

Surveillance et prévention des infections à VIH et autres infections sexuellement transmissibles

SOMMAIRE

Édito [p.1](#) Points clés [p.2](#) Dépistage du VIH [p.3](#) Surveillance des découvertes d'infection à VIH [p.4](#) Surveillance des cas de Sida [p.9](#) e-DO [p.10](#) File active NADIS [p.11](#) Surveillance des Infections Sexuellement Transmissibles bactériennes [p.12](#) Prévention [p.18](#) Pour en savoir plus, remerciements et contacts [p.19](#)

ÉDITO

Ce bulletin de Santé publique France Occitanie nous donne, comme chaque année, des données précieuses sur l'état de l'épidémie VIH et IST en Occitanie. L'épidémie VIH existe toujours, et la pandémie VIH de COVID-19 ne doit pas nous la faire oublier. Les impacts négatifs sur l'épidémie VIH de la COVID-19 et des mesures de confinements associés (mais nécessaires) sont soulignés dans ce bulletin.

Si le nombre de découvertes d'infection VIH en 2020 est en baisse, cela ne reflète malheureusement pas une baisse réelle de l'incidence du VIH, que l'on aurait pu espérer notamment par le déploiement de la prévention diversifiée aux populations exposées, notamment la PrEP. Cette baisse est à mettre en lien avec une baisse du dépistage de l'infection VIH en Occitanie de 12,5% par rapport à l'année 2019 (-14% en métropole). Les mois/années à venir confirmeront ou non l'impact sur les découvertes d'infections VIH, notamment par une circulation plus importante du virus auprès de populations ne se sachant pas contaminées. D'autres indicateurs viennent corroborer ce sous-dépistage : la baisse entre 2019-2020 de la proportion de personnes étant diagnostiquées par le VIH précocement (primo-infection ou test positif d'infection récente) et son corollaire d'augmentation de la proportion des découvertes tardives. La proportion plus importante de diagnostic VIH chez les personnes nées à l'étranger montre qu'il est aussi important de faire de la prévention dans toutes les populations exposées, y compris celles loin du soin. De même, une augmentation de la circulation des autres IST est à craindre du fait de la diminution du recours au dépistage en 2020. Ainsi toute baisse d'activité et d'offre de dépistage pourrait avoir un effet négatif sur les épidémies, et il est nécessaire de nous aider à les maintenir, et de les déployer aux populations plus éloignées du soin.

Suite en page 2

ÉDITO (suite)

En détaillant les indicateurs épidémiologiques au niveau de quatre départements de la région, ce bulletin souligne certaines spécificités épidémiques du VIH. Par exemple, sur les cinq dernières années, la proportion de découvertes VIH en fonction des groupes d'exposition au VIH diffère, ainsi que la proportion de découvertes tardives, en fonction de chaque département. Ce bulletin fait ainsi ressortir l'importance de connaître « son épidémie » au plus près, pour prioriser certaines actions de prévention et de diagnostic précoce du VIH par les acteurs locaux de la lutte contre le SIDA que sont les professionnels de santé, les milieux associatifs, politiques, le Corevih et l'ARS.

Ce bulletin souligne la sous-déclaration par les professionnels des découvertes sur le site de déclaration obligatoire VIH. Cette déclaration est essentielle pour une meilleure estimation de l'épidémie. Le Corevih Occitanie reviendra dans les différents centres de prise en charge clinique de l'Occitanie dès décembre pour vérifier ensemble l'exhaustivité des données locales de déclaration cliniciens et virologiques en lien avec la déclaration obligatoire.

Enfin, je tenais à dire que beaucoup de choses ont été réalisées ou le seront dans les prochains mois, malgré l'épidémie COVID-19. La cascade de soin, malgré la diminution du suivi virologique par une baisse du nombre de consultation, montre que la plupart des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sont sous traitement, et probablement virologiquement contrôlées. La PrEP et les mesures diversifiées vont, on l'espère, inverser les tendances actuelles, et sortir des milieux poches du soin, sous réserve d'une politique de prévention du VIH efficace et courageuse, notamment grâce au savoir-faire des milieux associatifs.

Dr Alain Makinson, Président du COREVIH-Occitanie

POINTS CLÉS

VIH/Sida

- Le nombre de sérologies VIH effectuées pour 1000 habitants, comme dans les autres régions, était en augmentation jusqu'en 2019. En 2020, il diminue de 12,5%, conséquence de la crise COVID-19, et n'atteint pas les niveaux de 2018.
- Le nombre de sérologies positives estimé par l'enquête LaboVIH est en baisse de 8%. Cette diminution peut être expliquée en partie par la diminution de l'activité de dépistage. Elle pourrait également être due à une moindre exposition au VIH liée aux mesures de distanciation sociale, en particulier lors du 1^{er} confinement.
- Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2020, 54% sont des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH), 27% sont des hétérosexuels nés à l'étranger, 16% des hétérosexuels nés en France, 1,7% des usagers de drogues injectables et 0,6% des personnes transgenres.
- File active du COREVIH Occitanie : diminution du nombre de patients suivis et traités par rapport à 2019, probablement en lien avec la crise COVID-19.

Dépistage des IST (source : SNDS)

- Baisse du recours au dépistage en 2020, en lien avec la crise COVID-19, pouvant laisser craindre un retard au diagnostic et une circulation plus importante de ces infections

Infections à gonocoque et syphilis récente (source : Resist-CeGiDD)

- Diminution en 2020 des diagnostics d'infections à gonocoque et de syphilis récentes du réseau Résist et des CeGiDD

Prévention

- Rediffusion de la campagne : « Vivre avec le VIH, c'est d'abord vivre », à partir du 29 novembre 2021

DÉPISTAGE DE L'INFECTION À VIH

Vente d'autotests de dépistage de l'infection par le VIH

Au cours de l'année 2020, en Occitanie, 5 082 autotests ont été vendus sans ordonnance en pharmacie (au comptoir, hors ventes en ligne), soit un recul de 23% par rapport à l'année 2019, du même ordre que dans la plupart des régions françaises, alors qu'une augmentation de 16% avait été observée entre 2018 et 2019 (Source : Santé publique France). Ces données ne prennent pas en compte la distribution des autotests via d'autres circuits (milieu associatif, etc.)

Données issues de l'enquête LaboVIH

Le nombre de sérologies VIH effectuées en Occitanie était estimé à 77/1 000 habitants en 2020, supérieur au taux moyen national de 70/1000 habitants en France. La région Occitanie était la deuxième région métropolitaine, hors Ile de France, pour le nombre de sérologies réalisées par habitant en 2020 (figure 1).

En Occitanie, le nombre de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants, comme dans les autres régions, était en augmentation jusqu'en 2019. En 2020, il diminue de 12,5% par rapport à 2019, conséquence de la crise COVID-19, et n'atteint pas les niveaux observés depuis 2016 (figure 3).

Le nombre de sérologies positives estimées est de 462 (IC95: [419;505]), en baisse de 8% par rapport à 2019 (503 (IC95 : [421;505]),

Le nombre de sérologies positives pour 1 000 tests effectués est estimé à 1,0 en 2020, contre 1,6 pour 1000 France entière, et équivalent à celui de la métropole hors Ile-de-France (1,1). Ce taux est relativement stable en 2020 (figure 2).

La participation en 2020 à l'enquête LaboVIH par région est hétérogène selon les régions. Elle était de 83 % en Occitanie, et supérieure au niveau national (72%).

Figure 1 : Nombre de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants en France, par région, en 2020

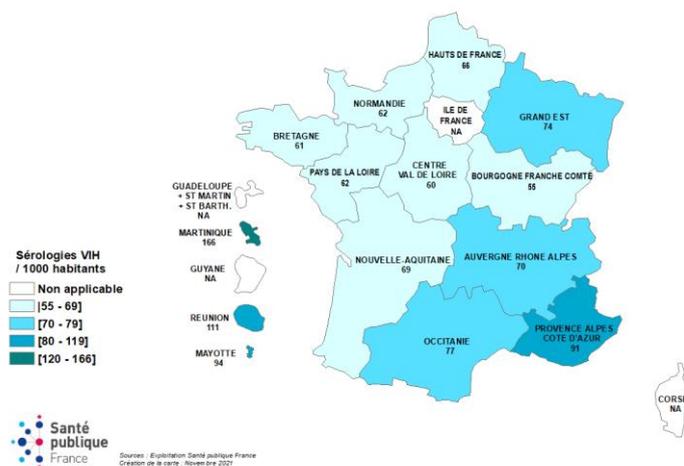


Figure 2 : Nombre de sérologies VIH positives pour 1 000 sérologies effectuées en France, par région, en 2020

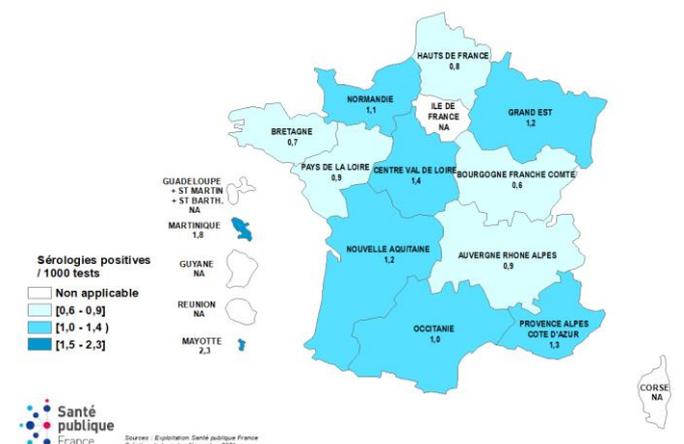
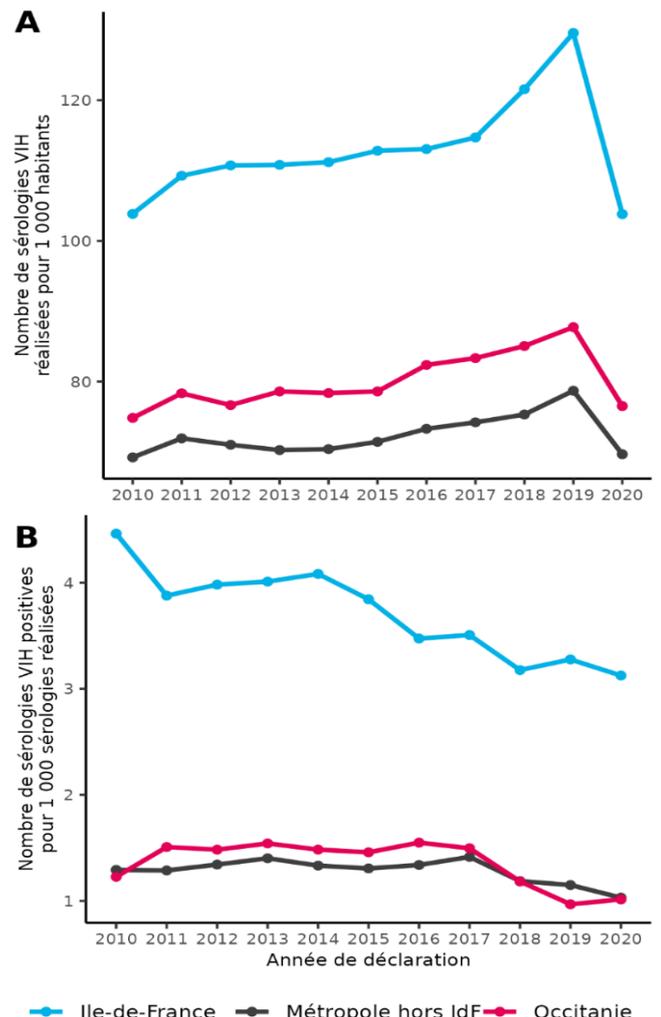


