

Spécial Infection à VIH



Page 2 | [Éditorial](#) |

Page 3 | [Les DFA et la Caraïbe dans la lutte contre le VIH : un projet de coopération gagnant/gagnant pour une meilleure intégration des DFA dans les programmes régionaux de lutte contre le sida](#) |

Page 6 | [Évolution de l'infection à VIH et du sida dans les Départements français d'Amérique entre 2008 et 2010, à partir des données des maladies à déclaration obligatoire](#) |

Page 9 | [Caractéristiques démographiques, immunovirologiques et thérapeutiques des adultes infectés par le VIH suivis au CHU de Fort-de-France en 2012](#) |

Page 12 | [Évolution de la prescription des antirétroviraux en Martinique entre 2005 et 2012](#) |

Page 15 | [Dengue ou primo-infection par le VIH ? Une bonne occasion de dépistage du VIH](#) |

Page 16 | [Syphilis, VIH et personnes en grande précarité : intervention multidisciplinaire à Vieux Pont en Martinique, en 2008-2009](#) |

Page 18 | [Les tests rapides d'orientation diagnostiques \(TROD\) du VIH par les médecins libéraux : Bilan d'un an d'expérimentation en Guyane](#) |

Page 21 | [Projet régional de dépistage hors les murs](#) |

Page 22 | [Étude CAP VIH adolescents à Saint-Georges de l'Oyapock : peut mieux faire](#) |

Page 25 | [L'utilisation du préservatif masculin chez les travailleuses du sexe en Guyane : premiers résultats de l'enquête CAP VIH TS 2008-2010](#) |

Page 28 | [Connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du VIH/sida chez les piroguiers du fleuve Maroni en Guyane](#) |

Page 31 | [Le Kit base Kréol](#) |

Page 32 | [Expérience des tests rapides aux CIDDIST de Saint-Martin](#) |

André Cabié
Président du Corevih de la Martinique, CHU de Fort-de-France

La journée internationale de lutte contre le sida est l'occasion, chaque 1^{er} décembre, de faire un état des lieux de l'épidémie de VIH/sida. Cette année le rapport annuel du programme de l'organisation des Nations Unies contre le sida (Onusida) fait état de résultats très positifs pour la lutte contre le sida : diminution de l'incidence et de la prévalence de l'infection par le VIH, baisse de la mortalité liée au VIH/sida [1]. Ces résultats sont à mettre au bénéfice des programmes nationaux qui ont permis, avec l'aide internationale, de mettre en place des programmes de prévention, de dépistage et d'accès au traitement. S'il existe des disparités importantes d'une région à l'autre, la région caraïbe est la zone géographique où les résultats sont les plus spectaculaires : baisse de 42% de l'incidence de l'infection à VIH en 10 ans, baisse de 48% de la mortalité en 6 ans, traitement de 79% des femmes enceintes et de 67% des personnes chez lesquelles un traitement antirétroviral est indiqué selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé. Dans ce contexte, les territoires français des Antilles et de la Guyane, situés au cœur de la région caraïbe, doivent interagir avec leurs voisins. Ces relations peuvent prendre la forme d'une participation aux instances régionales, ou de programmes de coopération impliquant les territoires français et leurs voisins (MT Georger-Sow et coll, p 3).

Selon le rapport de l'Onusida, la prévalence de l'infection par le VIH était de 1% dans la région caraïbe en 2011. Ce chiffre est global et cache des différences importantes d'un pays à l'autre, mais aussi à l'intérieur d'un pays, d'une région ou d'un groupe de personnes à l'autre. Ces différences justifient la réalisation d'enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques de populations particulières, en raison de leur occupation professionnelle (prostitution, piroguiers du Maroni en Guyane, MC. Parriault et coll. p 25 et E. Gaubert-Maréchal et coll. p 28), ou de leur âge (collégiens à Saint Georges en Guyane, L. Martin et coll. p 22). Les résultats de ces enquêtes permettront d'adapter les politiques de prévention et de dépistage dans chaque territoire. D'autres enquêtes du même type sont en cours à Saint Martin, en Guadeloupe, en Martinique et en Guyane chez les travailleurs du sexe, les hommes qui ont des rapports avec d'autres hommes (HSH), les migrants et les usagers de drogue dans le cadre du projet européen InteregIV Caraïbe (MT Georger-Sow et coll, p 3).

En France, le système de déclaration obligatoire de l'infection à VIH et du sida permet de suivre l'évolution de l'épidémie. Les données concernant les départements français d'Amérique (DFA) sont présentés dans ce numéro (L. Carvalho, p 5). Les taux de nouvelles infections à VIH et de sida restent plus élevés dans les DFA que dans le reste du territoire national, en particulier en Guyane. Les fréquences relatives des modes de transmission présumés du VIH varient selon les départements : transmission presque uniquement hétérosexuelle en Guyane, alors qu'en Martinique 25 % des nouvelles infections se sont produites, en 2010, au cours de relations sexuelles entre hommes. Il est difficile de savoir si cette différence

correspond réellement à des comportements différents ou s'il s'agit d'une sous-déclaration induite par la stigmatisation des HSH dans la région caraïbe. Il apparaît aussi que dans les trois départements, le délai de notification de l'infection par le VIH et du sida est trop long, et que surtout un nombre important de cas est insuffisamment documenté. Nous devons alerter les déclarants sur l'importance de ces données pour la lutte contre l'épidémie de VIH/sida dans notre région.

La description de la cohorte de patients suivis en Martinique (S. Abel et coll, p 9) et l'évolution des prescriptions des antirétroviraux en Martinique (A. Cabié et coll, p 12) montrent que, pour les personnes accédant aux soins, la prise en charge est conforme aux recommandations nationales, européennes ou américaines : plus de 90% des patients recevaient en 2012 un traitement antirétroviral avec une efficacité virologique proche de 90%. Le bénéfice individuel et collectif du traitement antirétroviral justifie le renforcement des pratiques élargies de dépistage dont l'objectif principal doit être le diagnostic et la prise en charge rapide et précoce du plus grand nombre de personnes. Dans notre région, le diagnostic précoce de l'infection par le VIH au stade de primo-infection peut être compliqué par la similitude entre les cliniques et biologiques de la dengue et de la primo-infection par le VIH (A. Cabié et coll, p 15).

Par ailleurs, certaines personnes ou groupes de personnes ne fréquentent pas les structures classiques de dépistage. Il est donc nécessaire d'imaginer des actions permettant d'aller vers ces populations. Suite aux recommandations du conseil national du sida de 2006 et à la parution des textes réglementant l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TroD) pour le VIH, de nombreuses interventions ont été mises en place dans notre région, et certaines sont exposées dans ce numéro : dépistage et traitement de la syphilis, du VIH et des hépatites dans un foyer de personnes sans domicile fixe en Martinique (S Abel et coll, p 16), dépistage en cabinet de médecin de ville en Guyane à l'aide de TroD (A. Jolivet et coll, p 18), dépistage mobile et combiné du diabète, de l'hypertension artérielle et du VIH en Guyane (C. Grenier, p 21), et utilisation du dépistage par TroD au centre de dépistage anonyme et gratuit de Saint Martin (N. Agape, p 32). Les résultats présentés dans ce numéro montrent que ces actions permettent le dépistage de personnes qui n'auraient pas été dépistées dans les structures classiques de dépistage. L'enjeu de ces actions, souvent pilotes, est maintenant d'être pérennisées et d'arriver au delà du dépistage à la prise en charge au long cours des personnes nouvellement diagnostiquées.

Références

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). UNAIDS Report on the global AIDS epidemic - 2012 [Internet]. 2012. Available from: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_en.pdf

Marie-Thérèse Goerger-Sow, Chef de Projet, INTERREG IV Caraïbes- VIH, CHU de Pointe-à-Pitre

1/ LE PANCAP, UNE ORGANISATION DE LUTTE CONTRE LE VIH DANS LA CARAÏBE UNIQUE AU MONDE

Le partenariat pancaribéen de lutte contre le SIDA ou PANCAP est une institution créée et mise en place en 2001 par les Chefs de gouvernements de la CARICOM en réponse à la situation particulière de la Caraïbe sur le VIH/SIDA, seconde région au Monde par sa prévalence de l'infection dans la population après l'Afrique subsaharienne. Le PANCAP est une réponse adaptée au nombre important de décès liés à cette maladie reconnue comme une menace pour le développement social et économique de la région.

Le haut niveau d'engagement politique contre le SIDA dans la région des Caraïbes a encore été intensifié par la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) sur le VIH/SIDA en juin 2001.

A travers le PANCAP, la CARICOM a réussi à se positionner comme un agent de changement efficace dans la région et la Guadeloupe en est membre depuis 2009.

Le partenariat pancaribéen de lutte contre le SIDA ou PANCAP est un exemple unique au monde. C'est d'abord une action collective avec un objectif commun : le renforcement de la riposte régionale au SIDA dans la Caraïbe. Cette action est le résultat des efforts et de l'engagement de nombreux organismes partenaires et de personnes qui ont travaillé sans relâche pour rendre possible «un modèle de coopération fonctionnelle épargnant aux petits pays de la région le chevauchement des efforts tout en permettant une utilisation rationnelle des ressources et des moyens existants forcément limités » (Denzil Douglas, Premier Ministre St. Kitts et Névis http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1089-pancap_fr.pdf)

Le PANCAP est composé de 65 membres représentant les gouvernements de la Caraïbe, des institutions et des organisations régionales, des agences binationales et multinationales et des partenaires financiers.

Parmi les membres, on note la présence d'associations de PVVIH (Personnes Vivant avec le VIH), de groupes vulnérables, de médias, du monde du tourisme, du travail, de l'éducation, des femmes et de jeunes bénévoles. Cette composition multisectorielle permet des partages de savoir-faire uniques dans leur genre et efficaces dans les résultats que nous obtenons depuis 2001, date de la création du PANCAP.

Le PANCAP a développé un Plan stratégique commun pour apporter une réponse régionale à l'épidémie.

Et la plupart des pays suivent l'évolution de la maladie dans la région grâce aux indicateurs de l'UNGASS, communs à tous : http://www.who.int/hiv/data/ua10_indicator_guide_fr.pdf

2/ LES DEPARTEMENTS FRANÇAIS D'AMERIQUE (DFA) ET LA CARAÏBE : UNE PROBLEMATIQUE COMMUNE ET DES REPONSES SPECIFIQUES

Les DFA ont des caractéristiques communes à celles d'un grand nombre de pays de la région : migration importante, forte proportion de femmes parmi les PVVIH, homophobie, stigmatisation et discrimination envers les PVVIH .

Ils possèdent des moyens diagnostiques et thérapeutiques identiques à la métropole mais les actions de prévention ne reposent pas sur de bonnes connaissances des populations à risque. En particulier, en dehors d'enquêtes sur les travailleurs du sexe en Guyane et une étude qualitative limitée en Guadeloupe, aucune étude n'a été réalisée sur les Hommes ayant des relations Sexuelles avec les Hommes (HSH), les migrants ou les usagers de drogue. De même, aucune enquête n'avait été réalisée sur les Travailleurs Du Sexe (TDS) en Martinique et en Guadeloupe alors que ces groupes vulnérables en ont fait l'objet dans plusieurs pays de la Caraïbe grâce au PANCAP et grâce au savoir-faire d'associations comme CVC (Coalition de plusieurs groupes vulnérables) en Jamaïque ou COIN en République Dominicaine qui travaillent avec ces populations depuis près de 20 ans et qui ont été directement associées à la stratégie du PANCAP dans les réponses apportées à la lutte contre le VH dans la région.

Autre problème des DFA ? Les départements français n'utilisent pas les indicateurs de l'UNGASS et ne sont pas répertoriés dans les rapports épidémiologiques de la région. Ils ne peuvent donc pas comparer l'évolution de leur épidémie à celle des pays alentours de la Caraïbe.

3/ LA « MISE EN PLACE D'UN OBSERVATOIRE INTER-CARIBÉEN DU VIH DANS LES DFA » EST ACTUELLEMENT LE PROJET LE PLUS AMBI- TIEUX EN FRANCE CONCERNANT LE VIH

Ce projet à destination des 3 DFA et de St Martin est ambitieux par son envergure financière en France (près de 5 millions d'€). Il est cofinancé par l'Union Européenne à travers le programme INTER-REG IV CARAIBES et porté par le Centre Hospitalier Universitaire de Pointe-à-Pitre. Il a déjà permis aux DFA et à Saint Martin, d'avoir une réflexion adaptée et coordonnée pour mieux répondre à la nécessité de connaître les spécificités de l'épidémie dans nos départements, les difficultés liées à la migration, ou pour améliorer la prévention ou la prise en charge de patients de part et d'autre de nos frontières. Ce projet permet aux DFA d'apporter leur expertise pour la prise en charge des traitements ou l'accompagnement des PVVIH par des formations de qualité. Il permettra aussi d'apporter leur expertise pour la surveillance des résistances du VIH aux antirétroviraux dans un grand nombre de pays pour les patients naïfs ou sous traitements et de surveiller ainsi les résistances du VIH aux traitements dans la région.

Ce projet a nécessité plusieurs années de préparation avant de devenir une réalité pour les DFA. Sa durée de deux ans : 2010 à 2012 fait actuellement l'objet d'une demande de prolongation d'une année, tant les enjeux sont importants pour notre région. Il intervient sur des axes de recherche, de prévention, de formation, de soin, d'accompagnement et de mutualisation de moyens et de mise en réseau de ressources communes.

C'est un projet fédérateur qui associe pour la première fois les acteurs de la prévention et de la prise en charge médicale de la maladie autour d'objectifs communs et partagés.

4/ UN PROJET FEDERATEUR CONSTITUE DE TROIS CATEGORIES DE PROJETS

Le projet Interreg IV Caraïbes- VIH est composé de 17 projets répartis en 3 catégories : des projets « *structurants* » pour les hôpitaux qui permettent d'accroître considérablement le service rendu aux populations, des projets « *de transferts, de mutualisation de pratiques ou de mise en réseau* » confiés aux associations de lutte contre le VIH dans les DFA ou aux équipes de soin et des projets « *d'enquêtes* » sur les pratiques sexuelles, les habitudes de vie et les comportements à risque qui permettent de mieux cibler les besoins par groupe vulnérable et donc d'amener des réponses dorénavant adaptées dans le secteur de la prévention.

5/ LES PROJETS STRUCTURANTS

5.1./ L'Assistance Médicale à la Procréation en risque viral porté par le CHU de Pointe-à-Pitre



L'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) est désormais disponible au CHU de Pointe-à-Pitre pour les couples sérodiscordants dont l'un est séropositif.

L'Assistance Médicale à la Procréation en risque viral est désormais opérationnelle au CHU de Pointe-à-Pitre. Elle permet, aux couples dont un des deux est séropositif d'avoir un enfant sans risque de contamination. Ces couples ne sont plus obligés d'aller en métropole. Ceci réduit les inégalités liées à l'éloignement ainsi que le coût global de l'intervention.

5.2./ La surveillance des résistances du VIH aux traitements antirétroviraux, porté par le CHU de Fort-de-France

Grâce au projet Interreg-VIH, le laboratoire de virologie du CHU de Fort-de-France s'est doté d'un séquenceur capillaire qui permet d'étudier ces résistances à partir d'un échantillon de sang déposé sur un buvard, ce qui simplifie le transport et permet l'analyse de prélèvements provenant de pays variés. Une première étude est en cours. Deux autres analysant les échantillons d'un grand nombre de pays seront réalisés en 2013 pour des patients naïfs de traitement et en 2014 pour des patients en échec de traitement. Le CHU de Fort-de-France est agréé laboratoire de référence par l'OMS pour l'étude des résistances dans la Caraïbe.



Georges DOS SANTOS, Docteur ès sciences au Laboratoire de Virologie-Immunologie, Centre Hospitalier Universitaire de Fort-de-France avec le séquenceur capillaire acquis grâce aux fonds européens dans le cadre du Projet INTERREG-VIH. Cette machine permettra de suivre les résistances du VIH aux traitements antirétroviraux dans la Caraïbe.

5.3./ Un laboratoire de virologie clinique à Saint Martin porté par le CH Louis Constant Fleming

Ce projet repose sur une collaboration Public/Privé entre le CH de Saint Martin et le laboratoire LEPERS. Il associe 4 petits pays de la région de Saint Martin : Sint Maarten, Anguilla, Saba et Montserrat. Il a pour but d'organiser la mise en réseau des prescripteurs d'antirétroviraux et de surveiller les résistances du VIH aux traitements dans la sous région. Il devrait permettre la surveillance d'autres maladies virales. Le laboratoire a commencé les premiers tests de génotypage et monte actuellement en puissance.

6/ LES PROJETS DE TRANSFERTS DE CONNAISSANCE OU DE MISES EN RESEAU

6.1./ Transferts de compétence vers Haïti, la Dominique et Sainte Lucie

Grâce au CHU de Pointe-à-Pitre, du personnel soignant et communautaire d'Haïti a pu mettre à jour ses connaissances et son savoir-faire par des méthodes de type « benchmarking » avec la Guadeloupe. Il s'agissait pour plusieurs groupes de venir en Guadeloupe voir, regarder et s'imprégner de nos techniques de prise en charge et de notre approche de la maladie afin de pouvoir s'en inspirer dans les plans nationaux de lutte contre le VIH d'Haïti. Des outils de prévention ont pu être conjointement élaborés entre les acteurs guadeloupéens et haïtiens de la lutte contre le SIDA.

De même des transferts ciblés ont pu être mis en place par le CHU de Fort-de-France vers la Dominique et Sainte Lucie dans le secteur soignant pour la Dominique et pour l'accompagnement des PVVIH de Sainte Lucie.

6.2./ Des transferts de compétences vers la Guadeloupe porté par l'association ENTRAIDE GWADLOUP

De jeunes guadeloupéens d'origine haïtienne ont pu aller se former en Haïti aux techniques de théâtre de rue dans le but d'adapter cette approche en Guadeloupe. Dans ce domaine, Haïti a tout à nous apprendre. Les USA font régulièrement appel au savoir-faire de l'ONG FOSREF en Haïti tant leur maîtrise de cette approche est efficace. Alors pourquoi pas la Guadeloupe ? Désormais, la Guadeloupe a sa propre troupe de théâtre de rue : Agramman/ Sans Frontières.

6.3./ Un Centre d'Accueil et d'Orientation sur le risque sexuel à Grand Baie porté par par l'association « Vaincre le SIDA Ensemble (VSE) »

Ce type de centre d'accueil manque cruellement en Guadeloupe. Cinq associations partenaires ont décidé de mutualiser leur savoir-faire en s'associant au projet d'accueil et d'orientation. Elle bénéficieront de l'expérience d'équipes de centres organisés et expérimentés de République Dominicaine.

6.4./ Une mise en réseau, de partenaires de prévention ou de prise en charge de patients du Brésil et de la Guyane de part et d'autre de l'Oyapock porté par le CHAR de Guyane

Ce projet est soutenu par l'ARS de Guyane et les responsables associatifs et politiques du Brésil.

7/ DES ENQUÊTES SUR LES GROUPES VULNÉRABLES EN GUADELOUPE, MARTINIQUE, GUYANE ET SAINT-MARTIN

L'enjeu des enquêtes est d'identifier les besoins spécifiques des groupes vulnérables en matière de prévention. Pendant des années, les plans de prévention étaient construits sur le résultat d'enquêtes menées en population générale. Pour la première fois dans les DFA et à St Martin, les mêmes enquêtes sont menées en direction de groupes vulnérables : Travailleuses et Travailleurs du Sexe (TDS), Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes, (HSH), Usagers de la Drogue et Migrants. Les projets d'enquêtes comportent une originalité dans la méthodologie mise en place : elles associent des enquêtes quantitatives pilotées par le CIC-EC Antilles-Guyane et des études qualitatives pilotées par COIN, ONG dominicaine et partenaire de PANCAP. Le croisement des résultats permettra de définir des plans de prévention adaptés pour chaque groupe vulnérable ciblé pour les 5 années à venir. Actuellement, les résultats des études sont en cours d'écriture et les enquêtes en

cours d'analyse. Les résultats définitifs seront livrés en Mai 2013 et permettront à l'ensemble des acteurs de la lutte contre le VIH de définir ces plans de prévention nouvelle génération.

8/ L'OBSERVATOIRE INTERCARIBÉEN DU VIH

Tous les résultats du projet constitueront la base de données de l'Observatoire inter-caribéen du VIH et seront accessibles selon leur niveau aux scientifiques, aux hospitaliers ou aux associations.

Retrouvez le projet sur son site internet :

www.chupap-interregvih.org

Projet cofinancé par les Fonds Européens
(Fonds Européens de Développement Régional FEDER).



| Évolution de l'infection à VIH et du sida dans les Départements français d'Amérique entre 2008 et 2010, à partir des données des maladies à déclaration obligatoire |

Luisiane Carvalho, Cire Antilles Guyane

En France, les régions des Antilles et de la Guyane sont les plus touchées par l'infection à VIH et le Sida, en particulier la Guyane qui détient les incidences les plus élevées. Cette problématique est une priorité pour les Agences régionales de santé des Antilles et de la Guyane, qui ont inscrit la lutte contre le VIH/Sida dans leurs Plans régionaux de santé.

La journée mondiale de lutte contre de le VIH/Sida est l'occasion pour la Cellule de l'InVS en régions Antilles-Guyane de présenter un bilan de l'analyse des données issues du dispositif de déclaration obligatoire pour la période 2008 à 2010, dans la continuité des bilans déjà publiés en 2007 et 2008 [1, 2].

La notification des cas de sida, en place depuis 1986, a été complétée en 2003 par la notification obligatoire anonymisée de l'infection par le VIH. Ces notifications, déjà modifiées en juillet 2007 [3], ont de nouveau subi de légères modifications en 2011 (ajout/modifications de modalités ou de variables) toujours dans le but d'améliorer l'exhaustivité et la qualité des données recueillies. Les fiches de notification pour ces deux pathologies sont disponibles sur demande auprès des ARS.

1/ NOTIFICATION DU VIH DE 2008 A 2010

Critères de notification pour l'adulte : Toute sérologie VIH positive confirmée (selon la réglementation en vigueur) chez un sujet de 15 ans et plus, pour la première fois dans un laboratoire (hors dépistage anonyme) même si le second prélèvement nécessaire à la validation de la séropositivité n'a pas pu être obtenu.

Critère de notification pour l'enfant : Tout diagnostic d'infection VIH chez un enfant de moins de 15 ans, par examens virologiques chez l'enfant de moins de 18 mois ou par sérologie chez l'enfant de 18 mois et plus.

