



Page 2	: Surveillance des infections à VIH et Sida dans les territoires français d'Amérique
Page 10	: e-DO : le nouvel outil en ligne pour les maladies à déclaration obligatoire
Page 11	: Cegidd aux Antilles
Page 12	: Dépistage hors les murs : comment harmoniser les pratiques de dépistage et de recueil de données autour des IST sur un même territoire avec différents acteurs ?
Page 13	: Caractéristiques des détenus infectés par le VIH en Guyane française
Page 17	: Carte d'identité de l'histoplasmosse
Page 17	: L'histoplasmosse disséminée du patient infecté par le VIH : de la Guyane à l'Amérique latine
Page 21	: Surveillance de la syphilis et des gonococcies dans les Antilles (Martinique et Guadeloupe)
Page 30	: Evolution de la surveillance des IST en France
Page 30	: Définitions de cas de syphilis récente et de gonococcie RésIST
Page 31	: Organisation de la surveillance des IST en France
Page 32	: Comment optimiser l'offre de dépistage des IST, hépatites virales et VIH en Guadeloupe ?
Page 33	: Enquête V3T : auto-test VIH, soyez nombreux à vous connecter !
Page 34	: Lettre d'information santé sexuelle jeunes, Santé publique France

| Editorial |

Caroline Six, responsable scientifique de la Cire Antilles
Fabrice Quet, responsable scientifique de la Cire Guyane

Depuis près de 30 ans, le 1^{er} décembre de chaque année est la journée consacrée au VIH et aux Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

Ce bulletin de veille sanitaire présente les données issues de la surveillance nationale, coordonnée par Santé publique France, de la déclaration obligatoire des infections VIH/Sida ainsi que de l'activité de dépistage des laboratoires (laboVIH) pour l'année 2015. Pour la première fois, les données issues des réseaux régionaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles bactériennes (RésIST) sont également présentées dans ce bulletin. Ces réseaux sont basés sur le volontariat et sont animés par la Cire Antilles. Ils ne concernent, pour l'instant, uniquement la Guadeloupe dont St Martin (mise en place en 2015) et la Martinique (mise en place depuis 2009). Il est prévu que ces réseaux soient développés en Guyane courant 2017.

L'ensemble des données VIH et IST est présenté par territoires et les données sont comparées avec le niveau national. On observe une diminution constante des taux de découverte de séropositivité VIH et des incidences du Sida depuis plus de dix ans dans l'ensemble des Territoires Français d'Amérique (TFA.) Cependant, cette tendance est à relativiser puisque ces indicateurs restent les plus élevés de France. Parmi les TFA, le taux de découverte de séropositivité le plus faible est observé en Martinique. Alors qu'en Guadeloupe et en Guyane, la tendance globale est à la baisse depuis plusieurs années consécutives, l'incidence du Sida en Martinique reste, quant à elle, stable depuis 2013.

Le chemin qui reste à parcourir est encore long !

Des différences bien marquées apparaissent au sein des TFA et la métropole. La Martinique, la Guadeloupe et la Guyane présentent en 2015 des taux de séropositivité respectivement une fois et demi, deux fois et huit fois plus élevés que le niveau national. Les modes de contamination, les délais de diagnostic, ainsi que les co-infections avec d'autres IST montrent, elles aussi cette hétérogénéité entre territoires. Des 3 TFA, la Guyane se démarque du national sur davantage de points que la Martinique et la Guadeloupe (moindre part des HSH et retard de diagnostic plus important).

Concernant les maladies inaugurales classant Sida, les candidoses et pneumocystoses arrivent en tête en Martinique et en Guadeloupe dont St Martin, alors que c'est l'histoplasmosse qui est le plus souvent retrouvée en Guyane. L'occasion de revenir sur l'histoplasmosse et de présenter l'historique de son étude en Guyane et son changement de statut : de pathologie anecdotique et méconnue à ennemi public numéro un. Enfin, les co-infections par d'autres IST (dont syphilis et gonococcies) présentes chez 10 % à 20 % des cas incidents VIH dans les Territoires français d'Amérique en 2015, sont révélatrices de comportements sexuels à risque et montrent l'importance de la surveillance de ces infections à la fois pour l'évaluation des campagnes de prévention, mais aussi à destination de populations particulièrement vulnérables comme les populations carcérales. Un article consacré à cette population en situation malheureusement souvent précaire souligne justement l'importance et la nécessité d'adapter des actions spécifiques de promotion de la santé sexuelle.

Les réseaux de surveillance spécifiques aux IST bactériennes

(gonococcies et syphilis), RésIST, présents aux Antilles montrent également une recrudescence et les mêmes observations que celles relevées pour le VIH, avec des retards de diagnostic plus importants et la population d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) de plus en plus concernée.

L'évaluation de la situation des IST en Guyane est nécessaire et la mise en place de ces réseaux est attendue en 2017.

Si le bon usage du préservatif demeure un outil essentiel de prévention contre le VIH et les IST, il est impératif de prendre en compte d'autres outils afin d'optimiser les stratégies de prévention. Par exemple, la prévention combinée regroupe de nombreux moyens de prévention (préservatifs, réduction des risques, autotest

VIH, trithérapie, traitement post exposition, prophylaxie pré exposition, ...) à disposition de tous pour enrayer l'épidémie du VIH. Plusieurs encadrés dédiés aux évolutions et aux actions menées dans le champ de la promotion de la santé sont présentés et permettent d'enrichir ce bulletin.

Que ce soit au travers de l'analyse de données issues de la DO, d'initiatives régionales en termes de surveillance locale ou de certaines spécificités abordées dans ce BVS, la surveillance du VIH et des IST et de leurs évolutions dans le temps restent un enjeu de santé publique particulièrement important pour les TFA pour mieux comprendre, alimenter et adapter au plus proche de la réalité les actions de dépistage et de promotion de la santé sexuelle sur nos territoires.

| Surveillance des infections à VIH et Sida dans les territoires français d'Amérique |

Marion PETIT SINTUREL¹, Lydéric AUBERT², Mathilde MELIN³, Françoise CAZEIN⁴

¹ Cellule d'intervention en région Guyane, Santé publique France

² Cellule d'intervention en région Antilles, antenne Guadeloupe, Santé publique France

³ Agence Régionale de Santé de Guadeloupe

⁴ Direction des maladies infectieuses, unité VIH, Hépatites B et C, IST, Santé publique France, siège national

Cet article présente les données de surveillance du dépistage et du diagnostic de l'infection à VIH ainsi que celles du diagnostic du Sida dans les Territoires Français d'Amérique (TFA) (Guyane, Martinique, Guadeloupe, St Martin et St Barthélemy) à partir de trois systèmes de surveillance coordonnés par Santé publique France.

La surveillance de l'activité de dépistage du VIH dans les laboratoires (LaboVIH) repose sur le recueil auprès de l'ensemble des laboratoires, en ville et à l'hôpital, du nombre de personnes testées pour le VIH, et du nombre de personnes confirmées positives pour la première fois pour le laboratoire. Le formulaire papier ou le lien pour répondre en ligne à LaboVIH sont disponibles auprès de Santé publique France (INVS-DM-VIC@invs.sante.fr).

La notification obligatoire de l'infection par le VIH est réalisée à la fois par le biologiste et par le clinicien pour toute personne dont la sérologie est confirmée positive pour la première fois par le laboratoire. La notification obligatoire du Sida est réalisée par le clinicien pour tout nouveau diagnostic de Sida. Ces deux notifications sont rendues anonymes à la source par le déclarant, elle comporte en guise d'identifiant un code d'anonymat, calculé au moyen d'un logiciel fourni par Santé publique France.

La surveillance virologique est couplée à la notification obligatoire du VIH. Elle est réalisée par le Centre National de Référence (CNR) du VIH qui effectue des tests complémentaires à partir d'un échantillon sur buvard, déposé par le biologiste. Elle ne concerne que l'adulte et l'adolescent et elle est volontaire pour le patient comme pour le biologiste.

NOUVEAUX DISPOSITIFS EN 2016

- **e-DO** : la déclaration obligatoire sous format papier se dématérialise. Les cliniciens et les biologistes (y compris le CNR) peuvent désormais utiliser l'application e-DO pour notifier toute personne dont la sérologie est confirmée positive pour la première fois par le laboratoire. Les biologistes peuvent également participer à LaboVIH. Le dispositif e-DO est décrit en « encadré 1 » de ce numéro.

- **Création des CeGIDD** (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic) : nés en 2016 de la fusion des Ciddist (Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles) et des CDAG (Centre de dépistage anonyme et gratuit de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine). Cette structure est décrite en encadré n°2 de ce numéro.

A RETENIR – DO/VIH ANTILLES ET GUYANE 2015

DO/VIH-Sida dans les Antilles-Guyane : données corrigées et tendances* :

Au vu des larges intervalles de confiance et en l'absence de données corrigées des cas de Sida disponibles en 2015 pour la Guyane, les tendances décrites ci-après sont à interpréter avec prudence.

- Les taux de découverte de séropositivité dans les TFA sont les plus élevés de France et sont comparables à ceux estimés l'année précédente. Parmi les TFA, le taux de découverte le plus faible est observé en Martinique, comparable de celui observé en Ile de France en 2015 ;

- Alors qu'en Guadeloupe et en Guyane, la tendance globale est à la baisse depuis plusieurs années consécutives, l'incidence du Sida en Martinique reste stable depuis 2013.

DO/VIH-Sida dans les Antilles-Guyane : données brutes* :

- La part des Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres Hommes (HSH) VIH(+) augmente dans chaque TFA en 2015, ce qui peut être un indicateur d'un meilleur dépistage de cette population ;

- La population la plus touchée reste les personnes jeunes de 25 à 49 ans, d'orientation hétérosexuelle ;

- Alors que les hommes sont les plus concernés aux Antilles, les femmes le sont en même proportion en Guyane, où persiste un mode de contamination par transmission materno-fœtale ;

- Les diagnostics précoces sont fréquents en Martinique et représentent environ 4 diagnostics sur 10, alors que cette proportion est 2 à 3 fois plus faible en Guyane et en Guadeloupe. En revanche, la proportion de diagnostics au stade avancé de l'infection est proche de 40 % dans les trois TFA ;

- Entre 10 et 20 % des patients ayant découvert leur séropositivité VIH dans les TFA présentaient une infection avec une autre IST ;

- Alors que les personnes nées en France représentent la majorité des diagnostics en Martinique et près de la moitié en Guadeloupe, elles sont minoritaires en Guyane. Les personnes nées à Haïti représentent près de la moitié des découvertes en Guyane ;

- En 2015, la principale maladie inaugurale associée au Sida est la candidose dans les Antilles (entre 25 % et 35 %) et l'histoplasmosse en Guyane (25 %).

* se référer à la rubrique « NOTA » page 3

CIRE ANTILLES / CIRE GUYANE | [Le bulletin de veille sanitaire](#)

DONNEES NATIONALES 2015

- Le nombre total de sérologies VIH réalisées sur l'ensemble de la France en 2015 est estimé, à partir de l'activité des laboratoires participant au réseau LaboVIH, à 5,35 millions (IC_{95%} [5,29 - 5,42]), soit 81 sérologies VIH pour 1 000 habitants. Cette activité de dépistage a augmenté modérément, de 3 % par rapport à 2013. La proportion de sérologies confirmées positives est de 2 pour 1000 sérologies réalisées.
- Des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) communautaires sont réalisés par les associations agréées, en nombre beaucoup plus faible (62 000 en 2015), auprès d'un public ciblé plus exposé que la population générale. La proportion de tests positifs y est donc plus élevée (7,7 pour 1000 TROD réalisés).
- Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en France en 2015 est estimé, à partir de la DO du VIH, à près de 6 000 personnes (IC_{95%} [5 538 - 6 312]), soient 89 découvertes par million d'habitants. Ce nombre est stable sur la période 2011-2015.
- Environ 1 200 cas de Sida ont été diagnostiqués en 2015, principalement chez des personnes qui n'avaient pas reçu de traitement antirétroviral avant leur diagnostic de Sida (83 %).

*NOTA :

Les analyses des diagnostics VIH et Sida présentées ici sont issues de la déclaration obligatoire des découvertes de séropositivité et des diagnostics de Sida notifiée jusqu'au 31/12/2015. Les chiffres de 2015 sont à prendre avec précaution en raison des délais de déclaration qui peuvent impacter la dernière année.

- Ces données peuvent être brutes, c'est-à-dire limitées aux données parvenues à Santé publique France à cette date. Les données brutes permettent de décrire les caractéristiques des cas car en raison de la sous-déclaration, des délais de déclaration et des valeurs manquantes, les effectifs bruts sous-estiment le nombre réel de diagnostics.
- Ces données brutes peuvent être corrigées pour tenir compte justement des délais de déclaration, de la sous-déclaration, et des valeurs manquantes sur les déclarations reçues. Pour connaître le nombre annuel de diagnostics, pour analyser les évolutions au cours du temps ou pour comparer les régions en rapportant les cas à la population, il est nécessaire d'utiliser des données corrigées. Ces corrections sont d'autant plus fiables et précises que l'exhaustivité de la déclaration est élevée. L'exhaustivité de la DO du VIH est estimée chaque année, alors que la dernière estimation d'exhaustivité de la DO du Sida porte sur l'année 2009.
- L'analyse porte sur les cas d'infection à VIH et de Sida résidant dans les TFA (Guadeloupe / St Martin / St Barthélemy, Martinique et Guyane). Dans les données corrigées, le département de déclaration est utilisé par défaut lorsque le département de domicile n'est pas renseigné.
- Dans cet article, lorsqu'il s'agira des données de la Guadeloupe, les données sanitaires des Collectivités d'Outre-mer de St Martin et St Barthélemy seront incluses. La population concernée sera donc celle de la Guadeloupe, de St Martin et de St Barthélemy.

1. Infection à VIH

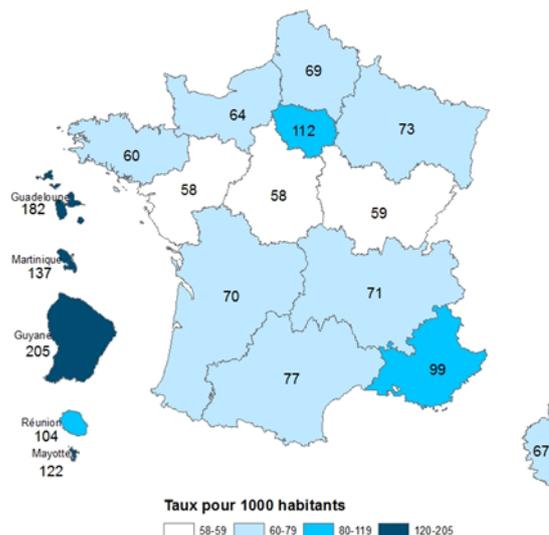
1.1. Activité de dépistage du VIH

En 2015, le nombre de sérologies VIH effectuées en Guadeloupe, en Martinique et en Guyane était respectivement de 182 pour 1 000 habitants, de 137 pour 1 000 habitants (IC_{95%} : [131 - 143]), et de 205 pour 1 000 habitants (données exhaustives).

Il est de 81 pour 1 000 habitants, (IC_{95%} : [79 - 81]) pour la France entière (Figure 1).

| Figure 1 |

Nombre de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants (LaboVIH), par région, France, 2015.



Source : Santé publique France, données LaboVIH, 2015

En termes de tendances, le nombre de sérologies réalisées en Guadeloupe et en Guyane augmente de manière constante depuis 10 ans alors qu'en Martinique ce chiffre tend à se stabiliser depuis 2008.