Figure 3 : Evolution annuelle du nombre de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants (A) et du nombre de sérologies VIH positives pour 1 000 sérologies effectuées (B) en Occitanie, en France métropolitaine hors Ile-de-France et en Ile-de-France, 2010-2020



SURVEILLANCE DES INFECTIONS À VIH EN 2020

Données issues des notifications obligatoires VIH

• Evolution du nombre de découvertes de séropositivité pour la personne*

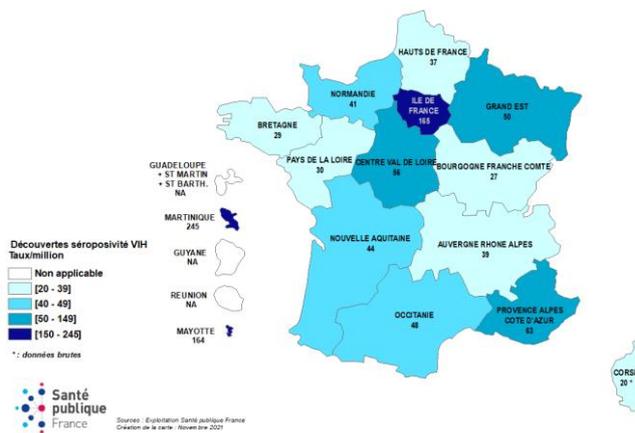
En 2020, le nombre estimé de découvertes de séropositivité au VIH pour la personne* (par opposition aux découvertes de séropositivité pour le système de santé**), corrigé pour la sous-déclaration, les données manquantes et les délais de déclaration, en Occitanie était de 283 [250-316], pour 4 856 en France soit 5,6% des découvertes en France.

Le nombre de découvertes de séropositivité au VIH pour la personne* par million d'habitants, corrigé pour la sous-déclaration, les données manquantes et les délais de déclaration en Occitanie, était de 48 par million d'habitants (IC95% : [42-53]) en 2020, supérieur au taux de 43 par million d'habitants (IC95% : [40-45]) estimé pour la France métropolitaine hors Ile-de-France (figure 4).

Ce taux, qui était relativement stable entre 2012 et 2017 (69 en 2017) en Occitanie, est en diminution sur les 3 dernières années (figure 5).

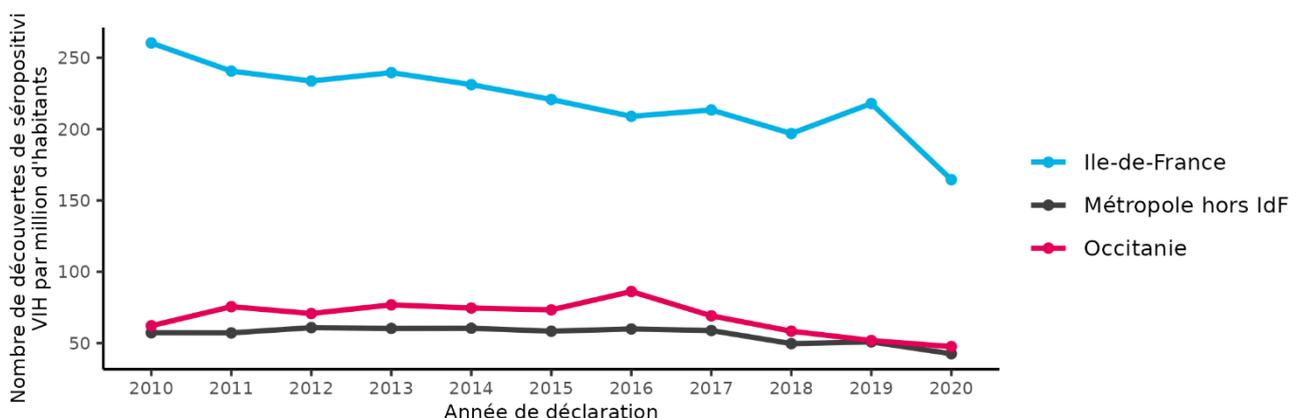
A noter que la baisse du nombre de sérologies pour 1 000 habitants en 2020, en lien avec la baisse de l'activité de dépistage, est susceptible d'expliquer partiellement la baisse des découvertes de séropositivité en 2020.

Figure 4 : Nombre de découvertes de séropositivité au VIH* par million d'habitants par région, France, 2020



Source : DO VIH, données au 22/11/2021 corrigées pour la sous-déclaration, les données manquantes et les délais de déclaration, Santé publique France.

Figure 5 : Evolution annuelle du nombre de découvertes de séropositivité au VIH* par million d'habitants en Occitanie, en France métropolitaine hors Ile-de-France et en Ile-de-France, 2010-2020



Source : DO VIH, données au 21/11/2021 corrigées pour la sous-déclaration, les données manquantes et les délais de déclaration, Santé publique France.

* Découvertes pour la personne : inclut uniquement les personnes qui ignoraient leur séropositivité un an avant le premier diagnostic déclaré

** Découvertes pour le système de santé : inclut les découvertes pour la personne, ainsi que, depuis 2012, les diagnostics moins d'un an après la venue en France, chez des personnes qui connaissaient leur séropositivité avant d'arriver en France

SURVEILLANCE DES INFECTIONS À VIH - 2020

• Découvertes de séropositivité pour la personne* en Occitanie : caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2020, 54% sont des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH), 27% sont des hétérosexuels nés à l'étranger, 16% des hétérosexuels nés en France, 1,7% des usagers de drogues injectables et 0,6% des personnes transgenres.

Comparé à la France métropolitaine hors Ile-de-France, on observe en Occitanie une plus grande proportion d'HSH et moindre d'hétérosexuels (tableau 1).

En comparant à la période 2015-2019 en Occitanie, on observe en 2020, parmi les découvertes de séropositivité une augmentation de la part des personnes nées à l'étranger, des personnes hétérosexuelles, des diagnostics avancés et une diminution de la part des infections récentes (tableau 1).

On ne peut exclure par ailleurs que des différences observées entre 2015-2019 et 2020 soient partiellement expliquées par des différences de dépistage, en particulier si l'accès au dépistage a été moindre dans certaines catégories de population durant la crise COVID-19 en 2020.

A noter que la définition d'un diagnostic précoce a été modifiée en 2018 : un diagnostic précoce est défini par une primo-infection ou un profil de séroconversion ou un test positif d'infection récente.

Les personnes diagnostiquées uniquement avec un taux de CD4 supérieur à 500/mm³, n'entrant pas dans un des trois critères cités, ne sont plus comptées parmi les « précoces ».

• Découvertes de séropositivité* par département les plus peuplés de la région : caractéristiques sociodémographiques et épidémiologique (période 2015-2020)

Sur la période 2015-2020, les découvertes de séropositivité au VIH dans la Haute-Garonne (31) sont plus fréquemment observées chez les femmes (23,6 %), les personnes nées à l'étranger (33,3 %), les personnes ayant des rapports hétérosexuels (38,6 %), que les découvertes de séropositivité dans les autres départements les plus peuplés d'Occitanie (tableau 2), confirmant la tendance déjà observée sur 2014-2019 [BSP 2020, [lien](#)].

Dans l'Hérault (34), les découvertes de séropositivité au VIH concernent plus souvent les HSH (69,9%) que dans les autres départements, excepté les Pyrénées Orientales. Les diagnostics précoces (45,1 %) et les infections récentes (53,1 %) y sont aussi plus fréquents (tableau 2), comme sur la période 2014-2019, [BSP 2020, [lien](#)]. Les chiffres concernant les motifs de consultations évoquent un problème de codage de cette variable dans l'Hérault (tableau 2).

Dans le Gard (30), les découvertes de séropositivité au VIH concernent plus souvent les personnes de moins de 25 ans (21,1 %) et l'exposition au VIH est plus fréquemment le motif de consultation que dans les autres départements (20,4%) (tableau 2).

Dans les Pyrénées-Orientales (66), les découvertes de séropositivité concernent plus souvent les HSH (69,5 %) que dans les autres départements excepté l'Hérault, comme sur les périodes précédentes (2013-2018 et 2014-2019). Les hommes, les personnes nées en France et les injecteurs de drogues sont plus fréquemment retrouvés parmi les découvertes de séropositivité que dans les autres départements, ainsi qu'un dépistage orienté, motif plus fréquemment retrouvé (15,6%) (tableau 2).

Les données concernant les autres départements ne sont pas présentées du fait des trop faibles effectifs.