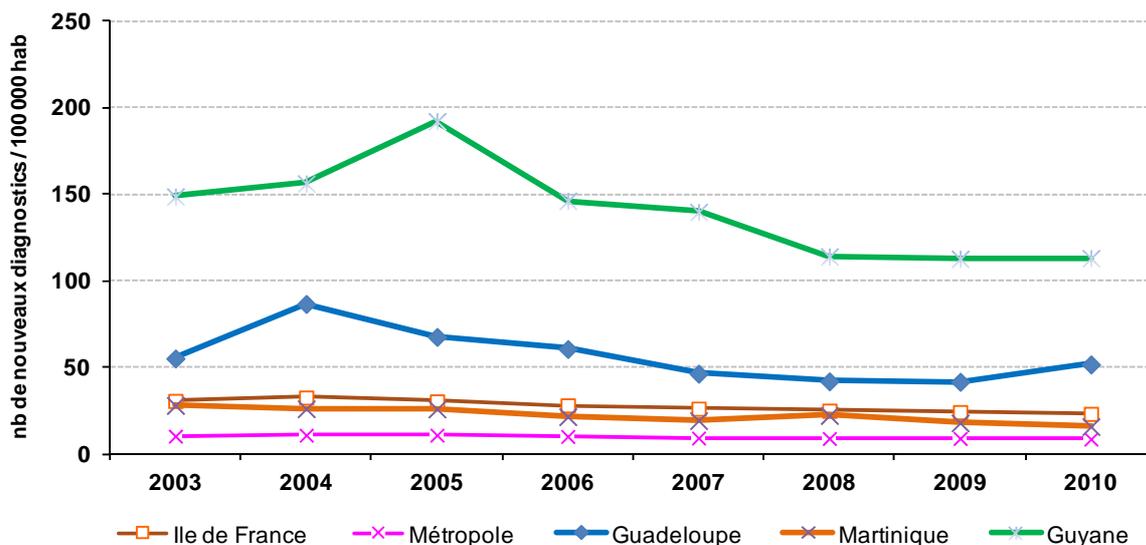
Le nombre de nouveaux diagnostics de VIH en métropole a peu évolué entre 2003 et 2010 variant entre 5,5 et 6,7 pour 100 000 habitants (Figure 1). La Guyane est la région française où ce nombre est le plus élevé, se stabilisant aux environs de 113 nouveaux diagnostics pour 100 000 habitants par an entre 2008 et 2010. En Guadeloupe, le nombre de découvertes de séropositivité a constamment diminué entre 2007 et 2009 avant d'augmenter légèrement en 2010 pour atteindre 52 nouveaux diagnostics pour 100 000 habitants. La Martinique détient le chiffre le plus faible des trois DFA et comparable à celui de l'Ile-de-France, compris entre 16 et 28 nouveaux diagnostics pour 100 000 habitants. entre 2003 et 2010 (Figure 1). Les estimations faites pour les années 2009 et 2010 seront à confirmer pour l'ensemble des trois régions une fois les données consolidées.

Entre 2008 et 2010 [4], la classe d'âge des 30-39 ans (33 %) était la plus représentée pour les cas d'infection par le VIH déclarés en France entière. Les hommes étaient près de deux fois plus touchés que les femmes : le sex-ratio H/F était de 2. Une majorité des cas étaient nés en France (52 %) et les personnes nées en Afrique subsaharienne (33 %) constituaient le 2^{ème} groupe le plus représenté. Les modes de contamination les plus fréquents étaient les rapports hétérosexuels (58 %) et les rapports homo/bisexuels (39 %).

* Données provisoires, non consolidées pour 2009 et 2010

| Figure 1 |

Évolution annuelle du nombre de nouveaux diagnostics d'infection au VIH en France métropolitaine et dans les DFA entre 2003 et 2010* pour 100 000 habitants (données corrigées pour les délais de déclaration et de sous déclaration).



1.1./ Situation dans les DFA

1.1.1./ Guadeloupe

Entre 2008 et 2010, le nombre de découvertes de séropositivité au VIH en Guadeloupe est estimé à 548 : 170 (IC : [149-190]) en 2008, 169 (IC : [140-199]) en 2009 et 209 (IC : [149-268]) en 2010. Cette estimation tient compte de la sous-déclaration et des délais de déclaration.

Le nombre de cas notifiés à l'InVS à la date du 30/06/2011 [4] était de 288, l'analyse qui suit porte uniquement sur ces cas notifiés.

Description des cas

Les classes d'âge les plus représentées étaient les [40-49] ans en 2008 et 2010 (respectivement 31 % et 27 %) et les [30-39] ans en 2009 (30 %).

Le sex-ratio H/F était de 1,5 en 2008 et 2009 et de 1,3 en 2010.

Selon l'année, les personnes nées en France (39 % à 52 % des découvertes) ou celles nées à Haïti (36 % à 44 % des découvertes) étaient majoritaires. Cet item était mieux renseigné que lors de notre dernier bilan [2] : entre 20 et 21 % des fiches étaient mal renseignées sur cette nouvelle période d'étude contre 36 et 38 % en 2006 et 2007.

Caractéristiques de la contamination

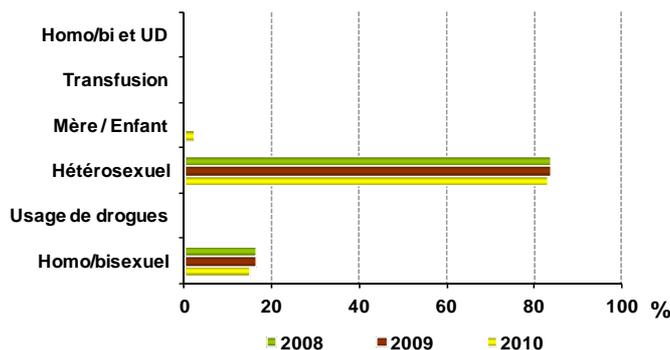
Les rapports hétérosexuels étaient le principal mode de contamination sur la période étudiée, il concernait entre 84% et 86% des cas selon l'année (Figure 2).

La part des dépistages tardifs (au stade sida ou avec des CD4 inférieurs à 200/mm³) avait augmenté en 2009 et était restée relativement stable en 2010 (respectivement 48 et 50 % contre 34 % en 2008). A noter que cette variable était moins bien renseignée en 2010 avec 27 % de fiches non renseignées versus 19 et 20 % les deux années précédentes.

1.1.2./ Martinique

| Figure 2 |

Modes de contamination au VIH en Guadeloupe entre 2008 et 2010*



Entre 2008 et 2010, le nombre de découvertes de séropositivité au VIH en Martinique est estimé à 227 et a progressivement diminué au cours de ces trois années, passant de 90 (IC : [99-102]) en 2008, à 73 (IC : [62-84]) en 2009 et à 64 (IC : [35-94]) en 2010. Cette estimation tient compte de la sous-déclaration et des délais de déclaration.

Le nombre de cas était de 189 notifiés à l'InVS à la date du 30/06/2011 [4], l'analyse qui suit porte uniquement sur ces cas notifiés.

Description des cas

En 2008 et 2009, une majorité de découvertes concernait des personnes âgées de 40 à 49 ans (respectivement 31 % et 33 %). En 2010, la classe d'âge des [30-39] ans était la plus représentée (22 %). A noter cette même année une nette augmentation des 10 à 19 ans qui représentaient 17% des cas contre respectivement 7 % et 2 % en 2008 et 2009.

La part des hommes a augmenté en 2010 : le sex-ratio H/F était égal à 1,3 en 2008, 1,4 en 2009 et 2 en 2010.

Une large majorité des cas déclarés était née en France : 82 % en 2008, 79 % en 2009 et 81 % en 2010. Les personnes nées à Haïti constituaient le deuxième groupe le plus représenté (entre 11 et 13 % selon l'année).

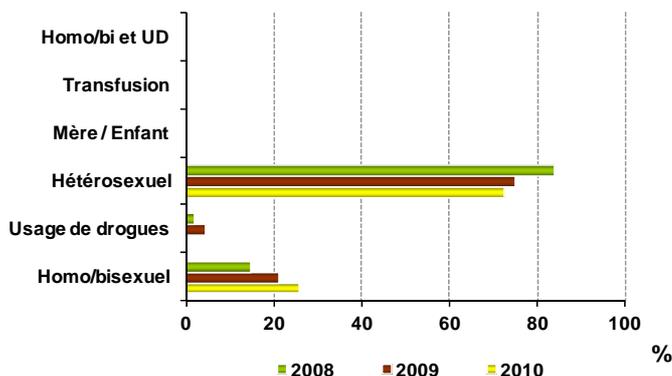
Caractéristiques de la contamination

Sur la période d'étude, les rapports hétérosexuels constituaient le mode de contamination le plus répandu, toutefois on observait une diminution progressive en faveur des contaminations via des rapports homo/bisexuels (Figure 3). A noter également une augmentation progressive de la part des fiches non renseignées pour cette variable passant de 14 % en 2008 à 17 % en 2009 et à 20 % en 2010).

La part des dépistages tardifs (au stade sida ou avec des CD4 inférieurs à 200/mm³) tendait à diminuer sur la période décrite, passant de 26 à 20 % puis à 14 %. La part des fiches non renseignées restait stable (15 % en moyenne sur les trois ans).

| Figure 3 |

Modes de contamination au VIH en Martinique entre 2008 et 2010*



1.1.3./ Guyane

Entre 2008 et 2010, le nombre de découvertes de séropositivité au VIH en Guyane est estimé à 764 : 253 (IC : [231-275]) en 2008, 250 (IC : [228-272]) en 2009 et 261 (IC : [187-336]) en 2010. Cette estimation tient compte de la sous-déclaration et des délais de déclaration.

Le nombre de cas notifiés à l'InVS à la date du 30/06/2011 [4] était de 670, l'analyse qui suit porte uniquement sur ces cas notifiés.

Description des cas

La classe d'âge des [30-39] ans était majoritaire et représentait entre 30 et 35 % des cas selon les années.

Les femmes étaient approximativement aussi nombreuses que les hommes (le sex-ratio H/F variait entre 0,9 et 1 sur la période d'étude).

Une majorité des cas était née sur le continent Américain (à l'exclusion de la Guyane) : 51 à 53 % selon l'année. Les autres groupes les plus représentés étaient les personnes nées en France (23 à 31 %) et celles nées à Haïti (17 à 21 % des cas selon l'année). Cette information était manquante pour un nombre important de personnes : en moyenne pour 47 % des cas sur les trois années.

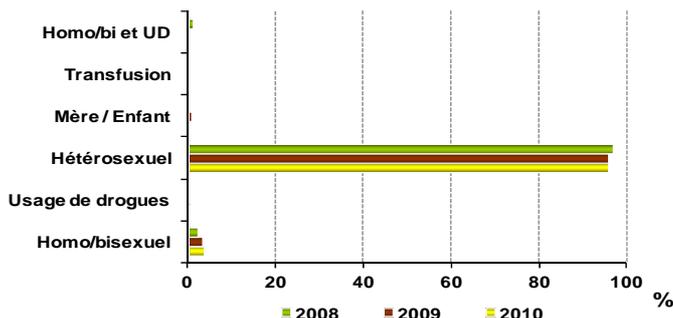
Caractéristiques de la contamination

Les rapports hétérosexuels représentaient le mode de contamination de loin le plus fréquent et concernait 95 à 97 % des cas (Figure 4). Toutefois, le mode de contamination n'avait pas été renseigné pour plus de la moitié des cas en moyenne sur la période d'étude.

La part des dépistages tardifs (au stade sida ou avec des CD4 inférieurs à 200/mm³) avait augmenté entre 2008 (16 %) et 2009 (32 %) et était restée stable en 2010 (34 %). Malgré une légère amélioration dans le renseignement de cette variable, la part des fiches non renseignées restait élevée, elle était passée de 60 % en 2008 à 43 % en 2010.

| Figure 4 |

Modes de contamination au VIH en Guyane entre 2008 et 2010*



2/ NOTIFICATION DU SIDA DE 2008 A 2010

Critères de notification pour l'adulte : Toute pathologie inaugurale de sida correspondant à la définition du sida chez l'adulte et l'adolescent de 15 ans et plus, révisée en 1993 et publiée dans les BEH n° 51/1987 et n°11/1993 [5].

Critères de notification pour l'enfant : Tout diagnostic de sida chez un enfant de moins de 15 ans, selon la définition du sida chez l'enfant, révisée en 1995 et publiée dans le BEH n°11/1995 [5].

Une légère tendance à la diminution est observée pour l'incidence annuelle du sida en métropole entre 2003 et 2010 : elle est passée de 3,2 à 1,9 pour 100 000 habitants en huit ans. Les incidences dans les DFA restent supérieures à celle de la métropole. Il convient de noter cependant que les données ne sont pas consolidées pour 2009 et 2010.

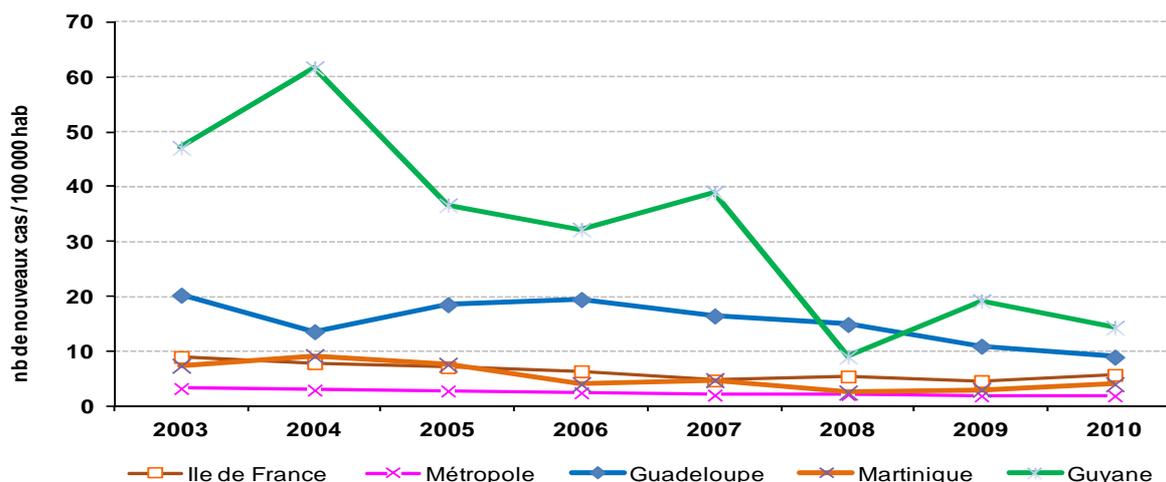
La Guadeloupe voit son incidence annuelle constamment diminuer depuis 2006, passant de 19 à 9 cas pour 100 000 habitants. La Guyane détient l'incidence la plus élevée devant la Guadeloupe et l'Île de France. Malgré une nette diminution en 2008, son incidence fluctuait, variant entre 9 et 19 pour 100 000 habitants entre 2008 et 2010 (Figure 5).

En France [4], entre 2008 et 2010*, le sex-ratio H/F était de 2,3 et les classes d'âge les plus représentées étaient les 40 à 49 ans (31 %) et les [30-39] ans (29 %). Les personnes nées en France (54 %) et celles nées en Afrique subsaharienne (29 %) étaient majoritaires. Les modes de contamination les plus fréquents étaient les rapports hétérosexuels (61 %) et homo/bisexuels (29 %). Le mode de contamination n'avait pas été renseigné pour 12% des cas. Moins de la moitié des cas (46 %) avaient connaissance de leur séropositivité avant le sida, ce chiffre tend à diminuer sur la période étudiée (52 % en 2008, 48 % en 2009 et 39 % en 2010). Près de 8 % des cas étaient décédés. La pneumocystose correspondait à la pathologie inaugurale la plus fréquemment développée (29 %).

* Données provisoires, non consolidées pour 2009 et 2010

| Figure 5 |

Évolution de l'incidence annuelle des cas de sida dans les DFA et en France métropolitaine entre 2003 et 2010 (données corrigées pour les délais de déclaration et de sous déclaration).



2.1./ Situation dans les DFA

2.1.1./ Guadeloupe

Entre 2008 et 2010, 140 nouveaux cas de sida étaient estimés pour la Guadeloupe : 60 en 2008, 44 en 2009* et 36 en 2010*. Cette estimation tient compte de la sous-déclaration et des délais de déclaration.

Le nombre de cas notifiés à l'InVS à la date du 30/06/2011 [4] était de 112, l'analyse qui suit porte uniquement sur ces cas notifiés.

Description des cas

La classe de [40-49] ans était majoritaire et représentait 32 à 46% des cas selon l'année. Les hommes étaient un peu plus nombreux que les femmes : le sex-ratio H/F était de 1,2 en 2008, 1,8 en 2009 et 1,2 en 2010.

Les personnes nées en France (36 à 51 % des cas selon l'année) et celles nées à Haïti (31 à 52 % des cas selon l'année) étaient les plus nombreuses.

Caractéristiques de la contamination

Les rapports hétérosexuels correspondaient au mode de contamination le plus fréquent : 97 % des cas en 2008, 86 % en 2009 et 85 % en 2010.

Ils étaient 45 % à connaître leur séropositivité avant le diagnostic sida en 2008, 42 % en 2009 et 60 % en 2010. Cette tendance restera à confirmer après consolidation des données de 2009 et 2010.

La candidose œsophagienne correspondait à la maladie inaugurale la plus fréquemment développée par les cas de sida sur la période étudiée (57 % en 2008, 36 % en 2009 et 34 % en 2010).

2.1.2./ Martinique

Entre 2008 et 2010, 38 nouveaux cas de sida étaient estimés pour la Martinique : 10 en 2008, 12 en 2009* et 16 en 2010*. Cette estimation tient compte de la sous-déclaration et des délais de déclaration.

Le nombre de cas notifiés à l'InVS à la date du 30/06/2011 [4] était de 30, l'analyse qui suit porte uniquement sur ces cas notifiés et est à interpréter avec précaution compte-tenu des faibles effectifs.

Description des cas

Environ un cas sur deux était âgé de 40 à 49 ans ; ils étaient 56 % en 2008, 50 % en 2009 et 45% en 2010. Les hommes étaient plus nombreux que les femmes : le sex-ratio H/F était respectivement égal à 2, 4 et 1,8 entre 2008 et 2010.

Les personnes nées en France (44 à 80 % des cas selon l'année) et celles nées à Haïti (44 à 55 % des cas selon l'année) étaient majoritaires selon l'année.

Caractéristiques de la contamination

Le principal mode de contamination demeurait les rapports hétérosexuels.

La proportion de cas ayant connaissance de leur séropositivité au moment du diagnostic sida a progressivement augmenté, passant de 44 % (4 cas sur 9) en 2008 à 50 % (5 cas sur 10) en 2009 et 76 % (8 cas sur 11) en 2010. Parmi les cas ayant déjà connaissance de leur positivité au moment du diagnostic sida, 1 sur 4 suivait déjà un traitement antirétroviral en 2008, en 2009 aucun ne suivait de traitement et en 2010 ils étaient 63 % à être déjà sous traitement.

En 2008, la toxoplasmose cérébrale était la maladie inaugurale la plus fréquente (44 % des cas). Les deux années suivantes, la proportion de cas ayant développé une toxoplasmose cérébrale était identique à celle des cas présentant une candidose œsophagienne (40 % en 2009 et 36 % en 2010).

Parmi les cas déclarés, 1 était décédé en 2008, 3 en 2009 et 1 en 2010.

2.1.3./ Guyane

Entre 2008 et 2010, 96 nouveaux cas de sida étaient estimés pour la Guyane : 20 en 2008, 43 en 2009* et 33 en 2010*. Cette estimation tient compte de la sous-déclaration et des délais de déclaration.

A la date du 30/06/2011, 68 cas étaient notifiés à l'InVS [4]. Ces chiffres reflètent une sous-déclaration importante de la part des médecins en Guyane difficile à évaluer avec précision. Une tendance inquiétante confirmée par l'ARS de Guyane pour l'année 2011, indiquant qu'un effort doit être fait pour un meilleur suivi de la situation permettant ainsi une meilleure adaptation des politiques de prévention. L'analyse descriptive qui suit porte uniquement sur les 68 cas notifiés.

* Données provisoires, non consolidées pour 2009 et 2010

Description des cas

Les classes d'âge des [30-39] ans et [50-59] ans étaient les plus représentées en 2008, celle des [40-49] ans en 2009 et celle des [30-39] ans en 2010. Les hommes étaient plus concernés que les femmes, ils étaient deux fois plus nombreux en 2009 et presque trois fois plus nombreux en 2010 : le sex-ratio était de 1,3 en 2008, 2 en 2009 et 2,9 en 2010.

Les personnes nées sur le continent américain (38 à 68 % des cas) et celles nées en France (24 à 36 % des cas) étaient majoritaires selon l'année.

Caractéristiques de la contamination

Les rapports hétérosexuels étaient le mode de contamination le plus fréquent sur ces trois années : il concernait 100 % des cas en 2008 et 2010 et 76 % en 2009.

La part des personnes ayant connaissance de leur séropositivité au moment du diagnostic sida a progressivement diminué, en particulier en 2010, passant de 57 %, à 46 % puis à 15 %.

En 2008, la toxoplasmose cérébrale et la tuberculose étaient les deux maladies inaugurales les plus représentées avec 21 % des cas chacune cette année. En 2009, une majorité des cas avaient développé une tuberculose et une toxoplasmose cérébrale en 2010.

Références

1. L. Carvalho. (2007). Situation épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire dans les Départements Français d'Amérique au 31 décembre 2005. *Bulletin d'alerte et de surveillance des Antilles-Guyane*, n°5, numéro thématique.
2. L. Carvalho. (2010). Les maladies à déclaration obligatoire dans les DFA (2006-2008). *Bulletin de Veille Sanitaire des Antilles-Guyane*, n°8, numéro thématique.
3. Modification des fiches de notification obligatoire du VIH et du sida, juillet 2007. Document InVS, disponible sur : http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/PDF/modif_fiches_vih_sida.pdf
4. <http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm>. Données au 30 juin 2011, disponibles sur le site de l'InVS à la date du 16 novembre 2012
5. Bulletins épidémiologiques hebdomadaires accessibles sur : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

Remerciements

A Françoise Cazein pour sa relecture et pour ses conseils avisés, aux biologistes et médecins déclarants pour leur participation essentielle à cette surveillance, à Danièle Le Bourhis de la CVAGS de Guyane et aux agents des CVAGS des trois DFA qui participent à l'animation au quotidien de ce réseau, ainsi qu'à l'ensemble des professionnels impliqués dans cette surveillance.

