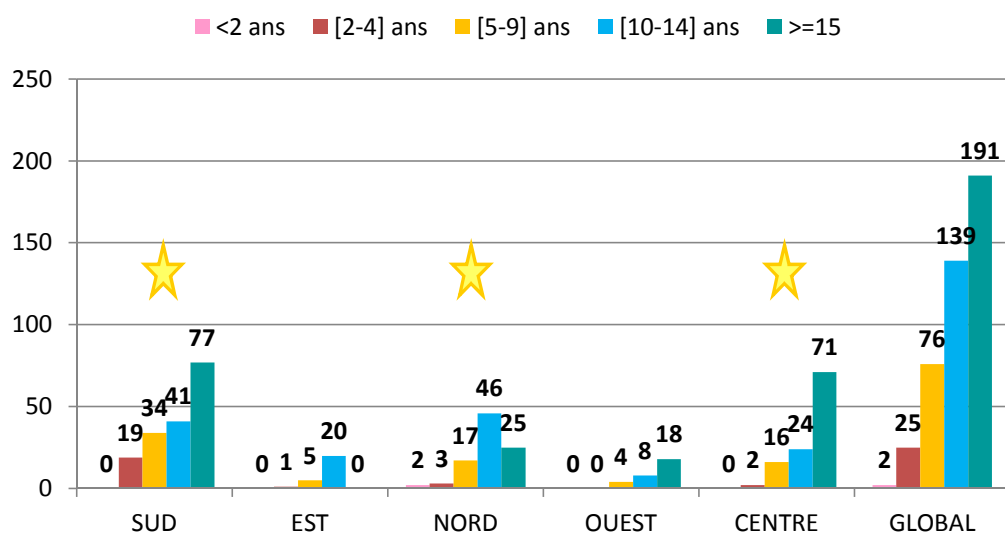
Il n'y a **pas d'amélioration du taux de CD4 au dépistage** en global et par COREVIH


- ✓ La médiane des CD4 au 1<sup>er</sup> bilan = 365/mm<sup>3</sup> stable
- ✓ 26% des nouveaux dépistés ont des CD4 < 200/mm<sup>3</sup> - stable
- ⇒ *Les données nationales rapportent en 2015 que 25% des nouveaux dépistés avaient des CD4 < 200/mm<sup>3</sup> au dépistage et 45% < 350/mm<sup>3</sup>. La médiane des CD4 au diagnostic était de 384/mm<sup>3</sup>*
  
- ✓ 35% des nouveaux dépistés ont une CV-VIH >100 000 cp/ml
- ⇒ *39% pour les données nationales 2015*
  
- ✓ 84% des nouveaux diagnostics débutent un traitement antirétroviral dans l'année dont 96% par trithérapie (47% 2NRTi+INI, 30% 2NRTi+IP/r)

# **Prise en charge pédiatrique**

# Prise en charge pédiatrique

433 enfants et jeunes sont pris en charge pour le VIH dans les services de pédiatrie des COREVIH d'IDF.