* Découvertes pour la personne : inclut uniquement les personnes qui ignoraient leur séropositivité 1 an avant le premier diagnostic déclaré

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité au VIH*, Occitanie et France métropolitaine hors Ile-de-France, 2015-2019 vs 2020

| | Occitanie | | France métropolitaine hors Ile-de-France |
|---|--------------------------|-------------------|--|
| | 2015-2019 (n = 1 202) | 2020 (n = 162) | 2020 (n = 1 430) |
| Sexe (%) | | | |
| Femmes | 20,5 | 22,8 | 25,5 |
| Hommes | 79,2 | 76,5 | 73,6 |
| Transgenres | 0,3 | 0,6 | 0,9 |
| Classes d'âge (%) | | | |
| Moins de 25 ans | 16,1 | 13,0 | 15,1 |
| 25-49 ans | 62,2 | 63,0 | 61,4 |
| 50 ans et plus | 21,7 | 24,1 | 23,5 |
| Région de naissance (%) | | | |
| France | 67,5 | 61,3 | 60,0 |
| Afrique sub-saharienne | 17,3 | 23,2 | 27,0 |
| Autres | 15,2 | 15,5 | 13,0 |
| Motif de réalisation de la sérologie (%) | | | |
| Exposition au VIH | 18,5 | 11,8 | 18,8 |
| Bilan systématique | 14,6 | 12,5 | 12,9 |
| Grossesse | 2,7 | 5,9 | 4,2 |
| Dépistage orienté | 13,5 | 13,2 | 18,4 |
| Autre | 20,9 | 2,8 | 11,8 |
| Mode de contamination selon le lieu de naissance - France/étranger (%) | | | |
| Rapports sexuels entre hommes, nés en France | 53,3* | 44,0 | 40,9* |
| Rapports sexuels entre hommes, nés à l'étranger | 9,0* | 10,3 | 9,8* |
| Rapports hétérosexuels, nés en France | 15,7* | 15,5 | 19,0* |
| Rapports hétérosexuels, nés à l'étranger | 18,1* | 26,7 | 26,4* |
| Injection de drogues, quelque soit le lieu de naissance | 2,1* | 1,7 | 1,0* |
| Taux de CD4 au moment du diagnostic (%) | | | |
| Inférieur à 200/mm ³ de sang | 25,5 | 35,8 | 31,3 |
| Entre 200 et 349/mm ³ de sang | 19,2 | 20,4 | 21,0 |
| Entre 350 et 499/mm ³ de sang | 22,2 | 23,4 | 20,2 |
| 500/mm ³ de sang et plus | 33,2 | 20,4 | 27,5 |
| Délai de diagnostic (%) | | | |
| Diagnostic précoce ^f | 37,6 | 25,0 | 20,6 |
| Diagnostic avancé ^g | 24,2 | 39,3 | 31,0 |
| Infection récente^h (< 6 mois) (%) | 42,7 | 33,3* | 26,5* |
| Co-infection hépatite C (%) | 4,5 | 2,2 | 3,1 |
| Co-infection hépatite B (%) | 2,5 | 3,0 | 3,6 |
| Co-infection IST (%) | 24,2 | 29,5 | 23,3 |

Données non consolidées pour 2019 et 2020. Calcul des proportions effectué en excluant les données manquantes.
* Part de données manquantes comprise entre 30% et 50%. NI : non interprétable (part de données manquantes supérieure ou égale à 50%).

L'indicateur « **délai diagnostic** » (diagnostics précoce ou avancé) est un indicateur combiné. ^f Un **diagnostic précoce** est défini par une primo-infection **ou un profil de séroconversion ou un test positif d'infection récente**. Les personnes diagnostiquées uniquement avec un taux de CD4 supérieur à 500/mm³, n'entrant pas dans un des trois critères cités, ne sont plus comptées parmi les « précoces ». ^g Un **diagnostic avancé** est défini par un stade clinique sida ou un taux de lymphocytes CD4 < 200/mm³ de sang lors de la découverte du VIH.

^hRésultat du **test d'infection récente** réalisé par le centre national de référence (CNR) du VIH à partir des buvards transmis par les biologistes.

Source : DO VIH, données brutes au 30/06/2021, Santé publique France.

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité au VIH, par département les plus peuplés, Occitanie, 2015-2020

| | 31 2015-2020 (n = 509) | 34 2015-2020 (n = 343) | 30 2015-2020 (n=142) | 66 2015-2020 (n=122) |
|--|------------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Sexe (%) | | | | |
| Femmes | 23,6 | 17,2 | 19,0 | 13,1 |
| Hommes | 76,0 | 82,8 | 80,3 | 86,9 |
| Transgenres | 0,4 | 0,0 | 0,7 | 0,0 |
| Classes d'âge (%) | | | | |
| Moins de 25 ans | 13,4 | 16,6 | 21,1 | 13,9 |
| 25-49 ans | 68,0 | 62,1 | 55,6 | 60,7 |
| 50 ans et plus | 18,7 | 21,3 | 23,2 | 25,4 |
| Région de naissance (%) | | | | |
| France | 61,1 | 68,0 | 69,7 | 78,1 |
| Afrique sub-saharienne | 20,8 | 15,6 | 16,5 | 12,4 |
| Autres | 18,1 | 16,4 | 13,8 | 9,5 |
| Motif de réalisation de la sérologie (%) | | | | |
| Exposition au VIH | 17,0 | 5,9 | 22,2 | 18,9 |
| Bilan systématique | 15,1 | 5,9 | 25,9 | 17,6 |
| Grossesse | 3,1 | 1,2 | 5,6 | 5,4 |
| Dépistage orienté | 13,9 | 3,6 | 14,8 | 17,6 |
| Autre | 3,9 | 70,4 | 16,7 | 1,4 |
| Mode de contamination, selon le lieu de naissance (%) | | | | |
| Rapports sexuels entre hommes, nés en France | 49,6 | 57,3 | 54,2* | 63,4* |
| Rapports sexuels entre hommes, nés à l'étranger | 10,2 | 12,6 | 6,2* | 6,1* |
| Rapports hétérosexuels, nés en France | 15,5 | 12,2 | 15,6* | 12,2* |
| Rapports hétérosexuels, nés à l'étranger | 23,1 | 15,0 | 21,9* | 13,4* |
| Injection de drogues, quelque soit le pays de naissance | 1,6 | 2,8 | 2,1* | 4,9* |
| Taux de CD4 au moment du diagnostic (%) | | | | |
| Inférieur à 200/mm ³ de sang | 29,6 | 19,8 | 28,4 | 35,0 |
| Entre 200 et 349/mm ³ de sang | 19,8 | 21,7 | 17,6 | 12,0 |
| Entre 350 et 499/mm ³ de sang | 20,5 | 25,8 | 20,6 | 18,0 |
| 500/mm ³ de sang et plus | 30,1 | 32,6 | 3,3,3 | 35,0 |
| Délai de diagnostic (%) | | | | |
| Diagnostic précoce [£] | 33,0 | 45,1 | 36,7 | 32,1 |
| Diagnostic avancé [§] | 29,5 | 18,2 | 25,7 | 33,2 |
| Infection récente[¥] (< 6 mois) (%) | 36,5 | 53,0 | 36,0 | 46,0 |
| Co-infection hépatite C (%) | 2,3 | 5,4 | 5,7 | 5,8 |
| Co-infection hépatite B (%) | 2,5 | 2,9 | 3,8 | 2,9 |
| Co-infection IST (%) | 27,3 | 25,3 | 18,1 | 26,0 |

Données non consolidées pour 2019 et 2020. Calcul des proportions effectué en excluant les données manquantes.

* Part de données manquantes comprise entre 30% et 50%.

L'indicateur « **délai diagnostic** » (diagnostics précoce ou avancé) est un indicateur combiné. [£] Un **diagnostic précoce** est défini par une primo-infection **ou un profil de séroconversion ou un test positif d'infection récente**. Les personnes diagnostiquées uniquement avec un taux de CD4 supérieur à 500/mm³, n'entrant pas dans un des trois critères cités, ne sont plus comptées parmi les « précoces ». [§] Un **diagnostic avancé** est défini par un stade clinique sida ou un taux de lymphocytes CD4 < 200/mm³ de sang lors de la découverte du VIH.

[¥] Résultat du **test d'infection récente** réalisé par le centre national de référence (CNR) du VIH à partir des buvards transmis par les biologistes.

Source : DO VIH, données brutes au 30/06/2021, Santé publique France.

Evolution des découvertes de séropositivité selon le mode de contamination, le stade de l'infection et le lieu de naissance

Les rapports homosexuels masculins sont, en Occitanie en 2020, le mode de contamination le plus fréquent, avec une fréquence stable au cours des trois dernières années. Le second mode de transmission le plus fréquent concerne les rapports hétérosexuels, avec une fréquence également stable au cours des trois dernières années (figure 6).

Figure 6 : Évolution annuelle de la part et des effectifs des modes de contamination parmi les découvertes de séropositivité au VIH, Occitanie, 2015-2020