L'Observatoire de la Santé de Martinique éditée à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida un numéro de la Santé observée en Martinique consacré à l'infection par le VIH/SIDA : <http://www.ors-martinique.org/osm/index.php?idp=17>

| Caractéristiques démographiques, immunovirologiques et thérapeutiques des adultes infectés par le VIH suivis au CHU de Fort-de-France en 2012 |

Bureau du Corevih de la Martinique (corevih-martinique@chu-fortdefrance.fr), CHU de Fort-de-France

Composition du bureau : Sylvie Abel, André Cabié, Bernard Liautaud, Ymelda Marie-Louise, Sylvie Merle, Marlne Ouka, Catherine Pendant, Sandrine Pierre-François, Thierry Symphor

1/ INTRODUCTION

La prise en charge des personnes infectées par le VIH fait l'objet de recommandations nationales et internationales actualisées tous les un à deux ans [1–3]. Les plus récentes soulignent l'intérêt individuel et collectif de proposer précocement un traitement dès que le taux de CD4 est inférieur à 500/mm³, et même au dessus de ce taux dans certaines circonstances [1]. Ces recommandations sont formulées par des experts après l'analyse des résultats des essais thérapeutiques et des études de cohortes.

Pour évaluer la mise en œuvre de ces recommandations et leur impact sur la prise en charge des patients, il est nécessaire de pouvoir disposer, dans les plus brefs délais, de données standardisées et fiables issues directement des centres de prise en charge des patients.

Nadis® est un dossier médical informatisé structuré dédié à la prise en charge des personnes infectées par le VIH et/ou les virus des hépatites B et C. Il offre au clinicien et au patient un suivi de qualité et permet aussi une analyse en temps réel des caractéristiques cliniques et thérapeutiques des personnes suivies. Des cliniciens utilisateurs de Nadis® dans différents centres de France hexagonale et d'outre-mer ont décidé de se regrouper en conseil scientifique pour compiler et analyser les données issues de leur centre et créer la base de données Dat'Aids. Ce dispositif qui comprend une procédure d'assurance qualité permet d'analyser en temps réel les caractéristiques de la prise en charge des personnes infectées par le VIH [4]. Le CHU de Fort-de-France a rejoint ce groupe en 2007.

L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques démographiques, immunovirologiques et thérapeutiques des personnes infectées par le VIH suivies en 2012 au CHU de Fort-de-France.

2/ METHODES

Nous avons réalisé une étude transversale sur les données de patients infectés par le VIH suivis au CHU de Fort-de-France entre le 01/11/2011 et le 31/10/2012. L'analyse a été effectuée sur les données disponibles au 31/10/2012.

L'étude a porté sur les données des patients de la base de données Dat'Aids, suivis en Martinique, âgés de 18 ans ou plus, et ayant eu au moins un recours (consultation, hospitalisation de jour ou complète) entre le 01/11/2011 et le 31/10/2012. La base de données Dat'Aids est constituée de personnes infectées par le VIH suivies à l'aide du dossier médical informatisé Nadis®. Elles ont été informées de l'utilisation anonyme de leurs données pour la réalisation d'études épidémiologiques et elles ont signé un consentement éclairé. L'extraction anonyme des données a été effectuée avant l'analyse.

Les variables recueillies étaient le sexe, l'âge au dernier recours au soin, le statut marital, le statut professionnel, le pays de naissance, le mode probable de transmission du VIH, la date de diagnostic et la durée de l'infection par le VIH (délai entre le diagnostic et le dernier recours), la date de diagnostic de sida, le délai entre le diagnostic et le début du premier traitement antirétroviral, les taux de lymphocytes CD4 et d'ARN VIH1 plasmatique au diagnostic (première valeur disponible dans les 90 jours suivant le diagnostic), avant le début du

premier traitement antirétroviral, et au dernier recours (dernière valeur disponible dans les 9 mois précédant le dernier recours), le taux le plus bas (nadir) de lymphocytes CD4, la dernière valeur disponible des anticorps dirigés contre le *Human T-Lymphocyte Virus Type 1* (HTLV1) et le virus de l'hépatite C (Ac VHC), et de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (AgHBs), et l'histoire thérapeutique.

Le succès virologique du traitement antirétroviral était défini par un ARN VIH1 plasmatique inférieur ou égal à 50 copies/ml en présence d'un traitement mis en place ou modifié depuis plus de 6 mois.

L'analyse descriptive des données a été effectuée à l'aide du logiciel Stata 12 (StataCorp, College Station, USA).

3/ RESULTATS

3.1./ Description des patients de la cohorte

3.1.1./ Caractéristiques démographiques

Au 31/10/2012, la base de données Dat'Aids Martinique était constituée de 919 patients, 567 hommes et 352 femmes (ratio hommes/femmes = 1,6). L'âge médian était de 49 ans, extrêmes : 18-87 ans (tableau 1). La majorité des patients étaient nés en France (86 %), et les personnes nées à l'étranger étaient le plus souvent nées en Haïti : 79 des 128 patients nés hors de France (62 %). Plus de la moitié des patients (57 %) étaient célibataires et moins de 40% des patients (36 %) avaient une activité professionnelle régulière (Tableau 1).

3.1.2./ Histoire de l'infection par le VIH

Le mode probable de transmission du VIH était sexuel dans 94 % des cas (rapports hétérosexuels, 70 %, et rapports sexuels entre hommes, 24 %), lié à l'usage de drogues par voie intraveineuse dans 3 % des cas et associé à d'autres circonstances dans les 3 % restants. La durée médiane de l'infection par le VIH était de 10 ans (extrêmes : 0-28 ans), le nadir moyen de lymphocytes CD4 était de 220/mm³ (extrêmes : 0-1698/mm³), et la prévalence du sida était de 29 % (Tableau 1).

3.1.3./ Co-infections par les virus des hépatites

La prévalence des Ac VHC était de 5 % et celle de l'AgHBs de 3 % (Tableau 1).

3.2./ Prise en charge thérapeutique des patients

3.2.1./ Statut thérapeutique

Au 31/10/2012, 837 (91 %) patients étaient en cours de traitement, 24 (3 %) en arrêt de traitement et 58 (6 %) n'avaient jamais reçu de traitement antirétroviral. La durée médiane de traitement était de 8 ans (étendue interquartile 3-14 ans).

3.2.2./ Statut immuno-virologique

Pour l'ensemble des patients, traités ou non, le taux médian de lymphocytes CD4 était de 562/mm³ (Tableau 2). Ce taux médian était

| Tableau 1 |

Caractéristiques démographiques et histoire de l'infection à VIH selon le sexe

	Homme	Femme	Total
Cohorte			
Effectif (%)	567 (62)	352 (38)	919 (100)
Age médian			
Année	50	47	49
Étendue interquartile	43-57	40-54	42-56
Pays de naissance			
France (%)	91	78	86
Haïti (%)	6	13	9
Autres (%)	3	9	5
Statut marital			
Couple (%)	26	24	25
Célibataire (%)	61	50	57
Divorcé ou veuf (%)	13	26	18
Activité professionnelle			
Actif travaillant (%)	41	27	36
RMI/RSA (%)	20	32	25
Chômeur (%)	12	10	11
Invalide (%)	9	12	10
Autre (%)	18	19	18
Mode de transmission du VIH			
Rapports hétérosexuels (%)	54	94	70
Rapports homosexuels (%)	39	1	24
Usage de drogues IV* (%)	3	2	3
Autres (%)	4	3	3
Durée d'infection à VIH			
Médiane en année	10	11	10
Étendue interquartile	5-17	6-18	5-18
Nadir du taux de CD4			
Médiane/mm ³	169	200	184
Étendue interquartile	30-312	56-341	43-325
Sida			
%	31	26	29
Co-infections**			
VHC (%)	6	5	5
VHB (%)	3	2	3
HTLV1 (%)	2	5	3

* IV = par voie intraveineuse

** VHC = présence d'anticorps dirigés contre le virus de l'hépatite C ; VHB = Antigène HBs positif ; HTLV1 = présence d'anticorps anti *Human T-Lymphocyte Virus Type 1*.

comparable chez les patients en cours de traitement (561/mm³) et chez ceux jamais traités (607/mm³). La proportion de patients ayant un taux de lymphocytes CD4 ≥ 500/mm³ était de 59 %. Il variait selon le statut thérapeutique : 35 % pour les patients en arrêt de traitement, 59 % pour les patients en cours de traitement et 70 % pour ceux jamais traités. Pour l'ensemble des patients, traités ou non, le taux médian d'ARN VIH plasmatique était de 20 copies/ml (seuil de détection), 75 % d'entre eux avaient un taux d'ARN VIH plasmatique inférieur à 58 copies par ml et pour 2 % d'entre eux il était supérieur ou égal à 100 000 copies/ml (Tableau 2).

| Tableau 2 |

Statut thérapeutique et immunovirologique des patients au 31/10/2012

	En cours de traitement	En arrêt de traitement	Jamais traité	Total
Statut thérapeutique				
Effectif	837	24	58	919
%	91	3	6	100
Taux de CD4 (mm³)				
Effectif	830	20	54	904
Médiane	562	319	607	563
Étendue interquartile	403-743	117-596	473-762	404-739
Effectif ≥ 500/mm ³ (%)	489 (59)	7 (35)	38 (70)	534 (59)
ARN VIH plasmatique				
Effectif	829	21	55	905
Médiane en copies/ml	20	23 000	8790	20
Étendue interquartile	20-28	2 300-173 000	662-40 200	20-58
Effectif ≥ 100 000 copies/ml (%)	9 (1)	6 (25)	7 (12)	22 (2)

3.2.3/ Efficacité virologique du traitement antirétroviral

L'efficacité virologique du traitement était évaluable chez 733 patients (88 % des patients traités). Un succès virologique était observé chez 654 patients (89 % des patients évaluables). Parmi ces patients en succès virologique, 63 % avaient un taux de lymphocytes CD4 supérieur ou égal à 500/mm³.

4/ STRATEGIES THERAPEUTIQUES

Traitements en cours au 31/10/2012

Les 837 patients en cours de traitement avaient reçu en médiane 3 lignes de traitement (étendue interquartile 2-5). Les schémas thérapeutiques les plus fréquemment utilisés étaient l'association de deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) et d'un inhibiteur de protéase potentialisé par du ritonavir (IP/r), 38 %, et l'association de deux INTI et d'un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (NNRTI), 30 % (tableau 3). La combinaison la plus fréquemment prescrite était l'association abacavir/lamivudine/atazanavir/norvir (19 % de toutes les combinaisons, tableau 3). Le taux de lymphocytes CD4 dans les trois mois précédant l'initiation du premier traitement était disponible pour 605 patients (72 %), il était en médiane de 252/mm³ (Tableau 3).

5/ DISCUSSION

En 2012, plus de 900 personnes étaient suivies au CHU de Fort-de-France pour une infection par le VIH. Une trentaine de personnes est suivie au centre hospitalier du Lamentin et moins d'une dizaine de personnes est suivie exclusivement en médecine libérale. Les données présentées dans cet article sont donc représentatives de la prise en charge des patients en Martinique.

L'âge médian des patients était de 49 ans, et la moitié des patients avait de 42 à 56 ans. L'infection par le VIH touche donc des personnes d'âge moyen et non pas les plus jeunes contrairement à une idée reçue fréquente en Martinique. La transmission du VIH était très majoritairement sexuelle, hétérosexuelle chez les femmes, et la conséquence de relations sexuelles entre hommes chez 39 % d'entre eux. Ces données ont deux conséquences en termes de prévention et de communication : en Martinique la transmission du VIH se produit le plus souvent au cours de relation sexuelle entre personnes de sexe différent, mais les relations sexuelles entre hommes constituent le deuxième mode de transmission du virus. Les campagnes de prévention et de dépistage doivent donc s'orienter à la fois

| Tableau 3 |

Stratégies thérapeutiques

	Traitements en cours au 31/10/2012
Principaux schémas thérapeutiques*	
Effectif	837
2 INTI + 1 IP/r, n (%)	558 (67)
2 INTI + 1 INNTI, n (%)	171 (20)
2 INTI + 1 IP/r + 1 II, n (%)	20 (2)
1 IP, n (%)	16 (2)
2 INTI + 1 IP, n (%)	13 (2)
Principales combinaisons**	
Abacavir/lamivudine/atazanavir/norvir, n (%)	161 (19)
Ténofovir/emtricitabine/darunavir/norvir, n (%)	129 (15)
Abacavir/lamivudine /darunavir/norvir, n (%)	111 (13)
Ténofovir/emtricitabine/efavirenz, n (%)	99 (12)
Ténofovir/emtricitabine/atazanavir/norvir, n (%)	99 (12)
Taux de CD4 pré-thérapeutiques	
Effectif	605
Médiane/mm ³	252
Étendue interquartile	90-375
ARN VIH plasmatique pré-thérapeutiques	
Effectif	566
Médiane en copies/ml	93 450
Étendue interquartile	26 000-607 800

*INTI = inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse ; IP/r = inhibiteur de la protéase potentialisé par du ritonavir ; INNTI = inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse ; II = inhibiteur de l'intégrase ; IP = inhibiteur de la protéase.

** Combinaisons représentant au moins 5% des traitements en cours.

vers la population générale hétérosexuelle et vers les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, sans stigmatiser ces derniers. Contrairement à ce qu'on observe dans les autres territoires français d'Amérique, plus de 85 % des personnes suivies étaient nées en France et n'avaient donc pas de difficultés administratives d'accès aux soins [5]. La situation sociale des patients était cependant difficile : seulement 36 % d'entre eux avait un travail régulier.

Les patients étaient suivis depuis longtemps (en médiane 10 ans), avec un nadir de CD4 bas et une prévalence du sida de 29 %. Ces données montrent que l'infection par le VIH est devenue une affection chronique, et que même si le diagnostic a été fait tardivement (stade sida et/ou CD4 bas au diagnostic), la prise en charge actuellement proposée permet un suivi prolongé.

Remerciements à Fédilais Médica, éditeur du logiciel Nadis® et ViiV Healthcare pour son soutien dans le développement de Nadis®

Références

1. Thompson MA, Aberg JA, Hoy JF, Telenti A, Benson C, Cahn P, et al. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2012 recommendations of the International Antiviral Society-USA panel. *JAMA*. 2012 Jul 25;308(4):387–402.
2. Yéni P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. 2010. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr_Patrick_Yeni.pdf
3. Clumeck N. EACS Guidelines. 2012 Nov. <http://www.europeanidsclinicalociety.org>
4. Pugliese P, Cuzin L, Cabié A, Poizot-Martin I, Allavena C, Duvivier C, et al. A large French prospective cohort of HIV-infected patients: the Nadis Cohort. *HIV Medicine*. 2009 Sep;10(8):504–11.
5. Cabié A, Georger-Sow M-T, Nacher M. Particularités de l'infection à VIH aux Antilles et en Guyane française en 2004. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2005;46-47:238–9.

Évolution de la prescription des antirétroviraux en Martinique entre 2005 et 2012 |

André Cabié^{1,2,3}, Sandrine Pierre-François^{1,2}, Patrick Hochedez¹, Bernard Liautaud^{1,2}, Régine Dupin de Majoubert², Christelle Baringthon², Sylvie Abel^{1,2}

¹ Service de Maladies infectieuses et tropicales, CHU de Fort-de-France, ² Corevih de la Martinique, ³ Inserm CIE802

1/ INTRODUCTION

Depuis 2005, l'indication de débuter un traitement antirétroviral chez les personnes asymptomatiques a considérablement évolué [1]. Le bénéfice individuel d'un traitement précoce avant que le taux de lymphocytes CD4 baisse en dessous de 500/mm³ a été démontré [1]. Dans le même temps, l'amélioration de la tolérance des antirétroviraux et leur facilité de prise (prise unique quotidienne) ont permis d'envisager de traiter un plus grand nombre de personnes tout en intégrant ce traitement dans la vie quotidienne des patients. Plus récemment le bénéfice collectif du traitement antirétroviral a été démontré [2]. En diminuant l'infektivité des personnes infectées par le VIH, le traitement antirétroviral est devenu un outil de prévention majeur [2]. Les dernières recommandations françaises permettent de retenir comme indication de la mise en route d'un traitement antirétroviral les difficultés à utiliser les moyens classiques de prévention (préservatifs...) [3].

Afin de mesurer l'impact de ces recommandations sur la prescription des traitements antirétroviraux aux personnes infectées par le VIH suivies au CHU de Fort-de-France, nous avons étudié le délai de prescription du traitement antirétroviral et ses déterminants entre 2005 et 2012.

2/ METHODES

L'étude a porté sur les données des patients de la base de données Dat'Aids, suivis en Martinique, âgés de 18 ans ou plus, et ayant eu au moins deux recours (consultation, hospitalisation de jour ou complète) entre le 01/01/2005 et le 31/10/2012. La base de données Dat'Aids est constituée de personnes infectées par le VIH suivies à l'aide du dossier médical informatisé Nadis®. Elles ont été informées de l'utilisation anonyme de leurs données pour la réalisation d'études épidémiologiques, et elles ont signé un consentement éclairé [4]. L'extraction anonyme des données a été effectuée avant l'analyse.

Pour analyser le délai de mise sous traitement antirétroviral, nous avons sélectionné les patients dont le diagnostic de l'infection par le VIH a été effectué après le 01/01/2005. Les variables recueillies étaient le sexe, l'âge au dernier recours, le pays de naissance, le mode probable de transmission du VIH, la date de diagnostic et la durée de l'infection par le VIH (délai entre le diagnostic et le dernier

recours), la date de sida, l'histoire thérapeutique, le délai entre le diagnostic et le début du premier traitement antirétroviral, les taux de lymphocytes CD4 et d'ARN VIH1 plasmatique au diagnostic (première valeur disponible dans les 90 jours suivant le diagnostic), avant le début du premier traitement antirétroviral.

Les variables susceptibles d'avoir un impact sur le délai de mise sous traitement ont été étudiées à l'aide du modèle de Cox : taux de lymphocytes CD4 au diagnostic, taux d'ARN VIH1 plasmatique avant le début du traitement, année du diagnostic de l'infection par le VIH, mode probable de transmission du VIH, sexe et pays de naissance du patient. L'association entre ces variables et le délai de mise sous traitement a été mesurée par le rapport des risques instantanés et son intervalle de confiance à 95%.

De plus afin de mesurer l'impact de l'évolution de ces recommandations, nous avons déterminé la proportion de patients traités et la charge virale VIH1 de la cohorte (ARN VIH1 de l'ensemble des patients, traités ou non) pour l'ensemble des patients (y compris ceux dont le diagnostic a été effectué avant le 01/01/2005).

L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel Stata 12 (StataCorp, College Station, USA).

3/ RESULTATS

3.1./ Description des patients de la cohorte de patients diagnostiqués à partir du 01/01/2005

Nous avons identifié 494 personnes pour lesquelles un diagnostic d'infection à VIH a été effectué entre le 01/01/2005 et le 31/10/2012. Le diagnostic a été effectué chez, respectivement, 16%, 14%, 13%, 16%, 11%, 10%, 11% et 9% des patients en 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, et 2012. Il s'agissait de 325 hommes et 169 femmes. L'âge médian au diagnostic était de 40 ans (étendue interquartile : 29-50). Le mode probable de transmission du VIH était sexuel dans 94% des cas (rapports hétérosexuels, 68%, et rapports sexuels entre hommes, 26%), lié à l'usage de drogues par voie intraveineuse dans 1% des cas, et inconnu dans 5% des cas. Au moment du diagnostic, la médiane des lymphocytes CD4 était de 392/mm³ (étendue interquartile : 197-617), 26% des patients avaient un nombre de lymphocytes CD4 inférieur à 200/mm³, et 16% était au stade de sida.

3.2./ Prise en charge thérapeutique des patients diagnostiqués à partir du 01/01/2005

Vingt deux patients sont décédés, 14 patients ont quitté la Martinique et 22 patients ont été perdus de vue avant le début du traitement antirétroviral. Un traitement a été débuté chez 359 patients (73%) pendant la durée de l'étude. A l'initiation du traitement la médiane du nombre de CD4 était de 330/mm³ (étendue interquartile : 185-416), et la médiane de l'ARN VIH1 était de 56 900 copies/ml (étendue interquartile : 17 700-147 000). Le délai médian entre le

diagnostic de l'infection par le VIH et le début du traitement antirétroviral était de 3,6 mois (étendue interquartile : 1,6-18,7), Tableau 1.