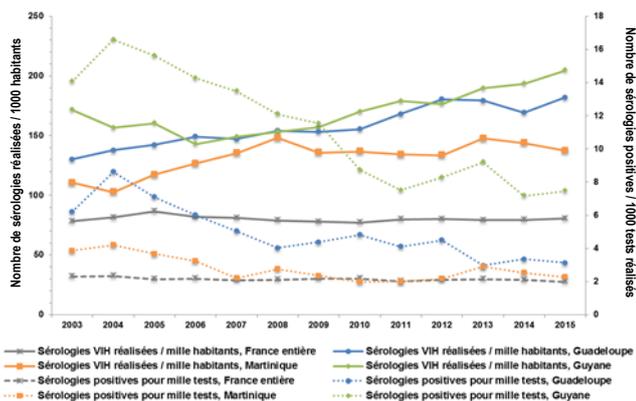
Après une légère baisse observée en Guadeloupe et dans les îles du Nord en 2014, le nombre de sérologies réalisées continue sa progression. En 2015, les chiffres enregistrés en Guyane et en Guadeloupe sont les plus importants observés depuis le début de la surveillance de l'activité du dépistage du VIH dans les laboratoires (LaboVIH). Après une nette augmentation observée entre 2012 et 2013 en Martinique, le nombre de sérologies réalisées en 2015 est revenu aux niveaux observés entre 2008 et 2012.

Les taux estimés de sérologies positives pour 1 000 tests réalisés sont globalement en diminution depuis 2004 en Guyane et en Guadeloupe. Le taux en Martinique est stable depuis 2007, proche de celui de la France entière. En 2015, ce taux était estimé à 2,3 sérologies positives VIH pour 1 000 tests réalisés en Martinique et à 3,1 en Guadeloupe. La Guyane reste le territoire ayant le taux estimé le plus élevé de la France entière avec 7,4 sérologies positives pour 1 000 tests réalisés en 2015 (Figure 2).

Une tendance à l'augmentation du recours au dépistage est observée dans les Antilles.

| Figure 2 |

Evolution du nombre de sérologies réalisées et du nombre de sérologies positives pour 1 000 tests sérologiques dans les TFA et en France, 2003-2015



Source : Santé publique France, données LaboVIH, 2003-15

1.2 Notification Obligatoire de l'infection à VIH

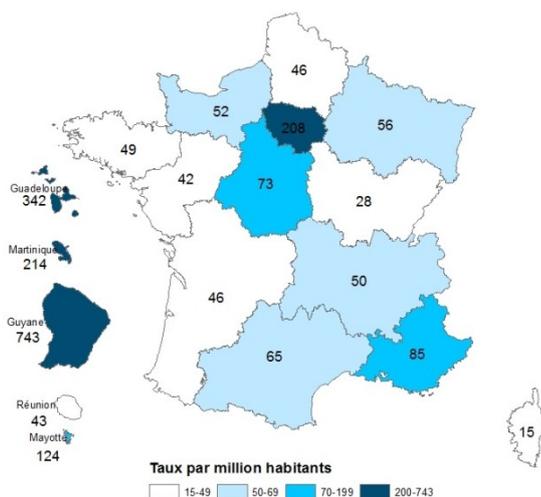
Découvertes de Séropositivité

En 2015, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en Guadeloupe, en Martinique et en Guyane était respectivement de 342 personnes (IC_{95%} : [160 - 523]), 214 (IC_{95%} : [97 - 332]) et 743 (IC_{95%} : [516 - 970]) par million d'habitants. Le taux national en 2015 était de 89 par million d'habitants (Figure 3). Ces taux de découverte de séropositivité (données corrigées pour les délais et la sous déclaration) sont comparables à ceux estimés en 2014.

Compte tenu de la largeur des intervalles de confiance, les estimations de 2015 sont néanmoins à interpréter avec précaution.

| Figure 3 |

Nombre de découvertes de séropositivité par million d'habitants, France, 2015.



Source : Santé publique France, données DO VIH au 31/12/2015 corrigées pour les délais et la sous déclaration

Aux Antilles, les taux corrigés de découverte de séropositivité tendent à se stabiliser au cours du temps.

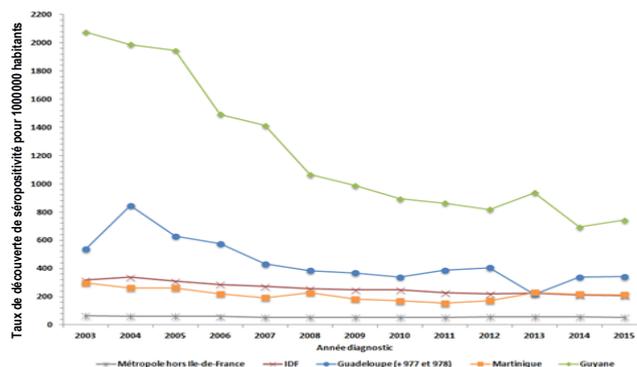
En effet, après une hausse observée en Martinique entre 2011 et 2013, les taux de découverte de séropositivité étaient stables depuis 2013 et équivalents à ceux observés dans la région Ile de France (IDF). En 2015, ces taux restaient plus de deux fois supérieurs à ceux observés en France entière et quatre fois supérieurs à ceux de la métropole hors IDF.

En Guadeloupe, la tendance est à la baisse depuis 2012 (moins 15 %). Néanmoins, la diminution franche observée en 2013 (218 découvertes par million d'habitants) est à interpréter avec prudence en raison du large intervalle de confiance associé aux valeurs décrites (IC_{95%} : [145 - 290]). En 2014 et 2015, les taux corrigés de découverte de séropositivité en Guadeloupe étaient stables. Ces taux restaient près de quatre fois supérieurs à ceux observés en France entière et plus de six fois supérieurs à ceux de la métropole hors IDF.

En Guyane, la tendance globale est à la diminution depuis le début de la surveillance en 2003. La Guyane conserve le taux de découverte de séropositivité le plus important du territoire français équivalent à près de huit fois celui du taux national (Figure 4).

| Figure 4 |

Evolution du taux annuel de découverte de séropositivité VIH en Guadeloupe, Martinique, Guyane, France métropolitaine hors Ile de France et en Ile de France, 2003-2015.



Source : Santé publique France, données DO VIH au 31/12/2015 corrigées pour les délais et la sous déclaration

1.3 Situation en Guadeloupe

Caractéristiques cliniques et socio-démographiques

Sur les périodes 2004-2014 et 2015, les nouveaux diagnostics d'infections à VIH concernaient majoritairement les hommes (respectivement 53 % et 64 %) et les personnes âgées de 25 à 49 ans (respectivement 62 % et 55 %). C'était le cas également en France métropolitaine avec 70 % d'hommes et 68 % des 25-49 ans parmi les découvertes.

Par ailleurs, ces découvertes de séropositivité concernaient plus souvent les personnes nées en France ou en Haïti en 2015 comme sur la période 2004-2014. Contrairement à la période 2012-2014, aucune co-infection avec des hépatites B ou C n'a été enregistrée en 2015. Par contre, la proportion de patients présentant une co-infection avec d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) restait stable sur les deux périodes (13 % chacune). Enfin, en 2015, la part des diagnostics précoces (13 %) était plus faible qu'en métropole (37 %). Inversement, la part des diagnostics à un stade avancé de l'infection, bien qu'ayant diminué par rapport à la période 2004-2014, restait plus élevée qu'en métropole (39 % versus 31 %) (Tableau 1).

| Tableau 1 |

Caractéristiques cliniques et sociodémographiques des nouveaux cas d'infection à VIH en Guadeloupe de 2004 à 2015

	Guadeloupe		France métropolitaine
	2004-2014 (n _{tot} = 1 413)	2015* (n _{tot} = 64)	2015* (n _{tot} = 3 111)
Age	(n = 1 413)	(n = 64)	(n = 3 111)
< 25 ans	10 %	14 %	11 %
[25 ans - 49 ans]	62 %	55 %	68 %
≥ 50 ans	28 %	31 %	20 %
Sexe	(n = 1 413)	(n = 64)	(n = 3 111)
Hommes	53 %	64 %	70 %
Femmes	47 %	36 %	30 %
Pays de naissance	(n = 988)	(n = 25)	(n = 1 728)
France	43 %	48 %	53 %
Haïti	43 %	40 %	1 %
Autres	14 %	12 %	46 %
Modes de contamination	(n = 938)	(n = 24)	(n = 1 685)
HSH	13 %	25 %	48 %
Hétérosexuel	86 %	75 %	49 %
UDI	1 %	0 %	2 %
TMF	1 %	0 %	1 %
Autres	0 %	0 %	0 %
Co-infection Hépatite C	(n = 211)	(n = 24)	(n = 1 634)
Oui	2 %	0 %	4 %
Non	98 %	100 %	96 %
Co-infection Hépatite B	(n = 215)	(n = 23)	(n = 1 634)
Oui	4 %	0 %	6 %
Non	96 %	100 %	94 %
Co-infection autre IST	(n = 186)	(n = 23)	(n = 1 473)
Oui	13 %	13 %	19 %
Non	87 %	87 %	81 %
CD4 au diagnostic VIH	(n = 474)	(n = 23)	(n = 1 575)
< 200	45 %	35 %	30 %
[200-349]	20 %	17 %	19 %
[350-499]	19 %	35 %	21 %
≥ 500	17 %	13 %	30 %
Délai du diagnostic	(n = 474)	(n = 23)	(n = 1 575)
Précoce	18 %	13 %	37 %
Intermédiaire	35 %	48 %	32 %
Avancé	47 %	39 %	31 %

* Données 2015 provisoires

Le caractère précoce ou tardif du diagnostic est calculé selon le stade clinique et les CD4 : diagnostic précoce si stade clinique = PIV ou CD4 > 500 et diagnostic au stade avancé de l'infection si stade clinique = Sida ou CD4 < 200. Par ailleurs, le nombre de CD4 au moment du diagnostic VIH n'est recueilli que depuis 2008 et donc sans objet pour les cas antérieurs. Les variables co-infections hépatites et IST ne sont recueillies que depuis 2012. Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 31/12/2015.

Modes de contamination

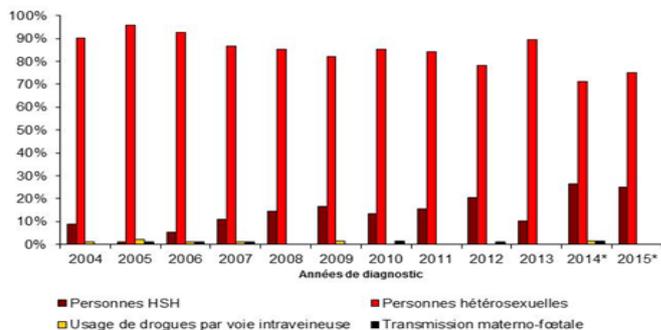
En 2015, les nouvelles infections à VIH étaient en grande majorité détectées dans la population hétérosexuelle, cependant, en comparant la période 2004-2014 à 2015, la proportion des nouvelles infections à VIH chez les HSH était en augmentation, passant de 13 % à 25 %. Aucune découverte en 2015 n'a été notifiée en Guadeloupe pour des personnes

contaminées par Usage de drogues par voie intraveineuse (UDI) ou par transmission materno-fœtale (TMF) (Figure 5).

Stades cliniques au moment du diagnostic

| Figure 5 |

Evolution de la proportion des principaux modes de contamination parmi les découvertes de séropositivité VIH en Guadeloupe de 2004 à 2015.

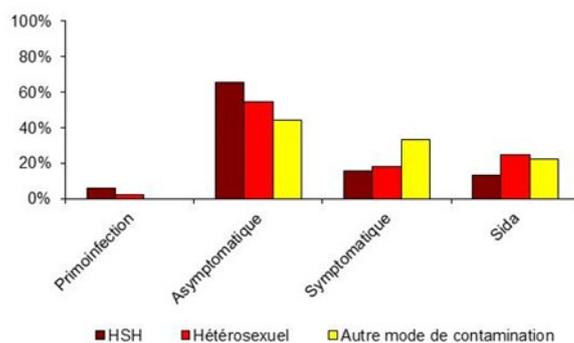


Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 31/12/2015 non corrigées

Cette analyse a porté sur l'ensemble des nouvelles infections à VIH entre 2004 et 2015. Sur cette période, la découverte de la séropositivité au stade asymptomatique était plus fréquente dans la population des HSH (65 % versus 54 % chez les hétérosexuels et 44 % chez les personnes avec un autre mode de contamination) alors que le diagnostic au stade symptomatique concernait davantage les autres modes de contamination (UDI ou TMF) avec 33 %. La part des découvertes de séropositivité au stade Sida était équivalente entre les personnes ayant un autre mode de contamination (22 %) et les hétérosexuels (25 %), par contre, elle était moindre chez les HSH (13 %) (Figure 6).

| Figure 6 |

Stades cliniques au moment de la découverte de la séropositivité VIH selon le mode de contamination en Guadeloupe de 2004 à 2015.



Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 31/12/2015 non corrigées

1.4 Situation en Martinique

Caractéristiques cliniques et socio-démographiques

Tout comme en Guadeloupe, les découvertes de séropositivité en Martinique concernaient majoritairement les personnes âgées de 25 à 49 ans (58 % en 2004-2014 et 61 % en 2015) et les hommes (64 % sur la période 2004-2014 et 58 % en 2015). Par ailleurs, sur la période 2004-2014, les personnes nouvellement diagnostiquées étaient majoritairement nées en France (83 %) alors qu'en 2015, bien que les personnes nées en France restent majoritaires, un quart étaient nées à Haïti (26 % contre 10 % sur 2004-2014). Aucune co-infection avec

| Tableau 2 |

Caractéristiques cliniques et sociodémographiques des nouvelles infections par le VIH en Martinique de 2004 à 2015.

	Martinique		France métropolitaine
	2004-2014	2015*	2015*
	(n _{tot} = 714)	(n _{tot} = 36)	(n _{tot} = 3 111)
Age	(n = 714)	(n = 36)	(n = 3 111)
< 25 ans	17 %	8 %	11 %
[25 ans - 49 ans]	58 %	61 %	68 %
≥ 50 ans	25 %	31 %	20 %
Sexe	(n = 714)	(n = 36)	(n = 3 111)
Hommes	64 %	58 %	70 %
Femmes	36 %	42 %	30 %
Pays de naissance	(n = 640)	(n = 27)	(n = 1 728)
France	83 %	70 %	53 %
Haïti	10 %	26 %	1 %
Autres	7 %	4 %	46 %
Modes de contamination	(n = 605)	(n = 28)	(n = 1 685)
HSH	25 %	39 %	48 %
Hétérosexuel	73 %	57 %	49 %
UDI	1 %	0 %	2 %
TMF	0 %	0 %	1 %
Autres	0 %	4 %	0 %
Co-infection Hépatite C	(n = 133)	(n = 24)	(n = 1 634)
Oui	2 %	0 %	4 %
Non	98 %	100 %	96 %
Co-infection Hépatite B	(n = 135)	(n = 24)	(n = 1 634)
Oui	1 %	0 %	6 %
Non	99 %	100 %	94 %
Co-infection autre IST	(n = 129)	(n = 23)	(n = 1 473)
Oui	20 %	22 %	19 %
Non	80 %	78 %	81 %
CD4 au diagnostic VIH	(n = 327)	(n = 22)	(n = 1 575)
< 200	24 %	36 %	30 %
[200-349]	19 %	14 %	19 %
[350-499]	23 %	9 %	21 %
≥ 500	34 %	41 %	30 %
Délai du diagnostic*	(n = 327)	(n = 22)	(n = 1 575)
Précoce	37 %	41 %	37 %
Intermédiaire	37 %	23 %	32 %
Avancé	26 %	36 %	31 %

* Données 2015 provisoires

Le caractère précoce ou tardif du diagnostic est calculé selon le stade clinique et les CD4 : diagnostic précoce si stade clinique = PIV ou CD4 > 500 et diagnostic au stade avancé de l'infection si stade clinique = Sida ou CD4 < 200. Par ailleurs, le nombre de CD4 au moment du diagnostic VIH n'est recueilli que depuis 2008 et donc sans objet pour les cas antérieurs. Les variables co-infections hépatites et IST ne sont recueillies que depuis 2012.

Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 31/12/2015.

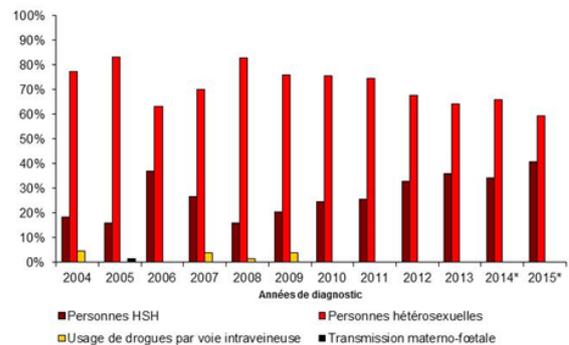
des hépatites B ou C n'a été enregistrée en 2015 alors que 22 % étaient concernées par une co-infection avec une autre IST (*versus* 20 % sur la période 2008-2014). Enfin, sur la même année, quatre personnes sur dix ont découvert leur séropositivité précocement, proportion similaire de la période 2008-2014 et à celle observée en France métropolitaine. En revanche, la part des diagnostics au stade avancé de l'infection est plus élevée en Martinique en 2015 que sur la période antérieure, et plus élevée qu'en France métropolitaine (Tableau 2).

Modes de contamination

En 2015, les hétérosexuels étaient les plus concernés par les nouvelles infections à VIH (57 %) cependant, tout comme en Guadeloupe, la proportion des HSH était en augmentation entre 2004-2014 et 2015, passant de 25 % à 39 % (Tableau 2). La dernière découverte de séropositivité chez un UDI datait de 2009 et chez une personne contaminée par TMF de 2005 (Figure 7).

| Figure 7 |

Evolution de la proportion des principaux modes de contamination parmi les découvertes de séropositivité VIH en Martinique de 2004 à 2015.



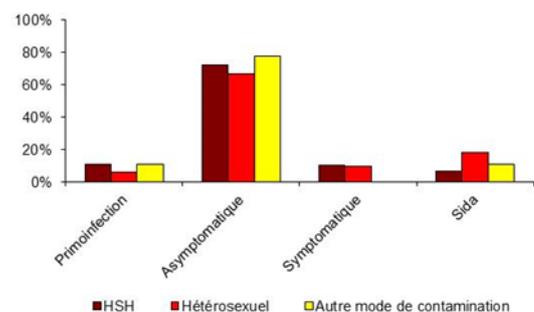
Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 31/12/2015 non corrigées

Stades cliniques au moment du dépistage

Sur la période 2004-2015, la proportion des découvertes de séropositivité VIH au stade asymptomatique était répartie également quelque soit le mode de contamination : 78 % chez les personnes ayant un autre mode de contamination (UDI ou TMF), 72 % chez les HSH et 67 % chez les hétérosexuels. Par ailleurs, la part des découvertes de séropositivité au stade Sida était plus élevée chez les hétérosexuels (18 %) que chez les personnes ayant un autre mode de contamination (11 %), elle-même plus élevée que chez les HSH (7 %) (Figure 8).

| Figure 8 |

Stades cliniques au moment de la découverte de la séropositivité VIH selon le mode de contamination en Martinique de 2004 à 2015 .



Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 31/12/2015 non corrigées

1.5 Situation en Guyane

Caractéristiques cliniques et sociodémographiques

En Guyane, sur les périodes 2004-2014 et 2015, les nouvelles infections à VIH concernaient majoritairement les personnes âgées de 25 à 49 ans (environ 70 %) cependant, contrairement aux Antilles, elles étaient détectées autant chez les hommes que chez les femmes (environ 50 %). En 2015, la moitié des personnes découvrant leur séropositivité étaient nées à Haïti, proportion deux fois plus élevée que sur la période 2004-2014. Par ailleurs, cette même année, 1 % des nouvelles infections à VIH présentaient une co-infection avec une hépatite B et 14 % avec une autre IST. Enfin, sur la période 2008-2014 et comme en 2015, quatre personnes sur 10 ont été diagnostiquées à un stade avancé de l'infection, alors que moins d'un quart étaient diagnostiquées précocement (Tableau 3).

| Tableau 3 |

Caractéristiques cliniques et sociodémographiques des nouvelles infections par le VIH en Guyane française de 2004 à 2015

	Guyane française		France métropolitaine
	2004-2014 (n _{tot} = 2 225)	2015* (n _{tot} = 193)	2015* (n _{tot} = 3 111)
Age	(n = 2 225)	(n = 193)	(n = 3 111)
< 25 ans	13 %	12 %	11 %
[25 ans - 49 ans]	69 %	70 %	68 %
≥ 50 ans	18 %	18 %	20 %
Sexe	(n = 2 225)	(n = 193)	(n = 3 111)
Hommes	50 %	52 %	70 %
Femmes	50 %	48 %	30 %
Pays de naissance	(n = 1 294)	(n = 85)	(n = 1 728)
France	20 %	13 %	53 %
Haïti	25 %	47 %	1 %
Autres	55 %	40 %	46 %
Modes de contamination	(n = 1 131)	(n = 83)	(n = 1 685)
HSH	4 %	11 %	48 %
Hétérosexuel	94 %	87 %	49 %
UDI	1 %	0 %	2 %
TMF	1 %	2 %	1 %
Autres	0 %	0 %	0 %
Co-infection Hépatite C	(n = 259)	(n = 88)	(n = 1 634)
Oui	2 %	0 %	4 %
Non	98 %	100 %	96 %
Co-infection Hépatite B	(n = 262)	(n = 90)	(n = 1 634)
Oui	5 %	1 %	6 %
Non	95 %	99 %	94 %
Co-infection autre IST	(n = 223)	(n = 71)	(n = 1 473)
Oui	13 %	14 %	19 %
Non	87 %	86 %	81 %
CD4 au diagnostic VIH	(n = 489)	(n = 53)	(n = 1 575)
< 200	43 %	40 %	30 %
[200-349]	22 %	19 %	19 %
[350-499]	15 %	21 %	21 %
≥ 500	20 %	21 %	30 %

Délai du diagnostic*	(n = 489)	(n = 53)	(n = 1 575)
Précoce	21 %	23 %	37 %
Intermédiaire	35 %	38 %	32 %
Avancé	44 %	40 %	31 %

* Données 2015 provisoires

Le caractère précoce ou tardif du diagnostic est calculé selon le stade clinique et les CD4 : diagnostic précoce si stade clinique = PIV ou CD4 > 500 et diagnostic au stade avancé de l'infection si stade clinique = Sida ou CD4 < 200. Par ailleurs, le nombre de CD4 au moment du diagnostic VIH n'est recueilli que depuis 2008 et donc sans objet pour les cas antérieurs.

Les variables co-infections hépatites et IST ne sont recueillies que depuis 2012.

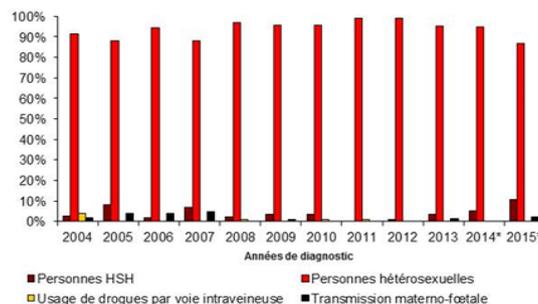
Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 31/12/2015.

Modes de contamination

Plus encore qu'aux Antilles, les rapports hétérosexuels représentaient le mode de contamination le plus fréquent en Guyane avec respectivement 94 % et 87 % des cas identifiés sur les périodes 2004-2014 et 2015 (Tableau 3). Par ailleurs, les découvertes d'infections par le VIH chez les HSH étaient en augmentation depuis quatre années consécutives atteignant 11 % des nouveaux diagnostics en 2015. Enfin, la dernière découverte de séropositivité chez un UDI a été diagnostiquée en 2011 alors que trois diagnostics de TMF ont été enregistrés ces 3 dernières années (1 en 2013 et 2 en 2015) (Figure 9).

| Figure 9 |

Evolution de la proportion des principaux modes de contamination parmi les découvertes de séropositivité VIH en Guyane française de 2004 à 2015.



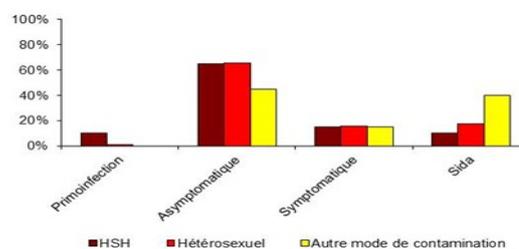
Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 31/12/2015 non corrigées

Stades cliniques au moment du dépistage

Entre 2004 et 2015, la découverte de la séropositivité au stade asymptomatique était la plus fréquente avec une proportion équivalente observée chez les HSH et chez les hétérosexuels (65 %) et en proportion moindre chez les personnes contaminées par UDI ou TMF (45 %). La proportion de découvertes au stade symptomatique non Sida était équivalente et ce, quelque soit le mode de contamination (15 %). A l'inverse, les personnes contaminées par UDI ou TMF avaient plus fréquemment découvert leur séropositivité alors qu'elles étaient en stade Sida (40 %) que les hétérosexuels (18 %) ou les HSH (10 %) (Figure 10).

| Figure 10 |

Stades cliniques au moment de la découverte de la séropositivité VIH selon le mode de contamination en Guyane française de 2004 à 2015.



Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 31/12/2015 non corrigées

2. Diagnostic de Sida

2.1 Taux de diagnostic de Sida

L'estimation du nombre de diagnostics Sida en 2015 n'est pas disponible à ce jour pour la Guyane. Pour les Antilles, les taux estimés en 2015 sont à interpréter avec grande précaution du fait de la largeur des intervalles de confiance.

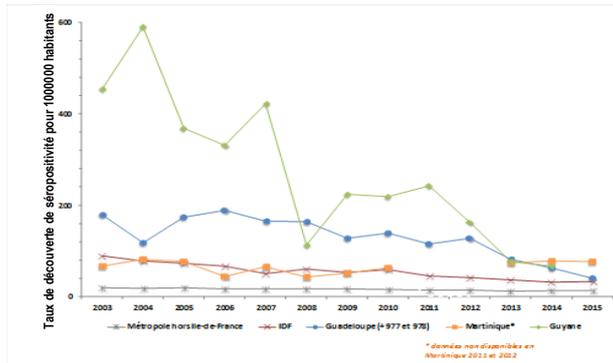
En 2015, les incidences étaient de 40 (IC_{95%} : [0 - 85]) diagnostics de Sida par million d'habitants en Guadeloupe et près de deux fois plus en Martinique avec 76 diagnostics de Sida par million d'habitants (IC_{95%} : [30 - 122]). Ces incidences restaient supérieures à celle de la France entière hors IDF (12 diagnostics de Sida par million d'habitants (IC_{95%} : [10 - 14])). En Guadeloupe, l'incidence du Sida était en constante diminution depuis 2012 pour se rapprocher en 2015 de l'incidence estimée en Ile de France (33 diagnostics Sida (IC_{95%} : [28 - 38])). (Figure 11).

Par ailleurs, alors qu'en Guadeloupe et en Guyane, la tendance globale était à la baisse depuis plusieurs années consécutives, l'incidence du Sida en Martinique restait quant à elle stable depuis 2013, comparable à l'incidence estimée dans les années 2004 et 2005. Ces tendances seraient à réévaluer après consolidation des données récentes, en particulier pour la Martinique et la Guyane.

2.2 Situation en Guadeloupe

| Figure 11 |

Evolution annuelle des taux de diagnostics de Sida en Guadeloupe, Martinique, Guyane, France entière hors Ile de France et en Ile de France, 2003-2015.



Source : Santé publique France, données DO VIH au 31/12/2015 corrigées pour les délais et la sous déclaration

Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et modes de contamination

Sur les périodes 2004-2014, les hommes représentaient la majorité des cas de Sida notifiés (60 %). Par ailleurs, la tranche d'âge des 25-49 ans était la plus concernée (68 %). Les personnes nées en France et à Haïti représentaient à elles deux 85 % des cas de Sida enregistrés. Tout comme les nouvelles infections à VIH, le mode de contamination majoritaire était les rapports hétérosexuels (88 %). Parmi les 412 personnes diagnostiquées pour lesquelles l'information était disponible, 15 % avaient pu bénéficier d'un traitement antirétroviral alors que la moitié (51 %) connaissait leur séropositivité au moment du diagnostic Sida.

Au 31 décembre 2015, 5 cas de Sida diagnostiqués en 2015 avaient été déclarés (données provisoires en raison des délais de déclaration). Ces chiffres sont présentés sous forme brute dans le tableau suivant à titre informatif (Tableau 4).

Maladies inaugurales du Sida

| Tableau 4 |

Caractéristiques épidémiologiques des nouveaux cas de Sida notifiés en Guadeloupe de 2004 à 2015.

	Guadeloupe		France métropolitaine
	2004-2014 (n _{tot} = 423)	2015* n _{tot} = 5	2015* (n _{tot} = 357)
Age	(n = 423)		(n = 357)
< 25 ans	2 %	1	4 %
[25 ans - 49 ans]	68 %	1	64 %
≥ 50 ans	30 %	3	33 %
Sexe	(n = 423)		(n = 357)
Hommes	60 %	3	71 %
Femmes	40 %	2	29 %
Pays de naissance	(n = 418)		(n = 338)
France	44 %	2	48 %
Haïti	41 %	3	1 %
Autres	15 %	-	51 %
Mode de contamination	(n = 371)		(n = 309)
HSH	9 %	-	31 %
Hétérosexuel	88 %	5	61 %
UDI	3 %	-	7 %
TMF	0 %	-	1 %
Autres	0 %	-	1 %
Traitement antirétroviral avant Sida	(n = 412)		(n = 333)
Oui	15 %	2	17 %
Non	85 %	3	83 %
Connaissance séropositivité avant Sida[†]	(n = 420)		(n = 264)
Oui	51 %	3	55 %
Non	49 %	1	45 %

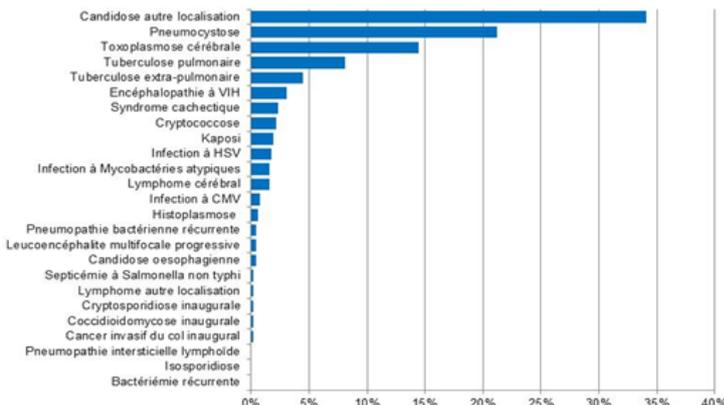
† 1 donnée inconnue
* données provisoires

Parmi l'ensemble des maladies inaugurales de Sida recensées dans la déclaration obligatoire, les cinq maladies les plus fréquentes entre 2004 et 2014 étaient la candidose (34 %), la pneumocystose (21 %), la toxoplasmose cérébrale (14 %) et les tuberculoses pulmonaire (8 %) et extra-pulmonaire (4 %) (Figure 12).