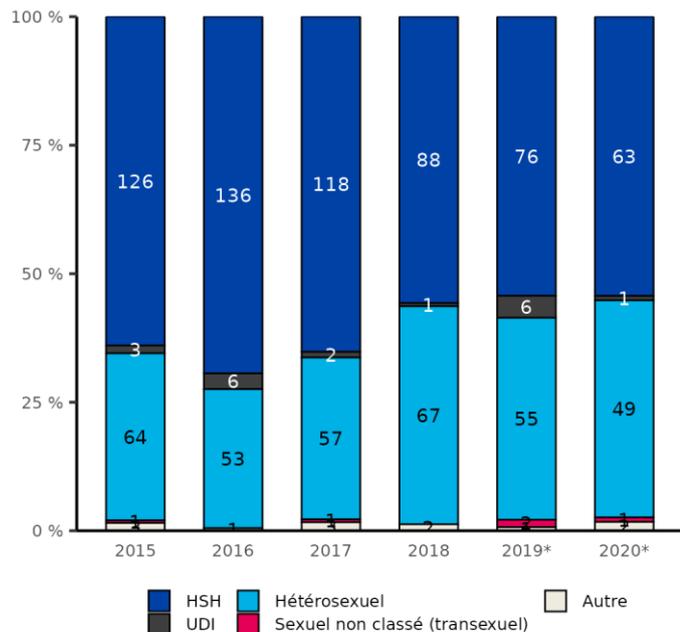
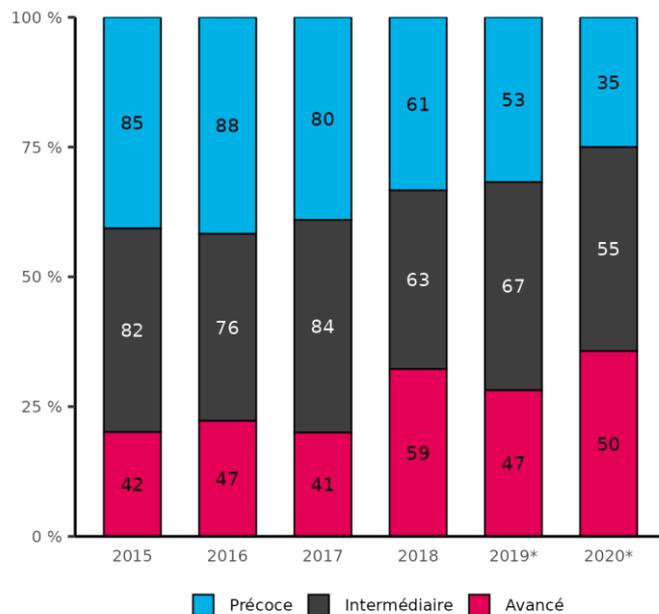
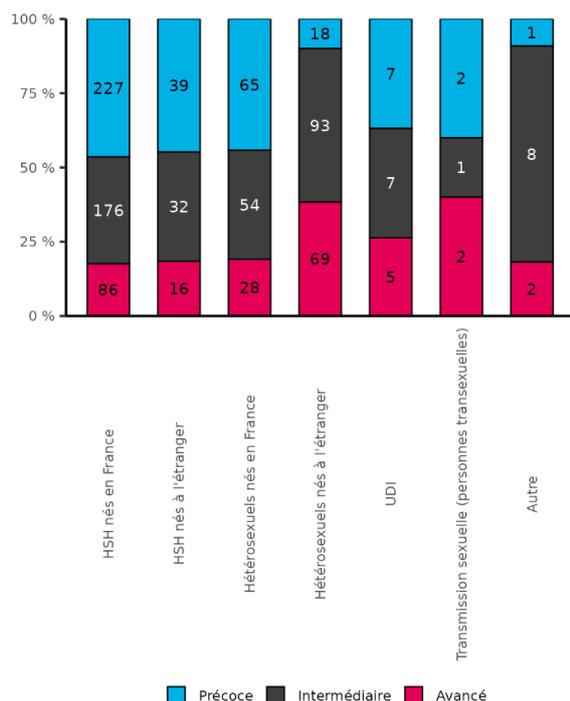


Figure 7 : Évolution annuelle de la part et des effectifs des diagnostics à un stade avancé, intermédiaire et précoce de l'infection parmi les découvertes de séropositivité au VIH, Occitanie, 2015-2020



* Données non consolidées pour 2019 et 2020. (Source : DO VIH, données brutes au 30/06/2021, Santé publique France).

Figure 8 : Distribution de la part et des effectifs de diagnostics à un stade avancé, intermédiaire et précoce de l'infection selon le mode de contamination et le lieu de naissance, Occitanie, 2015-2020



La part des diagnostics précoces, définis par un profil virologique de séroconversion, un stade clinique de primo-infection ou un test d'infection récente positif, varie en fonction des années : depuis 2018 elle est en diminution (figure 7).

On note que la part de diagnostics à un stade avancé augmente également depuis 2018 (figure 7).

Sur la période 2015-2020, la part de diagnostics à un stade précoce était importante chez les hétérosexuels nés en France et les HSH nés en France ou à l'étranger (figure 8).

Chez les hétérosexuels nés à l'étranger, la part de diagnostics avancés et intermédiaires était élevée et la part de diagnostics précoces était très faible (figure 8).

* Données non consolidées pour 2019 et 2020.
Source : DO VIH, données brutes au 30/06/2021, Santé publique France.

* Découvertes pour la personne : inclut uniquement les personnes qui ignoraient leur séropositivité 1 an avant le premier diagnostic déclaré

SURVEILLANCE DES DIAGNOSTICS DE SIDA

Données issues des notifications obligatoires de sida

• Evolution du nombre de diagnostics

Le nombre de diagnostics de sida en Occitanie par million d'habitants, corrigé pour la sous-déclaration et les délais de déclaration, était estimé à 14 (IC_{95%} : [9-20]) en 2020, proche de l'estimation métropolitaine hors Ile-de-France (15 : IC_{95%}[13-17]). En Occitanie, le nombre de diagnostics de sida par million d'habitants était relativement stable de 2017 à 2020, et variait entre 6 et 14 (figure 9).

• Caractéristiques des cas de sida

En Occitanie, en 2020, les cas de SIDA sont survenus majoritairement chez des hommes, des personnes nées en France, de plus de 50 ans, ayant plus souvent connaissance de leur positivité avant le stade SIDA et plus fréquemment sous traitement antirétroviral qu'en métropole hors Ile-de-France (tableau 3). La part du mode de contamination par rapports hétérosexuels est plus élevée en 2020 que sur la période 2015-2019 (tableau 3).

Figure 9 : Évolution annuelle du nombre de diagnostics de sida par million d'habitants en Occitanie, en France métropolitaine hors Ile-de-France et en Ile-de-France, 2010-2020

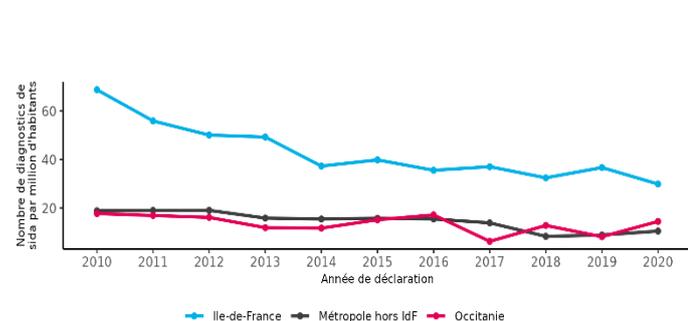
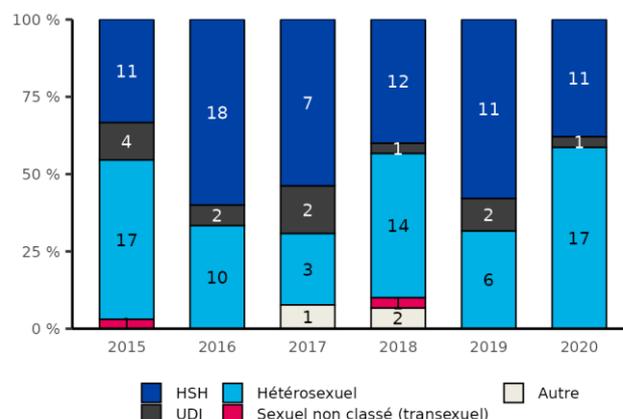


Figure 10 : Évolution annuelle de la part et des effectifs des diagnostics de sida selon le mode de contamination, Occitanie, 2015-2020



Source : DO sida, données au 31/06/2021, corrigées pour la sous-déclaration et les délais de déclaration, Santé publique France.

* Données non consolidées pour 2019 et 2020.
Source : DO sida, données brutes au 30/06/2021, Santé publique France.

Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des diagnostics de sida, Occitanie et France métropolitaine hors Ile-de-France, 2015-2019 vs 2020

| | Occitanie | | France métropolitaine hors Ile-de-France |
|---|------------------------|---------------|--|
| | 2015-2019 (n = 164) | 2020 (n = 44) | 2020 (n = 230) |
| Sexe masculin (%) | 75,6 | 79,5 | 72,2 |
| Classes d'âge (%) | | | |
| Moins de 25 ans | 4,3 | 4,5 | 2,2 |
| 25-49 ans | 63,4 | 43,2 | 53,5 |
| 50 ans et plus | 32,3 | 52,3 | 44,3 |
| Lieu de naissance (%) | | | |
| France | 62,9 | 72,7 | 60,8 |
| Afrique sub-saharienne | 18,2 | 15,9 | 25,5 |
| Autres | 11,4 | 11,4 | 13,7 |
| Mode de contamination (%) | | | |
| Rapports sexuels entre hommes | 49,2 | 37,9* | 36,2 |
| Rapports hétérosexuels | 41,7 | 58,6* | 60,4 |
| Injections de drogues | 9,2 | 3,4* | 3,4 |
| Connaissance séropositivité avant diagnostic de sida (%) | 44,5 | 52,3 | 37,0 |
| Traitement antirétroviral avant diagnostic de sida (%) | 18,6 | 25,0 | 16,7 |
| Pathologies inaugurales les plus fréquentes dans la région en 2019 (%) | | | |
| Pneumocystose | 37,0 | 45,0 | 31,3 |
| Kaposi | 10,8 | 5,0 | 6,6 |
| Tuberculose pulmonaire | 12,2 | 2,5 | 4,9 |
| Toxoplasmose cérébrale | 6,1 | 10,0 | 9,9 |

Données non consolidées pour 2019 et 2020. Calcul des proportions effectué en excluant les données manquantes

*Part de données manquantes comprise entre 30% et 50%.

Source : DO sida, données brutes au 30/06/2021, Santé publique France.

E-DO : DÉCLARATION OBLIGATOIRE EN LIGNE DE L'INFECTION PAR LE VIH ET DU SIDA

- Évolution de l'envoi des volets « clinicien » et « biologiste » du formulaire de déclaration obligatoire des découvertes de séropositivité

La proportion d'envoi des deux volets « biologiste » et « clinicien » est stable en 2020 (figure 11).

La surveillance des nouveaux diagnostics d'infection au VIH et de sida, et l'identification des groupes les plus à risque pour orienter les actions de prévention et améliorer la prise en charge, dépendent directement de la qualité des données issues des déclarations.

Utilisation de l'e-DO dans les régions

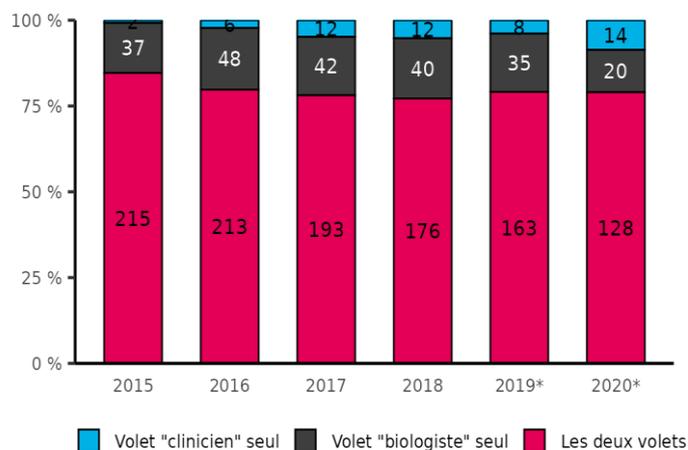
En Occitanie, en 2020, les déclarations obligatoires ont été effectuées par voie électronique pour **98%** d'entre elles.