En analyse multivariée, les variables associées au délai de début du traitement antirétroviral étaient l'année du diagnostic de l'infection par le VIH, le taux de lymphocytes CD4 avant traitement, le taux d'ARN VIH1 avant traitement et le sexe des patients (Tableau 1, figures 1a et 1b). Le pays de naissance et le mode probable de transmission du VIH n'avaient pas d'impact sur le délai de mise en route du traitement.

| Tableau 1 |

Variables influençant le délai de mise sous traitement antirétroviral (diagnostics fait entre le 01/01/2005 et le 31/10/2012)

	Délai d'initiation du traitement antirétroviral (mois)		Rapport de risques instantanés*	Intervalle de confiance 95%
	Médiane	Étendue interquartile		
Taux de lymphocytes CD4				
≥ 500/mm ³	16	2-36	Référence	
350-500/mm ³	6	2-20	1,3	0,9-1,9
200-350/mm ³	2	1-4	3,3	2,3-4,7
< 200/mm ³	2	1-3	4,7	3,2-7,1
Taux d'ARN VIH1 plasmatique				
≥ 100 000 copies/ml	2	1-6	Référence	
< 100 000 copies/ml	8	2-24	0,6	0,5-0,8
Année du diagnostic				
2005	11	3-33	Référence	
2006	9	3-33	1,1	0,7-1,8
2007	9	3-28	1,2	0,8-1,9
2008	3	2-19	2,5	1,6-3,8
2009	4	1-16	3,8	2,3-6,3
2010	2	1-6	5,2	3,1-8,7
2011	2	1-4	3,8	2,3-6,1
2012	1	1-3	7,5	4,2-13,4
Sexe				
Femme	3	2-19	Référence	
Homme	4	2-18	0,65	0,5-0,8

* Analyse multivariée en utilisant le modèle de Cox

| Figures 1 |

Représentation par la méthode de Kaplan Meyer du délai de mise sous traitement en mois depuis le diagnostic de l'infection à VIH (diagnostics fait entre le 01/01/2005 et le 31/10/2012)

Figure 1a Selon l'année du diagnostic de l'infection à VIH

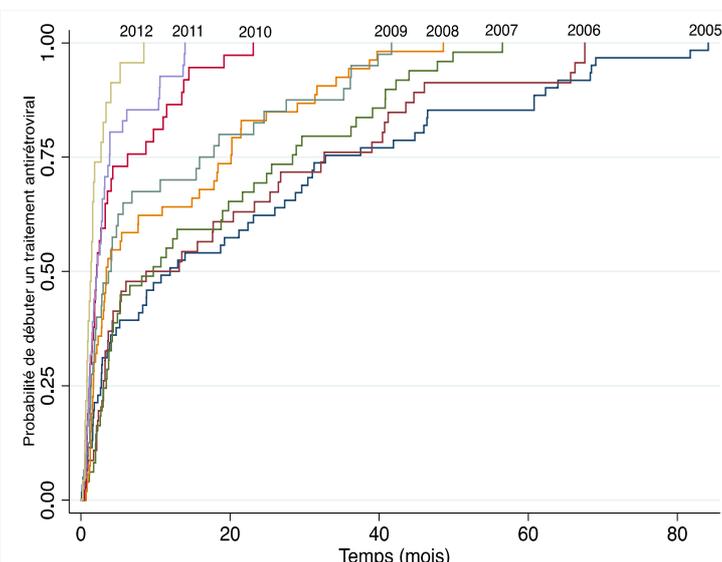
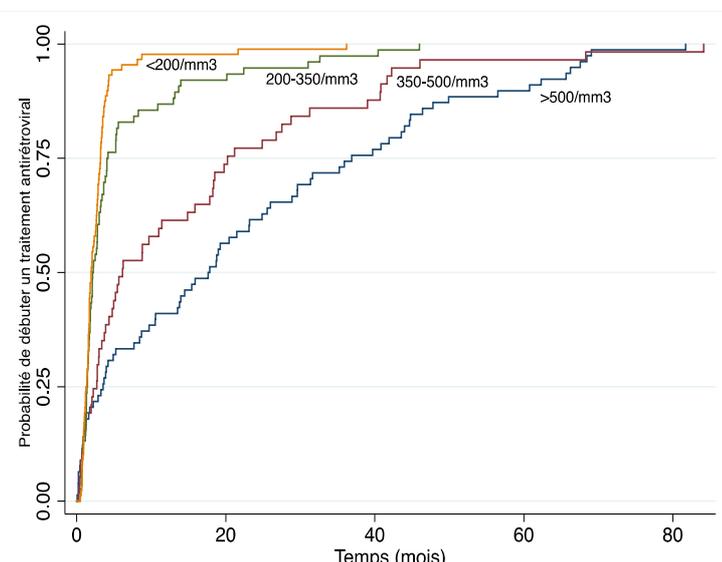


Figure 1b Selon le taux de CD4 au diagnostic de l'infection à VIH



3.3./ Prise en charge thérapeutique de l'ensemble des patients (y compris ceux dont le diagnostic a été effectué avant le 01/01/2005)

Il s'agissait de 1556 patients, 1081 hommes et 485 femmes. Entre 2005 et 2012, la proportion de patients traités a augmenté, passant de 70% à 90%, tandis que la charge virale de la cohorte baissait régulièrement (tableau 2).

| Tableau 2 |

Évolution de la proportion de patients traités et de la charge virale de la cohorte au 31/12 de chaque année (médiane, et percentiles 75 et 90) entre 2005 et 2012

Année	Effectif de la cohorte	Proportion de personnes traitées, %	Charge virale de la cohorte (copies/ml)		
			Médiane	P75	P90
2005	636	70	50	11950	90100
2006	720	67	50	5890	58500
2007	746	73	40	3885	43600
2008	787	79	40	1007	30000
2009	816	82	20	527	18100
2010	848	88	20	156	14100
2011	894	90	20	82	9200
2012*	919	91	20	58	5540

* Entre le 01/11/2011 et le 31/10/2012

4/ DISCUSSION

Cette étude montre qu'en Martinique le délai entre le diagnostic de l'infection par le VIH et le début du traitement antirétroviral dépend de l'année du diagnostic, du taux de lymphocytes CD4 au diagnostic, du taux d'ARN-VIH plasmatique avant traitement et à un moindre degré du sexe des patients. Les facteurs les plus forts sont l'année de diagnostic et le taux de lymphocytes CD4 au dépistage, surtout quand ils sont inférieurs à 200/mm³. La diminution du délai de mise sous traitement en fonction de l'année de diagnostic correspond à l'évolution des recommandations de traitement : traiter de plus en plus précocement. En Martinique, le changement a eu lieu en 2008, où le délai médian de mise sous traitement s'est nettement raccourci (9 mois en 2007 et 3 mois en 2008), et où la proportion de patients traités a augmenté (73% en 2007 et 79% en 2008). Cette évolution s'est poursuivie jusqu'en 2012 où 91% des patients étaient traités et le délai médian de début de traitement pour les patients diagnostiqués cette même année était de 1 mois. Ce changement de pratique devrait entraîner un bénéfice direct pour les patients, puisqu'il a été clairement montré que le traitement antirétroviral précoce permettait non seulement de réduire la mortalité et la morbidité directement liées au VIH, mais aussi celles associées à l'inflammation chronique provoquée indirectement par le VIH [1].

Plusieurs études de cohortes ont permis de montrer que la baisse de la charge virale à l'échelle d'une communauté permettait de réduire le risque de transmission du VIH à l'intérieur de cette population [5]. La mesure de la charge virale communautaire martiniquaise n'est pas accessible (personnes non dépistées ignorant leur infection), mais on peut calculer la charge virale de la cohorte de patients suivis au CHU de Fort-de-France (que l'on peut considérer comme représentative de la Martinique). Depuis 2005, la médiane de la charge virale de la cohorte était égale au seuil de détection, mais le 75^e et le 90^e percentiles restaient élevés. Entre 2005 et 2012, ces valeurs ont baissé régulièrement pour atteindre, respectivement, 58 et 5540 copies/ml. Cela signifie que l'inféctivité de 90% des personnes suivies en Martinique en 2012 peut être considérée comme faible. Ce résultat constitue un jalon important sur la route menant au contrôle de l'épidémie de VIH/sida en Martinique. Il montre aussi l'importance de la mise en application des recommandations de prise en charge. La discussion systématique des indications de traitement pour chaque patient au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire hebdomadaire est un élément structurant important pour la mise en œuvre harmonieuse de ce type de recommandations.

Cependant, ces résultats ne concernent que les personnes dépistées et suivies pour leur infection à VIH. Deux catégories de personnes sont exclues de ce dispositif : les personnes infectées par le VIH, mais ignorant leur infection et les personnes déjà dépistées mais n'ayant pas accès aux soins pour diverses raisons : précarité sociale et/ou administrative, addiction, pathologies psychiatriques décompensées... La prise en charge et le traitement des personnes appartenant à ces deux catégories constituent le défi à relever pour les années à venir.

Remerciements à Fédilais Médica, éditeur du logiciel Nadis® et Viiv Healthcare pour son soutien dans le développement de Nadis®

Références

1. Thompson MA, Aberg JA, Hoy JF, Telenti A, Benson C, Cahn P, et al. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2012 recommendations of the International Antiviral Society-USA panel. *JAMA*. 2012 Jul 25;308(4):387-402.
2. Hammer SM. Antiretroviral Treatment as Prevention. *N Engl J Med*. 2011 Aug; 365:561-562.
3. Yéni P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. 2010. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr_Patrick_Yeni.pdf
4. Pugliese P, Cuzin L, Cabié A, Poizot-Martin I, Allavena C, Duvivier C, et al. A large French prospective cohort of HIV-infected patients: the Nadis Cohort. *HIV Med*. 2009 Sep;10(8):504-511.
5. Montaner JS, Lima VD, Barrios R, Yip B, Wood E, Kerr T, et al. Association of highly active antiretroviral therapy coverage, population viral load, and yearly new HIV diagnoses in British Columbia, Canada: a population-based study. *The Lancet*. 2010;

| Dengue ou primo-infection par le VIH ? Une bonne occasion de dépistage du VIH |

André Cabié^{1,2,3}, Bernard Liautaud¹, Fatiha Najioullah^{3,4}, Sandrine Pierre-François¹, Patrick Hochedez^{1,3}, Raymond Césaire^{3,4}, Sylvie Abel^{1,3}

¹ Service de Maladies infectieuses et tropicales, CHU de Fort-de-France, ² Inserm CIE802, CHU de Fort-de-France, ³ EA 4537, Université des Antilles et de la Guyane, ⁴ Laboratoire de Virologie – Immunologie, CHU de Fort-de-France

La dengue est une arbovirose considérée comme « hyper endémique » aux Antilles, en Guyane, et dans le reste de la Caraïbe [1]. La transmission des virus de la dengue est continue avec des poussées épidémiques d'ampleur variable. Dans notre région, contrairement à ce qui est observé en Asie, ce sont les adultes qui sont le plus souvent touchés au cours des épidémies [1]. Par ailleurs, la région Caraïbes est la deuxième zone géographique, après l'Afrique subsaharienne, la plus touchée par l'épidémie de VIH/sida [2]. Dans les territoires français d'Amérique, cette épidémie touche principalement les adultes. La même population est donc concernée par la dengue et l'infection par le VIH. Or les signes cliniques et biologiques de la dengue et de la primo-infection par le VIH sont similaires : voir tableau 1 [3-7].

La similitude clinico-biologique de ces deux infections risque de faire méconnaître la primo-infection par le VIH d'autant qu'au cours de celle-ci, les anticorps de type IgM dirigés contre les virus de la dengue peuvent être faussement positifs [8]. Or le diagnostic de l'infection par le VIH au stade de primo-infection est capital : d'une part, il permet une prise en charge précoce de cette infection, et d'autre part il permet d'interrompre la chaîne de transmission du VIH, dont le risque est particulièrement élevé au cours de la primo-infection.

Devant un syndrome dengue-like, même pendant les épidémies de dengue, les cliniciens doivent savoir évoquer la primo-infection par le VIH, en particuliers en présence d'ulcérations buccales ou génitales, ou d'une évolution inhabituellement longue, et interroger le patient sur d'éventuels comportements à risque de transmission du VIH dans les semaines précédentes. Au moindre doute, une sérologie VIH doit être prescrite, complétée par une recherche de l'ARN VIH1 (charge virale VIH) en cas de forte suspicion : en effet les primo-infections vues très précocement ne peuvent être détectées que par la recherche de l'ARN VIH-1. Au décours de chaque épidémie de dengue nous prenons en charge des patients infectés par le VIH pour lesquels un diagnostic de dengue avait été posé à tort au moment de leur primo-infection.

Le plan national contre le VIH et les IST, 2010-2014, et sa déclinaison en direction des populations d'outre-mer, incitent à renforcer le dépistage en population générale : au moins une fois dans sa vie, et tous les ans en cas de multipartenariat [9,10]. Dans ce contexte, les prélèvements sanguins réalisés au cours de la dengue nous paraissent

| Tableau 1 |

Fréquence des signes cliniques et biologiques observés au cours de la dengue et de la primo-infection par le VIH.

Signes cliniques ou biologiques*	Primo-infection VIH (%)	Dengue (%)
Fièvre	>80-90	>80-90
Asthénie	>70-90	>50-70
Eruption	>40-80	40-50
Céphalées	32-70	70-90
Lymphadénopathies	40-70	26-50
Pharyngite	50-70	30
Myalgies or arthralgies	50-70	50-70
Nausées, vomissements ou diarrhée	30-60	20-60
Anorexie	54	40
Symptômes neurologiques	5-10	5-10
Hémorragies	ND	10-20
Ulcérations buccales	10-20	ND
Ulcérations génitales	5-15	ND
Thrombopénie	45	30-70
Leucopénie	40	70-100
Élévation des enzymes hépatiques	21	50-60
Durée moyenne d'évolution-jours	21	7
Délai entre le début de symptômes et l'apparition des marqueurs - jours		
ARN plasmatique	1	1
Antigènes spécifiques †	4-7	1
Anticorps spécifiques	7-10	4-7

* Pourcentage de patients

† Protéine gag p24 pour le VIH, et antigène nonstructural protein 1 (NS1) pour la dengue

sent être de bonnes occasions pour proposer un dépistage de l'infection par le VIH. En effet, s'il n'est pas toujours aisé de questionner un patient sur sa sexualité alors qu'il vient consulter, souvent en famille, pour une suspicion de dengue, il est plus facile de lui proposer un dépistage du VIH en même temps que la recherche de dengue et le bilan biologique de fièvre aiguë.

Références

1. Quenel P, Rosine J, Cassadou S, Ardillon V, Bateau A, Matheus S, et al. Épidémiologie de la dengue dans les Départements français d'Amérique. Bull Epidemiol Hebd. 2011 Sep 20;(33-34).
2. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). UNAIDS Report on the global AIDS epidemic - 2012 [Internet]. 2012. Available from: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_en.pdf
3. Kahn JO, Walker BD. Acute human immunodeficiency virus type 1 infection. N Engl J Med. 1998;339(1):33-39.
4. Hecht FM, Busch MP, Rawal B, Webb M, Rosenberg E, Swanson M, et al. Use of laboratory tests and clinical symptoms for identification of primary HIV infection. Aids. 2002;16(8):1119.
5. Dengue haemorrhagic fever : diagnosis, treatment, prevention and control. Geneva: World Health Organization; 1997.
6. Wichmann O, Gascon J, Schunk M, Puente S, Siikamakki H, Gjorup I, et al. Severe dengue virus infection in travelers: risk factors and laboratory indicators. J Infect Dis. 2007;195(8):1089-96.
7. Thomas L, Brouste Y, Najioullah F, Hochedez P, Hatchuel Y, Moravie V, et al. Prospective and descriptive study of adult dengue cases in an emergency department, in Martinique. Med Mal Infect. 2010;40(8):480-9.
8. Cabié A, Abel S, Lafaye JM, Bera O, Césaire R, Sobesky G. Dengue or acute retroviral syndrome? Presse Med. 2000;29(21):1173-4.
9. Ministère de la Santé. PLAN NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST 2010-2014. 2010.
10. Ministère de la Santé. PLAN NATIONAL EN DIRECTION DES POPULATIONS DES DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER. 2010.

Sylvie Abel^{1,2}, François Mathie³, C. Fitte-Duval⁴, Eugénie Nicole⁴, Bernard Liautaud^{1,2}, André Cabié^{1,2}

¹ Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU de Fort de France, ² Corevih Martinique, ³ Médecin généraliste, ⁴ Permanence d'accueil et d'accompagnement du Lamentin (PAAL)

1/ CONTEXTE ET DESCRIPTION DE L'INTERVENTION

Depuis la fin des années 1990, il a été observé dans les grandes villes occidentales une reprise des comportements sexuels à risque chez les personnes infectées par le VIH. Ce phénomène connu sous le nom de *relapse* est associé à la réapparition des infections sexuellement transmissibles (IST), principalement la syphilis. Les recommandations ont donc été de surveiller la sérologie des tréponématoses chez toutes les personnes infectées par le VIH et de pratiquer une sérologie VIH à toute personne ayant ou ayant eu une syphilis récente ; cette surveillance a été mise en place en Martinique en 2001. Les interrelations entre la syphilis et l'infection par le VIH sont délétères pour le patient. D'un côté, l'existence d'une ulcération génitale, qu'elle soit syphilitique ou non, favorise la contamination sexuelle par le VIH, de l'autre, l'infection par le VIH modifie l'histoire naturelle de la syphilis. Des syphilis graves, neurologiques, oculaires ou cutanées sont ainsi observées précocement et des échecs thérapeutiques ont été décrits. Néanmoins la fréquence des échecs thérapeutiques a été considérée comme suffisamment faible pour ne pas remettre en cause les traitements classiques de la syphilis précoce par la benzathine pénicilline (Extencilline®). Une étude menée entre le 1^{er} janvier 2001 et le 31 mars 2008 confirme que la Martinique a connu une nouvelle épidémie de syphilis. Les premiers cas ont été décrits en janvier 2004. L'épidémie a évolué dans le temps, décrite initialement chez des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, souvent infectés par le VIH, puis en 2007-2008 chez des hommes et femmes socialement précaires et/ou exposés à la toxicomanie au crack. Les auteurs de cette étude ont souligné qu'il était possible et nécessaire de maîtriser cette épidémie par des actions coordonnées de santé publique utilisant des stratégies nouvelles adaptées aux groupes vulnérables.

Par ailleurs, les données de l'unité de soins et de consultations ambulatoires du centre pénitentiaire de Ducos indiquaient que plusieurs cas de syphilis précoces avaient été prises en charge depuis 2007 alors qu'aucun cas de syphilis n'avait été diagnostiqué depuis plus de dix ans au centre pénitentiaire, et cela malgré une proportion élevée de personnes dépistées. Les personnes concernées étaient majoritairement des personnes toxicomanes au crack au moment de leur incarcération et les personnes dépistées ou connues infectées par le VIH étaient encore trop souvent perdues de vue après la sortie du centre pénitentiaire et ce, malgré les actions ciblées individualisées mises en place.

Face à ces constats, il s'agissait de proposer une réponse rapide tout en tenant compte des recommandations les plus récentes en matière de dépistage et de prise en charge de ces infections, recommandations qui incitaient aussi à un dépistage et une prise en charge des personnes en situation précaire « hors les murs ».

Une réflexion dans le cadre des missions du Corevih (Comité de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine) a alors été menée courant 2008. Si les person-

nes atteintes de syphilis et/ou d'infection par le VIH et/ou d'hépatite virale chronique, ne venaient pas consulter, et compte-tenu des interrelations existantes entre ces pathologies, il était alors nécessaire d'aller vers elles. Une mutualisation des moyens et des connaissances s'avérait en effet indispensable pour la prise en charge de ces personnes au suivi très irrégulier et concernées par des pathologies rapidement évolutives et transmissibles en l'absence de prise en charge et de traitement.

Depuis plusieurs années, une consultation médicale, assurée par un médecin généraliste (Dr François Mathie), existait dans les locaux de la permanence d'accueil et d'accompagnement du Lamentin (PAAL) et dans un bus (OMASS Mobile) positionné dans le quartier Vieux Pont au Lamentin. Ces vacations médicales étaient permises et financées grâce à l'action coordonnée de plusieurs associations : l'Office des Missions Sociales et de Santé (OMASS), l'Association Départementale de la Santé Mentale (ADSM), l'Unité d'Ecoute pour Jeunes Toxicomanes en Détresse (UEJD) en partenariat avec des institutions et la municipalité. La PAAL est un service émergent de l'OMASS où des éducateurs spécialisés et une accompagnatrice sociale travaillent pour permettre l'accueil et l'accompagnement des toxicomanes et de personnes en situation d'errance ou de grande exclusion sur le territoire du Lamentin.

Après contact du médecin généraliste par le Corevih en cours d'année 2008 et quelques réunions de travail avec le personnel de la PAAL et l'OMASS, il s'avérait que des personnes infectées par le VIH ne souhaitant pas ou ne pouvant pas se rendre en milieu spécialisé pour la prise en charge de leur infection chronique vivaient dans le Quartier de Vieux Pont au Lamentin. Toutes ces personnes avaient une addiction au crack et se rendaient plus ou moins régulièrement dans les locaux de la PAAL. La plupart des personnes ne possédaient pas de logement. La situation de ces personnes était particulièrement précaire. Les premiers cas de syphilis récente y avaient été diagnostiqués courant 2008, parfois chez des personnes infectées par le VIH.

En 2008, au moment de la réflexion, les locaux de la PAAL étaient constitués de deux « modulaires ». Un bureau de consultation climatisé comportant une table d'examen, un bureau et une armoire fermant à clef permettant examen et entretiens médicaux dans des conditions confortables et respectant la confidentialité et les normes d'hygiène. Les personnes venaient à la PAAL le plus souvent pour manger, prendre une douche, récupérer quelques vêtements. La consultation avait lieu pendant les horaires de dispensation des repas, le jeudi entre 11h et 14h. Le personnel de la PAAL faisait vivre au mieux cette structure et permettait le lien avec psychologues, personnel d'associations et services administratifs afin d'obtenir une prise en charge pour les soins médicaux et un revenu minimum à ces personnes consultantes. Certaines personnes ne s'y rendant jamais, un bus avait été aménagé pour consultation médicale et se rendait dans une rue du quartier fréquentée quasiment

exclusivement par des personnes toxicomanes au crack, au plus proche de certains abris particulièrement précaires sans eau ni électricité, et régulièrement inondés lors des intempéries. Le bus était présent dans ce lieu le mardi entre 15h et 17h. Des préservatifs étaient distribués par du personnel associatif et étaient aussi disponibles dans les locaux de la PAAL. En 2008, le nombre estimé de personnes connues accédant aux offres de cette structure s'élevait à environ 80. Il faut ajouter à ces chiffres les personnes de passages peu nombreuses selon les estimations recueillies à cette période auprès des différents intervenants.

Finalement, il a été décidé qu'un médecin du service de Maladies Infectieuses et Tropicales (Dr Sylvie Abel) intervienne en renfort à l'activité du médecin généraliste. L'objectif de cette action était de proposer un dépistage du VIH, du VHB, du VHC, du HTLV1 et de la syphilis (TPHA/VDRL) à toutes les personnes fréquentant cette structure et le quartier, d'assurer la prise en charge des pathologies dépistées qu'elles soient chroniques ou aiguës lorsqu'elles en avaient l'indication, et d'organiser le suivi de ces pathologies. Les analyses ont été effectuées au laboratoire du CHU de Fort de France.

2/ RESULTATS

L'action a débuté le 18 septembre 2008 et a duré 7 mois. Entre le 18 septembre 2008 et le 7 mai 2009, période lourde en événements sociaux pour la Martinique, le médecin du service de Maladies Infectieuses et Tropicales, a assuré 29 déplacements de 2 heures, dont 21 dans les locaux de la PAAL et 8 dans le Bus. Lors de la présence de ce médecin, la présence du médecin généraliste était systématique.

Cent cinquante huit consultations médicales ont été réalisées durant la période pour 61 personnes. Il s'agissait de 40 hommes et 21 femmes, âgés en médiane de 44 ans avec des extrêmes allant de 21 à 61 ans. Deux personnes ont refusé le dépistage dont une pour dépistage récent avec résultats en possession.

Cinquante-neuf personnes ont été dépistées par prélèvement effectué par le médecin généraliste lors de la consultation (tableau 1). Les résultats ont été remis aux personnes concernées, la plupart du temps dans les deux semaines suivant le dépistage. Sept résultats n'ont pu être remis : six concernaient des personnes séronégatives pour la syphilis, le VIH, le VHC, le VHB et non porteuses de l'Ag HBs et un concernait une personne ayant un résultat positif pour la syphilis, traitée le jour du prélèvement de dépistage car présentant des signes cliniques évidents de syphilis suite à un contact avec une personne porteuse elle-même de la syphilis.

Dix-sept personnes n'étaient pas porteuses d'infections virales chroniques ou de syphilis, dont 3 avaient des antécédents de vaccination contre le virus de l'hépatite B.

Trente-cinq personnes sur cinquante-neuf dépistées (59%) avaient une immunisation naturelle contre le VHB. Quarante-deux personnes (71%) avaient une sérologie syphilis ou VIH ou VHC ou HTLV1 positive ou étaient porteuses de l'Ag HBs et nécessitaient un complément d'investigation voire un traitement.

Vingt-sept personnes (46%) étaient porteuses de la syphilis avec un titre de VDRL > 4 ; 27 ont été traitées.

Treize personnes (24%) avaient une infection par le VIH dont 8

avaient aussi une syphilis récente. Parmi ces personnes, 5 étaient nouvellement dépistées, 8 étaient déjà connues et non traitées, 13 ont accepté le suivi immuno-virologique ; une seule personne avait des CD4<350/mm³.