En 2015, 2 pneumocystoses inaugurales de Sida ont été notifiées.

| Figure 12 |

Maladies inaugurales au moment de la détection du stade Sida en Guadeloupe de 2004 à 2014.



Source : Santé publique France, données DO Sida brutes au 31/12/2015

CIRE ANTILLES / CIRE GUYANE | Le bulletin de veille sanitaire

2.3 Situation en Martinique

Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et modes de contamination

Les hommes (63 %) et les personnes âgées de 25 à 49 ans (66 %) représentaient la majorité des cas de Sida notifiés en Martinique sur la période 2004-2014. Par ailleurs, les trois-quarts de ces cas étaient des personnes nées en France (75 %) et 84 % étaient des personnes ayant des rapports hétérosexuels. Enfin, seuls 15 % des cas de Sida étaient sous traitement antirétroviral avant la déclaration de leur Sida alors que 58 % connaissaient leur séropositivité.

Au 31 décembre 2015, 7 cas de Sida diagnostiqués en 2015 avaient été déclarés (données provisoires en raison des délais de déclaration). Ces chiffres sont présentés sous forme brute dans le tableau suivant à titre informatif (Tableau 5).

| Tableau 5 |

Caractéristiques cliniques et sociodémographiques des nouveaux cas de Sida notifiés en Martinique de 2004 à 2015.

	Martinique		France métropolitaine
	2004-2014	2015*	2015*
	(n _{tot} = 190)	n _{tot} = 7	(n _{tot} = 357)
Age	(n = 190)		(n = 357)
< 25 ans	3 %	-	4 %
[25 ans - 49 ans]	66 %	3	64 %
≥ 50 ans	31 %	4	33 %
Sexe	(n = 190)		(n = 357)
Hommes	63 %	4	71 %
Femmes	37 %	3	29 %
Pays de naissance	(n = 190)		(n = 338)
France	75 %	5	48 %
Haïti	15 %	2	1 %
Autres	9 %	-	51 %
Mode de contamination	(n = 180)		(n = 309)
HSH	13 %	2	31 %
Hétérosexuel	84 %	5	61 %
UDI	2 %	-	7 %
TMF	0 %	-	1 %
Autres	1 %	-	1 %
Traitement antirétroviral avant Sida[†]	(n = 189)		(n = 333)
Oui	15 %	-	17 %
Non	85 %	6	83 %
Connaissance séropositivité avant Sida[‡]	(n = 187)		(n = 264)
Oui	58 %	2	55 %
Non	42 %	4	45 %

† 1 donnée inconnue

Maladies inaugurales du Sida

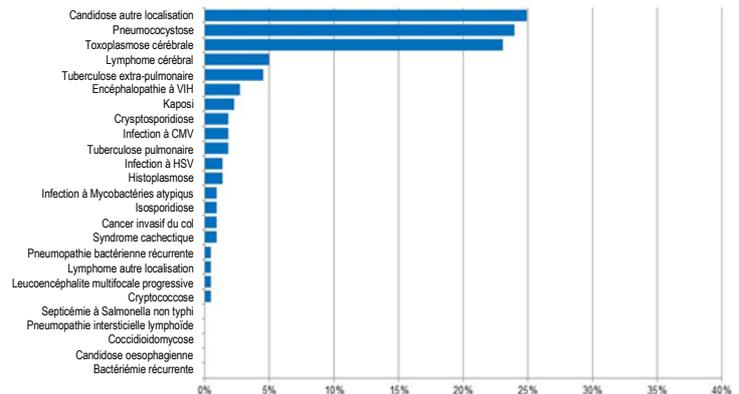
En Martinique, entre 2004 et 2014, les cinq maladies inaugurales de Sida les plus fréquentes étaient la candidose (25 %), la pneumocystose (24 %), la toxoplasmose cérébrale (23 %), le lymphome cérébral et la tuberculose extra-pulmonaire (5 % chacun) (Figure 13).

En 2015, 5 pneumocystoses inaugurales et 2 toxoplasmoses cérébrales inaugurales parmi les 7 cas de Sida ont été

rapportées. De plus, une candidose (n=2) et une infection à CMV (n=1) étaient déclarées pour 2 des 7 patients Sida.

| Figure 13 |

Maladies inaugurales au moment de la détection du stade Sida en Martinique de 2004 à 2014.



Source : Santé publique France, données DO Sida brutes au 31/12/2015

2.4 Situation en Guyane

Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et modes de contamination

Tout comme aux Antilles, les hommes (60 %) et les personnes âgées de 25 à 49 ans (74 %) représentaient la majorité des cas de Sida notifiés en Guyane sur la période 2004-2014. Par contre, contrairement aux Antilles, la majorité des cas étaient des personnes nées sur un autre territoire que la France ou Haïti (47 %). La majorité était des personnes hétérosexuelles (91 %) et seuls 9 % étaient sous traitement antirétroviral avant la déclaration de leur Sida alors que 47 % connaissaient leur séropositivité.

Au 31 décembre 2015, 9 cas de Sida diagnostiqués en 2015 avaient été déclarés (données provisoires en raison des délais de déclaration). Ces chiffres en 2015 sont présentés sous forme brute dans le tableau suivant (Tableau 6).

| Tableau 6 |

Caractéristiques cliniques et sociodémographiques des nouveaux cas de Sida notifiés en Guyane française de 2004 à 2015.

	Guyane française		France métropolitaine
	2004-2014	2015*	2015*
	(n _{tot} = 359)	n _{tot} = 9	(n _{tot} = 357)
Age	(n = 359)		(n = 357)
< 25 ans	7 %	1	4 %
[25 ans - 49 ans]	74 %	5	64 %
≥ 50 ans	19 %	3	33 %
Sexe	(n = 359)		(n = 357)
Hommes	60 %		71 %
Femmes	40 %		29 %
Pays de naissance	(n = 343)		(n = 338)
France	26 %	-	48 %
Haïti	27 %	2	1 %
Autres : Amériques	47 %	6	51 %
Mode de contamination*	(n = 290)		(n = 309)
HSH	3 %	-	31 %
Hétérosexuel	91 %	8	61 %
UDI	3 %	-	7 %
TMF	3 %	-	1 %
Autres	0 %	-	1 %

Traitement antirétroviral avant Sida†	(n = 331)		(n = 333)
Oui	9 %	-	17 %
Non	91 %	1	83 %
Connaissance séropositivité avant Sida‡	(n = 339)		(n = 264)
Oui	47 %	-	55 %
Non	53 %	8	45 %

† 1 donnée inconnue
‡ 9 données inconnues
* données provisoires

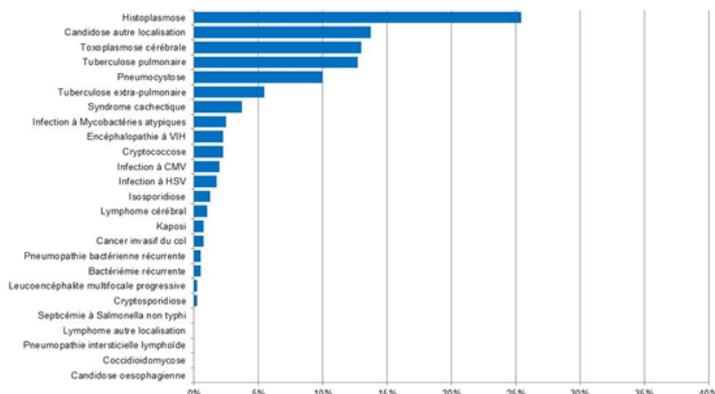
Maladies inaugurales du Sida

Contrairement aux Antilles, la principale maladie inaugurale associée au Sida en Guyane sur la période 2004-2014 était l'histoplasmosse (25 %). Venaient ensuite la candidose (14 %), la toxoplasmose cérébrale et la tuberculose pulmonaire (13 % chacun) et la pneumocystose (10 %) (Figure 14).

En 2015, 7 histoplasmoses inaugurales de Sida, 1 toxoplasmose cérébrale et 1 candidose ont été notifiées parmi les 9 patients enregistrés. De plus, 1 tuberculose extra-pulmonaire inaugurale était déclarée pour l'un d'entre eux.

| Figure 14 |

Maladies inaugurales au moment du stade Sida en Guyane française de 2004 à 2014.



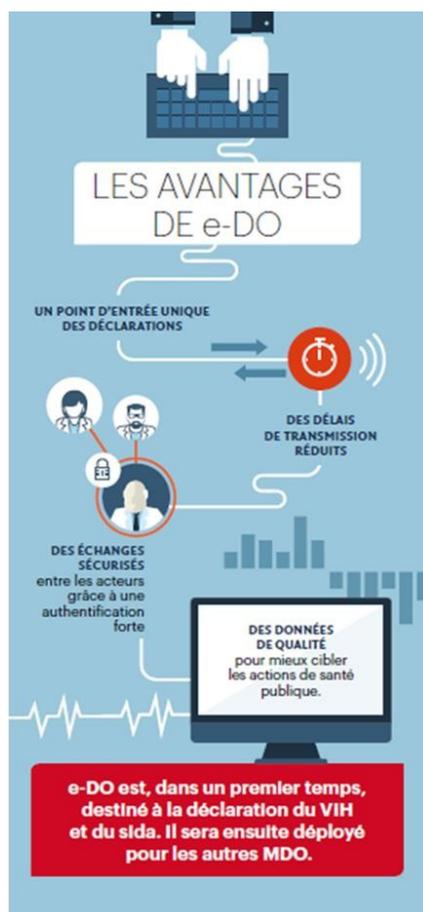
Source : Santé publique France, données DO Sida brutes au 31/12/2015

| ENCADRE 1 | E-DO, Le nouvel outil en ligne pour les Maladies à Déclaration Obligatoire



e-DO, LE PLUS COURT CHEMIN DU DIAGNOSTIC À LA DÉCLARATION...

Maintenant, je déclare sur www.e-do.fr tout cas d'infection par le VIH ou tout cas de sida.



La dématérialisation de la déclaration obligatoire (DO) est en cours de déploiement sous la forme d'une application en ligne nommée « e-DO ».

Ce nouvel outil va progressivement remplacer l'ancien dispositif de déclaration des Maladies à Déclaration Obligatoire (MDO) et a pour objectifs de :

- Simplifier le processus de notification et les échanges entre les différents acteurs de la DO.
- Renforcer l'adhésion des professionnels de santé.
- Réduire les délais de transmission des déclarations.
- Améliorer la traçabilité et renforcer la sécurité des échanges d'information.

L'application e-DO est dans un premier temps dédiée à la déclaration de l'infection par le VIH et du Sida, les autres MDO seront progressivement intégrées à cette application.

Le déploiement de l'application « e-DO VIH Sida » a été prévu en deux temps : il a commencé par une phase pilote en janvier 2016 en Ile-de-France et en Guyane, puis a été étendu à partir de mai 2016 dans les autres régions françaises.

Aux Antilles, les principaux services déclarants et laboratoires de Martinique et la Guadeloupe ont reçu les formations d'utilisation de l'outil en ligne et sont actuellement en cours d'organisation afin de pouvoir déclarer en ligne les cas de VIH et Sida dès 2017.

Vous avez des questions ?

Rendez-vous sur invs.santepubliquefrance.fr/e-do
Ou contactez e-DO Info service au 0 809 100 003

0809 100 003

Service gratuit + prix appel

Les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles ont été créés en 2016.

Ces CeGIDD sont de nouvelles structures nées de la fusion des Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) du VIH et des hépatites virales et des Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist).

Les CeGIDD ont des missions élargies dans une approche globale de la santé sexuelle. Leur objectif est d'accroître l'accessibilité et la qualité de l'offre de prévention et de dépistage du VIH, des hépatites virales et des IST, notamment en direction des populations les plus vulnérables et les plus éloignées de cette offre, et de garantir la simplification et la continuité de leur parcours de santé.

Missions confiées aux CeGIDD

Les CeGIDD assurent dans leurs locaux ou hors les murs, notamment auprès des publics les plus concernés :

- la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH et les hépatites virales ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés ;
- la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des IST ;
- la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, notamment par la prescription de contraception d'urgence et de certains vaccins.

Missions nouvelles dans une approche plus globale de santé sexuelle (qui dépasse le seul dépistage) :

- Répondre aux besoins vaccinaux dans la cadre de la prévention des IST : vaccination contre l'hépatite B, l'hépatite A et les papillomavirus humains (HPV) ;
- Prescrire, et éventuellement délivrer, des moyens de contraception classique ou d'urgence ;
- Informer de manière plus large sur la santé sexuelle, les pratiques de réduction des risques avec une écoute bienveillante non discriminante
- Participer à la lutte contre les inégalités et les violences sexuelles ;
- Mettre à disposition gratuitement tous les outils de la prévention combinée et ou diversifiée : préservatifs (sans oublier les gels), TRODs (mais aussi les Autotests), prophylaxie post exposition (PEP) mais aussi prophylaxie préexposition (PrEP ++)...
- Adapter toutes les actions « dans ou hors les murs » aux publics cibles les plus vulnérables et/ou éloignés du système de soin.

Habilitation et financement

Les CeGIDD sont habilités par les ARS.

L'autorisation de fonctionnement et le financement des CeGIDD ainsi que les modalités de suivi et de coordination de leur activité relèvent de l'Agence régionale de santé (ARS) avec l'appui des Corevih.

Les CeGIID aux Antilles

1. En Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy

Les quatre anciens CDAG et/ou CIDDIST ont tous été habilités par l'ARS à devenir des CeGIDD à partir de janvier 2016 :

- 2 en Guadeloupe « continentale » :
 - CeGIDD du CHU PAP/Abymes – CLASS de Beauperthuy
 - CeGIDD du Centre Hospitalier de Basse Terre
- 2 sur Saint-Martin :
 - CeGIDD du Centre Hospitalier Louis Constant Fleming
 - CeGIDD de l'association Sida Liaisons Dangereuses

2. En Martinique

Deux structures sont habilitées depuis janvier 2016 « CeGIDD » en Martinique :

- Le CeGIDD du CHU de Fort de France
- Le CeGIDD de la société d'hygiène de Martinique

Chacun de ces CeGIDD dispose de plusieurs sites d'accueil et de consultation sur l'île de la Martinique

Pour plus d'information

Corevih-martinique@chu-fortdefrance.fr

<http://www.corevih971.org/>

| ENCADRE 3 | DEPISTAGE HORS LES MURS : Comment harmoniser les pratiques de dépistage et de recueil de données autour des IST sur un même territoire avec différents acteurs ? L'exemple de la mise au point d'un outil commun en Guadeloupe

Dr Isabelle LAMAURY¹, Vanessa TRESSIERES²

¹ Coordinatrice médicale COREVIH Guadeloupe / St-Martin / St-Barth, Service Maladies Infectieuses et Tropicales / Dermatologie-Médecine Interne, CHU Pointe-à-Pitre

² Coordinatrice administrative, COREVIH Guadeloupe Saint-Martin Saint-Barthélemy

Le COREVIH Guadeloupe St Martin St Barth cherche à optimiser l'offre de dépistage sur son territoire en regroupant notamment les acteurs de cette offre, qu'ils soient des structures institutionnelles ou des structures associatives.