L'exhaustivité de la DO en Occitanie est de **60%** pour les biologistes et **52%** pour les cliniciens (tableau 4), plaçant notre région au 8^{ème} rang des régions de métropole pour les biologistes et au 7^{ème} rang pour les cliniciens.

Tous les déclarants, biologistes et cliniciens, doivent déclarer l'ensemble des cas diagnostiqués via l'application e-DO.fr (voir encadré ci-dessous).

La déclaration électronique permet d'améliorer l'exhaustivité et le délai de transmission des DO.

Figure 11 : Proportion annuelle des découvertes de séropositivité au VIH pour lesquelles les volets « biologiste » et « clinicien » ont été envoyés, Occitanie, 2015-2020



* Données non consolidées pour 2019 et 2020.

Source : DO VIH, données brutes au 30/09/2021, Santé publique France.

Tableau 4 : Estimations provisoires de l'exhaustivité 2020

| | Occitanie | France entière |
|---|-----------|----------------|
| Estimation provisoire de l'exhaustivité 2020 pour les biologistes | 60% | 60% |
| Estimation provisoire de l'exhaustivité 2020 pour les cliniciens | 52% | 43% |

Source : DO VIH, données brutes au 30/09/2021, Santé publique France.

E-DO VIH/SIDA, QUI DOIT DÉCLARER ?

-Tout biologiste qui diagnostique une infection au VIH doit déclarer ce cas (même si la personne a pu être diagnostiquée auparavant dans un autre laboratoire)

ET

-Tout clinicien qui a prescrit une sérologie VIH s'étant avérée positive, qui a pris en charge une personne ayant récemment découvert sa séropositivité, qui constate le décès d'une personne séropositive pour le VIH, ou qui diagnostique un sida chez un patient, que celui-ci soit déjà connu séropositif ou non, doit déclarer ce cas.

La notification des cas d'infection au VIH se fait par **un formulaire en deux parties qui contiennent des informations différentes** : un destiné au biologiste et l'autre au clinicien. Chaque co-déclarant (clinicien et biologiste) fait une déclaration de manière indépendante dans l'application e-DO.

Les déclarants qui ne parviendraient pas à déclarer en ligne peuvent obtenir des formulaires sous forme PDF à imprimer en s'adressant à e-DO Info Service au 0 809 100 003 ou auprès de Santé publique France : ANSP-DMI-VIC@santepubliquefrance.fr

FILE ACTIVE COREVIH OCCITANIE

File active

La file active VIH se définit par le nombre de patients en situation de suivi au 31 décembre de l'année étudiée (2020) dans les 14 centres hospitaliers de la région (CH Albi, CH Alès, CHI Bassin de Thau (Sète), CH Béziers, CH Cahors, CHU Montpellier, CH Narbonne, CHU Nîmes, CH Perpignan, CH Rodez, CH Tarbes, CHU Toulouse, Hôpital Joseph Ducuing, Hôpital La Grave -Cité de la santé (à Toulouse) utilisant le logiciel de spécialité Nadis et ayant eu au moins une consultation.

En 2020, la file active VIH en Occitanie était de 8 975 patients, dont 8 821 (98,3%) traités par antirétroviraux et 7 453 (85,8%) traités depuis plus de 6 mois avec une charge virale indétectable (≤ 50 copies/mL).

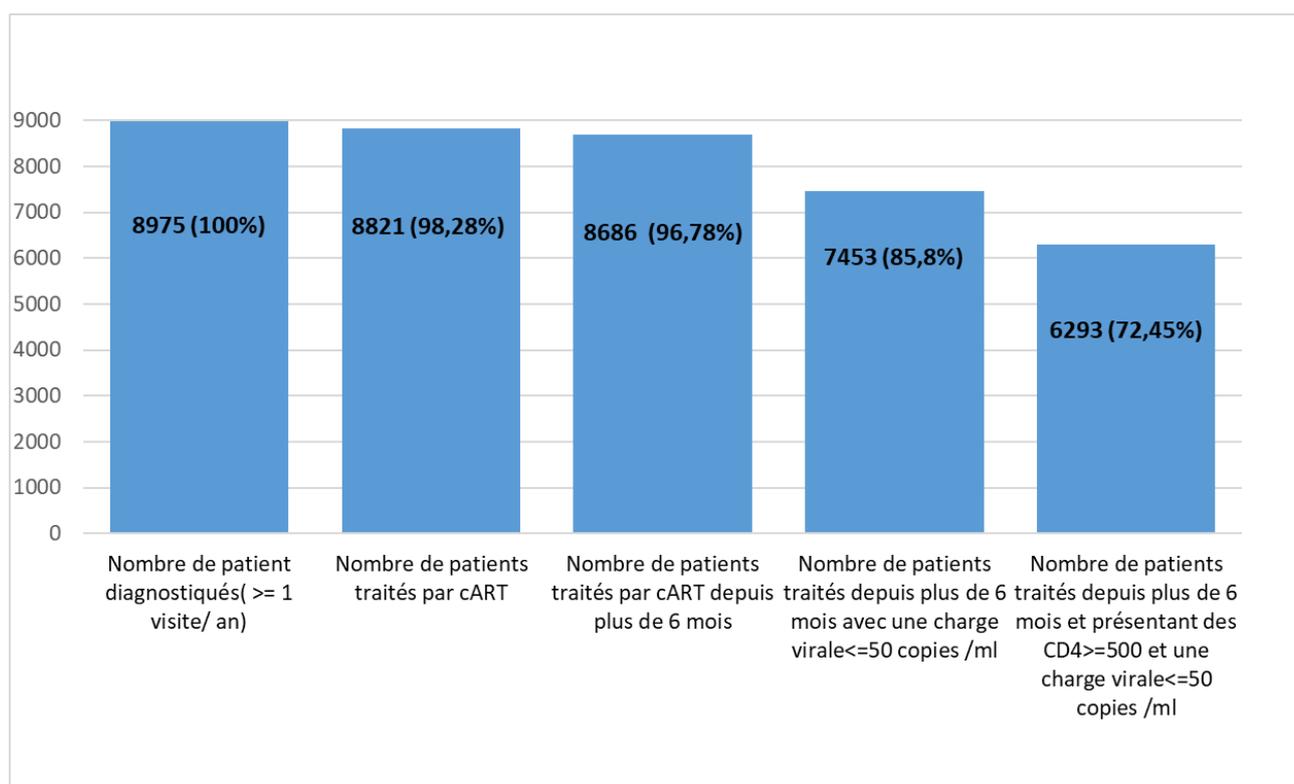
La file active comprend 6 424 hommes (71,6 %), 2 517 femmes (28 %) et 34 personnes transgenres (0,4 %).

Cascade de la prise en charge dans les soins

La cascade de la prise en charge dans les soins représente l'écart entre le nombre de personnes dépistées qui sont venues consulter dans un service de soins (n=8 975), le nombre de celles qui sont sous traitement (n=8 821), le nombre de celles qui prennent un traitement depuis plus de 6 mois (n=8 686) et le nombre de celles qui ont un traitement efficace avec une charge virale contrôlée (n=7 453) (figure 12). La 5ème barre montre le nombre de patients traités qui ont à la fois un contrôle virologique et une immunité satisfaisante (CD4 \geq 500), soit 6 293 patients.

En 2020, le nombre de patients suivis mais aussi traités a diminué. En effet, en 2019, le nombre de patients diagnostiqués était de 9 211 et le nombre de traités depuis plus de 6 mois avec une charge virale ≤ 50 copies/ml était de 95,5% (=8 474 patients) contre 85,8% (=7453 patients) en 2020. Ces diminutions peuvent être en grandes parties attribuées à la crise sanitaire du COVID-19 et notamment aux périodes de confinement qui ont entraîné une diminution des consultations dans les centres hospitaliers et une forte baisse du nombre de bilans réalisés.

Figure 12 : Cascade de la prise en charge des soins (nombre de personnes venues consulter dans un service de soins, nombre de personnes sous traitement, nombre de personnes sous traitement depuis 6 mois, nombre de personnes ayant un traitement efficace avec charge virale contrôlée, nombre de personnes ayant un contrôle virologique et une immunité satisfaisante), dans la file active VIH COREVIH Occitanie, en 2020



Légende : cART: combined antiretroviral therapy; CV : charge virale

Source : Données 2020 du Corevih Occitanie

SURVEILLANCE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES BACTERIENNES

La surveillance des IST bactériennes repose sur plusieurs dispositifs présentés dans la figure 13 : l'enjeu est de couvrir l'activité de l'ensemble des lieux de dépistage et de diagnostic.

Les données du **Système National des Données de Santé (SNDS)**, données de remboursement des soins de l'**assurance maladie**, permettent la surveillance de l'activité de dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis*, de la syphilis et de la gonococcie par les laboratoires privés. Ces données sont présentées dans ce BSP, ainsi que les données de diagnostic des infections à *Chlamydia trachomatis*.

La surveillance de 3 IST (syphilis, gonococcie, chlamydie) par les **médecins généralistes du réseau Sentinelles** ([lien](#)) a été mise en place en France métropolitaine en 2020. Les premières données, nationales, sont présentées dans le Bulletin national ([lien](#)).

Le **réseau RésIST** est un réseau de cliniciens volontaires exerçant principalement en CeGIDD contribuant à la surveillance des diagnostics de syphilis précoces (datant de moins d'un an et correspondant aux stades primaire, secondaire ou latente précoce) et des gonococcies. Il s'agit d'une surveillance sentinelle dont les données ne permettent pas de calculer des taux d'incidence ; seule la tendance peut être décrite en restreignant l'analyse aux données des sites ayant participé de façon constante sur une période d'intérêt. Cette surveillance n'est pas exhaustive, les données ne sont pas représentatives de la situation en population générale.

La **surveillance des CeGIDD (SurCeGIDD)** porte sur les activités mises en œuvre au sein des CeGIDD, dont le dépistage et le diagnostic de l'infection à VIH, des hépatites virales, de la syphilis, des infections à *Chlamydia trachomatis*, à gonocoques et à mycoplasme, des condylomes et de l'herpès génital ; des données individuelles sociodémographiques, comportementales, cliniques, biologiques sont recueillies de façon pseudonymisée. Cette surveillance est aussi non exhaustive.