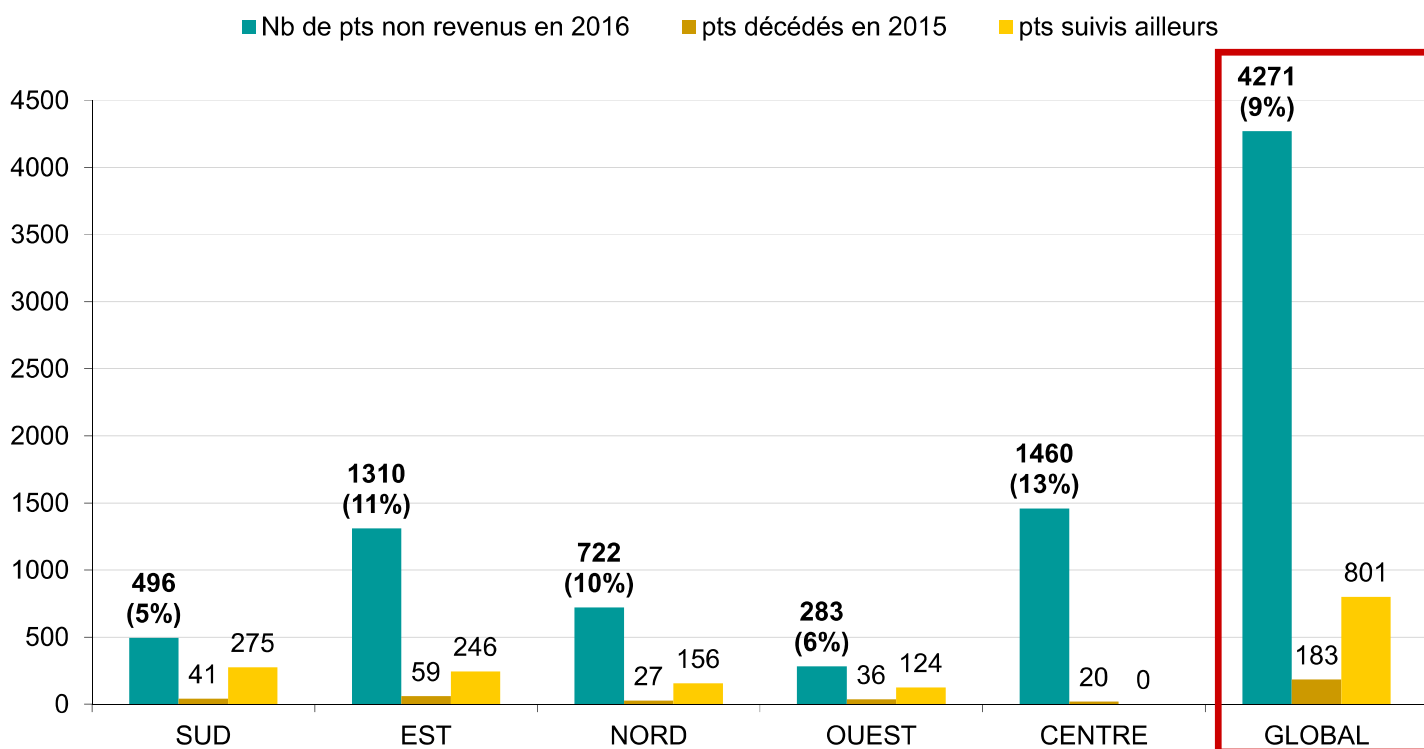


 Hôpitaux pédiatriques

Répartition par classes d'âge (années) des files actives pédiatriques par COREVIH et globalement

**PvVIH vues en 2015  
non revenues en 2016**

# PvVIH non revenues en 2016



**Nombre (% FA) de PvVIH venues en 2015 et non revenues en 2016, quelque soit le type de recours, par COREVIH et globalement (n = 4271 – 9% FA 2015)**



# Conclusion

## En conclusion

- ✓ La file active hospitalière globale en IDF s'élève à 49 754 patients infectés par le VIH dans cette étude (48 316 en 2015) [+3%]
- ✓ Le rapport 2016 a permis d'évaluer **46 063 PvVIH**
- ✓ **47 %** sont âgés de plus de 50 ans
- ✓ **36 %** sont des femmes, parmi elles 66 % sont originaires d'Afrique subsaharienne
- ✓ **44 613 (97%)** étaient traités par antirétroviraux au 31.12.2016
- ✓ Chez les **patients traités depuis plus de 6 mois**, 37968 (**90%**) avaient une CV inférieure au seuil de détection de 50 copies/ml ; 68% des CD4  $\geq$  500/mm<sup>3</sup>.
- ✓ **1 595 patients (3,4% de la File Active)** ont été dépistés et pris en charge pour la 1<sup>ère</sup> fois en 2016 : 9% en primo-infection, 45% à un stade tardif et 12% au Stade SIDA
- ✓ Le travail Inter-COREVIH a permis de renforcer le contrôle qualité et le niveau d'exhaustivité dans les bases

## Suites à donner ?

- ✓ Soumission d'abstracts pour la SFLS - AFRAVIH
- ✓ Continuer et améliorer le contrôle qualité en prévision du rapport année 2017
- ✓ Décrire les PvVIH porteuses de l'AgHBs et notamment leur origine géographique
- ✓ Mieux décrire le statut des PvVIH co-infectées VIH/VHC, et notamment les patients guéris
- ✓ Développer le volet « stratégies antirétrovirales »
- ✓ Améliorer le recueil des données concernant les co-morbidités et pathologies classant SIDA
- ✓ Faire un focus sur les grossesses
- ✓ Prévoir un recueil de données chez l'enfant et l'adolescent
- ✓ Prendre en compte la prise en charge du VIH en ville ?
- ✓ Dès septembre 2017, reprendre le travail sur les ruptures de soins et les patients perdus de vue (2<sup>ème</sup> fiche-action)

## **Remerciements**

**à tous les acteurs du contrôle  
qualité des données,  
à tous les membres du groupe de travail  
« Parcours de soins et épidémiologie »,  
pour le travail accompli,  
et à tous les PvVIH  
des COREVIH d'Ile-de-France.**