Dès 2015, notre COPREVIH a mis en place un **groupe de travail, nommé « Innovations : dépistage - surveillance des IST »**, réunissant des représentants de toutes les structures institutionnelles ou associatives concernées (CeGIDD, associations, cellule de veille sanitaire de l'ARS, CIRE...). Un des premiers objectifs de ce groupe co piloté par le Dr Isabelle Lamaury et M. Jean-Claude Maced (président Délégué de Lieu de Mobilisation de l'association AIDES Guadeloupe) a été d'harmoniser les informations recueillies lors des actions de sensibilisation et de dépistage hors les murs afin d'avoir une meilleure vision des publics dépistés et d'obtenir des données comparables.

A partir de l'ensemble des questionnaires utilisés par chaque structure, un socle commun de questions a été sélectionné et un travail de réécriture réalisé afin de reformuler chaque question de manière consensuelle. Le **questionnaire commun** ainsi élaboré a été utilisé pour la première fois par tous les acteurs impliqués dans les actions de dépistage TROD VIH menées hors les murs durant la semaine de dépistage de juin 2016. Le questionnaire avait été enregistré au préalable sur l'application WEPI¹ afin que chaque structure puisse saisir les données recueillies.

L'évaluation globale de la semaine de dépistage a ainsi été facilitée et le bilan a pu être présenté à l'occasion des 1ères Journées d'échanges autour des TROD organisées par notre COREVIH les 20 et 21 octobre 2016.

Ce temps d'échange a permis d'améliorer le questionnaire en prenant en compte les remarques des utilisateurs ; la nécessité de réaliser une fiche méthodologique pour accompagner le questionnaire afin que tous les acteurs en aient une lecture identique a été prise en compte. Ces journées ont permis aussi de clarifier et de partager les parcours des personnes dépistées positives par un TROD VIH en fonction du lieu et des circonstances de dépistage. Ces réunions de travail et ces rencontres ont été à chaque fois l'occasion de créer du lien, d'enrichir les pratiques et de développer des partenariats notamment entre les soignants des CeGIDD et les acteurs associatifs.

Ces outils communs (questionnaire optimisé, procédures définissant les parcours) seront mis à disposition de tous les acteurs engagés dans les actions de prévention –dépistage à l'occasion de la journée du 1er décembre 2016



Florence Huber^{1,2,4,7}, Alice Merceron², Amandine Chaponnay³, Gueda Gadio^{2,4}, Vincent About⁵, Mélanie Calvez¹, Tania Vaz¹, Isabelle Coupez⁵, Agathe Pastre⁵, Marie Auz³, Leila Adriouch³, Stéphanie Vandentorren⁶, Mathieu Nacher^{2,3,7}

¹ Hôpital de Jour Adulte, Centre Hospitalier André Rosemon, Cayenne, France

² Université de Guyane, Cayenne, France

³ Corevih Guyane, Centre Hospitalier André Rosemon, Cayenne, France

⁴ Réseau Kikiwi, Cayenne, France

⁵ UCSA, Centre Hospitalier André Rosemon, Cayenne, France

⁶ CIRE, Nouvelle Aquitaine et INSERM, UPMC Paris 06, Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique (IPLESP UMRS 1136),

Département d'épidémiologie sociale, Paris, France

⁷ Inserm CIC Antilles-Guyane INSERM 1424 (Pole Guyane), EA 3593 Université de Guyane

Résumé

La population carcérale concentre des profils vulnérables tant au niveau des indicateurs socio-économiques que des parcours de vie. En Guyane, région de France où la prévalence du VIH est la plus élevée, environ 4% des détenus étaient infectés par le VIH en 2014. Nous avons identifié les caractéristiques des personnes vivant avec le VIH (pvVIH) détenues, en les comparant aux pvVIH suivies en milieu hospitalier guyanais (étude VESPA2) et aux détenus tout-venant (rapport d'activité de l'UCSA et enquête CAP effectuée en milieu fermé).

Les détenus séropositifs semblaient cumuler les comorbidités décrites chez les pvVIH, auxquelles s'ajoutaient davantage de facteurs de vulnérabilité que ceux observés parmi les détenus tout-venant (sans-abrisme, récurrence, absence de scolarisation, consommation de crack).

Néanmoins, l'incarcération semblait une opportunité pour dépister des populations éloignées du système de soin, et pour initier un traitement antirétroviral (ARV), avec de bons résultats virologiques durant la détention.

Le principal défi reste le maintien du traitement ARV après la sortie, compte tenu des conditions de vie particulièrement difficiles auxquelles sont confrontés les anciens détenus.

Introduction

La population carcérale concentre des profils vulnérables au regard des indicateurs socio-économiques et des parcours de vie. Ainsi, les détenus sont majoritairement des hommes jeunes, avec une surreprésentation des niveaux scolaires peu élevés, des catégories professionnelles peu qualifiées et des personnes de nationalité étrangère [1,2]. Cette vulnérabilité se traduit par une forte prévalence de maladies infectieuses et des troubles de la santé mentale [3–5]. Ainsi, dans certaines régions, la prévalence du VIH peut-être 6 à 50 fois plus élevée en milieu carcéral, comparée à la population générale adulte [6]. Des prévalences atteignant 10% ont été rapportées dans 20 pays, aussi bien en Asie Centrale, qu'en Afrique, en Europe de l'Est (Estonie, Roumanie, et Slovaquie, Lituanie, Ukraine), en Amérique du Sud (12,5%-17% au Brésil), ou dans les Caraïbes (8-25% à Cuba) (6). En France, l'étude PREVACAR (2010) a permis d'estimer à 2,0% (IC : 0,9-4,2) le pourcentage des détenus infectés par le VIH, soit environ 6 fois la prévalence nationale [7].

En Guyane Française, environ 4% des détenus étaient infectés par le VIH en 2014, le pourcentage de détenus porteurs de l'Ag-Hbs était comparable [8].

Contexte

La Guyane Française, peuplée de 250 000 habitants, est la région où la prévalence du VIH est la plus élevée de France. Avec environ 4% des détenus du milieu fermé infectés par le VIH, on peut estimer que la prévalence est d'environ 3 à 4 fois celle de la population générale adulte de la région. Le centre pénitentiaire de Guyane comprend une maison d'arrêt pour les hommes, une pour femmes, un centre de détention pour les hommes, un quartier de semi-liberté, un quartier pour les détenus mineurs. Au 1^{er} octobre 2013, la capacité d'accueil était de 614 places, avec un taux d'occupation de 119% au 1^{er} janvier 2014. La prise en charge médicale des détenus est assurée à l'Unité de Consultation et de soins Ambulatoires (UCSA), par 2 équivalents temps-plein de médecine générale. Entre 2007 et 2013, un spécialiste en infectiologie intervenait à raison de 2 demi-journées mensuelles pour les hommes et d'une demi-journée pour les femmes.

Après leur libération, les personnes vivant avec le VIH (pvVIH) sont référées vers les consultations spécialisées du département, soit essentiellement sur 3 sites : les consultations hospitalières de Cayenne, Kourou et de Saint-Laurent du Maroni. Plus rarement, les patients sont revus en centre de santé ou chez un médecin généraliste identifié. Les professionnels en charge du suivi VIH ont accès au dossier médical informatisé NADIS, partagé à l'échelle du département.

Objectif

L'objectif de ce travail est de comparer les caractéristiques des pvVIH incarcérées en Guyane Française, aux pvVIH suivies en milieu hospitalier guyanais et aux détenus tout-venant.

Méthodes

Il s'agit d'une étude transversale descriptive. La population d'étude concernait l'ensemble des pvVIH de la cohorte DAI-VIH, qui ont été comparées à d'autres populations guyanaises.

Les variables d'intérêt ont porté sur les caractéristiques socio-démographiques, carcérales (récurrence), les addictions, l'histoire de l'infection VIH, les résultats immuno-virologiques.

L'étude DAI-VIH avait pour objectif principal de déterminer le « pronostic et suivi médical des personnes infectées par le VIH, libérées du centre pénitentiaire de Remire-Montjoly entre 2007 et 2013 » (thèse de médecine soutenue en juin 2015) [9]. Tous les patients adultes sortis du centre pénitentiaire entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2013, après une incarcération de 30 jours ou plus, ont été inclus dans cette cohorte rétrospective. Cela a permis de colliger les observations

la population des patients incarcérés, puis le pronostic et le suivi post-carcéral, après une recherche active des personnes libérées. L'incarcération index a été définie comme la dernière incarcération de la période d'inclusion (2007-2013).

Les sources de données guyanaises mobilisées pour la comparaison étaient :

- pour la population des pvVIH suivie en milieu hospitalier : l'enquête VESPA2 (2011), restreinte aux données des patients de Guyane [10]
- pour la population des détenus tout venant : les données du rapport d'activité de l'UCSA (2014) [8] et l'enquête CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques)-Prison de 2014 [11].

L'étude Inserm-VESPA2 est une enquête transversale, dont l'objectif était de décrire les caractéristiques des pvVIH suivi en milieu hospitalier, en France et en Outre-Mer. Les patients éligibles avaient 18 ans ou plus, et étaient connus pour une infection par le VIH-1. Pour la sous-étude guyanaise, ils étaient suivis en Guyane depuis au moins 6 mois. Le nombre de patients inclus dans chaque service était calculé au prorata de

l'activité clinique. Seul l'hôpital de Cayenne a été inclus dans l'enquête VESPA2 guyanaise, ce qui représentait environ 60-65% des pvVIH suivies en Guyane. Les pvVIH ont été interrogées par des questionnaires standardisés, en face-à-face, après tirage au sort [12].

L'enquête CAP-Prison est l'objet d'un travail de thèse de médecine soutenue en 2015 : « Connaissances, attitudes et pratiques des détenus du centre pénitentiaire de Rémire-Montjoly vis-à-vis du VIH et des IST, Guyane Française ». Cette enquête transversale de type CAP a permis d'obtenir des informations sur la population incarcérée en milieu fermé, tout en identifiant les connaissances/fausses-croyances, attitudes et pratiques à risque. Un tirage au sort aléatoire simple a permis de sélectionner 300 détenus majeurs ; 236 ont pu être interrogés (78,7%), par des questionnaires standardisés, administrés en face à face, disponibles dans 5 langues [11].

Les analyses statistiques ont consisté à établir des comparaisons de pourcentages par des tests de chi2, après avoir vérifié que les conditions d'application du test étaient respectées.

| Tableau 1 |

Comparaison de pvVIH incarcérées en Guyane Française (DAI-VIH), avec la population carcérale guyanaise (CAP Guyane), et la population guyanaise suivie pour le VIH à Cayenne (VESPA 2)

		Référence PvVIH incarcérées En Guyane 2007-2013 (DAI-VIH), N=147	Détenus guyanais tout- venant milieu fermé, 2014 (CAP Guyane), N=236		Population carcérale 2014 guyanaise (Rapport activité UCSA), N=1548		PvVIH suivies en milieu hospitalier cayennais 2011 (ANRS VESPA 2), N=136	
Sexe (%)	Homme	82,3	93,6				39,6	
	Femme	17,7	6,4	p<0,01			60,4	p<0,01
Age median (IIQ)*		37 (31-44)	29 (24-39)				43 (35-54)	
Jamais scolarisé (%)		58,1	5,5	p<0,01				
Sans abrisse / squatt (%)		31,0	8,5	p<0,01				
Récidive (%)		63,9	46,6	p<0,01			NA	
Pays de naissance (%)								
	France	30,6	41,1	p=0,04				
	Guyana	39,5	17,0	p<0,01				
	Brésil	10,2	13,1	NS				
	Suriname	14,9	19,9	NS				
	Haïti	1,4	4,2	NS				
	Autre	3,5	4,7	NS				
Addiction (%)	Crack	33,3	12,0	p<0,01	9,8	p<0,01	6,2	p<0,01
	Cannabis	44,2	59,4	p<0,01	38,9	NS	8,3	p<0,01
Comorbidités (%)								
	Hépatite B	8,1			4,1	p=0,02	10,1	NS
	Virus HTLV1	4,7			1,0	p<0,01		
	Hépatite C	4,1					2,9	NS
	Hypertension art	10,9			4,3	p<0,01	14,7	NS
	Diabète	4,8			1,2	p<0,01	5,3	NS
	Asthme	3,4			2,4	NS		
	Epilepsie	2,7			0,7	p=0,01		
CD4 < 200 au dernier bilan (%)		14,3**					13,9	NS
Sous traitement ARV (%)		50,3**					92,5	p<0,01
CV < 50 cp/ml parmi les patients traités (%)		83,1**					56,6	p<0,01
CV < 50 cp/ml, parmi les patients traités ou non (%)		41,5**					52,3	NS

* Intervalle interquartile

**dernière mesure avant la sortie de l'incarcération index

Résultats

Description de la population DAI-VIH

La majorité des détenus de l'étude DAI-VIH avait été dépistée séropositive durant une incarcération, soit 56,5%. La différence était significative entre les détenus nés en France (43,5%) et ceux nés à l'étranger (62,4%), $p=0,03$.

Au moment de l'incarcération index (la dernière de la période d'inclusion), la majorité des patients avait une infection VIH peu avancée : 78,1% de stade CDC-A, 4,8% de stade B, et 17,1% de stade C. La médiane de CD4 à l'admission était de 397 CD4/mm³.

A l'entrée en détention, 29,9% des détenus étaient sous traitement ARV, contre 50,3% à la sortie ($p<0,01$). Parmi les observations documentées ($n=133$), 78,2% avaient un nadir de CD4<500/mm³, 15,1% des pvVIH sorties sans ARV avaient refusé de se traiter, soient 7,5% de la cohorte ($n=11$).

Comparaison des populations

Comme le montre le tableau 1, les caractéristiques des pvVIH détenues en Guyane Française différaient des pvVIH suivies en milieu hospitalier guyanais (VESPA 2) et des détenus rencontrés en détention (enquête CAP Guyane et rapport d'activité de l'UCSA).

Les indicateurs de vulnérabilité socio-économiques explorés étaient plus péjoratifs chez les détenus infectés par le VIH, comparés aux détenus tout-venant : on retrouvait une proportion plus importante de personnes jamais scolarisées (58,1% vs 5,5%, $p<0,01$), sans domicile/en squatt avant l'incarcération index (31,0% vs 8,5%, $p<0,01$) et davantage de détenus en récidive (63,9% vs 46,6%, $p<0,01$). Par ailleurs, une addiction au crack était diagnostiquée chez 33,3% des pvVIH incarcérées en Guyane Française, plus fréquente que chez les détenus tout-venant interrogés dans l'enquête CAP (12,0%, $p<0,01$) (Tableau 1).

A noter que 25,8% des pvVIH détenues en Guyane Française avaient un antécédent psychiatrique rapporté et 8,8% une psychose connue (non présenté ici).

Les comorbidités explorées chez les pvVIH incarcérées semblaient plus fréquentes que celles de la population de détenus tout-venant de Guyane, mais comparable à la population des pvVIH non carcérale de VESPA 2 (milieu hospitalier cayennais).