En région Occitanie, pour permettre une meilleure exhaustivité, les données SurCeGIDD et celles du réseau RésIST ont été fusionnées et sont présentées dans ce BSP. En effet, en 2020, **86 %** des CeGIDD ont transmis leurs données au format attendu dans le cadre de la surveillance.

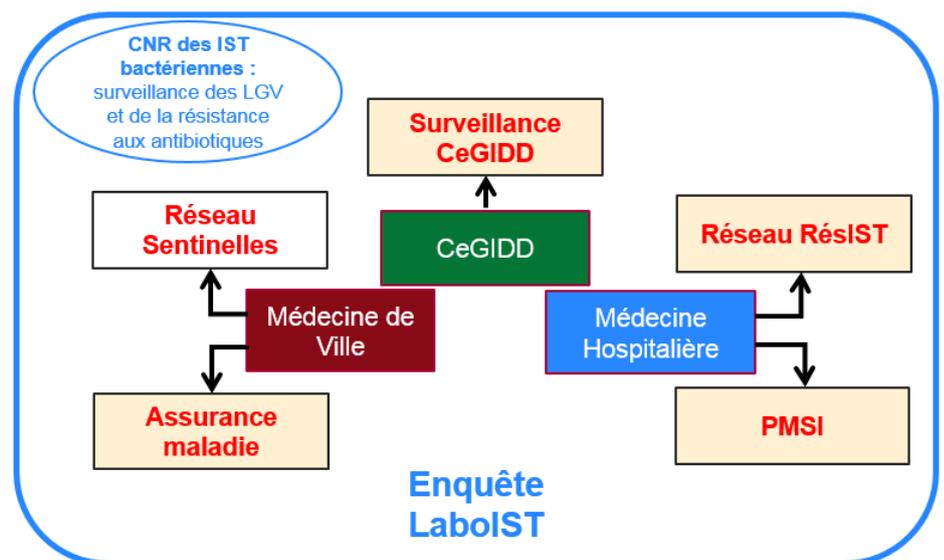
Figure 13 : les systèmes de surveillance des IST en France, 2020

SurCeGIDD : données d'activité des CeGIDD

En région Occitanie, en 2020, 19 des 22 (86 %) des CeGIDD ont envoyé les données au format attendu

- 16 via plateforme Cupidon
- 3 via un autre logiciel

Pour rappel, les modalités de cette surveillance, dont les variables et modalités de transfert des données, sont décrites sur le site de Santé publique France ([lien](#)).



Source : Santé publique France.

DÉPISTAGE DE LA SYPHILIS, DES INFECTIONS À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* ET A GONOCOQUES

Infections à gonocoques, données issues du Système National des Données de Santé (SNDS)

Le taux de dépistage, parmi les personnes dépistées au moins une fois dans l'année, des infections à gonocoques en Occitanie était de **44,1** pour 1 000 habitants (soit 218 330 dépistages) en 2020, supérieur au taux national (**38,9** pour 1 000) et 2^{ème} région de France métropolitaine où l'on dépiste le plus après l'Île-de-France (figure 15).

En Occitanie, le taux de dépistage était plus de 3 fois supérieur chez les femmes en 2020 (65,1 versus 21,1), ce qui peut s'expliquer par l'utilisation d'une PCR multiplex permettant de dépister conjointement une infection à gonocoque dans le cadre d'un dépistage d'une infection à *Chlamydia trachomatis*. Il est en diminution par rapport à 2019, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Syphilis, données issues du SNDS

Le taux de dépistage, parmi les personnes dépistées au moins une fois dans l'année, des syphilis en Occitanie était de **44,7** pour 1 000 habitants (soit 221 331 dépistages) en 2020, équivalent au taux national (**44,2** pour 1 000) et 3^{ème} région où l'on dépiste le plus en France métropolitaine après l'Île-de-France et Provence Alpes Côte d'Azur (figure 16).

En Occitanie, le taux de dépistage était supérieur chez les femmes en 2020 (57,4 versus 30,7), en raison du dépistage obligatoire au cours de la grossesse, et en diminution par rapport à 2019, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Infections à *Chlamydia trachomatis*, données issues du SNDS

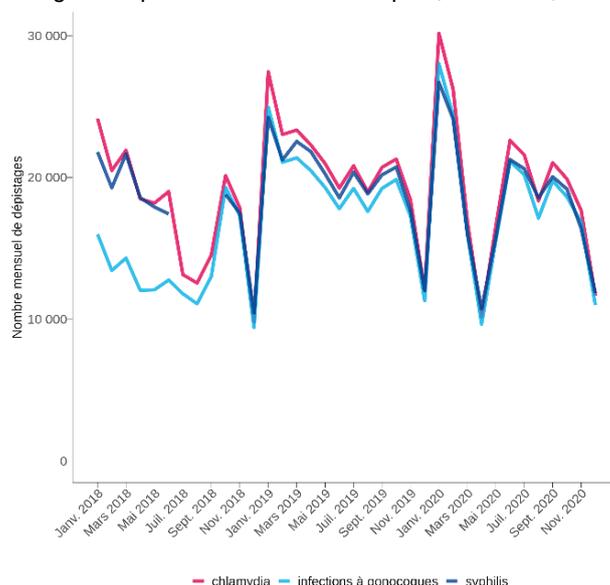
Le taux de dépistage, parmi les personnes dépistées au moins une fois dans l'année, des infections à *Chlamydia trachomatis* en Occitanie était de **47,0** pour 1 000 habitants (soit 232 934 dépistages) en 2020, taux supérieur au taux national (42,4 pour 1 000) et 3^{ème} région où l'on dépiste le plus en France métropolitaine après l'Île-de-France et Provence Alpes Côte d'Azur (figure 17).

En Occitanie, le taux de dépistage était supérieur chez les femmes en 2020 (68,5 versus 23,5), et en diminution par rapport à 2019, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Le taux de diagnostic était de **246** pour 1 000 habitants (soit **12 191**) en 2020, supérieur au taux national (225 pour 1 000) et 4^{ème} région où l'on diagnostique le plus cette infection bactérienne en France (figure 18).

La figure 14 montre l'impact du confinement du printemps 2020, avec une **diminution importante des taux de dépistage entre mars et mai 2020**, en lien avec la crise COVID-19, et qui ne retrouvent des taux usuels qu'à partir de juin 2020.

Figure 14 : évolution mensuelle du nombre de personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour syphilis, infections à *Chlamydia trachomatis* et infections à gonocoques chez les 15 ans et plus, Occitanie, 2018-2020



Source : SNDS. Traitement : Santé publique France.

DÉPISTAGE DE LA SYPHILIS ET DES INFECTIONS À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* ET A GONOCOQUES

Figure 15 : taux de dépistage des infections à gonocoques par région pour les 15 ans et plus (pour 1 000 personnes), France, 2020

Figure 16 : taux de dépistage des syphilis par région pour les 15 ans et plus (pour 1 000 personnes), France, 2020

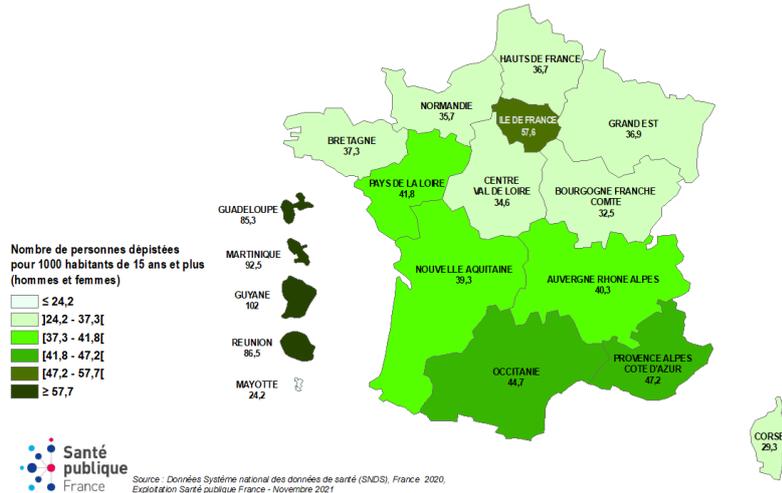
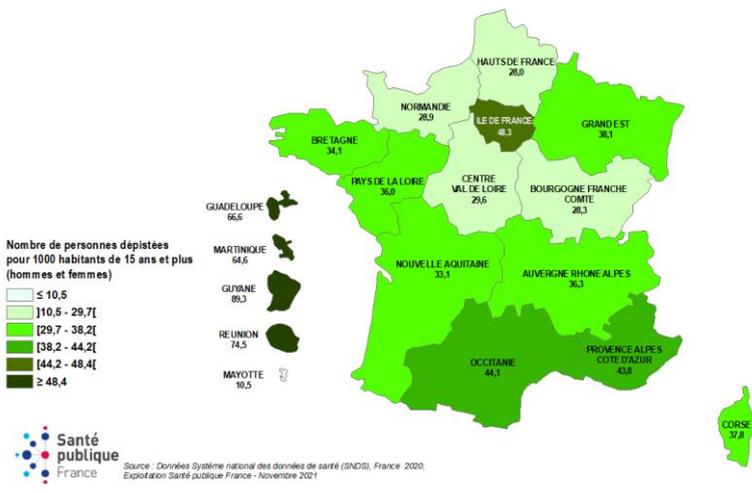
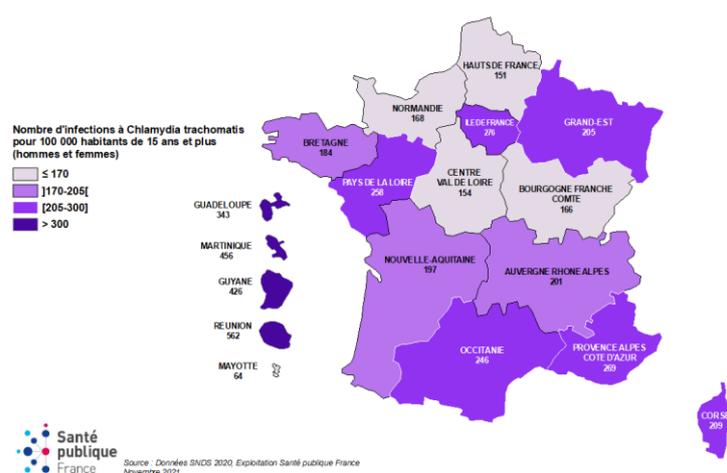
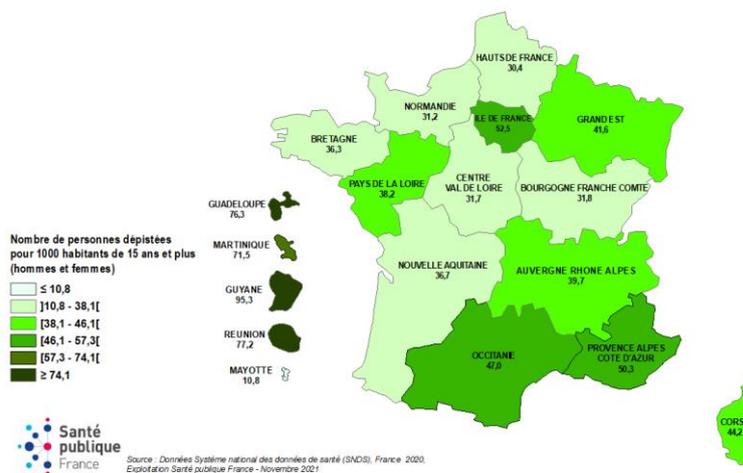