Trois personnes étaient porteuses de l'Ag HBs avec réplique active de l'ADN VHB, 2 personnes avaient une infection par le VHC dont une non répliquative, une personne avait une sérologie HTLV1 positive sans signe neurologique retrouvé.

Concernant les addictions, sur les 61 personnes interrogées, 15 ont déclaré lors du premier entretien de la période une alcoolisation chronique dont 7 femmes, 34 ont déclaré un tabagisme actif, 52 une consommation régulière de cannabis, 58 une consommation active au crack, 3 des antécédents de toxicomanie aux opiacés. Dix personnes avaient des antécédents de psychose, de syndrome dépressif grave ou de tentative de suicide ; 2 avaient une insuffisance rénale ; 1 une tumeur broncho-pulmonaire. Sur le plan social parmi 61 personnes interrogées, 8 ont déclaré lors du premier entretien de la période être analphabète, 36 ont déclaré être sans abri, 17 sans eau, 13 sans couverture sociale, 10 sans aucun revenu. Quatre femmes avaient été victimes d'exclusion ou de rejet social, 13 personnes avaient déjà été incarcérées (1 à 8 incarcérations par personne) dont 2 étaient des femmes.

Au 30 juin 2012, une personne a contracté l'infection par le VIH après cette action, tandis qu'une autre a contracté une hépatite virale B. Deux des 61 personnes sont suivies pour infarctus du myocarde et prennent un traitement chronique. Huit personnes infectées par le VIH sur les 13 personnes dépistées lors de cette action sont suivies régulièrement soit au centre pénitentiaire de Ducos, soit en milieu hospitalier où le suivi au minimum annuel est recommandé pour ces personnes et ce malgré des liens étroits entre associations, Société d'Hygiène de la Martinique, service de Maladies Infectieuses et Tropicales, médecins de ville et Corevih.

3/ COMMENTAIRES

L'efficacité reconnue du traitement de la syphilis et des traitements antiviraux actuellement disponibles contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et l'infection par le virus de l'hépatite B ou C (VHB/VHC) renforce désormais la nécessité d'un dépistage précoce de ces infections. La prise en charge de ces infections permet de diminuer la morbidité et la mortalité, et de gagner en confort de vie. Outre l'intérêt personnel pour la personne infectée d'une prise en charge précoce, l'intérêt de Santé publique est désormais clairement reconnu. Les traitements antiviraux sont devenus le moyen le plus efficace de lutter contre la transmission d'infections virales chroniques. En diminuant la charge virale communautaire dans une région, la transmission infectieuse est moindre. Seules des actions complémentaires des différents partenaires permettront avec l'aide des responsables locaux de poursuivre le travail de terrain remarquable et exemplaire effectué dans des conditions difficiles et tendues pour les personnes en situation très précaire. Les travaux et réflexions en cours doivent être poursuivis pour organiser les moyens humains et matériels nécessaires aux liens de ces structures, et ainsi faciliter la prise en charge de ces patients aux comorbidités fréquentes et diminuer la transmission des IST.

| Tableau 1 |

Résultats des tests diagnostiques réalisés au cours de l'intervention

	Tests positifs Effectif, %	Tests pratiqués Effectif, %
Syphilis (titre de VDRL > 4)	27 (45,8)	59 (96,7)
VIH	13 (22)	59 (96,7)
VHB	3 (5,1)	59 (96,7)
VHC	2 (3,4)	59 (96,7)
HTLV1	1 (1,7)	59 (96,7)

VDRL = *Venereal disease Research Laboratory*, VIH, virus de l'immunodéficience humaine, VHC = présence d'anticorps dirigés contre le virus de l'hépatite C ; VHB = Antigène HBs positif ; HTLV1 = présence d'anticorps anti *Human T-Lymphocyte Virus Type 1*.

Références bibliographiques

- Centers for Disease Control and Prevention. Transmission of primary and secondary syphilis by oral sex. Chicago, Illinois, 1998–2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2004;53:966–8.
- Williams LA, Klausner JD, Whittington WL, Handsfield HH, Celum C, Holmes KK. Elimination and reintroduction of primary and secondary syphilis. *Am J Public Health.* 1999;89:1093–7. DOI: 10.2105/AJPH.89.7.1093
- Bouyssou-Michel A, Semaille C. Surveillance de la syphilis en France 2000–2005. Institut de veille sanitaire. Saint-Maurice : InVS ; 2006. 6 p. Disponible à : <http://www.invs.sante.fr>
- Cabié A, Rollin B, Pierre-François S, Abel S, Desbois N, et al. (2010) Syphilis in the Caribbean: Re-emergence in Martinique over the last decade. *Emerging Infectious Diseases.* 2010;16:106–109.

Remerciements

Remerciements particuliers à Mme Marie-Claude Cléry, Mme Eliane Adenet, Mr Georges Larcher et à l'ensemble des partenaires de cette action.

| Les tests rapides d'orientation diagnostiques (TROD) du VIH par les médecins libéraux : Bilan d'un an d'expérimentation en Guyane |

Anne Jolivet¹, Issa Sangaré¹, Sabine Dimanche², Mathieu Levy-Loeb³, Leila Adriouch⁴, Emilie Gaubert-Marechal⁴, Mathieu Nacher^{1,4,5}

¹ Réseau Kikiwi, Réseau Ville Hôpital pour le VIH-SIDA, Maison des réseaux, Cayenne, ² UFR de médecine, Université Picardie Jules Verne, Amiens,

³ UFR de médecine, Université Antilles-Guyane, ⁴ COREVIH Guyane, Centre Hospitalier Andrée Rosemon, Cayenne, ⁵ Centre d'Investigation Clinique Epidémiologie Clinique Antilles Guyane CIC-EC INSERM CIE 802, Centre Hospitalier Andrée Rosemon, Cayenne

1/ INTRODUCTION

Afin de diminuer l'incidence du VIH dans la région et le taux de diagnostic au stade sida, le plan ministériel de lutte contre le VIH et les IST pour 2010-2014 [1], fixe comme objectif principal pour la Guyane un renforcement du dépistage régulier de l'ensemble de la population sexuellement active avec notamment l'utilisation possible de tests rapides d'orientation diagnostique du VIH (TROD). En Guyane, les médecins libéraux notamment les généralistes, jouent un grand rôle dans le dépistage de l'infection à VIH. En 2010, ils ont réalisé près de 70% des sérologies de dépistage effectuées dans le département et ont diagnostiqué 45% des nouvelles séropositivités [2]. Afin de répondre aux nouvelles stratégies de dépistage recommandées par la HAS [3] et le plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010/2014 [2], le réseau Kikiwi sous la supervision de l'ARS, et en collaboration avec le COREVIH Guyane, la CGSS et l'URPS des médecins, s'est engagé en 2011 à promouvoir l'utilisation des TROD auprès des médecins libéraux de Guyane. Le réseau a organisé dans un premier temps des enseignements post universitaires à l'attention des médecins généralistes avec présentation et démonstration de l'utilisation des TROD. Une première expérimentation a été réalisée de juillet à novembre 2011 avec 32 médecins généralistes volontaires. Puis le dispositif s'est formalisé à partir du 1er décembre 2011, suite à plusieurs réunions de concertation avec les différents partenaires qui ont conduit à l'élaboration d'une charte pour la réalisation des TROD par les médecins libéraux (généralistes et spécialistes), d'un registre consensuel, d'affiches d'information pour les cabinets des médecins participants, et d'un parcours de soin pour chaque patient dépisté séropositif. D'autres médecins libéraux ont par la suite accepté de participer à l'extension de ce dispositif.

L'objectif est ici de présenter les premiers résultats de l'évaluation à la fois quantitative et qualitative de ce dispositif.

2/ METHODES

Plusieurs évaluations ont été conduites :

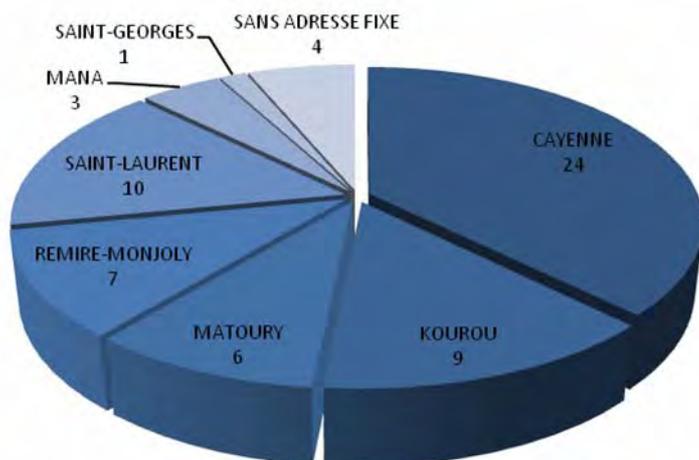
- Une évaluation quantitative du dispositif à partir des données du registre anonymisé. Pour chaque TROD réalisé, les médecins libéraux doivent noter quelques informations dans un registre: sexe, âge, pays de naissance de la personne dépistée et résultat du test. Le recueil des données des TROD réalisés du 1er décembre 2011 au 31 mars 2012 est présenté.
- Une évaluation qualitative auprès des médecins libéraux dont l'objectif principal était d'évaluer la faisabilité du dépistage du VIH par le TROD en cabinet de médecine libérale. Cette étude a été conduite entre mars et avril 2012 par entretiens en face-à-face de 32 médecins généralistes de l'île de Cayenne et de Kourou ayant signé la charte.
- Une enquête auprès de personnes qui consultent en médecine générale. L'objectif de ce volet était de recueillir l'opinion des patients concernant la pratique de TROD par leur médecin généraliste [4]. Cette enquête a été conduite en février 2012 dans 10 cabinets de médecins généralistes de l'île de Cayenne et de Kourou. Un enquêteur a passé une demi-journée dans chacun de ces cabinets, et a proposé à toutes les personnes âgées de plus de 18 ans présentes dans la salle d'attente un auto-questionnaire. Pour les personnes ayant des difficultés à lire le français, un entretien individuel était proposé.

3/ RESULTATS

Début novembre 2012, 64 médecins libéraux (62 généralistes et 2 gynécologues) ont adhéré au dispositif (Figure 1) : 37 sur l'île de Cayenne, 13 dans l'ouest guyanais, 9 à Kourou, 1 à Saint-Georges et 4 médecins remplaçants (sans adresse fixe).

| Figure 1 |

Nombre de médecins participants au dispositif en novembre 2012, par ville



3.1./ Résultats quantitatifs

(1^{er} décembre 2011 – 31 mars 2012)

Les premiers résultats quantitatifs montrent qu'entre le 1^{er} décembre 2011 et le 31 mars 2012, 613 TROD ont été réalisés par les médecins libéraux. Parmi les 56 médecins qui avaient adhéré au dispositif sur cette période, ils étaient 44 (soit 79%) à avoir réalisé au moins un TROD. Parmi ces derniers, en moyenne, ils ont réalisé 14 TROD sur la période d'étude (soit 3,5/mois), avec un minimum de 1 et un maximum de 62.

Le profil des personnes dépistées est présenté dans le tableau 1 : 63,5% étaient des femmes ; l'âge moyen était de 33 ans ; 33,3% étaient nées en Guyane ; 39% des personnes dépistées étaient des immigrés (principalement originaires d'Haïti, du Surinam et du Brésil). Six tests se sont révélés positifs, soit 1% des tests réalisés. Le profil des 6 personnes ayant eu un TROD positif était le suivant : tous étaient des hommes, âgés de 24 à 60 ans (41 ans en moyenne), 5 étaient nés à l'étranger (3 au Brésil, 2 au Surinam) et 1 en Guyane. Un patient a été perdu de vue précocement, les autres ont été adressés vers les services de référence pour confirmation du diagnostic.

| Tableau 1 |

Profil des personnes dépistées par TROD (n=613)

		n	%
Sexe	Femmes	389	63,5%
	Hommes	222	36,5%
Age	Moy ± ET (années) [Min-Max]	33,5 ± 16,5 [14-79]	
Lieu de naissance	Guyane	173	33,3%
	Métropole/Autres DOM	144	27,7%
	Autres *	203	39%
Résultat	TROD positif	6	1%
	TROD négatif	604	98,5%
	TROD indéterminé	3	0,5%

* Haïti (11,2%), Surinam (9,4%), Brésil (7,9%), Dominique et République Dominicaine (6,5%), Autre (4%)

3.2./ Résultats de l'enquête conduite auprès des médecins libéraux

Au total 32, soit 71% des médecins contactés ont accepté de participer à cette évaluation. Parmi les principaux résultats de ce volet, nous retiendrons :

- 29 soit 91% des praticiens interrogés jugent cette pratique de dépistage pertinente et faisable ;
- Plus de 90% se sentent à l'aise pour proposer le test, annoncer les résultats mais aussi pour aborder les questions liées à la sexualité de leurs patients.
- 23 soit 72% des médecins interrogés ont pu estimer la proportion de patients dont ils connaissaient le statut VIH, avec une sérologie datant de moins d'un an. Cette proportion est de 57% en moyenne (avec un minimum estimé à 10% et un maximum à 100%, la médiane est de 50%) ;
- Les situations où les médecins réalisent un dépistage de l'infection à VIH par TROD n'étaient pas globalement différentes des situations où ils proposent une sérologie, les principales étant « à la demande du patient ; en cas de situations propices (demande de contraception, de bilan d'IST, de bilan de grossesse, de demande d'IVG...) ; personnes appartenant à des groupes considérés à risque vis-à-vis du VIH ; et en cas de signes cliniques d'infection ». Certaines situations particulières de dépistage par TROD ont tout de même été énoncées par certains médecins : « personne sans suivi médical ; hésitante à réaliser un dépistage du VIH ou préférant réaliser le test en toute confidentialité au cabinet médical ; qui n'ira pas récupérer le résultat de dépistage au laboratoire ; ou en cas d'urgence » ;
- Le temps nécessaire pour la réalisation de cette stratégie de dépistage (comprenant l'entretien pré-test, la réalisation du test et le post-test) est estimé à 11 minutes en moyenne en cas de résultat négatif et à 40 minutes en moyenne en cas de résultat positif. La réalisation d'un dépistage de l'infection à VIH par TROD, essentiellement en cas de résultat négatif, paraît pouvoir s'intégrer dans une consultation habituelle ce qui est l'avis de 53% des médecins interrogés. Vingt-huit médecins pensaient pouvoir proposer 8 tests par semaine en moyenne ;
- Nous avons demandé aux médecins d'évaluer les différentes étapes de la réalisation du TROD. Les difficultés sont surtout présentes pour le prélèvement capillaire (54% ont jugé cette étape « difficile » ou « très difficile »). Nous avons demandé aux praticiens s'ils avaient rencontré d'autres difficultés pour proposer un dépistage de l'infection à VIH par TROD. Vingt-six soit 81% ont répondu oui. La difficulté la plus souvent rencontrée est le nombre élevé de consultations, pour 24, soit 92% d'entre eux ;
- L'acceptabilité de cette méthode de dépistage est bonne chez les patients puisque 50% des médecins n'ont pas eu de refus à la proposition du test. De plus pour la moitié des patients ayant refusé, la raison invoquée était la réalisation d'un dépistage par sérologie au cours des douze derniers mois.

3.3./ Résultats de l'enquête conduite auprès des patients consultant les cabinets de médecine libérale

L'étude a inclus 213 patients. Parmi les principaux résultats de cette enquête, nous retiendrons :

- 62,5% des personnes interrogées ont déclaré que si elles voulaient faire un test de dépistage du VIH elles s'adresseraient en priorité à leur médecin généraliste ;
- 67% ne savaient pas que leur médecin proposait le TROD dans

leur cabinet, d'où l'importance de l'affiche dans le cabinet du médecin pour informer les patients ;

- La majorité des personnes interrogées (85 %) ont déclaré qu'elles accepteraient de faire un TROD si un médecin généraliste le leur proposait ;
- Près de 85 % des personnes interrogées déclaraient « très intéressant » le fait que tous les médecins généralistes de Guyane puissent proposer des TROD.

4/ DISCUSSION

La coordination du réseau Kikiwi permet en novembre 2012 à 64 médecins libéraux (62 généralistes et 2 gynécologues) de Guyane, de proposer à la population un dépistage par TROD en cabinet libéral. Cela représente près des deux tiers des médecins généralistes libéraux de Guyane. Ce niveau de participation à l'échelle régionale est tout fait unique en France et cela montre l'intérêt des praticiens de Guyane pour le sujet.

Les évaluations conduites révèlent une bonne acceptabilité de cette nouvelle stratégie de dépistage à la fois par les médecins et par les patients. Elles mettent en évidence les points forts mais aussi les difficultés à prendre en compte pour l'extension et la pérennisation de ce dispositif du dépistage du VIH dans le département. Les premiers résultats quantitatifs montrent que 613 tests ont été réalisés sur les 4 premiers mois, soit en moyenne 153 tests par mois. On constate que ce nombre de test mensuel est assez stable sur cette période pour l'ensemble des villes. Le nombre de tests réalisé par médecin est par contre très variable (de 0 à 62). Conformément aux recommandations de la HAS, ce dépistage touche des personnes d'âge très variable (de 14 à 79 ans). La proportion d'immigrés parmi les personnes dépistées par les TROD est de 39%, ce qui est supérieur à la proportion de personnes immigrées en Guyane (29,5% en 2006 [5]). Certaines populations jugées plus à risque sont toutefois sous représentées par rapport à la population générale (par exemple, les personnes nées au Guyana). Si le dépistage est proposé et réalisé à deux femmes pour un homme, nous constatons que sur les 6 tests positifs au TROD, tous étaient des hommes. Leur âge moyen était de 40 ans et cinq sur les six étaient nés à l'étranger. La période d'évaluation est trop courte pour émettre des conclusions quand à l'impact de ce dispositif mais cela nous laisse supposer que ce dépistage du VIH par TROD en médecine libérale permet de dépister certains patients infectés par le VIH qui échappaient aux dispositifs classiques de dépistage.

L'évaluation qualitative auprès des médecins libéraux nous montre que plus de 9 praticiens sur 10 jugent cette pratique pertinente et faisable. Les principales difficultés rencontrées concernaient tout d'abord le prélèvement capillaire. Cette technique de prélèvement par capillarité à l'aide d'une micropipette demande effectivement une certaine expérience mais les difficultés initiales s'estompent rapidement avec l'utilisation. L'autre principale difficulté reste le nombre élevé de consultations face à la durée de la réalisation du test. Ces deux principales difficultés peuvent expliquer le relativement faible nombre de TROD réalisés par les médecins libéraux (3,5 par mois en moyenne) par rapport à ce qu'ils estimaient pouvoir faire (8 en moyenne par semaine). Cette contrainte de temps liée à l'exercice médical a été l'un des éléments déterminants qui a conduit à la rémunération de cet acte depuis le 1^{er} décembre 2011 et cela nous paraît un des éléments utiles pour soutenir l'utilisation durable des TROD en médecine libérale. Par ailleurs la proportion de patients qui refuserait un dépistage par TROD si on leur proposait (estimé à 15% d'après l'enquête d'opinion) souligne la nécessité de poursuivre les campagnes régulières de sensibilisation des populations de

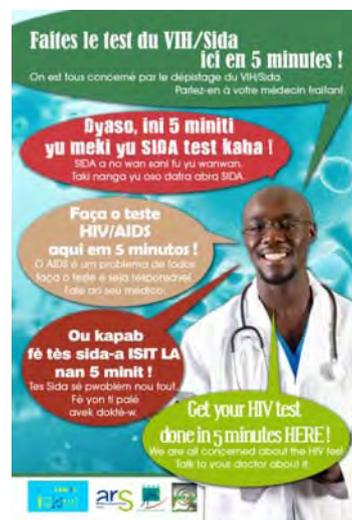
Guyane concernant l'infection à VIH afin de dé-stigmatiser le sujet et atteindre les personnes se considérant le moins à risque d'exposition au virus. L'utilisation des TROD par les praticiens que nous avons interrogés ne semble pas modifier leurs pratiques de dépistage. En effet les situations où ils ont réalisé un dépistage par TROD restent principalement les mêmes qu'avec un dépistage par sérologie. Toutefois nous avons mis en évidence quelques situations où les TROD apportent une réelle plus-value (situations d'urgence ; personne n'ayant pas recours aux systèmes de dépistage classique ; hésitante à réaliser un dépistage du VIH ; qui ne viendrait pas récupérer son résultat). Il nous semble donc également indispensable que la sensibilisation et la formation des médecins soient poursuivies en réaffirmant l'intérêt de mettre en œuvre une stratégie volontariste de dépistage impliquant la proposition de dépistage régulier (chaque année) du VIH à l'ensemble de la population sexuellement active [1]. Au delà de cette recommandation, qui reste encore pour l'instant peu appliquée, il semble également important d'inciter les médecins à identifier des circonstances prioritaires ou des publics prioritaires dans le contexte épidémiologique de la Guyane. Il est encore trop tôt pour conclure mais nous pouvons espérer que ce dispositif, associé aux autres dispositifs de dépistage rapide (dépistage hors les murs, CDAG/CIDDIST, dépistage en milieu hospitalier, etc.) permettront d'améliorer la précocité du dépistage en Guyane.

Références

1. Ministère de la santé et des sports. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST, 2010-2014 en direction des populations d'outre-mer.
2. INVS. Données épidémiologiques VIH/sida France entière et par COREVIH. Décembre 2011.
3. HAS. Dépistage de l'infection par le VIH en France: Stratégies et dispositif de dépistage. Synthèse et recommandations. Octobre 2009.
4. Dr Mathieu Levy-Loeb. Tests Rapide d'Orientation Diagnostique du VIH 1 et 2 (TROD) en médecine générale : Enquête d'opinion auprès de 213 personnes ayant consulté des médecins généralistes à Cayenne et à Kourou (Guyane française). Mémoire DES de Médecine Générale. Université des Antilles et de la Guyane 2012.
5. INSEE. Recensement de la population de 2006. La Guyane : une région jeune et attractive. Premiers résultats N°47. 2009

Remerciements

Nous tenons à remercier l'ensemble des médecins libéraux pour leur participation à ce dispositif, l'ARS, la CGSS et l'URPS des médecins. Nous remercions également les laboratoires NEPHROTEK qui ont permis de démarrer l'expérimentation en juillet 2011 (don de 1000 Tests INSTI®).



Affiche présente dans les cabinets des médecins libéraux pratiquant les TROD

| Projet régional de dépistage hors les murs |

Claire Grenier, Centres et Postes de Santé Croix-Rouge - Guyane

La prévalence élevée de l'infection par le VIH en Guyane a conduit la Haute Autorité de Santé (HAS) à préconiser la mise en œuvre de stratégies de dépistage volontaristes s'appuyant sur la proposition régulière de tests de dépistage du VIH à l'ensemble de la population guyanaise.

Tout comme l'infection par le VIH, les maladies vasculaires liées à l'hypertension artérielle et au diabète représentent des problèmes de santé publique majeurs en Guyane : ces pathologies, d'évolution silencieuse et chronique, sont parmi les principales causes de morbi-mortalité non infectieuse dans le département.