Parmi les patients sous ARV, 83,1% avaient une charge virale contrôlée au seuil de 50 cp/ml, ce qui était supérieur à la cohorte hospitalière VESPA2 ($p<0,01$).

Discussion

Loin d'être une problématique marginale, on peut estimer que 4,5 à 5,0% des pvVIH vivant en Guyane Française ont connu un épisode ou plus d'incarcération durant la période 2007-2013 (d'après les estimations du Corevih, environ 3 500 pvVIH vivaient sur le sol Guyanais fin 2014). Aux USA, environ 20% des pvVIH avaient connu une incarcération en 1997, 14% en 2009 [13]. En outre, la doctrine de la « tolérance zéro » et sa *doxa* punitive, diffusées depuis les Etats-Unis à partir des années 90, ont essaimé en Europe, allant de pair avec un accroissement de la population carcérale qui touchait essentiellement les populations pauvres et marginalisées. L'augmentation du nombre de personnes détenues était de 39% en France entre 1983 et 1997 [14]. Les facteurs de risque d'incarcération [2] étant surreprésentés parmi les pvVIH :

toxicomanie, sans abrisme [15], chômage [16], précarité [17] ; ce phénomène d'accroissement carcéral les concerne donc en premier lieu.

Nos données suggèrent que les pvVIH incarcérées en Guyane Française cumulent les comorbidités connues chez les pvVIH suivies, auxquelles s'ajoutent des facteurs de vulnérabilité qui semblent encore plus fréquents qu'en population carcérale tout-venant. Ainsi, l'absence de scolarisation, la migration et la récidive carcérale étaient significativement plus fréquentes chez les détenus infectés par le VIH, comparées aux détenus tout-venant. Il en est de même du sans-abrisme et de l'addiction au crack, qui concernaient environ un tiers des détenus séropositifs de Guyane.

Néanmoins, l'incarcération paraissait être une réelle opportunité pour dépister le VIH à des stades d'immunodépression peu avancés, en particulier chez des populations migrantes, pour qui l'accès au soin était sans doute plus difficile. Ces derniers avaient majoritairement été dépistés durant une incarcération, contrairement aux pvVIH nées en France.

Par ailleurs, certaines origines géographiques paraissent considérablement sur ou sous-représentées parmi les détenus séropositifs migrants, comparé aux détenus tout-venant ou aux patients séropositifs suivis en Guyane. Ainsi les pvVIH nées au Guyana étaient largement majoritaires en milieu carcéral, alors qu'ils étaient minoritaires dans l'enquête CAP et parmi les patients habituellement suivis en Guyane [18]. A l'inverse, les patients nés en Haiti, majoritaires parmi les pvVIH suivis en Guyane (37,7% de la file active de l'Hôpital de Jour de Cayenne, où sont pris en charge la majorité des pvVIH suivies en Guyane) [18], ne représentaient qu'une fraction marginale des pvVIH incarcérées dans l'étude DAI-VIH.

Malgré d'excellents résultats virologiques chez les patients traités, supérieurs à ceux rapportés dans l'enquête VESPA 2, la proportion des détenus sous traitement ARV était relativement faible : seulement la moitié d'entre eux (50,3%) étaient sortis sous traitement (contre 92,6% dans la cohorte hospitalière ($p<0,001$)).

Les résultats décrits dans cet article étaient antérieurs aux recommandations du rapport Morlat de 2013 [19], ce dernier préconisant un traitement d'ARV, pour tous les pvVIH, indépendamment de la numération des lymphocytes CD4. Sauf exceptions, le traitement était proposé au seuil de 500 CD4/mm³ avant septembre 2013. Par ailleurs, certains pvVIH incarcérées ont refusé le traitement ARV, phénomène déjà décrit en milieu carcéral [20]. Néanmoins, même en prenant en compte ce dernier paramètre, au moins 70% des détenus auraient pu bénéficier d'un traitement ARV si on considère le nadir de la cohorte DAI-VIH, ce qui est en-deça de la proportion observée.

Ces comparaisons sont cependant à prendre avec précaution : le mode de recueil des données et l'inclusion n'ont pas été réalisés selon la même méthode au sein des 4 études présentées ici. En outre, la population de VESPA 2 concernait seulement les patients suivis à l'hôpital de Cayenne (60-65% des pvVIH suivies en Guyane) et ne reflète pas forcément l'ensemble des pvVIH suivies sur le territoire guyanais.

Néanmoins, les premiers résultats de cette étude exploratoire paraissent cohérents avec notre impression clinique : les caractéristiques des populations de pvVIH incarcérées, détenus tout-venant et pvVIH suivies en milieu hospitalier paraissent très différentes, traduisant sans doute des spécificités en lien avec l'origine géographique et sociale des personnes concernées. En outre, l'exclusion sociale, la grande précarité et la toxicomanie au crack, fréquents, peuvent générer des difficultés de suivi des pvVIH au delà de leur détention et requièrent une attention particulière.

Conclusion

Alors que les pvVIH incarcérées représentent une proportion significative des pvVIH en Guyane Française, l'association VIH et incarcération s'apparente à une double-peine. Ainsi, les détenus séropositifs semblent cumuler les comorbidités décrites chez les pvVIH, auxquelles s'ajoutent des facteurs de vulnérabilité encore plus péjoratifs que ceux observés parmi les détenus tout-venant.

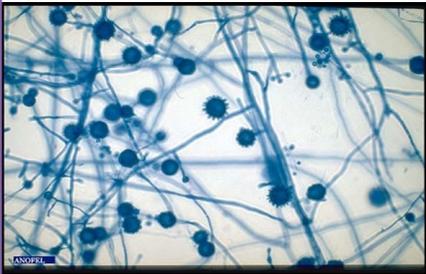
Néanmoins, l'incarcération semble une opportunité pour dépister des populations éloignées du système de soin et pour permettre d'initier un traitement antirétroviral. Le défi sera de maintenir le traitement ARV au delà de la détention, dans des conditions de vie particulièrement difficiles à leurs sorties de prison.

Références bibliographiques

1. Stephenson BL, Wohl DA, Golin CE, Tien H-C, Stewart P, Kaplan AH. Effect of release from prison and re-incarceration on the viral loads of HIV-infected individuals. *Public Health Rep Wash DC* 1974. 2005 Feb;120(1):84–8.
2. Combessie P. *Sociologie de la prison*. Paris: la Découverte; 2009.
3. Hammett TM, Harmon MP, Rhodes W. The Burden of Infectious Disease Among Inmates of and Releasees From US Correctional Facilities, 1997. *Am J Public Health*. 2002 Nov;92(11):1789–94.
4. Peters RH, Greenbaum PE, Edens JF, Carter CR, Ortiz MM. Prevalence of DSM-IV substance abuse and dependence disorders among prison inmates. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1998 Nov;24(4):573–87.
5. Dolan K, Wirtz AL, Moazen B, Ndeffo-Mbah M, Galvani A, Kinner SA, et al. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *Lancet Lond Engl*. 2016 Jul 14;
6. Dolan K, Kite B, Black E, Aceijas C, Stimson GV, Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among Injecting Drug Users in Developing and Transitional Countries. HIV in prison in low-income and middle-income countries. *Lancet Infect Dis*. 2007 Jan;7(1):32–41.
7. Semaille C, Le Strat Y, Chiron E, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, et al. Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull*. 2013;18(28).
8. About V. Rapport annuel d'activité de l'Unité de Soins et de Consultations (UCSA) de l'établissement pénitentiaire de Rémire Montjoly. 2014.
9. Merceron A. Pronostic et suivi médical des personnes infectées par le VIH, libérées du centre pénitentiaire de Remire-Montjoly entre 2007 et 2013. [Cayenne]: Médecine Hyacinthe BASTARAU des Antilles et de la Guyane; 2015.
10. Lert F, Aubriere C, D'Almeida Wilson Kayigan, Hamelin C, Dray-Spira R. Social status and health conditions of persons living with HIV in French West Indies, French Guiana, and Reunion Island in 2011. First results of the ANRS-VESPA2 survey. *Bull Épidémiologique Hebd*. 2013 Jul 2;(26–27):300–7.
11. Chaponnay A. Connaissances, attitudes et pratiques des détenus du centre pénitentiaire de Rémire-Montjoly (Guyane Française) vis-à-vis du VIH et des IST. [Cayenne]: Médecine Hyacinthe BASTARAU des Antilles et de la Guyane; 2015.
12. Dray-Spira R, Spire B, Lert F. General method of the ANRS-VESPA2 Study. *Bull Épidémiologique Hebd*. 2013 Jul 2;(26–27):321–4.
13. Spaulding AC, Seals RM, Page MJ, Brzozowski AK, Rhodes W, Hammett TM. HIV/AIDS among inmates of and releasees from US correctional facilities, 2006: declining share of epidemic but persistent public health opportunity. *PloS One*. 2009;4(11):e7558.
14. Wacquant L. *Les prisons de la misère*. Paris: Raisons d'agir; 2015.
15. Allen DM, Lehman JS, Green TA, Lindegren ML, Onorato IM, Forrester W. HIV infection among homeless adults and runaway youth, United States, 1989-1992. *Field Services Branch. AIDS Lond Engl*. 1994 Nov;8(11):1593–8.
16. Annequin M, Lert F, Spire B, Dray-Spira R, and the ANRS-Vespa2 Study Group. Increase in Unemployment over the 2000's: Comparison between People Living with HIV and the French General Population. Stienstra Y, editor. *PLOS ONE*. 2016 Nov 4;11(11):e0165634.
17. Krueger LE, Wood RW, Diehr PH, Maxwell CL. Poverty and HIV seropositivity: the poor are more likely to be infected. *AIDS Lond Engl*. 1990 Aug;4(8):811–4.
18. Corevih G. Rapport d'Activité 2015 [Internet]. [cited 2016 Nov 27]. Available from: http://www.ch-cayenne.net/IMG/pdf/ultime_version_du_ra_2015_corevih_03.02.2016.pdf
19. France, Ministère des affaires sociales et de la santé (2012-....), Morlat P. *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH Rapport 2013: recommandations du groupe d'experts*. Paris: DILA - Direction de l'information légale et administrative : La documentation française; 2013.
20. SIMSPe–SIMIT Group, Monarca R, Madeddu G, Ranieri R, Carbonara S, Leo G, et al. HIV treatment and care among Italian inmates: a one-month point survey. *BMC Infect Dis [Internet]*. 2015 Dec [cited 2016 Nov 24];15(1). Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471>

Carte d'identité de l'Histoplasmosse

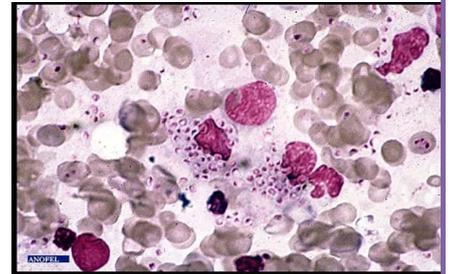
Variants : *Histoplasma capsulatum* var. *capsulatum* (américain) et *Histoplasma capsulatum* var. (africain) *duboisii*



Histoplasma capsulatum, aspect microscopique (forme filamenteuse)

L'**histoplasmosse** est une maladie infectieuse causée par un **champignon** appelé *Histoplasma capsulatum* dont le variant américain *capsulatum* est le plus fréquent (présenté ici).

L'infection s'attaque principalement au **poumon** mais peut aussi toucher le **foie**, la **peau**, les **yeux**, le **système nerveux central** et les **glandes surrénales**.



Frottis de moelle : petites levures d'*Histoplasma capsulatum* var. *capsulatum* (MGG x 400)

> **Facteurs favorisants** : milieu humide à des températures modérées;

> **Mode de contamination** : par inhalation de spores d'*Histoplasma capsulatum*. **Pas de contamination interhumaine**;

> **Délais d'incubation** : 10 jours en moyenne [5 min — 18 max]

> **Réservoir** : volaille et oiseaux (via leur plumage ou leur fiente) et chauve-souris (via leur fiente);

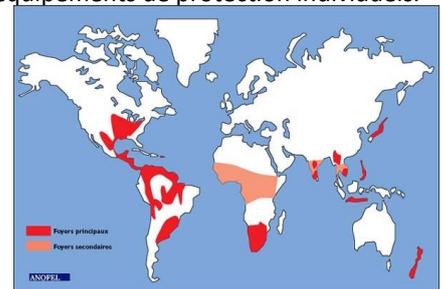
> **Personnes à risque** : jeunes enfants, personnes âgées ou immunodéprimés (ex. patients VIH);

> **Diagnostic biologique** : mycologique +++ avec examen direct à la coloration au May-Grünwald-Giemsa (MGG) ou mise en culture suivi d'un examen microscopique; diagnostic sérologique (uniquement USA) ou par PCR

> **Signes cliniques** : syndrome pseudo-grippal avec fièvre, toux et dyspnée. Les formes asymptomatiques peuvent atteindre 80% de la population;

> **Traitement médicaments d'intention des formes symptomatiques** : AmB desoxycholate ou itraconazole

> **Lutte et prévention** : éviter de s'exposer aux poussières, arroser le milieu contaminé avec de l'eau avant nettoyage des poulaillers, porter des équipements de protection individuels.



Principaux foyers de l'histoplasmosse à *H. capsulatum*

Sources : Campus de Parasitologie-Mycologie - Association Française des Enseignants de Parasitologie et Mycologie (ANOFEL) - (Campus Cerimes—Université Lille 2), Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail

| L'histoplasmosse disséminé du patient infecté par le VIH: de la Guyane à l'Amérique latine |

Mathieu NACHER

Centre d'Investigation et de recherche (CIC) INSERM 1424, Centre hospitalier de Cayenne

L'histoplasmosse disséminée est une pathologie classante du SIDA depuis 1987 [1]. Il s'agit d'une maladie infectieuse causée par un champignon appelé *histoplasma capsulatum*. L'infection s'attaque généralement aux poumons et les symptômes peuvent varier considérablement (voir encadré 4, carte identité de l'histoplasmosse). Chez l'immunocompétent, cette infection est souvent pauci-symptomatique. Chez le patient infecté par le VIH, souvent à un stade d'immunodépression profonde, l'infection est disséminée, provoquant un tableau d'altération de l'état général fébrile, fréquemment confondu avec la tuberculose [2]. Le tableau est pourtant plus volontiers celui d'une cytopénie, avec une augmentation des transaminases, des LDH, de la ferritine. Pour certains, c'est une diarrhée chronique avec fièvre

et altération de l'état général ; enfin, il peut y avoir des lésions cutanées ombiliquées et des lésions muqueuses ulcérées et/ou bourgeonnantes. Cette infection est facilement diagnostiquée aux Etats Unis grâce à un test de détection antigénique réalisée sur les urines ou le sérum du patient [1].

En Guyane, l'histoplasmosse est aujourd'hui une pathologie bien connue. L'histoire des progrès réalisés dans le diagnostic et le traitement de l'histoplasmosse est instructive. Floch, à l'Institut Pasteur de Guyane, avait décrit le champignon dans les années 50 [3] et, grâce au test à l'histoplasmine, on estimait qu'environ 30% de la population locale avait été exposée. Les cas cliniques étaient cependant rares jusqu'à ce que l'arrivée du VIH bouleverse l'incidence et l'épidémiologie de l'histoplasmosse...