Figure 17 : taux de dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* par région pour les 15 ans et plus (pour 1 000 personnes), France, 2020

Figure 18 : taux de diagnostics des infections à *Chlamydia trachomatis* par région pour les 15 ans et plus (pour 1 000 personnes), France, 2020



Indicateurs :

Population : 15 ans et plus

Précisions : Les données de remboursement de l'assurance maladie permettent de connaître l'activité de dépistage dans les laboratoires privés (laboratoires de ville et établissements de soins privés).

Limites : Seuls les remboursements correctement géolocalisés sont pris en compte. Les tests réalisés gratuitement ne sont pas inclus dans ces données. Pour les infections à **gonocoques**, le remboursement des recherches de gonocoques via la PCR multiplexe n'a été effectif que courant 2018.

Les données de dépistage sont disponibles sur Géodes ([lien](#)).

Dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* : HAS, 2018 ([lien HAS, 2018](#))

Dépistage de la syphilis : HAS, 2007 ([lien HAS, 2007](#)), HAS, 2015 ([lien HAS, 2015](#)), HAS, 2017 ([lien HAS, 2017](#))

Dépistage de la gonococcie: HAS, 2011 ([lien HAS, 2011](#))

SURVEILLANCE DES SYPHILIS ET INFECTIONS À GONOCOQUES

Syphilis

Les signalements de syphilis récente par les cliniciens du réseau RésIST et le nombre de syphilis récentes diagnostiquées dans les CeGIDD indiquent une tendance à la diminution du nombre de cas en 2020, constatée sur l'analyse à sites constants (c'est-à-dire les sites ayant répondu au cours des 3 années 2018, 2019 et 2020) (figure 19).

Infections à gonocoques

Les signalements d'infections à gonocoque par les cliniciens du réseau RésIST et le nombre de gonococcies diagnostiquées dans les CeGIDD indiquent une tendance à la diminution du nombre de cas en 2020 sur l'analyse à sites constants (c'est-à-dire les sites ayant répondu au cours des 3 années 2018, 2019 et 2020) (figure 20).

La baisse des taux de dépistages observée en 2020 et liée à la crise COVID-19 peut expliquer partiellement ces chiffres.

Les données à sites non constants sont à regarder avec prudence, le taux de réponse par site pouvant varier d'une année à l'autre). Par ailleurs, la mise en œuvre du nouveau dispositif de surveillance dans les CeGIDD (SurCeGIDD) en 2018 s'est accompagnée d'une taux de réponse bas en 2018, et pour certains centres, en 2019 et 2020, d'une transmission des données sous un format non conforme. L'amélioration est nette en 2020 avec un taux de transmission conforme de 86%.

Figure 19 : Nombre annuel de signalements d'infections à Syphilis, globalement et selon l'orientation sexuelle (base Résist- CeGIDD fusionnée), Occitanie 2018-2020

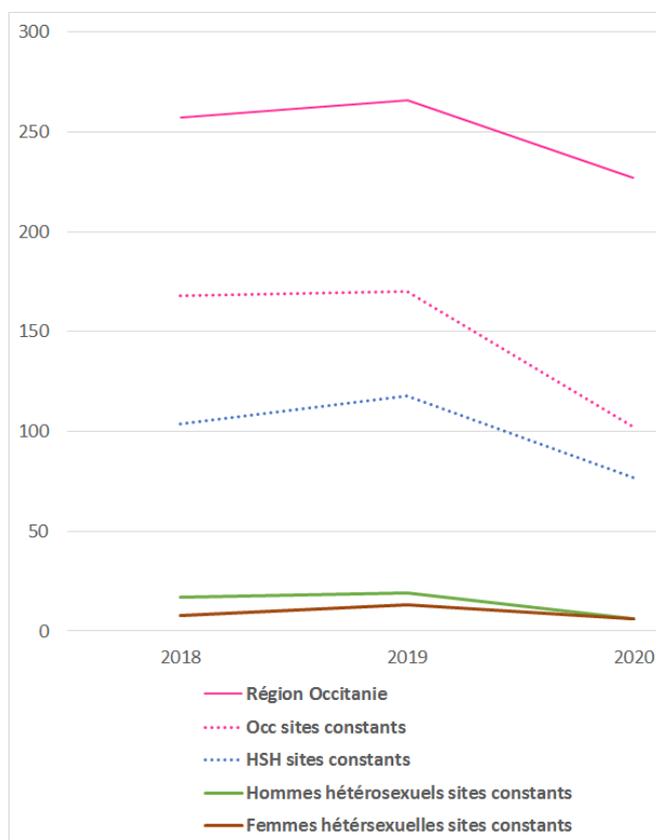
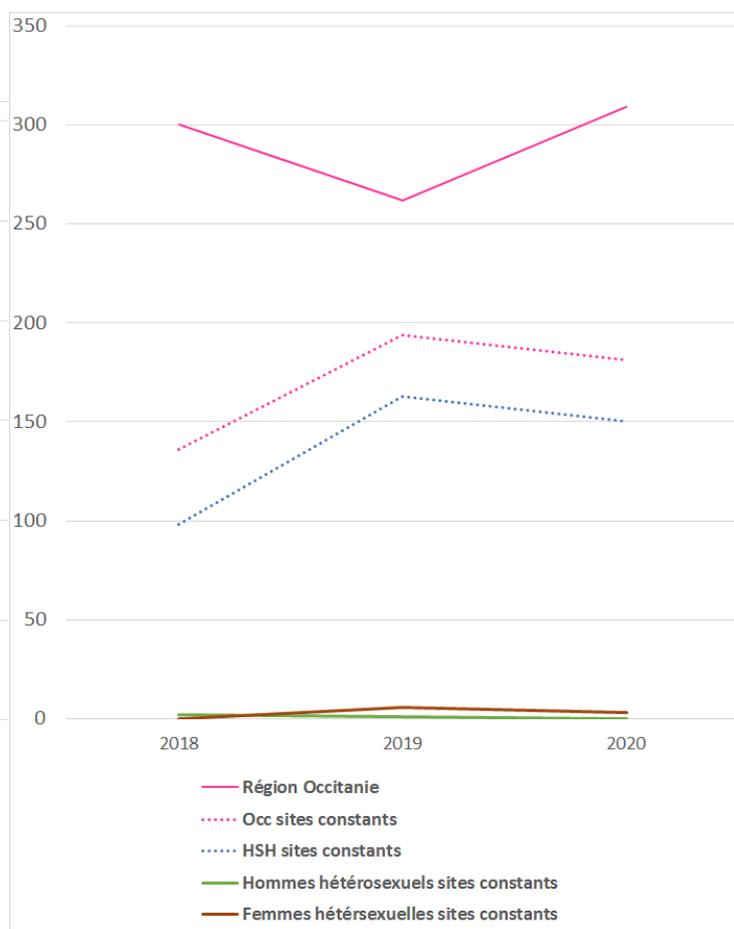


Figure 20 : Nombre annuel de signalements d'infections à gonocoques, globalement et selon l'orientation sexuelle (base Résist- CeGIDD fusionnée), Occitanie 2018-2020



DONNEES D'ACTIVITE DES CEGIDD

En 2020, le taux de participation des CeGIDD à la surveillance SurCeGIDD en région Occitanie était de **86 %** en Occitanie.

Au cours de l'année, **37 898** consultations ont été enregistrées. Ces consultations concernaient **16 929** patients domiciliés ou non en Occitanie (tableau 5). En moyenne chaque patient était vu à **2,2** consultations.

Le nombre de consultations en mars, avril et mai 2020 était **inférieur** (respectivement) de **25%, 84% et 70%** à la moyenne mensuelle des consultations de l'année (3 158), effet du confinement du printemps 2020, mais en novembre et décembre, au cours du second confinement, ce nombre était peu différent de la moyenne (tableau 6).

Les caractéristiques des consultants sont présentées dans le tableau 5. Près des **60 %** sont des hommes, plus de la **moitié** est âgée de 19 à 29 ans, **32 %** ont une couverture maladie partielle ou absente.

Les motifs de consultations les plus fréquents (hors la remise d'un résultat, premier motif de consultations) sont dans l'ordre : **les dépistages liés à une exposition à risque, les dépistages sans expositions à risque, le suivi d'une PrEP et l'initiation d'une PrEP** (tableau 7).

Les **taux de positivité les plus élevés** sont observés en 2020 lors des recherches d'infections à *Mycoplasma Genitalium* et à *Chlamydia Trachomatis*, chez les hommes (respectivement **9,6% et 6,5%**) et les femmes (respectivement **8,1% et 7,4%**), mais le dépistage de *Mycoplasma Genitalium* ne représente est faible (4,1% chez les hommes et 2,8 chez les femmes) (tableau 8).

Les nombre de cas diagnostiqués dans les CegiDD en 2020 et taux de positivité sont présentés dans le tableau 8.