Ces trois pathologies, VIH, HTA et diabète, peuvent être aisément dépistées grâce à des tests fiables, peu invasifs et peu coûteux permettant une prise en charge précoce, avant la survenue de complications, et donc plus efficace.

Or une partie de la population de Guyane se trouve dans une situation d'isolement social et/ou géographique entraînant des difficultés d'accès aux structures de soins et de dépistages : étrangers en situation irrégulière, habitants des quartiers isolés avec des moyens de transports insuffisants, personnes n'ayant pas de couverture sociale et/ou méconnaissant le système de santé...

Afin de permettre à l'ensemble des habitants de Guyane, y compris les plus précaires, de pouvoir bénéficier de ces dépistages un projet de dépistage mobile a vu le jour.

L'élaboration de ce projet, porté par la Croix Rouge, a résulté d'un travail en partenariat de nombreux acteurs de santé tant institutionnels qu'associatifs, dans le cadre de la commission dépistage du COREVIH.

Afin de pouvoir se rendre dans les différents quartiers prioritaires, la Croix Rouge a fait l'acquisition de l'ancien camion de don du sang de l'EFS et l'a réhabilité, grâce au soutien financier de l'ARS de Guyane. Pour l'année 2012, il a été décidé de limiter les sorties du camion à l'île de Cayenne, c'est-à-dire les villes de Cayenne, Rémire-Montjoly et Matoury. Vingt-deux quartiers y ont été identifiés comme prioritaires. Le camion-santé de la Croix Rouge se rend donc dans chacun de ces quartiers selon un planning établi avec les associations partenaires.

La veille de chaque mission de dépistage les habitants du quartier visité sont informés du passage du camion par les médiateurs en santé de l'association DAAC qui sont eux-mêmes issus des communautés ciblées et qui œuvrent dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

Le jour J, les personnes venant se faire dépister sont accueillies par les médiateurs qui remplissent les données administratives de la fiche patient, fournissent des renseignements pour l'ouverture des droits sociaux le cas échéant et animent des séances de prévention et de promotion de la santé.

Puis il est proposé à chaque consultant un contrôle glycémique (glycémie capillaire), une prise de la tension artérielle (après repos)

et un test de dépistage rapide du VIH (TROD insti).

Lors de dépistages positifs les patients sont adressés vers la structure de prise en charge adaptée. Un accompagnement physique est organisé en cas de besoin.

Une première phase expérimentale de cette action de dépistage hors les murs s'est déroulée de février à juin 2012.

Le bilan de cette première phase expérimentale a montré l'intérêt de cette stratégie « hors les murs » en direction de publics isolés et précaires : adhésion forte du public aux dépistages proposés, dépistages positifs réguliers permettant la mise en place de prises en charge adaptées.

Depuis début septembre 2012, le dépistage mobile a pris sa vitesse de croisière avec 3 sorties hebdomadaires grâce à l'embauche de personnel dédié à cette action (2 Infirmiers Diplômés d'Etat).

Les premiers résultats montrent que, mi octobre 2012, 719 personnes ont pu bénéficier des différents dépistages : 598 pour le VIH, 698 pour la prise de TA et 694 mesures de glycémie.

43 % des personnes ayant fait un TROD disent n'avoir jamais fait de test de dépistage VIH auparavant ; 4 TROD se sont révélés positifs.

Lors des mesures tensionnelles et de glycémie, 99 TA pathologiques et 34 hyperglycémies ont été retrouvées.

Un bilan de l'ensemble de l'activité de l'année 2012 sera établi en fin d'année 2012.

Les actions de dépistage devraient progressivement s'étendre sur l'ensemble du littoral. L'objectif étant de permettre à terme, à l'ensemble de la population guyanaise, de pouvoir en bénéficier afin de réaliser un véritable programme régional de dépistage hors les murs !



Crédits photos : Pierre Grandidier

| Étude CAP VIH adolescents à Saint-Georges de l'Oyapock : peut mieux faire |

Loïc Martin¹, Célia Basurko^{1, 2}, Astrid Van-Melle², Marie-Claire Parriault², O.Casse², S.Thomas¹, Mathieu Levi-Loeb¹, Mathieu Nacher^{1, 2}

¹ Université Antilles Guyane, UFR Médecin, ² Centre d'Investigation Clinique Épidémiologie Clinique, Antilles Guyane, CIE 802 INSERM, COREVIH Guyane, UFR Médecine

Avec une prévalence du VIH de 1,5 %, la Guyane est le département français le plus touché et est le seul classé en épidémie généralisée [1]. Plusieurs études ont étudié les comportements des populations dites à risque comme les travailleuses du sexe (ANRS/FEDER), les usagers de drogue ou les piroguiers (Réseau Kikiwi, CIC-EC) [2-4]. La population adolescente n'étant pas considérée à risque, aucune étude n'a été réalisée au niveau national. Cependant, l'importance de la prévalence du VIH et le contexte socio-économique local défavorable pourraient faire des adolescents guyanais des personnes à risques vis à vis du VIH. En effet, pour l'ONUSIDA, les jeunes femmes sont souvent considérées comme un groupe vulnérable pour le VIH [5]. Une étude CAP (Connaissances, attitudes et pratiques) vis à vis du VIH/SISDA a été réalisée chez des collégiens et des lycéens Guyanais entre le mois de décembre 2011 et de mars 2012. Au total, plus de 1200 élèves guyanais de la 4^{ème} à la terminale ont participé à cette étude. Cette enquête a été menée par le Centre d'Investigation Clinique et d'Épidémiologie Clinique (CICEC) de Guyane et le Rectorat de Guyane avec le soutien financier du réseau KIKIWI¹.

Les objectifs de l'étude étaient de mesurer les connaissances des modes de transmission et de prévention du VIH, de décrire les attitudes vis à vis des personnes séropositives et d'identifier des comportements sexuels à risques chez les adolescents de l'ensemble de la Guyane. Les écoles et les classes ont été tirées au sort à partir d'une liste fournie par le rectorat. Dans les grandes villes (Cayenne et Saint-Laurent du Maroni), 4 établissements scolaires ont été tirés au sort (sur 17 établissements scolaires à Cayenne et 11 à Saint-Laurent). Dans les communes des fleuves (Saint-Georges de l'Oyapock, Maripasoula, Grand Santi, Apatou), il n'existe qu'un seul établissement scolaire secondaire (collège). Six classes ont été tirées au sort dans chaque établissement scolaire pour un objectif de 150 participants par établissement. L'outil de recueil était un questionnaire auto-administré, anonyme, basé sur le questionnaire spécial jeune du Behavioral Surveillance Survey (BSS) de l'association Family Health International (FHI) adapté à la population guyanaise [6].

Le collège de Saint-Georges de l'Oyapock, petite ville de 3700 habitants à la frontière franco-brésilienne sur le bord du fleuve Oyapock a fait partie des établissements sélectionnés. L'isolement géographique de Saint-Georges et les conditions linguistiques, culturelles et socioéconomiques qui y règnent paraissent pouvoir être des éléments susceptibles d'influencer les connaissances, attitudes et pratiques des adolescents.

Cet article présente les résultats obtenus au niveau du collège de Saint-Georges de l'Oyapock.

Le recueil des données a été effectué dans 8 classes de 4^{ème} et de 3^{ème} dont 1 classe SEGPA (Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté) et 1 classe DIMA (Dispositif d'Initiation aux Métiers par Alternance) du collège, seul établissement secondaire de la ville. Une autorisation parentale avait été demandée aux élèves et le taux de refus était de 7 %.

Cent quarante six élèves ont participé dont 86 garçons (58,9 %) et 60 filles (41,1 %). La moyenne d'âge était de 14,8 (+/- 1,1) avec un minimum de 12 ans et un maximum de 18 ans. Cinq pour cent des élèves déclaraient ne pas se rendre à l'école souvent ou très sou-

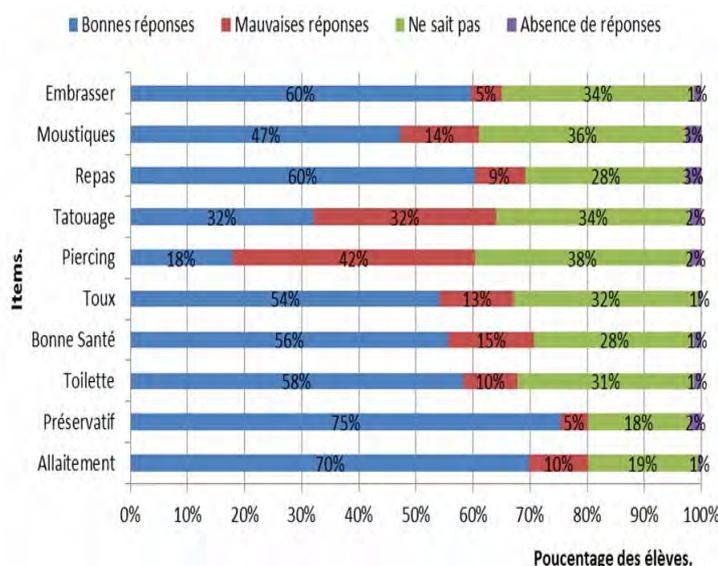
vent pour des raisons financières (manque d'argent pour payer le transport scolaire) et 18 % occasionnellement.

Vingt-huit pourcents d'entre eux étaient nés à l'étranger. La langue principale parlée à la maison était le brésilien pour plus de la moitié des élèves (52 %), le français (10 %) venant en quatrième position derrière le créole (17 %) et le palikur (17 %).

Un élève sur six déclarait boire de l'alcool au moins une fois par mois dont 7,5 % au moins une fois par semaine. La consommation régulière était plus élevée chez les élèves plus âgés mais n'étaient pas influencée par le sexe. Treize élèves sur 141 ont déclaré avoir déjà essayé le cannabis (9 %), deux, la cocaïne (1,5 %), un, les drogues de synthèse (ecstasy, amphétamines) (0,5%) et deux, les plantes hallucinogènes (1,5 %). La consommation de drogue était également influencée par l'âge (augmentation de la consommation chez les élèves les plus âgés) mais sans relation avec le genre (12 % chez les garçons et 13 % chez les filles).

| Figure 1 |

Réponses des élèves du collège de Saint-Georges de l'Oyapock concernant les modes de transmission du VIH (n=146)



Les réponses aux questions relatives aux **modes de transmission du VIH/SIDA** sont présentées dans la figure 1. Moins de 60 % des élèves savaient que le VIH ne pouvait pas être transmis par le baiser (item « embrasser » : 59,5 % dans la figure 1), la toux (item « toux » : 54 %) ou le partage d'un repas (item « repas » : 60,5 %). Seuls 47 % des adolescents savaient que le moustique ne transmettait pas le VIH (item « moustiques »). Par ailleurs, 80 % des élèves méconnaissaient le risque de transmission potentiel lors d'un piercing (item « piercing ») et 66,5% lors d'un tatouage (item « tatouage »).

¹ Le réseau kikiwi est le réseau ville hôpital VIH de Guyane, il finance un réseau d'infirmières libérales au domicile des patients en grosse difficulté, il met en place les TRODs VIH en partenariat avec les médecins libéraux, organise des formations, et aide à la mise en place de projets de recherche locaux sur le VIH et les IST.

Soixante-quinze pour cent d'entre eux identifiaient le préservatif comme un moyen de prévention efficace (item « préservatif ») mais 40,5 % ne savaient pas que la toilette intime était inefficace (item « toilette »). Par contre, 70 % des élèves identifiaient correctement l'allaitement maternel comme un mode transmission (item « allaitement »).

Un score de connaissance a été élaboré afin de comparer les élèves entre eux. Un point était attribué à chaque élève ayant répondu juste à chaque question concernant les modes de transmission et de prévention du VIH. Le score était sur 10. La moyenne du score était de 5,3 (+/- 2,6) et la médiane de 6.

Quatre facteurs semblaient influencer le score de connaissance : la langue parlée à la maison (langue maternelle), la classe, le fait de se sentir bien informé et de connaître un lieu de dépistage.

En effet, les élèves parlant le brésilien à la maison avaient un score de connaissance plus élevé que les autres élèves (6,3 versus 4,2 $p < 0,001$) tandis que les élèves parlant le Palikur à la maison avaient un score de connaissance plus bas par rapport aux autres élèves (3,2 versus 5,7, $p = 0,001$).

Les élèves de 3ème avaient un score à 5,8 contre 4,9 pour les 4ème ($p = 0,01$). Ceux qui se sentaient bien informés avaient également un score plus élevé à 6,3 versus 4,5 pour les autres ($p < 0,002$) comme

séropositivité d'un membre de leur famille reste secrète (item « secret »). A l'extrême, 69 % d'entre eux refuseraient d'acheter de la nourriture préparée par une personne séropositive (item « snack »). Trente pour cent des élèves se déclaraient favorables à l'exclusion d'un professeur atteint (item « professeur atteint ») et un quart mettrait fin à une amitié s'ils découvraient la séropositivité de leur ami(e) (item « fin amitié »).

Le facteur influençant le plus les attitudes discriminatoires était le niveau de connaissance : les élèves ayant un bon niveau de connaissance avaient moins d'attitudes discriminatoires. Les élèves ayant plus de comportements sexuels à risque semblaient au contraire en avoir plus. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, le fait d'avoir ou d'avoir eu des malades dans l'entourage proche ne semblait pas diminuer leur stigmatisation.

Les élèves étaient pour la plupart sexuellement actifs puisque 70 % des garçons et 43 % des filles ont déclaré avoir eu des rapports sexuels. La moyenne d'âge au premier rapport était de 14,5 ans (+/- 1,0) pour les filles et 13,3 (+/- 1,6) pour les garçons. Le partenaire au premier rapport sexuel semblait sensiblement plus âgé avec un âge moyen à 17,2 ans (+/- 2,2) pour les filles (+2,7 ans) contre 14,4 (+/- 2,1) pour les garçons (+1,3 ans). Le nombre moyen de partenaires sexuels déclaré était élevé avec près de 7 partenaires pour les garçons (3 pour les filles). Sept élèves reconnaissaient avoir recours à des rapports sexuels transactionnels (5 garçons et 2 filles) et 6 garçons déclaraient avoir déjà participé à des rapports sexuels avec plusieurs partenaires en même temps (0 filles).

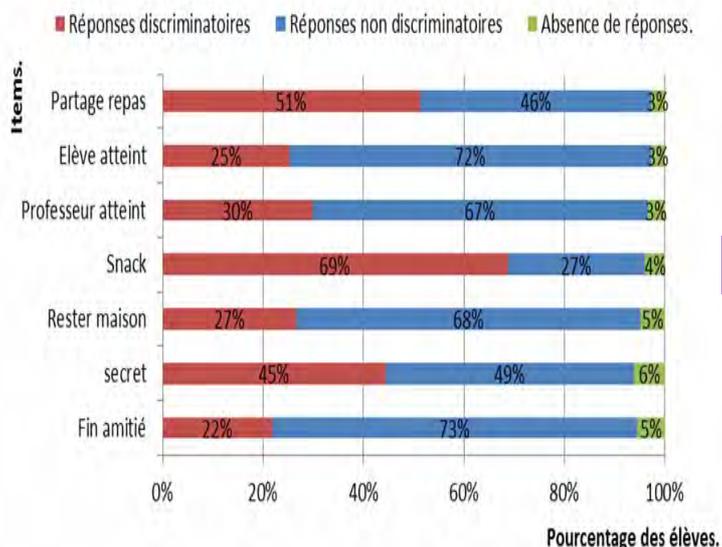
La figure 3 présente les réponses des élèves aux questions portant sur les conduites sexuelles à risque.

Le préservatif n'était utilisé systématiquement que par la moitié des élèves, 40 % d'entre eux déclarant ne pas en avoir utilisé lors du premier rapport sexuel et 25 % lors du dernier.

Enfin, 10 élèves avouaient avoir subi des rapports forcés dont 7 garçons.

| Figure 2 |

Réponses des élèves du collège de Saint-Georges de l'Oyapock aux questions portant sur les attitudes discriminatoires à l'encontre des malades du VIH (n=146)



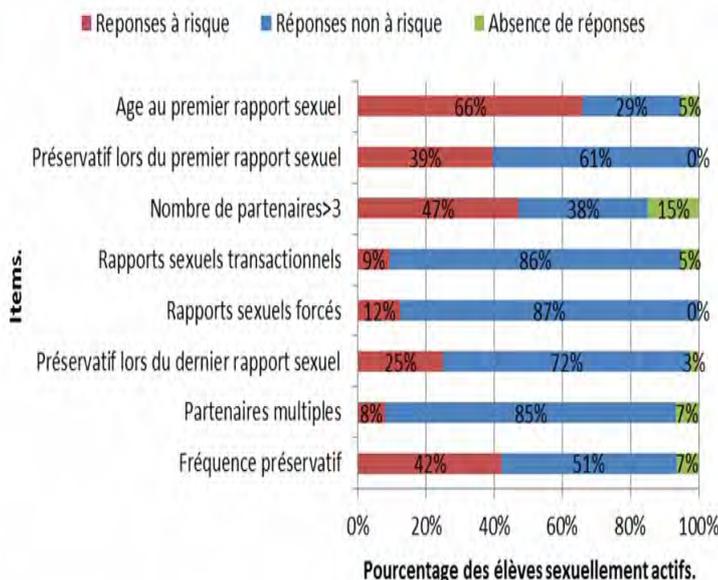
ceux qui connaissaient un lieu de dépistage (6,9 versus 4,7, $p < 0,003$).

Les attitudes discriminatoires à l'encontre des malades du VIH étaient nombreuses et semblaient d'autant plus marquées que la question posée impliquait un rapport de proximité important avec les personnes séropositives.

Ainsi, d'après la figure 2, près de 25 % des adolescents pensaient que les personnes séropositives devraient rester enfermées chez eux (item « rester maison ») ou étaient favorables à l'exclusion d'un élève malade du collège (item « élève atteint »). Plus de la moitié des élèves refusaient de partager un repas avec une personne séropositive (item « partage repas »). 45 % des élèves préféraient que la

| Figure 3 |

Réponses des élèves sexuellement actifs du collège de Saint-Georges de l'Oyapock aux questions portant sur les conduites sexuelles à risque (n=146)



Un score de conduites sexuelles à risque a été élaboré afin d'évaluer les facteurs influençant le comportement sexuel. Huit items ont été intégrés (premier rapport sexuel avant 15 ans, utilisation de préservatifs lors du premier rapport sexuel, nombre de partenaires supérieur à 3, rapports sexuels transactionnels, rapports sexuels forcés, rapports sexuels avec partenaires multiples et utilisation de préservatifs à chaque rapport sexuel). Un point a été attribué à la réponse considérée à risque. Ce score sur 8 ne concernait que les élèves sexuellement actifs. La moyenne était de 2,9 sur 8 (+/- 1,45) et la médiane de 3.

L'alcool semblait favoriser les comportements sexuels à risque ($p < 0,03\%$), ce qui ne semblait pas être le cas des autres drogues (cannabis). L'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel était associée à la diminution des conduites sexuelles à risque puisque ceux qui en avaient utilisé un avaient un score de risque plus bas ($p < 0,01$) et étaient six fois plus nombreux à en utiliser systématiquement par la suite ($p < 0,0007$). Ceci peut soit refléter des profils de personnalité différents vis à vis du risque, soit impliquer que la première expérience sexuelle marque les suivantes. Le genre ne semblait pas influencer les comportements sexuels : si les filles étaient moins nombreuses à déclarer des rapports sexuels, celles qui en ont eu n'avaient pas moins de conduites sexuelles à risque que les garçons sexuellement actifs.

Il semblait exister chez les adolescents de St-Georges de l'Oyapock une méconnaissance des modes de transmission du VIH, des conduites sexuelles à risque et des attitudes discriminatoires élevées. De ce fait, il paraît nécessaire de réévaluer les politiques de lutte contre le VIH envers les adolescents : s'ils ne sont pas à proprement parler un groupe à risque vis à vis du VIH, ils pourraient rapidement le devenir si les conduites sexuelles mises en évidence (rapports sexuels transactionnels, absence d'utilisation du préservatif, partenaires multiples...) se généralisaient. Les résultats semblaient dans l'ensemble proches de ceux obtenus à Cayenne auprès de 430 lycéens et collégiens. Cependant à Cayenne, aucune influence de la langue maternelle sur le score de connaissance n'a pas été mise en évidence. L'isolement relatif de Saint-Georges et les conditions de vie plus précaires y régnant ne semblaient pas avoir d'impact sur les résultats des élèves. Ces résultats sont également à rapprocher des conclusions de l'étude KABP 2010 en Île de France qui pointait une baisse progressive du niveau de connaissance des 18-30 ans conjointe à une augmentation des comportements

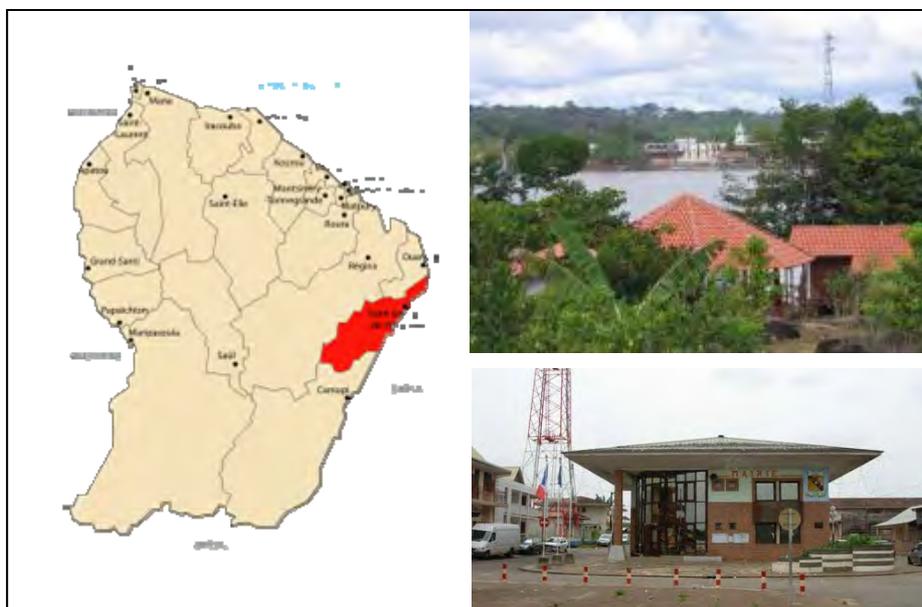
sexuels à risque [7]. Enfin, le niveau de connaissance des modes de transmissions du VIH semblait moindre que celui des adultes guyanais dans l'étude KABP 2003 DFA alors que les comportements discriminatoires envers les personnes séropositives paraissaient plus nombreux.