Les dermato-microscopistes

La Guyane, c'est aussi le territoire de la leishmaniose cutanée, pathologie parasitaire touchant les personnes qui vont en forêt. Face à l'incidence élevée de cette pathologie dermatologique, le Dr Roger Pradinaud avait instauré l'utilisation du microscope dans les bureaux de consultation du service de dermatologie, afin de lire des frottis cutanés provenant de lésions suspectes de leishmaniose [4]. Ainsi, les dermatologues de Guyane ont fini par faire des frottis de tous types de lésions et avaient pour habitude de lire les lames dans la foulée, en présence du patient, adaptant le traitement aux résultats observés. Dans les années 1990, lorsqu'arrivèrent les premiers patients séropositifs avec des lésions cutanées, très vite les dermatologues avaient identifié l'histoplasmose disséminée comme étant une pathologie régulièrement observée chez le patient notamment au stade SIDA [5,6]. Cependant les formes étaient des formes cutanées ou muqueuses, il faut préciser qu'à l'époque, il n'y avait pas de culture fongique.

Une prise de conscience progressive

En 1997, l'arrivée de Christine Aznar, mycologue, a permis de mettre en place la culture fongique. Plus tard, des techniques de biologie moléculaire ont également été mises au point [7,8]. Cette montée en charge des capacités diagnostiques (notamment l'examen direct, la culture, et l'histopathologie [9]) a fait que le nombre de diagnostics d'histoplasmose a explosé [10], avec cette fois, de moins en moins de cas "dermatologiques" au fur et à mesure que le diagnostic se faisait plus tôt. Cette prise de conscience a fait que les anatomopathologistes faisaient plus systématiquement des colorations type Grocott permettant de voir les champignons. Avec l'expérience, les chirurgiens et les endoscopistes se sont mis à garder des prélèvements non fixés pour la mise en culture. Le Dr Pierre Couppié débute en 1998 un recueil systématique des données des cas d'histoplasmose et en décrit les formes cutanéomuqueuses [6] ainsi que les facteurs pronostiques [11]. Cette base de données devient la plus importante base de données sur l'histoplasmose au monde. Cette expérience clinique [9] fait que les médecins sont souvent extrêmement suspicieux du diagnostic (un diagnostic difficile) et ne tardent pas à prescrire des prélèvements de tissus (ganglion, foie, tube digestif), de moelle osseuse pour chercher *H. capsulatum*. Aussi, le traitement d'épreuve est souvent initié sans attendre les résultats de la culture, ce qui permet d'éviter que le patient ne meure en attendant la confirmation biologique. L'étude des facteurs pronostiques permet d'affiner les indications thérapeutiques et de réserver l'amphotéricine liposomale aux patients les plus graves [11]. Grâce à ces avancées, la mortalité de cette pathologie, qui était initialement de 40%, n'a cessé de baisser au cours du temps [10]. Avec l'arrivée du Centre d'Investigation Clinique, les recherches se sont multipliées sur le sujet et ont permis de bien mieux connaître cet agent et de prendre conscience de son importance à l'échelle de l'Amérique latine [2,10,12-16]. Ainsi en Guyane, avec 1,5 pour 100 personnes années, l'histoplasmose disséminée est la première infection classante [17] et elle a longtemps été la première cause de mortalité du patient infecté par le VIH [18].

Cet historique peut sembler superflu, mais le déroulé de la prise de conscience progressive par les cliniciens, les biologistes et les épidémiologistes est une histoire unique résultant d'une conjonction de facteurs, d'un assemblage de personnes et de compétences, qui ont fait que de tels progrès aient pu être réalisés, alors qu'ailleurs la pathologie reste encore méconnue.

De l'intérêt de visiter les hôpitaux des pays voisins

Ainsi, sur le plateau des Guyanes, jusqu'à très récemment, l'histoplasmose n'existait pas. En Amapa (Brésil), au Surinam, au Guyana, en 35 ans d'épidémie du VIH, aucun cas d'histoplasmose n'avait été diagnostiqué. Et dans de nombreux endroits, ce diagnostic restait rare et très probablement très en dessous de l'incidence réelle. Ainsi, peu à peu les rencontres entre cliniciens et biologistes surinamais et guyanais ont abouti au souhait partagé de faire progresser la connaissance sur cette pathologie. Après avoir lu un article de revue sur l'histoplasmose d'auteurs guyanais [19], le directeur adjoint de la branche des infections mycotiques du Center for Disease Control and prevention (CDC) à Atlanta, venait à la rencontre des acteurs guyanais en 2006 à Cayenne et leur signifiait le souhait du CDC de développer un test diagnostique pour les pays d'Amérique du sud [20]. Quelques années plus tard, un test Elisa maison était évalué au Guatemala puis en Colombie, y révélant la fréquence élevée de l'histoplasmose dans ces régions [21,22]. Cinq ans après la première rencontre, il était décidé d'utiliser ce test pour mesurer la fréquence de l'antigénurie à *H. capsulatum* en Guyane et au Surinam. Après 3 tentatives infructueuses, un financement ANRS et FEDER ont finalement permis de mettre en place cette étude de prévalence sur 515 patients VIH+ admis pour un syndrome infectieux entre 2013 et 2015.

La recherche tire la coopération

En matière de coopération, les réunions initiées par des décideurs visant à impulser la coopération sont assez fréquentes mais, dans une région complexe avec de grandes différences entre les systèmes de Santé, elles ne débouchent pas forcément sur des avancées concrètes. La recherche semble parfois secondaire par rapport au besoin d'agir tout de suite. Pourtant, en l'occurrence le diagnostic partagé de partenaires de pays voisins, le choix d'un objectif simple et important, a permis de construire un partenariat et une complicité qui perdure au-delà de l'histoplasmose et au-delà de la recherche.

En parallèle à l'étude visant à déterminer la fréquence de l'antigénurie à *H. capsulatum* chez les patients VIH(+) en Guyane et au Surinam, un renforcement des capacités diagnostiques a été effectué. Ainsi, l'Agence Française de Développement (AFD), l'Agence Régionale de Santé de Guyane (Philippe Damie), et l'Organisation Panaméricaine de la Santé (Philippe Tabard, Laure Garancher) ont permis de financer des formations pour les cliniciens (réalisées par Pierre Couppié) et les biologistes (réalisées par Denis Blanchet), ainsi que des achats de matériel de laboratoire pour le diagnostic mycologique standard. Grâce à ces efforts, sous l'impulsion de l'infatigable Antoine Adenis, le Surinam isolait pour la première fois *H. capsulatum* en 2014, la pathologie devenant désormais le « suspect numéro un » des patients VIH fébriles. Pour le Guyana, la première culture positive fut isolée en 2015. Les données du projet de recherche seront analysées en détail fin 2016 mais le résultat principal est connu : 25% des patients séropositifs hospitalisés pour fièvre ou syndrome infectieux au Surinam ont une antigénurie ou une antigénémie positive à *H. capsulatum*. Pour un problème sanitaire inexistant 2 ans auparavant, le contraste est donc saisissant.

Quelques spots de lumière dans l'obscurité

En parallèle de la coopération avec le Surinam, les visites de différents hôpitaux en Amérique latine montrent que le diagnostic d'histoplasmose est rarement fait, et que de

nombreux patients se présentent à des stades d'immunodépression avancée [23]. Il y a cependant quelques exceptions. A Fortaleza, c'est une autre histoire, qui est aussi liée à la leishmaniose. La présence de la leishmaniose viscérale dans le Ceara, fait que les cliniciens ont toujours prescrit l'examen du *buffy coat* pour en faire le diagnostic. Ainsi, devant des cytopénies fébriles, les auteurs du Ceara ont pris conscience de la fréquence élevée de l'histoplasme. Les équipes de mycologies des différents hôpitaux universitaires Brésiliens connaissent bien le champignon mais elles sont souvent déconnectées des infectiologues qui ne recherchent pas systématiquement ce diagnostic bien qu'ils se trouvent le plus souvent en zone d'endémie. Les rares données publiées en Amérique latine montrent ainsi que l'histoplasme est une pathologie fréquente du patient infecté par le VIH : au Panama 7,65% des patients avaient une infection confirmée par la culture [24], au Guatemala l'histoplasme est la seconde infection opportuniste après la tuberculose, au Venezuela c'était 21,5% des patients VIH(+) [25] et lors d'une série autopsique la proportion était de 44% [26], à Fortaleza au Brésil une étude prospective montrait que 43% des patients VIH(+) avaient une histoplasme disséminée [27], enfin à Saint Laurent du Maroni en Guyane une étude prospective réalisée par le Dr Vincent Vantilcke investiguant les causes de fièvre chez des patients infectés par le VIH hospitalisés pour fièvre sans autre étiologie montrait que 42% de ceux qui avaient moins de 200 CD/mm³ avaient une histoplasme et que lorsque l'on regardait ceux qui avaient moins de 50 CD₄ par mm³ c'était 85% d'entre eux qui étaient atteints d'une histoplasme [28].

Tant de morts évitables...

En l'état actuel des connaissances, il apparaît que l'histoplasme est un problème de santé publique majeur mais invisible, faute d'outil diagnostique [29]. En utilisant différentes méthodes et différents scénarios de mortalité ce sont 5 000 à 10 000 personnes infectées par le VIH qui décèderaient d'histoplasme chaque année en Amérique latine. Ces chiffres sont comparables aux décès liés à la tuberculose chez le patient VIH. Il est d'ailleurs probable que nombre de cas de "tuberculose" soient pour une partie non négligeable d'entre eux des histoplasmes. Ainsi un poster à la « Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections » (CROI) de 2015 suggérait un excès de décès de près de 80% chez des patients ayant une "tuberculose" avec culture négative [30].

Devant cette perspective, et devant l'absence de prise en compte du problème de santé publique par les plans

stratégiques VIH/SIDA nationaux et internationaux, les chercheurs guyanais et leurs partenaires dans les différents pays ont alerté la communauté internationale soulignant que cette pathologie était négligée [29,31]. Grâce aux efforts considérables du Dr Antoine Adenis, une première réunion du réseau a réuni 7 pays au Surinam en 2013 puis 13 pays en 2015 ainsi que l'Organisation Panaméricaine de la Santé, les CDC, le Caribbean Public Health Agency, et la société Immy [32]. Désormais l'industrie pharmaceutique s'intéresse au sujet voyant un marché potentiel pour développer des tests beaucoup plus simples, performants et bon marché. Ainsi, un test Elisa monoclonal et une bandelette urinaire sont actuellement en attente de feu vert de la Food Drug Administration.

Un objectif partagé pour 2020

L'objectif partagé est aujourd'hui simple: 80/20(32) : d'ici 2020 il faut que plus de 80% des hôpitaux d'Amérique latine possèdent des tests diagnostiques et des traitements d'intention de l'histoplasme (ce qui n'est pas toujours le cas ; pas d'itraconazole au Guyana, rupture d'amphotéricine B au Guatemala, pas d'amphotéricine B liposomale, etc.). C'est un phénomène « bottom-up », du terrain à destination des instances nationales et internationales qui, n'ont pas intégré l'écologie des pathogènes de l'Amérique latine calquant leurs plans stratégiques de lutte contre le VIH sur des modèles trop souvent monolithiques. L'arrivée de nouveaux outils diagnostiques permettra sans nul doute de prendre toute la mesure de l'ampleur du phénomène. Ainsi, l'épidémiologie locale et la leishmaniose, la petite taille de l'hôpital de Cayenne permettant une bonne interaction entre cliniciens-biologistes-épidémiologistes, le fait d'être un pays riche qui est impliqué dans des projets de recherche d'envergure internationale, ont permis de faire émerger la prise de conscience de ce problème sanitaire en Guyane mais également de la diffuser en Amérique latine. La recherche a été un moteur important de la coopération avec les pays voisins avec des retombées positives bien au-delà du cadre de la recherche. Le test du CDC ne sera jamais commercialisé et jamais utilisé à grande échelle. Il a néanmoins servi à révéler le fardeau de l'histoplasme au Surinam, en Colombie, au Guatemala ou encore à Porto Allègre au Brésil. Cette histoire n'est pas terminée car l'arrivée de nouveaux tests diagnostiques non invasifs, rapides et abordables va sans doute bouleverser la donne et contribuer de manière significative à réduire la mortalité liée à ce champignon méconnu qui fait pourtant des ravages chez les patients infectés par le VIH depuis 35 ans [23].

Remerciements

Tous les acteurs de cette belle histoire: Roger Pradinaud (vive le microscope et bon 80^{ème} anniversaire Roger !), Pierre Couppié, Antoine Adenis, Christine Aznar, Denis Blanchet, Magalie Demar, Vincent Vantilcke, Rachida Boukari, Bernard Carme, Stephen Vreden, Sigrid Mc Donald, Marja Van Eer, Sandra Hermerljin, Brian, Ruth Ramos, Shanti Singh, Laure Garancher, Philippe Tabard, Margarete Gomes, Ivina Lopes, Silvia Marques, Maurimelia Mesquita Costa, Rosely Zancoppe Oliveira, Teresina Silva Leitao, Marcus Lacerda, Beatriz Gomez, Diego Caceres, Angela Restrepo, Angela Tobon, Eduardo Arathoon, Blanca Samoya, Olivier Lortholary, Tom Chiller, Christina Scheele, Sean Bauman, et bien d'autres...