Tableau 5: Caractéristiques des consultants dans les CeGIDD, Occitanie, 2020

| | N (16 929) | % |
|-------------------------------|---------------|------|
| Sexe | | |
| Hommes | 10 242 | 60,8 |
| Femmes | 6 587 | 39,1 |
| Transgenres | 29 | 0,2 |
| Age médian (années) | | |
| Hommes | 27 | |
| Femmes | 23 | |
| Classes d'âge | | |
| 0-18 ans | 2 308 | 13,7 |
| 19-29 ans | 8 488 | 50,2 |
| 30-39 ans | 3 109 | 18,4 |
| 40-49 ans | 1 671 | 9,9 |
| ≥ 50 ans | 1 329 | 7,9 |
| Continent de naissance | | |
| France | 11 438 | 81,6 |
| Amérique | 351 | 2,5 |
| Afrique subsaharienne | 814 | 5,8 |
| Europe (hors France) | 627 | 4,5 |
| Autres | 785 | 5,6 |
| Couverture maladie | | |
| Assurance maladie | 1 630 | 15,0 |
| Assurance + Mutuelle | 7 347 | 67,6 |
| CMU | 572 | 5,3 |
| CMUC | 637 | 5,9 |
| AME | 66 | 0,6 |
| Autre | 29 | 0,3 |
| Absence de couverture maladie | 590 | 5,4 |

Tableau 6: Nombre et part mensuels de consultations dans les CeGIDD, Occitanie, 2020

| | N (26 291) | % |
|--------------|---------------|----|
| Janvier | 5 205 | 14 |
| Février | 4 322 | 11 |
| Mars | 2 364 | 6 |
| Avril | 491 | 1 |
| Mai | 993 | 3 |
| Juin | 3 077 | 8 |
| Juillet | 3 499 | 9 |
| Août | 3 613 | 10 |
| Septembre | 3 984 | 11 |
| Octobre | 3 927 | 10 |
| Novembre | 3 220 | 8 |
| Décembre | 3 203 | 8 |

Calcul des proportions effectué en excluant les données manquantes.

* Part de données manquantes comprise entre 30 % et 50 %. NI : non interprétable (part de données manquantes supérieure ou égale à 50 %).

Source : SurCeGIDD, données au 22/11/2021. Traitement : Santé publique France.

DONNEES D'ACTIVITÉ DES CEGIDD

Tableau 7: Caractéristiques des consultations dans les CeGIDD, Occitanie, 2020

| | N (37 898) | % |
|--|---------------|------------|
| Motifs de consultation les plus fréquents (hormis la remise de résultats et autre sans précision) | | |
| 1: Dépistage lié à une exposition à risque | 10 315 | 72 (NI*) |
| 2: Dépistage sans exposition à risque | 6 053 | 47,4 (NI*) |
| 3: Suivi d'une PrEP | 2 295 | 25,3 (NI*) |
| 4: Initiation d'une PrEP | 1 464 | 19,0 (NI*) |
| 5: Consultation de diagnostic | 936 | 10,1 (NI*) |
| Consultations hors les murs | 896 | 2,4 |
| Consultations anonymes | 6 648 | 17,7 |
| Dépistages | | |
| Syphilis | 13 000 | 34,3 |
| Infections à gonocoque | 13 286 | 35,1 |
| Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> | 14 833 | 39,1 |
| Infection à <i>Mycoplasma genitalium</i> | 605 | 1,6 |
| Infection à VIH | 16 728 | 44,1 |
| Hépatite B (AgHBs) | 12 499 | 33,0 |
| Hépatite C (Ac VHC) | 13 937 | 36,8 |

Calcul des proportions effectué en excluant les données manquantes.

* Part de données manquantes comprise entre 30 % et 50 %. NI : non interprétable (part de données manquantes supérieure ou égale à 50 %).

Source : SurCeGIDD, données au 22/11/2021. Traitement : Santé publique France.

Tableau 8: Taux de dépistage et de positivité du VIH, des hépatites B et C et des autres IST bactériennes selon le sexe des consultants, en CeGIDD, Occitanie, 2020

| | Femmes (n=6 587) | | | Hommes (n=10 242) | | |
|--|-----------------------------|------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------|------------------------------|
| | Taux de dépistage (%) | Nombre de cas | Taux de positivité (%) | Taux de dépistage (%) | Nombre de cas | Taux de positivité (%) |
| Syphilis | 62,8 | 5 | 0,1 | 85,8 | 140 | 1,6 |
| Infections à gonocoque | 65,1 | 31 | 0,7 | 87,2 | 460 | 5,2 |
| Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> | 78,5 | 381 | 7,4 | 93,6 | 625 | 6,5 |
| Infection à <i>Mycoplasma genitalium</i> | 2,8 | 15 | 8,1 | 4,1 | 40 | 9,6 |
| Infection à VIH | 91,8 | 2 | 0 | 100 | 43 | 0,4 |
| Hépatite B (AgHBs) | 75,9 | 13 | 0,3 | 72,5 | 77 | 1 |
| Hépatite C (Ac VHC) | 73,8 | 26 | 0,5 | 87,9 | 57 | 0,6 |

Source : SurCeGIDD, données au 22/11/2021. Traitement : Santé publique France.

PRÉVENTION

Rediffusion de la campagne : « Vivre avec le VIH, c'est d'abord vivre »

À l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida, Santé publique France rediffuse la campagne « Vivre avec le VIH, c'est d'abord vivre » dont la finalité est d'accroître la connaissance de l'effet préventif du traitement (TASP) pour faire changer le regard sur les personnes séropositives.

L'objectif de cette rediffusion est de renforcer l'impact de la campagne dont l'évaluation de 2020 a montré qu'elle avait rempli ses objectifs :

- en termes de messages : la possibilité pour les personnes touchées par le VIH de vivre comme les autres est le message prioritairement retenu de cette campagne : 45% des personnes interrogées l'ont spontanément mentionné. Le message sur l'efficacité du traitement arrivait en second, mentionné spontanément par 23% des répondants.
- en termes d'incitation : 73% l'ont jugée incitative à avoir une autre image des personnes séropositives ; 68% ont été incitées à réfléchir à leur propre comportement vis à vis des personnes touchées par le VIH et 42% à faire un test de dépistage du VIH (65% des 15-24 ans). Ce dernier résultat rappelle qu'une meilleure connaissance de la réalité de la vie avec le VIH est aussi un levier d'incitation au dépistage.
- en termes d'agrément : 85% des personnes interrogées ont aimé la campagne et 90% ont estimé qu'elle méritait une rediffusion.

Par contre, la campagne a manqué de visibilité (seule une personne sur cinq se rappelait l'avoir vue), dans un contexte de forte restriction des déplacements.

Comme en 2020, la campagne s'adresse au grand public, mais aussi aux populations prioritaires (les HSH, les migrants d'Afrique subsaharienne), ainsi qu'aux personnes séropositives. Elle a été complétée, cette année, par des partenariats permettant de diffuser les messages de la campagne aux professionnels de santé (médecins généralistes, dentistes, gynécologues).

Le dispositif, visible à partir du 29 novembre, comprend :

- de l'affichage. Les cinq visuels seront visibles :
 - en extérieur pour toucher l'ensemble de la population (abribus, vitrines)
 - dans les commerces de proximité
 - dans la presse généraliste et communautaire (plus spécifiquement destinée aux HSH et aux migrants)
- des partenariats média (production et diffusion d'articles sur le TASP et de témoignages de personnes séropositives) dans des supports (presse, radio, sites internet) généraliste et communautaire
- des articles dans la presse professionnelle

Retrouver les affiches et tous nos documents sur notre site internet : <https://www.santepubliquefrance.fr/> à la rubrique « Publications » puis « Documents de communication ».

Retrouver tous nos dispositifs de prévention aux adresses suivantes :

- OnSEXprime pour les jeunes : <https://www.onsexprime.fr/>
- QuestionSexualité pour le grand public : <https://www.questionsexualite.fr/>
- Sexofe pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes : <https://www.sexosafe.fr/>



PRÉVENTION

Données de vente de préservatifs

Au cours de l'année 2020, en Occitanie, 10 059 434 préservatifs masculins ont été vendus, représentant une variation de -2% par rapport à 2019 (Source : Santé publique France). Par ailleurs, des préservatifs ont été mis à disposition gratuitement par Santé publique France, l'agence régionale de santé (ARS) Occitanie, le CoreVIH et le Conseil Général.

POUR EN SAVOIR PLUS

VIH SIDA

- **VIH/sida** (surveillances épidémiologique/virologique, dépistage, DO disponibles *via* l'onglet **Notre Action**) : [lien VIH Sida](#)
- **Sida info service** : <https://www.sida-info-service.org/>
- **Déclaration obligatoire en ligne de l'infection par le VIH et du sida** : [e-do](#)
- **Syphilis** : [lien syphilis](#)
- **Gonococcie** : [lien gonococcie](#)
- **Chlamydia** : [lien chlamydiae](#)



Actions de prévention sur la Santé sexuelle (VIH, contraception...) : [La santé sexuelle](#)

Dispositifs de marketing social

- **Grand public** : [questionsexualité.fr](#) (Information sur les infections et les maladies / Choisir sa contraception / Comprendre la conception et la grossesse / lutter contre les violences et les discriminations / Connaître son corps et sa sexualité)
- **Jeunes (12-18 ans)** : [onsexprime.fr](#)
- **Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes** : [sexosafe.fr](#)
- **Migrants** : description sur la page suivante [favoriser la santé](#)

Données nationales, bulletins de santé publique

- **Observatoire cartographique - Géodes** : vous y trouverez les données nationales et régionales dépistage VIH/IST (Chlamydia et Syphilis), données brutes des découvertes VIH ou Sida selon lieu de domicile/déclaration
- Bulletin de santé publique. IST/VIH/sida. Décembre 2020 : [lien](#)
- Bulletin de santé publique VIH en Occitanie. Décembre 2020. [Lien](#)
- Bulletin de santé publique VIH et IST en Occitanie. Décembre 2019. [Lien](#)

REMERCIEMENTS

Santé publique France Occitanie tient à remercier :

- le CoreVIH Occitanie ;
- l'ARS Occitanie ;
- les laboratoires en Occitanie participant à l'enquête LaboVIH et à la déclaration obligatoire du VIH ;
- les cliniciens et TEC participant à la déclaration obligatoire du VIH/sida ;
- les membres participant au réseau RésIST en Occitanie ;
- les équipes de Santé publique France participant à l'élaboration de ce bulletin : l'unité VIH-hépatites B/C-IST de la direction des maladies infectieuses (DMI), l'unité santé sexuelle de la direction de la prévention et de la promotion de la santé (DPPS), la direction appui, traitement et analyses des données (DATA), la direction des systèmes d'information (DSI) et les cellules régionales de la direction des régions (DiRe) ;
- l'Agence nationale de recherches sur le Sida et les hépatites virales (ANRS) ;
- l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).