Parmi les problèmes soulevés par l'étude, l'adaptation de la prévention aux particularités des populations amérindiennes est posée. Les messages en français et les images venant de métropole ne sont sans doute pas optimales pour informer la population amérindienne. En revanche, la double culture des élèves lusophones leur permettrait d'avoir accès aux campagnes de prévention en français mais aussi en brésilien. Il faudra préciser les mécanismes sous-jacents à ces différences.

Ces résultats devraient permettre d'affiner les interventions en milieu scolaire et pourront servir de base à de futures évaluations s'appuyant sur la même méthodologie et les mêmes outils permettant ainsi de juger si les actions entreprises sont suivies de progrès.

Références

1. Cazein F, Le Strat Y, Pillonel J, Lot F, Bousquet V, Pinget R, et al. Dépistage du VIH et découverte de séropositivité, France 2003-2010. Bulletin épidémiologique Hebdomadaire. INVS 29 Novembre 2011;43-44:446-453.
2. Guillemaut F, Schultz-Samson M. Synthèse de l'étude de la prostitution, des échanges economico-sexuels et prévention du VIH en Guyane : travail du sexe et mobilité en Guyane, des défis pour la lutte contre le VIH/SIDA. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, direction générale de la santé. Novembre 2011.
3. Jauffret-Roustide M., Couturier E., Le Strat Y. et al., "Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot 2004", BEH 33 / 5 septembre 2006
4. Gaubert-Maréchal Emilie, Jolivet Anne, Van-Melle Astrid, Parriault Marie Claire, Basurko Celia, Adenis Antoine, Hanf Mathieu, Vantilcke Vincent, Halfen Sandrine, Coupplié Pierre, Nacher Mathieu. Knowledge, attitudes, beliefs, practices on HIV/AIDS among boatmen on the Maroni river: a neglected bridging group? Journal of AIDS and clinical Research. (sous presse.)
5. Anonyme. Global report: aide-mémoire: les Caraïbes. ONUSIDA.
6. J, Brown T, Hogle J, MacNeil J, Magnani R, Mills S, et al. BEHAVIORAL SURVEILLANCE SURVEYS: guidelines for repeated behavioral surveys in populations at risk of HIV. 2000.
7. Beltzer N, Saboni L, Sauvage C, Sommen C. Les connaissances, attitudes, croyance et comportements face au VIH/SIDA dans la population générale en Ile-de-France en 2010: situation en 2010 et 18 ans d'évolution. 2011.



| L'utilisation du préservatif masculin chez les travailleuses du sexe en Guyane : premiers résultats de l'enquête CAP VIH TS 2008-2010 |

Marie-Claire Parriault¹, Célia Basurko¹, Astrid Van Melle¹, Stéphanie Rogier¹, Laura Al-Zoubi¹, Stéphane Barboza¹, Mathieu Nacher¹⁻²

¹ Centre d'Investigation Clinique Epidémiologie Clinique Antilles Guyane, CIC-EC, INSERM CIE 802, Centre Hospitalier de Cayenne, Cayenne, Guyane, ² COREVIH Guyane, Centre Hospitalier de Cayenne, Cayenne, Guyane

1/ INTRODUCTION

La Guyane est le département français le plus touché par le VIH. Avec un taux de prévalence chez la femme enceinte supérieur à 1% depuis plus de 10 ans [1], le département est considéré en état d'épidémie généralisée selon les critères de l'OMS. Toutefois, il semble que les choses soient un peu plus complexes et que certains moteurs alimentent plus spécifiquement cette épidémie [2]. Ces différents moteurs sont repérés comme étant les populations les plus à risque face au VIH. Parmi elles, on compte les travailleurs du sexe. Le grand nombre de partenaires sexuels et la précarité économique et sociale dans laquelle une majorité des travailleurs du sexe se trouve, entraînent une vulnérabilité importante [3]. Parmi les femmes séropositives échangeant de l'argent ou des biens contre des services sexuels, 10,7% des cas de HIV sont attribuables au sexe transactionnel [2].

Le recours au sexe transactionnel est assez courant en Guyane, 7,1% des hommes indiquent en 2004 avoir eu au moins une fois un rapport sexuel en payant ou en étant payé au cours des cinq dernières années, cette proportion était de 23% en 1992 [4]. Les travailleurs du sexe semblent avoir un rôle moteur important à jouer dans la transmission de l'épidémie mais pourtant peu d'études quantitatives ont été menées jusqu'à présent dans cette population.

Une enquête a été conduite de décembre 2008 à décembre 2010 afin de déterminer les facteurs de prises de risques sexuels parmi la population des travailleurs du sexe de Guyane, la finalité étant d'adapter les campagnes de lutte contre le VIH et les IST en adéquation avec le terrain.

Cet article présente les premiers résultats de cette enquête en abordant la problématique de l'utilisation du préservatif masculin chez les femmes travailleuses du sexe interrogées.

2/ MATERIELS ET METHODES

La population d'étude était représentée par les travailleurs du sexe exerçant en Guyane, correspondant aux personnes de plus de 18 ans ayant eu au moins un rapport sexuel en échange d'argent au cours des 6 derniers mois. La taille de l'échantillon était de 477 personnes interrogées sur l'Île de Cayenne, Kourou, Saint-Laurent-du-Maroni, Saint-Georges-de-l'Oyapock et Maripasoula. Comme recommande Family Health International pour les enquêtes de type Behavioral Surveillance Survey (BSS) [5], le statut VIH des personnes n'était pas demandé afin de limiter les biais de sélection.

Un questionnaire anonyme et structuré comportant 150 questions a été utilisé. Il explorait entre autres les caractéristiques sociodémographiques, l'activité de prostitution, les rapports avec les clients et les non clients, l'utilisation du préservatif, les connaissances, attitu-

des, croyances et pratiques vis-à-vis du VIH et la stigmatisation. Ce questionnaire a été élaboré avec les associations de terrain travaillant auprès des travailleurs du sexe à partir de questionnaires de type Behavioural Surveillance Survey [5]. Onze questions portaient particulièrement sur l'utilisation des préservatifs masculins.

Les personnes acceptant de participer à l'étude étaient interrogées en face à face par des enquêteurs formés. Les entretiens individuels se faisaient en toute confidentialité. Les enquêteurs étaient tous proches du terrain, issus des associations ou de la communauté des travailleurs du sexe. La méthodologie utilisée dans cette étude était celle du snowball. A la fin de l'entretien, de la documentation de prévention VIH, les contacts des associations, des préservatifs masculins et féminins et un ticket restaurant étaient distribués.

Le projet a reçu l'avis favorable du Comité consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS, n°09.106) et l'autorisation de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL, n° DR-2011-464).

L'analyse des données a consisté pour ce travail à faire une analyse descriptive des variables : moyenne et écart-type (variables quantitatives gaussiennes), et effectifs et pourcentages (variables qualitatives). Une comparaison de l'utilisation des préservatifs masculins a été faite en utilisant le test paramétrique du Chi² de Pearson. Le risque alpha consenti était de 5%. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel STATA® version 10. Seuls les résultats concernant les femmes sont présentés ici, les caractéristiques des hommes et des transgenres seront analysés séparément.

Cette étude a été réalisée en partenariat avec le COREVIH et le tissu associatif guyanais, en particulier les associations ADER, Entr'Aides, DAAC, AIDES et le réseau Kikiwi. Le projet a été co-financé par l'ANRS et le fonds européen FEDER.

3/ RESULTATS

3.1./ Caractéristiques sociodémographiques

Sur 10 mois de recueil, 483 questionnaires ont été passés auprès des travailleurs du sexe (TS) de Guyane, 477 ont été exploités dont 61% ont été passés dans l'Île de Cayenne, 15% à Kourou, 10% à Saint-Laurent-du-Maroni, 8% à Saint-Georges de l'Oyapock et 6% à Maripasoula.

L'échantillon de cette étude était composé majoritairement de femmes (89%, n=426), les résultats se basent sur cet échantillon. L'âge moyen des femmes interrogées était de 32,4 ans (+/- 8,19). Les principales caractéristiques sociodémographiques sont présentées dans le tableau n°1.

| Tableau 1 |

Caractéristiques sociodémographiques des travailleuses du sexe interrogées, 2009-2010

Caractéristiques	Effectifs	%
Âge (n=425)		
18-24	71	16,7
25-29	102	24,0
30-34	92	21,6
35-39	83	19,5
40-44	42	9,9
45-49	20	4,7
50 et plus	15	3,5
Nationalité (n=426)		
Française	4	0,9
Haitienne	9	2,1
Surinamaïse	14	3,3
Guyanienne	84	19,7
Dominicaine	148	34,7
Brésilienne	167	39,2
Possession d'un titre de séjour (n=414)		
Non	263	63,5
Oui, avec autorisation de travail	122	29,5
Oui, sans autorisation de travail	29	7,0
Sécurité sociale à jour (n=417)		
Non	187	44,8
Oui	230	55,2
Savoir lire et écrire en français (n=417)		
Non	290	69,5
Oui	127	30,5
Niveau scolaire (n=402)		
Pas de scolarisation	8	2,0
Primaire	160	39,8
Secondaire	194	48,3
Supérieur	40	10,0
Accès à l'eau potable dans le logement (n=416)		
Non	56	13,5
Oui	360	86,5
Accès à l'électricité dans le logement (n=415)		
Non	35	8,4
Oui	380	91,6
Nombre de personnes à charge (n=414)		
	Moyenne : 2,87 (+/- 2,07)	
	Min : 0	Max : 10

Les non réponses (<6%) n'ont pas été prises en compte dans ce tableau.

| Tableau 2 |

Utilisation du préservatif chez les travailleuses du sexe en Guyane avec les clients et les non clients.

	Client	Non client	p
	n (pourcentage)	n (pourcentage)	
Fréquence d'utilisation du préservatif au cours des 12 derniers mois			
Jamais	0 (0)	82 (32,4)	0,044
Parfois	11 (2,7)	56 (22,1)	
A chaque fois	401 (97,3)	115 (45,5)	
Utilisation du préservatif lors du dernier rapport			
Oui	410 (99,0)	222 (59,4)	0,545
Non	4 (1,0)	152 (40,6)	
Utilisation du préservatif lors du dernier rapport anal			
Oui	151 (94,4)	126 (65,6)	<10 ⁻³
Non	9 (5,6)	66 (34,4)	
Utilisation du préservatif lors de la dernière fellation			
Oui	263 (89,8)	146 (52,0)	<10 ⁻³
Non	30 (10,2)	135 (48,0)	
Se sentir à l'aise pour demander le préservatif au partenaire sexuel			
Oui	409 (98,8)	314 (82,4)	0,177
Non	5 (1,2)	67 (17,6)	

Les non réponses (<10%) et les personnes non concernées n'ont pas été prises en compte dans ce tableau.

3.2./ Sexualité et risques sexuels

Les trois quarts des travailleuses du sexe interrogées étaient hétérosexuelles (75%, n=317), 12% bissexuelles et 2% homosexuelles.

Près d'une TS sur quatre avait déjà subi un rapport forcé de la part d'un de leur client et une TS sur six l'avait subi avec leur partenaire non client.

Plus d'un quart des personnes (25,6%) ont déclaré que leur partenaire non client avait des relations sexuelles avec d'autres personnes, un peu plus de la moitié ont répondu ne pas savoir (54,9%).

3.3./ Utilisation du préservatif

L'utilisation du préservatif avec les clients et les partenaires non clients est présentée dans le tableau 2.

Près de la moitié des travailleuses du sexe, n'ayant pas utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel avec le partenaire non client, avait déclaré ne pas l'avoir utilisé du fait de la confiance qu'elles portaient à l'égard de leur partenaire (47%, n=72). Cette confiance était fondée sur le fait d'être ensemble depuis longtemps (47/72) ou d'avoir fait au moins un test de dépistage VIH (29/72). Quinze pour cent de la population de non utilisatrices, n'avaient, quant à elles, pas utilisé un préservatif car le partenaire ne le voulait pas.

Parmi les personnes interrogées, près d'un quart (24%) ont déjà utilisé deux préservatifs l'un sur l'autre et elles sont près de deux tiers (61%) à avoir déjà connu une rupture de préservatifs lors d'un rapport sexuel.

4/ DISCUSSION

4.1./ Une utilisation du préservatif différente selon le type de partenaire

L'utilisation du préservatif masculin a été abordé sous deux aspects de la sexualité des travailleuses du sexe : avec les partenaires clients et avec les partenaires non clients. Comme dans de nombreuses études [6,7], l'utilisation du préservatif masculin est bien plus systématique avec les clients (97%) qu'avec les partenaires intimes (45%). Pour beaucoup, ne pas utiliser de préservatif avec un partenaire non client était rapporté à la confiance que les travailleuses du sexe avaient à l'égard du partenaire. Il s'agissait en fait souvent de leur partenaire régulier de longue date, avec qui elles ont fait au moins un test de dépistage du VIH et avec qui elles sont engagées dans une relation « sérieuse » et ne se sentent pas à risque face au VIH [7]. Il pouvait s'agir également d'un problème d'empowerment des travailleuses du sexe face à leur partenaire intime. L'empowerment est un processus par lequel un individu accroît ses habilités favorisant le contrôle des événements qui le concernent, l'initiative et l'estime de soi. En effet, certaines personnes interrogées ont déclaré ne pas se sentir à l'aise pour proposer le préservatif à leurs partenaires non client. Dans une étude menée au Mexique et en République Dominicaine, les travailleuses du sexe se sentaient plus à l'aise de négocier l'usage du préservatif avec un partenaire client, avec lequel elles n'étaient pas engagées dans une relation longue, qu'avec le partenaire intime, celui-ci ne souhaitant pas « se sentir traité comme un client » [6].

4.2./ Risques sexuels existants et violences

Les personnes interrogées se sentaient moins vulnérables au VIH avec leur partenaire non client, tout en sachant ou soupçonnant le multipartenariat de leur partenaire intime. L'enquête KABP 2004 avait montré la fréquence des relations simultanées en Guyane [4] et une utilisation systématique du préservatif avec au moins l'un des partenaires dans le cadre d'un multipartenariat simultané à 57% [8].

La grande majorité des TS interrogées ont rapporté des ruptures de préservatifs au cours de rapports sexuels. Bien que le recours au préservatif était quasi-systématique avec les clients, l'enquête a décrit des circonstances de mauvaise utilisation du préservatif en particulier la superposition de plusieurs préservatifs, la mauvaise pose et le manque de lubrification. Parallèlement, la fréquence des rapports forcés avec les clients mais aussi avec les non clients était non négligeable. La violence des rapports, même si elle est plus courante avec les partenaires clients, a déjà été décrite dans la sphère intime [9].

La grande majorité des travailleuses du sexe de Guyane se trouvaient dans une situation socioéconomique très compliquée. Elles étaient nombreuses à ne pas avoir ni titre de séjour, ni couverture sociale, beaucoup ne savaient pas lire et écrire le français et leurs conditions de logement étaient très précaires.

Les violences subies, ajoutées aux situations socioéconomiques difficiles dans lesquelles les travailleuses du sexe évoluaient, créaient des situations de vulnérabilité potentielle face au VIH.

4.3./ Conclusion

Les prises de risques sexuels dans la population des TS avec leurs clients comme avec leurs partenaires non clients mériteraient des études complémentaires (focus groups, étude qualitative, ...). Toutefois ces premiers résultats peuvent être utiles pour les associations et les acteurs de lutte contre le VIH afin de cibler les campagnes de prévention. Plusieurs programmes globaux à destination spécifiquement des travailleuses du sexe ont déjà montré leur efficacité tels le projet Sonagachi en Inde [11] et le programme 100% condom initié en Thaïlande [12] puis adapté en République dominicaine [13].

Au vu des résultats de cette enquête, il semblerait pertinent de se focaliser sur deux axes prioritaires : la bonne utilisation du préservatif et l'empowerment des travailleuses du sexe face à leurs partenaires intimes. Ces derniers étant considérés comme une « population pont » [10].

Références

1. Sobesky M, Zoccarato AM, Magnien C, Rocca Serra P, Bissuel F, Karaoui L, Carles G, Delattre P. *L'infection par le VIH chez la femme enceinte en Guyane Française*. Gynécologie Obstétrique et Fertilité 31 (2003) 343-349.
2. Nacher M, Vantilcke V, Parriaux MC, Van Melle A, Hanf M, Labadie G, Romeo M, Adriouch L, Carles G, Couppié P. *What is driving the HIV epidemic in French Guiana ?* Int J STD AIDS, 2010 May, 21(5):359-61.
3. *Commerce du sexe et VIH/SIDA*. Genève, Suisse : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Mars 2003.
4. Halfen S, Fénies K, Ung B, Grémy I. *Les connaissances, attitudes croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004*. Paris : rapport de l'ORS Île-de-France ; avril 2006.
5. *Behavioral Surveillance Surveys: Guidelines for repeated behavioral surveys in populations at risk of HIV*. Family Health International. 2000.
6. Garcia SG, Yam EA, Firestone M. "No party hat, no party": *successful condom use in sex work in Mexico and the Dominican Republic*. Reproductive Health Matters 2006; 14(28): 53-62.
7. Wang C, Hawes SE, Gaye A, Sow PS, Ndoye I, Manhart LE, Wald A, Critchlow CW, Kiviat NB. *HIV prevalence, previous HIV testing, and condom use with clients and regular partners among Senegalese commercial sex workers*. Sex Transm Infect 2007; 83:534-540.
8. Cobat A, Halfen S, Grémy I. *Déterminants de l'utilisation du préservatif et multipartenariat hétérosexuel aux Antilles et en Guyane Françaises*. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 56 (2008) 143-157.
9. Panchanadeswaran S, Johnson SC, Sivaram S, Srikrishnan AK, Latkin C, Bentley ME, Solomon S, Go VF, Celentano D. *Intimate partner violence is as important as client violence in increasing street-based female sex workers' vulnerability to HIV in India*. International Journal of Drug Policy 19 (2008) 106-112.
10. Barrington C, Latkin C, Sweat MD, Moreno L, Ellen J, Kerrigan D. *Talking the talk, walking the walk: social network norms, communication patterns, and condom use among the male partners of female sex workers in La Romana, Dominican Republic*. Social Science and Medicine 68 (2009) 2037-2044.
11. Swendeman D, Basu I, Das S, Jana S, Rotheram-Borus MJ. *Empowering sex workers in India to reduce vulnerability to HIV and sexually transmitted diseases*. Social Science and Medicine 69 (2009) 1157-1166.
12. Rojanapithayakorn W. *The 100% condom use program in Asia*. Reproductive Health Matters 2006; 14(28): 41-52.
13. Kerrigan D, Moreno L, Rosario S, Gomez B, Jerez H, Barrington C, Weiss E, Sweat M. *Environmental-structural interventions to reduce HIV/STI risk among female sex workers in the Dominican Republic*. American Journal of Public Health 96 (2006) 120-125.

Remerciements

Nous remercions Geneviève Simard, Elsa Goujon et Vanessa Facchino de l'association Entr'Aides, Michèle Gaspard de l'association ADER, Claire Girou et Delphine Nicot de l'association AIDES, Joaquim Marques de l'association DAAC ainsi que toute l'équipe des enquêtrices pour leur participation active à ce projet.

| Connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du VIH/sida chez les piroguiers du fleuve Maroni en Guyane |

Emilie Gaubert-Marechal¹, Anne Jolivet^{2, 3, 4}, Astrid Van-Melle⁵, Marie-Claire Parriault⁵, Leila Adriouch¹, Célia Basurko⁵, Antoine Adenis⁵, Mathieu Hanf⁵, Vincent Vantilcke², Mathieu Nacher^{1, 5, 6}

¹ COREVIH Guyane, Centre Hospitalier « Andrée Rosemon », Cayenne, Guyane, France, ² Service de Médecine, Centre Hospitalier de l'ouest guyanais, Saint Laurent du Maroni, Guyane, France, ³ INSERM, U707, Equipe de Recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, Paris, France, ⁴ Université Pierre et Marie Curie, Paris 06, UMR-S 707, Paris, France, ⁵ Centre d'Investigation Clinique Epidémiologie Clinique Antilles Guyane CIC-EC INSERM CIE 802, Centre Hospitalier « Andrée Rosemon », Cayenne, Guyane, France, ⁶ UFR de médecine, Université des Antilles et de la Guyane, France

1/ INTRODUCTION

La Guyane est le département français le plus touché par l'épidémie de VIH. L'épidémie y est souvent décrite comme généralisée, mais ses moteurs n'ont pas été très bien décrits [1]. Récemment, les rôles du travail du sexe et de la consommation de crack ont été suggérés. Néanmoins, il y a de grandes différences entre Cayenne et l'ouest Guyanais. Le fleuve Maroni, qui marque la frontière entre la Guyane et le Suriname sur une distance de 520 Km à travers la forêt amazonienne, représente l'accès principal pour le transport de marchandises et de passagers vers les villages de l'intérieur. Dans ces villages, la prévalence de l'infection à VIH chez la femme enceinte est passée de 0% au début des années 90 à 1.1 % en 2003 [1]. Bien que des études qualitatives aient suggéré que les personnes vivant sur le Maroni étaient à risque pour le VIH [2], aucune étude comportementale n'a été conduite dans la région. Les piroguiers du Maroni pourraient avoir un risque accru d'acquérir et de transmettre le VIH. En effet, les migrations et la mobilité sont considérées comme des facteurs de risque vis-à-vis du VIH [3, 4]. Ainsi, l'objectif principal de cette étude était de décrire les connaissances, attitudes et pratiques vis à vis du VIH chez les piroguiers du Maroni. L'objectif secondaire était de comparer les résultats de cette étude aux résultats de l'étude KABP-DFA conduite par l'ORS Ile de France auprès de la population guyanaise en 2004 [5].

2/ MATERIEL ET METHODES

Une étude anonyme transversale a été conduite sur un échantillon de piroguiers du Maroni. La population cible était les piroguiers (guide, motoriste, ou takariste) âgés de 16-69 ans, transitant par Saint Laurent du Maroni. Cinq sites d'accostage ont été étudiés entre Juin et Octobre 2010. La collection de données était anonyme. Tous les piroguiers qui ont été interrogés étaient informés des objectifs de la recherche et leur consentement était recueilli par écrit. Ils étaient interrogés en face à face, par des enquêteurs formés, à l'aide d'un questionnaire structuré explorant les caractéristiques sociodémographiques, les connaissances, les attitudes et les pratiques vis-à-vis du VIH. Les entretiens étaient conduits en français ou en Nengue Tongo. Lorsque c'était possible, les données étaient comparées avec celles de l'enquête KABP DFA 2004 qui décrivait les connaissances, les attitudes et les pratiques de la population générale de Guyane (en 2004, un échantillon aléatoire de 406 hommes ont été enquêtés par téléphone filaire) [5]. Les proportions ont été comparées en utilisant un calculateur STATA® (College Station, Texas) version 8.2.

3/ RESULTATS

Au total, 127 piroguiers ont été interrogés.

3.1./ Données sociodémographiques (Tableau 1)

Tous les piroguiers interrogés étaient des hommes et l'âge médian était de 31 ans. 73 % ont déclaré que leur principal lieu de résidence était Saint Laurent du Maroni; 67,7 % étaient nés au Suriname et 31,5 % en Guyane; 38,1 % étaient français; 16,5 % n'avaient jamais été à l'école; 29,9% étaient célibataires, 3,2 % mariés, 55,9 % mariés « traditionnellement ». Au total, 11,8 % des piroguiers déclaraient avoir deux femmes par mariage traditionnel.

| Tableau 1 |

Caractéristiques sociodémographiques de la population enquêtée

		CAP piroguiers Maroni	
		n	%
Age	Moyenne ± écart-type	32.9 ± 10.9	
	Médiane (minimum - maximum)	31 (16-70)	
Lieu de naissance	Guyane	40	31.5
	Suriname	86	67.7
	Guyana	1	0.8
Nationalité et Statut sur le territoire	Française	48	38.1
	Étranger, situation régulière	22	17.5
	Étranger, situation irrégulière	56	44.4
Maîtrise du français	Oui (avec ou sans difficultés)	90	70.8
	Non	37	29.1
Niveau scolaire	Jamais allé à l'école	21	16.5
	Primaire, Collège	79	62.2
	Lycée	27	21.3
Situation familiale	Célibataire	38	29.9
	Marié	4	3.2
	Marié traditionnellement	71	55.9
	En concubinage	14	11.0
Lieu de résidence principal	St-Laurent du Maroni	92	73.0
	Autres communes du bassin du Maroni (rive Guyanaise)	12	9.6
	Albina (Suriname)	20	15.9
	Autres communes au Suriname	2	1.6
Total		127	100

3.2./ Connaissances, Attitudes et pratiques vis-à-vis du VIH/SIDA

3.2.1./ Connaissances

La plupart des piroguiers connaissaient le risque de transmission certain par le biais de rapports sexuels non protégés (92,9 %). Néanmoins, cette proportion était plus faible que celle trouvée chez les 406 hommes interrogés au niveau de la population générale en 2004 (97,6 %, $p=0,01$). Les croyances erronées persistaient à pro-

pos des modes de transmission : 23,6% des piroguiers déclaraient que le VIH pouvait être transmis par des piqûres de moustiques (vs 15,5 % au niveau de la population générale masculine, $p=0,04$). Les connaissances sur les moyens de prévention étaient plus faibles : 72,4 % des piroguiers déclaraient que les préservatifs étaient un moyen de protection contre le VIH (vs 95,2 % chez la population générale masculine, $p<0,001$). 30,7 % des piroguiers répondaient que l'affirmation « Le SIDA n'est pas une maladie : c'est une malédiction » est exacte. (Tableau 2)

| Tableau 2 |

Comparaison des principaux résultats de l'enquête Connaissances, Attitudes et Pratiques vis à vis du VIH/SIDA auprès des piroguiers du Maroni et des résultats de l'enquête conduite par l'ORS Île de France (KABP-DFA 2004) auprès de la population masculine guyanaise en 2004 [1].

	CAP Piroguiers Maroni (n=127)	KABP-DFA-2004 Guyane Hommes ¹ (n=406)	p
Connaissances des modes de transmission			
<i>(% de « OUI »)</i>			
Circonstances certaines de transmission			
Lors d'un rapport sexuel sans préservatif	92.9	97.6	0.01
Circonstances sans transmission			
Par une piqûre de moustique	23.6	15.5	0.04
En serrant la main d'une personne infectée	4.8	2.6	0.21
Lors d'un rapport sexuel avec préservatif	11.0	17.8	0.07
En buvant dans le même verre ou en mangeant dans la même assiette qu'une personne infectée ²	7.9	8.6	0.80
Le SIDA n'est pas une maladie: c'est une malédiction ³	30.7	-	
Connaissances des stratégies de protection			
<i>(% de « tout à fait ou plutôt efficace »)</i>			
Efficaces			
Utiliser un préservatif masculin	72.4	95.2	<10 ⁻³
Utiliser un préservatif féminin	71.7	71.8	0.98
Inefficaces			
Se laver après l'acte sexuel	18.1	14.7	0.36
Se retirer avant la fin du rapport sexuel	15.0	13.1	0.59
« complémentaires ou alternatives »			
Poser des questions à sa partenaire sur sa vie sexuelle passée	38.9	39.4	0.92
Demander un test de dépistage du virus du SIDA à sa partenaire	56.7	67.0	0.03
Faire régulièrement un test de dépistage du virus du SIDA	62.2	62.0	0.97
Choisir des partenaires qui n'ont pas l'air malade ⁴	26.0	35.4	0.05
Avoir des rapports sexuels avec peu de partenaires différents	26.0	31.0	0.28
Premier rapport sexuel			
Age médian 1er rapport sexuel (en années)	14 ans	15.4 ans	
Utilisation du préservatif lors du 1er rapport sexuel	7.9%	27.0%	<10 ⁻³
Activité sexuelle, recours à la prostitution et IST au cours des 12 derniers mois			
% de multipartenaires (>1 partenaire au cours des 12 derniers mois)	81.0%	21.1%	<10 ⁻³
Utilisation préservatif (au moins une fois) au cours des 12 derniers mois pour les multipartenaires	92.2%	81.1%	<10 ⁻³
Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel	57.7%	25.4%	<10 ⁻³
Au moins une IST au cours des 12 derniers mois	30.1%	3.2%	<10 ⁻³
% d'hommes ayant eu recours à la prostitution (au cours des 12 derniers mois) ⁵	50.4%	2.7%*	<10 ⁻³
Dépistage au cours de la vie			
% n'ayant jamais eu de recours au dépistage au cours de la vie	23.6 %	38.6%	0.002

¹ Données de l'enquête ORS Ile-de-France/ANRS – Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004. Compléments d'analyses faites sur demande en mars 2011 ; ² « En buvant dans le même verre qu'une personne infectée » dans l'étude KABP-DFA-2004 ; ³ La question n'était pas posée dans l'étude KABP-DFA-2004 ; ⁴ « Choisir correctement ses partenaires » dans l'étude KABP-DFA-2004 ; ⁵ % d'hommes ayant déclaré avoir eu au moins une fois des rapports sexuels en payant ou en étant payé au cours des 12 derniers mois dans l'étude KABP-DFA-2004.

3.2.2./ Attitudes

33,9 % des piroguiers ont déclaré être « tout à fait d'accord » ou « d'accord » avec le fait qu'« il faut isoler les malades du SIDA du reste de la population ».

3.2.3./ Pratiques

L'âge médian au premier rapport était de 14 ans et seuls 7,9 % des piroguiers indiquaient avoir utilisé un préservatif lors du premier rapport (vs 27 % chez la population générale masculine, $p < 0,001$). La proportion d'hommes potentiellement exposés au VIH était plus élevée chez les piroguiers que dans la population générale. En effet, 81 % des piroguiers rapportaient plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédant l'étude (vs 21,1 % chez la population générale masculine, $p < 0,001$) ; 50,4 % avaient rapporté des rapports sexuels avec une prostituée, au moins une fois dans l'année précédente (vs 2,7 % chez la population générale masculine, $p < 0,001$) et 30,1 % des piroguiers ont déclaré au moins une infection sexuellement transmissible dans l'année précédente (vs 3,2 % chez la population générale masculine, $p < 0,001$). Plus d'un tiers des piroguiers (31%) estimaient qu'il est difficile de trouver des préservatifs dans le bassin du Maroni. Une proportion élevée de piroguiers n'avait pas eu accès au dépistage du VIH : 23,6 % des piroguiers ont déclaré n'avoir jamais eu recours au dépistage du VIH au cours de leur vie (vs 38,6 % chez la population générale masculine, $p = 0,002$). (Tableau 2)

4/ DISCUSSION

Les limites principales de cette étude étaient d'une part que les piroguiers interrogés à Saint Laurent du Maroni n'étaient pas forcément représentatifs de tous les piroguiers du Maroni, d'autre part que les comparaisons avec l'enquête de 2004 comparaient des résultats d'études au mode d'échantillonnage et au mode d'entretien différents. Cependant, bien que la présente étude ait des faiblesses, c'est la première étude décrivant cette population mobile qui ne peut s'échantillonner par des méthodes probabilistes. La présente étude montre qu'une proportion élevée de piroguiers du Maroni est potentiellement à risque d'acquérir et de transmettre le VIH. En effet, cette étude montre que les piroguiers ont des connaissances limitées en matière de VIH-SIDA. Les moyens de protection sont moins bien connus que les modes de transmission et de fausses croyances persistent. Le multi partenariat et le recours à la prostitution sont fréquents. Enfin, plus d'un tiers des piroguiers déclarent des attitudes

discriminatoires. Il semble donc indispensable de développer des efforts de prévention spécifiques chez cette population qui n'a pour l'instant pas fait l'objet d'interventions préventives spécifiques.

Les aspects socioculturels sont à prendre en compte dans cette population. Par exemple : le mariage traditionnel avec plusieurs femmes est possible dans la culture noir marronne ; la mobilité est importante sur le Maroni car les villages isolés sont accessibles par voie fluviale uniquement ; l'effet contraceptif des préservatifs, dans une culture qui valorise le fait d'avoir des enfants, pourraient constituer un obstacle à l'usage de ce moyen de prévention. Par ailleurs, nous pouvons nous interroger sur la perception du risque chez les piroguiers du Maroni qui passent régulièrement à travers de dangereux rapides, mettant leur cargaison et eux-mêmes en danger. Des études qualitatives sur les facteurs socioculturels et sur les attitudes face aux risques dans cette population nous semble nécessaire afin d'approfondir ces hypothèses. Néanmoins, alors que le rôle de ces facteurs socioculturels est méconnue, l'accès à la prévention et aux soins sont définitivement moindres sur le Maroni que sur le littoral. Une combinaison d'approches préventives spécifiques devrait être priorisée en Guyane. Trente ans après le premier cas en Guyane, le manque de connaissances sur les moteurs de l'épidémie maintenu par un flou autour de "l'épidémie généralisée" a ralenti l'adaptation de la réponse au terrain. L'étude décrite ici ouvre une nouvelle piste de prévention ciblée.

Références

1. Nacher M, Vantilcke V, Parriault MC, Van Melle A, Hanf M, et al. (2010) What is driving the HIV epidemic in French Guiana? *Int J STD AIDS* 21(5): 359-361.
2. Terborg J, Boven K (2000) Sexual behaviour and sexually transmitted diseases among maroons and indigenous populations in the hinterland of Suriname. *ProHealth & Primary Health Care Suriname*, Paramaribo.
3. UNAIDS (2001) Population Mobility and AIDS: UNAIDS Technical update: February 2001. UNAIDS Information Centre, Geneva.
4. Lippman SA, Pulerwitz J, Chinaglia M, Hubbard A, Reingold A, et al. (2007) Mobility and its liminal context: Exploring sexual partnering among truck drivers crossing the Southern Brazilian border. *Social Science & Medicine* 65(12): 2464-2473.
5. Halfen S, Féniès K, Ung B, Grémy I (2006) Les connaissances, attitudes croyances et comportements face au VIH/SIDA aux Antilles et en Guyane en 2004. Rapport de l'ORS Île de-France, Paris.

L'étude a été soutenue financièrement par le Réseau Kikiwi (Réseau Ville Hôpital pour le VIH-SIDA, Maison des réseaux, Cayenne, Guyane, France). Nous tenons à remercier particulièrement Mme Halfen (ORS Ile de France) pour sa collaboration.



La vie autour du VIH/sida : témoignages d'équipes soignantes et de prévention

LE KIT BASE KREOL

Association « Paroles autour de la Santé »¹, Guadeloupe
¹ parolesautourdela Santé@yahoo.fr

L'objectif général de l'action décrite ici est de permettre aux usager(e)s de cocaïne basée (crack) de réduire les risques liés à leur consommation, à travers la création et la distribution d'un tract d'informations et de prévention créolisé, élaboré avec la participation des usagers eux-mêmes.

Qu'est-ce qui caractérise l'association « Paroles autour de la Santé » (PAS) ?

Depuis sa création en 2003, PAS est mobilisée sur la question de la promotion de la santé et plus particulièrement sur la réduction des risques de VIH/Sida, aux IST et aux hépatites. Ces neuf années d'existence ont été ponctuées par la mise en place d'actions dans trois principaux domaines d'intervention : 1) la prévention ; 2) la recherche ; 3) le socioculturel. Notre projet associatif 2011-2012 a privilégié la prévention à travers la réalisation d'actions qui associent les communautés concernées : élaboration ou adaptation d'outils d'informations et de prévention, travail avec et auprès des Travailleuses Du Sexe ou encore tenue de stands d'informations et de prévention en contexte festif, sportif et culturel.

Les mots clés de PAS en termes d'approche et d'éthique sont santé communautaire, auto-support, prévention, réduction des risques, autonomisation, responsabilisation, militantisme.

Quel est le contexte de cette action ?

Les Départements français d'Amérique (DFA) sont parmi les plus touchés par l'épidémie du VIH/Sida au niveau national. Ils sont marqués par des spécificités dues à de nombreux facteurs, notamment géographiques, culturels et économiques. Concernant plus particulièrement le risque lié aux addictions, la population des usager(e)s de crack a fait l'objet de peu d'études mais celles qui sont disponibles dessinent les contours d'une réalité spécifique des modes d'usage et du profil des consommateurs¹. Les observations de terrain collectées par nos membres étaient unanimes sur la question de la quasi-absence d'outils de Réduction des risques (RdR) ou de leurs difficultés d'accès.

Comment s'est déroulé le travail ?

En l'absence de « kit à Crack » sur le terrain ainsi que dans les structures d'accueil, les membres de l'association PAS ont investi cette question en vue de répondre à la pratique d'échange de la pipe à crack observée auprès de la population concernée. La première étape a été d'identifier et de mobiliser les partenaires. Plusieurs rencontres ont été nécessaires pour expliquer la démarche communautaire et les principes de réduction des risques. Pour l'équipe de PAS, ces échanges ont permis de mieux appréhender la réalité locale. Cette première phase - identification et mobilisation des partenaires - a duré quatre mois.

La seconde phase du projet correspond à la mise en œuvre. Une convention a été signée avec les deux partenaires directs de l'action : le Centre d'hébergement et de réinsertion Sociale (CHRS) « Acajou Alternative » et le Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) de Basse-Terre. Après signature, des réunions ont été organisées au CHRS : l'équipe de PAS a animé plus d'une dizaine de séances de travail. L'étape finale a été la présentation du projet au Réseau Addiction Guadeloupe et sa validation lors de la tenue de son conseil scientifique.

Nous avons alors communiqué, sensibilisé, formé des professionnels et distribué nos kits auprès d'usager(e)s, et de professionnel (le)s des DFA. Grâce aux premiers retours du terrain, nous avons amélioré notre kit à crack (version avec préservatifs féminin, aluminium à la place des grilles, pansement).

Quels ont été les retombées de cette action ?

La diffusion de cet outil auprès de la population des usager(e)s de crack et des acteurs sociaux concernés a permis de développer l'approche de RdR dans le cadre d'une démarche communautaire sur un territoire habituellement peu enclin à ces approches et démarche. Le résultat qui de notre point de vue est le plus motivant : la mobilisation communautaire qui a suivi ce projet d'action. C'est le fruit d'un travail mené en collaboration étroite entre des usagers de drogues et des acteurs sociaux.

Quelles sont les perspectives ?

Notre association a fini son travail d'innovation, mais nous ne souhaitons pas que ce projet s'arrête en si bon chemin. Nous espérons que d'autres associations et structures locales s'empareront de ce nouvel outil pour l'adapter (*nouvelles pipes, nouveaux embouts*) et diffuser le « kit à crack » créolisé sur notre territoire. Cet outil pourrait, par ailleurs, être testé, adapté et utilisé dans les autres DFA.

¹ Exception faite pour l'enquête conduite par l' (ORSAG 2008 intitulée, *Profil et trajectoire des usagers de crack en Guadeloupe*)

Expérience des tests rapides au CIDDIST de Saint-Martin

Nadia Agape, Infirmière au CIDDIST CH Flemming St Martin

En 2007, le Dr François Bissuel, alors responsable du CIDDIST (Centre D'information, de Dépistage, de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles) du centre hospitalier de Saint-Martin propose à l'équipe de participer à une étude de faisabilité sur l'utilisation des tests de dépistage rapide pour la recherche du VIH, tests alors peu répandus (utilisés seulement à Fort de France pour ce qui est des DFA).

Quel est le contexte de cette expérience ?

Plusieurs éléments caractérisent St Martin : une petite île (93km²), partagée entre le Royaume des Pays Bas et la France et peuplée d'environ 90 000 habitants. Plus de 100 nationalités y vivent en bonne harmonie et l'on passe sans difficulté de l'anglais au français, à l'espagnol, au créole, au papiamentu. Cette ancienne commune de la Guadeloupe (côté français) est devenue Collectivité d'Outre-Mer depuis 2007.

Du point de vue social, il existe une forte population migrante, souvent en situation précaire. S'il existe une prise en charge par la Sécurité Sociale du côté français, les patients du côté néerlandais doivent disposer d'une assurance privée, qui n'est délivrée que si ce patient est en situation régulière.

Pourquoi s'être lancé dans l'aventure des tests rapides en 2007 ?

Les facteurs de notre motivation étaient multiples : la participation à une démarche expérimentale, la prévalence élevée du VIH et son dépistage souvent tardif à Saint-Martin, la situation souvent précaire et à l'écart du système de soins des personnes à risque, des résultats de prélèvements sanguins non récupérés par les patients dans un nombre de cas non négligeable et donc des patients non pris en charge.

Comment se sont passés les premiers pas en 2008 ?

Bien que ma collègue et moi soyons intéressées, une petite crainte nous habite car il va falloir modifier notre façon de travailler (entretien raccourci, rédaction de procédures, apprentissage de nouveaux gestes....)

Nous débutons en janvier 2008 avec beaucoup d'appréhension car nous sommes la 2^{ème} équipe, après Fort de France, à utiliser cette méthode innovante et inédite pour nous. Les 1^{ers} jours sont stressants car nous testons, grandeur nature, nos nouveaux documents, nos procédures, mais cela plaît beaucoup à l'équipe car c'est une nouvelle aventure, un nouveau challenge.

Quelle est la méthode utilisée ?

Deux entretiens, avant le test et à la remise du résultat, sont conduits dans la langue du patient. Cette partie est essentielle dans la démarche diagnostique.

Le test utilisé est le Determine HIV 1/2 Combo : méthode qualitative de détection de l'antigène (p24) du VIH et des anticorps anti-VIH1 et 2. Après avoir désinfecté le doigt choisi, réalisé une digiponction, la 1^{ère} goutte de sang est essuyée, puis 50µl sont prélevés avec une pipette et déposés sur une bandelette. Après 1mn de séchage, une goutte de tampon est déposée sur la bandelette : si le test est validé l'usager est invité à patienter 15 mn en salle d'attente avant de recevoir son résultat.

Tout test rapide positif est confirmé par un test sanguin Western Blot et le patient reçoit son résultat définitif au cours d'un nouveau rendez-vous.

Qui réalise le test ?

Depuis 2010, après la fin de l'étude de faisabilité et la mise en œuvre en routine de la démarche, c'est l'infirmière, formée aux entretiens (Counseling), qui pratique l'ensemble du diagnostic rapide : entretiens pré, per et post test, recueil du consentement éclairé oral du patient, réalisation technique du test en respectant la fenêtre sérologique de 3 mois après la dernière prise de risque.

Tous les entretiens sont importants, même en cas de résultat négatif. Le calme et la disponibilité sont des atouts essentiels. Après 2 ans de pratique de rendu de résultat, il n'est jamais facile de remettre un résultat positif...

Le médecin est informé de tout résultat positif avant sa remise au patient et la prise de sang de contrôle.

Quel est notre bilan depuis janvier 2008 ?

Plus de 2000 tests ont été réalisés par l'équipe depuis 2008.

Le travail de l'infirmière a évolué : plus de responsabilité notamment en ce qui concerne la remise des résultats. Depuis que nous réalisons celle-ci, nous nous sommes rendus compte qu'il y a moins d'attente et que, en cas de résultat positif, le relais au médecin est fait plus en douceur.

Cette expérience innovatrice a bousculé notre quotidien, a permis une remise en question de nos pratiques et a permis de dépoussiérer nos procédures de fonctionnement.

1^{er} Décembre
Journée mondiale de lutte contre le sida

DÉPISTAJ LA PA OUBLIÉ'Y !



Tous unis contre le SIDA !



Cire Antilles Guyane

Tél. : 05 96 39 43 54 — Fax : 05 96 39 44 14
Mail : martine.ledrans@ars.sante.fr

Guadeloupe

Cire Antilles Guyane

Tél. : 05 90 99 49 54 / 49 07
Fax : 05 90 99 49 24

Mail : sylvie.cassadou@ars.sante.fr
Mail : jean-loup.chappert@ars.sante.fr

ARS/CVGS

Tél. : 05 90 99 44 84
Fax : 05 90 99 49 24

Mail : patrick.saint-martin@ars.sante.fr

Guyane

Cire Antilles Guyane

Tél. : 05 94 25 72 49 / 72 50 / 72 52
Fax : 0594 25 72 95

Mail : vanessa.ardillon@ars.sante.fr
Mail : luisiane.carvalho@ars.sante.fr
Mail : claude.flamand@ars.sante.fr

ARS/CVGS

Tél. : 05 94 25 72 35
Fax : 05 94 25 72 95

Mail : francoise.eltges@ars.sante.fr

Martinique

Cire Antilles Guyane

Tél. : 05 96 39 43 54
Fax : 05 96 39 44 14

Mail : alain.blateau@ars.sante.fr
Mail : elise.daudens@ars.sante.fr
Mail : jacques.rosine@ars.sante.fr

ARS/CVGS

Tél. : 05 96 39 42 52
Fax : 0596 39 44 26

Mail : josselin.vincent@ars.sante.fr

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin de Veille Sanitaire sur : <http://www.invs.sante.fr>

Directeur de la publication : Dr Françoise Weber, Directrice générale de l'Institut de veille sanitaire

Rédacteur en chef : Martine Ledrans, Responsable scientifique de la Cire AG

Maquettiste : Claudine Suivant, Cire AG

Comité de rédaction : Vanessa Ardillon, Alain Blateau, Luisiane Carvalho, Dr Sylvie Cassadou, Dr Jean-Loup Chappert, Elise Daudens, Claude Flamand, Martine Ledrans, Marion Petit-Sinturel, Jacques Rosine.

Diffusion : Cire Antilles Guyane - Centre d'Affaires AGORA—Pointe des Grives. B.P. 656. 97261 Fort-de-France

Tél. : 596 (0)596 39 43 54 - Fax : 596 (0)596 39 44 14

<http://www.invs.sante.fr> — <http://www.ars.sante.fr>