Références bibliographiques

1. Wheat LJ, Freifeld AG, Kleiman MB, Baddley JW, McKinsey DS, Loyd JE, et al. Clinical practice guidelines for the management of patients with histoplasmosis: 2007 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2007;45(7):807-25.
2. Adenis A, Nacher M, Hanf M, Basurko C, Dufour J, Huber F, et al. Tuberculosis and histoplasmosis among human immunodeficiency virus-infected patients: a comparative study. *Am J Trop Med Hyg*. 2014;90(2):216-23.
3. H. F. [Histoplasmosis Darling in research in French Guiana]. *Bull Soc Pathol Exot Filiales* 1953;46(3):288-90.
4. Grosshans EM PR. [Dermatology in French Guiana]. . 1979; 30 (8):443-5.
5. Gérard Y CP, del Giudice P, Mille H, Cuchet T, Sainte-Marie D, Pradinaud R. Disseminated histoplasmosis: 2 cases in patients with human immunodeficiency virus infection in French Guiana]. *Rev Med Interne* 1995;16(10):767-70.
6. Couppié P CE, Nacher M, Aznar C, Sainte-Marie D, Carne B, Pradinaud R. Acquired immunodeficiency syndrome-related oral and/or cutaneous histoplasmosis: a descriptive and comparative study of 21 cases in French Guiana. *Int J Dermatol*. 2002 41(9):571-6.
7. Maubon D SS, Aznar C. Histoplasmosis diagnosis using a polymerase chain reaction method. Application on human samples in French Guiana, South America. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 2007;58 (4):441-4.
8. Simon S VV, Boukhari R, Blanchet D, Aznar C. Detection of *Histoplasma capsulatum* DNA in human samples by real-time polymerase chain reaction. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2010;66 (3):268-73.
9. Huber F, Nacher M, Aznar C, Pierre-Demar M, El Guedj M, Vaz T, et al. AIDS-related *Histoplasma capsulatum* var. *capsulatum* infection: 25 years experience of French Guiana. *AIDS*. 2008;22(9):1047-53.
10. Adenis A, Nacher M, Hanf M, Vantilcke V, Boukhari R, Blanchet D, et al. HIV-associated histoplasmosis early mortality and incidence trends: from neglect to priority. *PLoS Negl Trop Dis*. 2014;8(8):e3100.
11. Couppie P, Sobesky M, Aznar C, Bichat S, Clyti E, Bissuel F, et al. Histoplasmosis and acquired immunodeficiency syndrome: a study of prognostic factors. *Clin Infect Dis*. 2004;38(1):134-8.
12. Nacher M, Adenis A, Blanchet D, Vantilcke V, Demar M, Basurko C, et al. Risk factors for disseminated histoplasmosis in a cohort of HIV-infected patients in French Guiana. *PLoS Negl Trop Dis*. 2014;8 (1):e2638.
13. Nacher M, Adenis A, Sambourg E, Huber F, Abboud P, Epelboin L, et al. Histoplasmosis or tuberculosis in HIV-infected patients in the amazon: what should be treated first? *PLoS Negl Trop Dis*. 2014;8 (12):e3290.
14. Hanf M, Adenis A, Couppie P, Carne B, Nacher M. HIV-associated histoplasmosis in French Guiana: recent infection or reactivation? *AIDS*. 24(11):1777-8.
15. Adenis AA, Aznar C, Couppie P. Histoplasmosis in HIV-Infected Patients: A Review of New Developments and Remaining Gaps. *Current tropical medicine reports*. 2014;1:119-28.
16. Nacher M, Adenis A, Basurko C, Vantilcke V, Blanchet D, Aznar C, et al. Primary prophylaxis of disseminated histoplasmosis in HIV patients in French Guiana: arguments for cost effectiveness. *Am J Trop Med Hyg*. 2013;89(6):1195-8.
17. Nacher M, Adenis A, Adriouch L, Dufour J, Papot E, Hanf M, et al. What is AIDS in the Amazon and the Guianas? Establishing the burden of disseminated histoplasmosis. *Am J Trop Med Hyg*. 2011;84 (2):239-40.
18. Lewden C, Sobesky M, Cabie A, Couppie P, Boulard F, Bissuel F, et al. [Causes of death among HIV infected adults in French Guyana and the French West Indies in the era of highly active antiretroviral therapy (HAART)]. *Medecine et maladies infectieuses*. 2004;34 (7):286-92.
19. Couppie P, Aznar C, Carne B, Nacher M. American histoplasmosis in developing countries with a special focus on patients with HIV: diagnosis, treatment, and prognosis. *Curr Opin Infect Dis*. 2006;19 (5):443-9.
20. Scheel CM SB, Herrera A, Lindsley MD, Benjamin L, Reed Y, Hart J, Lima S, Rivera BE, Raxcaco G, Chiller T, Arathoon E, Gómez BL. Development and evaluation of an enzyme-linked immunosorbent assay to detect *Histoplasma capsulatum* antigenuria in immunocompromised patients. *Clin Vaccine Immunol* 2009 16 (6):852-8.
21. Samoya B, Mercado, E., Argueta, D., Scheel, C., Guzman, B., Amado, I., Gomez, B., Morales, R., Chiller, T., Arathoon, E. Disseminated histoplasmosis (DH) before and after the implementation of urine antigen detection ELISA (UADE) in an HIV clinic in Guatemala. . ICAAC2012.
22. Caceres DH, Zuluaga A, Arango-Bustamante K, de Bedout C, Tobon AM, Restrepo A, et al. Implementation of a Training Course Increased the Diagnosis of Histoplasmosis in Colombia. *Am J Trop Med Hyg*. 2015;93(3):662-7.
23. Nacher M, Adenis A, Aznar C, Blanchet D, Vantilcke V, Demar M, et al. How Many Have Died from Undiagnosed Human Immunodeficiency Virus-Associated Histoplasmosis, A Treatable Disease? Time to Act. *Am J Trop Med Hyg*.
24. Gutierrez ME, Canton A, Sosa N, Puga E, Talavera L. Disseminated histoplasmosis in patients with AIDS in Panama: a review of 104 cases. *Clin Infect Dis*. 2005;40(8):1199-202.
25. Redondo MC. Disseminated histoplasmosis in Venezuelan AIDS patients. *Infectious Diseases in Clinical Practice*. 1995;4(4):300-3.
26. Colombo AL, Tobon A, Restrepo A, Queiroz-Telles F, Nucci M. Epidemiology of endemic systemic fungal infections in Latin America. *Med Mycol*. 49(8):785-98.
27. Daher EF, Silva GB, Jr., Barros FA, Takeda CF, Mota RM, Ferreira MT, et al. Clinical and laboratory features of disseminated histoplasmosis in HIV patients from Brazil. *Trop Med Int Health*. 2007;12(9):1108-15.
28. Vantilcke V, Boukhari R, Jolivet A, Vautrin C, Misslin C, Adenis A, et al. Fever in hospitalized HIV-infected patients in Western French Guiana: first think histoplasmosis. *International journal of STD & AIDS*. 2014;25(9):656-61.
29. neglected histoplasmosis in Latin America G. Disseminated histoplasmosis in Central and South America, the invisible elephant: the lethal blind spot of international health organizations. *AIDS*. 2016;30(2):167-70.
30. T. S, editor Culture negative TB is associated with increased mortality in HIV-infected persons. . CROI 2015; Seattle, Washington, USA.
31. Nacher M, Adenis A, Mc Donald S, Do Socorro Mendonca Gomes M, Singh S, Lopes Lima I, et al. Disseminated Histoplasmosis in HIV-Infected Patients in South America: A Neglected Killer Continues on Its Rampage. *PLoS Negl Trop Dis*. 7(11):e2319.
32. Nacher MA, A. Proceedings of First Histoplasmosis in the Americas and the Caribbean Meeting, Paramaribo, Suriname, December 4–6, 2015. *Emerg Inf Dis*. 2016.

Lydéric AUBERT¹, Mahilde MELIN², Caroline SIX¹, Ndeindo NDEIKOUNDAM³

¹ Cellule d'intervention en région Antilles, Santé publique France

² Agence régionale de santé de Guadeloupe

³ Direction des maladies infectieuses, unité VIT (VIH, IST et Tuberculose), Saint-Maurice, Santé publique France

Cet article présente le bilan du Réseau de surveillance des Infections Sexuellement Transmissibles (RésIST) bactériennes (syphilis et gonococcies) dans les Antilles. Les données relatives aux réseaux de surveillance biologique Rénago et Rénachla ne sont pas développées dans cet article. (Encadré 7 « Surveillance IST en France »)

Ce bilan de la surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes en Martinique, en Guadeloupe et à Saint-Martin permettra de contribuer chaque année à l'avancement des connaissances autour de l'épidémiologie locale de ces IST, dans une finalité d'aide à la promotion de la santé

Il est important de préciser que les données recueillies dans le cadre du réseau de surveillance RésIST permettent de décrire les caractéristiques des cas de syphilis et de gonococcies ayant consulté dans les sites participants. La participation aux réseaux de surveillance étant basée sur le volontariat, ces chiffres ne sont, par définition, pas représentatifs de l'ensemble des structures de dépistage présentes sur les territoires des Antilles. En effet, du point de vue épidémiologique, ces dispositifs de surveillance n'ont pas pour objectif de recenser de façon exhaustive les IST. Ces chiffres permettent donc uniquement de décrire des tendances au cours du temps. Pour atteindre les objectifs de surveillance, il est indispensable de participer au réseau RésIST de manière constante au cours du temps afin de justement mettre en évidence ces tendances évolutives que ce soit en termes de populations ou de comportements face au risque des IST.

En **Guadeloupe (dont Saint-Martin)**, l'inclusion des différents sites participants aux réseaux volontaires de surveillance des IST (RésIST, Rénago, Rénachla) s'est mise en place de manière échelonnée à partir de l'année 2015 (Mise en place de réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles en Guadeloupe et à Saint-Martin¹). Dans le bilan qui suit, seules les données du réseau RésIST sont présentées. Ce bilan sera conforté l'année prochaine par les données fournies par les biologistes participant aux réseaux dédiés aux gonococcies (Rénago) et aux infections à *chlamydiae* et (Rénachla). Il sera alors possible de comparer les estimations d'incidences annuelles en Guadeloupe et à Saint Martin avec celles de métropole, dès qu'une année complète sera disponible.

Pour la **Martinique**, RésIST s'est initié dès 2009. Plusieurs années de recul sont donc disponibles, même si la participation des cliniciens volontaires s'est un peu essouffée au cours du temps, faute notamment d'une animation territoriale initiée seulement en 2016. Jusqu'ici, les données relatives aux consultations IST (questionnaire médical et auto questionnaire) étaient directement envoyées au niveau national. Peu de rétro information à l'échelle régionale était faite aux cliniciens volontaires. L'année 2017 permettra de formaliser davantage l'animation régionale de ce réseau en consolidant la participation des sites déjà participants depuis plusieurs années mais également en élargissant la participation à d'autres cliniciens et biologistes volontaires. En effet, à ce jour, aucun biologiste ne participe aux réseaux Rénago ou Rénachla en Martinique.

¹ Journées Régionales de veille Sanitaire 2016, Guadeloupe

B.E.H. LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES BACTÉRIENNES EN FRANCE : SITUATION EN 2015 ET ÉVOLUTIONS RÉCENTES, BEH 41-42, 29 novembre 2016

Vous trouverez ci-dessous un résumé de l'article paru le 29 novembre 2016 dans le BEH 41-42 dédié aux IST et VIH en France.

Résumé

Introduction – Les infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes augmentent en France depuis la fin des années 1990. Cet article présente les tendances épidémiologiques récentes jusqu'en 2015, ainsi que les caractéristiques des patients diagnostiqués pour une IST.

Méthode – La surveillance des IST repose sur des réseaux volontaires de médecins et de biologistes. Le réseau de surveillance des IST « RésIST » recueille auprès des cliniciens des données démographiques, cliniques, biologiques et comportementales pour les syphilis précoces et les gonococcies. Un réseau coordonné par le Centre national de référence (CNR) des infections à *Chlamydiae* collecte le même type de données pour les lymphogranulomatoses vénériennes (LGV) rectales et les infections rectales à *Chlamydia* non L. Les réseaux de laboratoires « Renachla » et « Rénago » recueillent des données démographiques et biologiques pour les chlamydioses et les gonococcies. Les tendances 2013-2015 sont décrites en considérant le nombre de cas déclarés par les sites ayant participé de façon constante sur cette période.

Résultats – En 2015, le nombre de syphilis précoces, d'infections à gonocoque et de LGV a continué d'augmenter. Cette progression est particulièrement marquée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH). Une hausse du nombre de syphilis et de gonococcies est également observée chez les hétérosexuels, malgré un nombre de cas relativement faible.

Conclusion – La syphilis précoce, l'infection à gonocoque et la LGV progressent en France, notamment chez les HSH. Cette progression reflète une augmentation des comportements sexuels à risque décrite par les études comportementales menées dans cette population. Un dépistage précoce des patients et de leurs partenaires, suivi d'un traitement rapide, est indispensable pour interrompre la transmission des IST, dans un contexte

Source à citer : Ndeikoundam N, Viriot D, Fournet N, De Barbeyrac B, Goubard A, Dupin N, et al. Les infections sexuellement transmissibles bactériennes. en France : situation en 2015 et évolutions récentes. Bull Epidémiol Hebd. 2016;(41-42):738-44. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/2016_41-42_1.html

Pour plus d'information, consultez le site de Santé publique France et le BEH paru le 29 novembre 2016

http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/2016_41-42_1.html

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance>

NOTA :

Les analyses qui suivent sont réalisées à partir de données brutes issues :

- des données régionales de surveillance du réseau de surveillance des IST par les cliniciens (RéSIIST) [encadré 7] recueillies sur la période 2009-2015 pour la Martinique et uniquement en 2015 pour la Guadeloupe, date de la mise en place du réseau de surveillance.

Elles concernent les cas de syphilis récente (primaire, secondaire et latente précoce de moins d'un an) et les cas de gonococcies [voir définitions de cas en encadré 6] rapportés par les cliniciens participant à ce réseau de surveillance.

Ces résultats résultent de l'exploitation du questionnaire clinique et de l'auto-questionnaire comportemental. En 2015, ce dernier a été rempli pour 53% des cas de syphilis et 77 % des cas de gonococcies en Martinique. En Guadeloupe, 6 auto-questionnaires ont été renseignés sur les 7 cas de syphilis récente déclarées et 28% pour les gonococcies.

En 2015, les données du réseau RéSIIST en **Martinique** et en Guadeloupe ne sont pas consolidées pour la seule année 2015 et doivent donc être interprétées avec prudence. En effet, ces données sont probablement sous déclarées en 2015 en Guadeloupe et à Saint Martin du fait de la mise en place en cours d'année et d'une probable sous-estimation de la situation en Martinique inhérente au volontariat des cliniciens participants.

1. Syphilis récente aux Antilles

1.1 Sites participants

En **Martinique**, trois sites participent volontairement au réseau de surveillance RéSIIST depuis 2009: le service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) du CHU de Fort de France, le CeGIDD situé au dispensaire Vernes-Monrose de Fort de France et le Centre de Référence Périnatal Pluridisciplinaire de Proximité (CR3P) au Marin. Le nombre de cas de syphilis récentes déclarés était très faible (<5 cas) les trois premières années. Les chiffres présentés ci-dessous couvrent la période 2012-2015.

Sur la période 2012-2015, la participation de ces sites est répartie de la manière suivante : 70% des déclarations au réseau RéSIIST des cas de syphilis récente proviennent du SMIT -CHU de Fort de France, 27% du Ciddist Vernes-Morose (nouvellement CeGIDD) et 2% au CR3P. On observe une participation non constante selon les sites en fonction du temps.

En **Guadeloupe**, le réseau de surveillance RéSIIST a été initié en cours d'année 2015. Les premiers sites ayant déclaré des cas de syphilis récente sont le SMIT du CHU de Pointe à Pitre et le Cdag des liaisons dangereuses de Saint Martin (nouvellement CeGIDD) avec une répartition en termes de déclaration de cas de 70% et 30% respectivement.

1.2 Evolution du nombre de cas de Syphilis récente

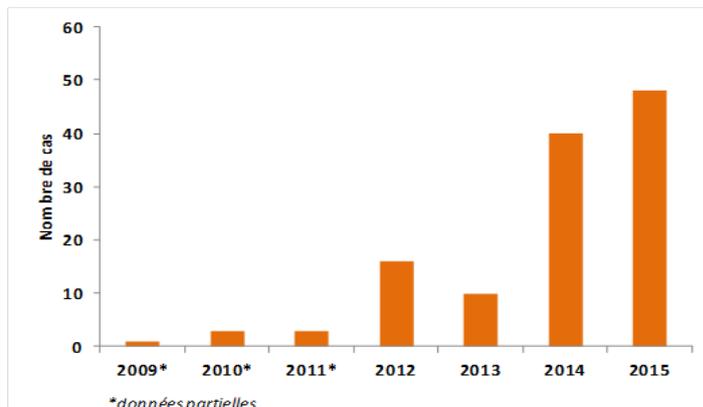
En **Martinique**, 114 cas de syphilis récente ont été déclarés par le réseau volontaire sur la période 2012-2015. On observe une augmentation du nombre de cas de syphilis récente signalés au réseau RéSIIST au cours du temps (Figure 1).

En 2015, les 48 cas signalés représentent près de la moitié (48%) des cas déclarés par les DOM au réseau RéSIIST et 3% des cas au niveau national.

En **Guadeloupe**, 7 cas de syphilis récente ont été déclarés au réseau RéSIIST en 2015.

| Figure 1 |

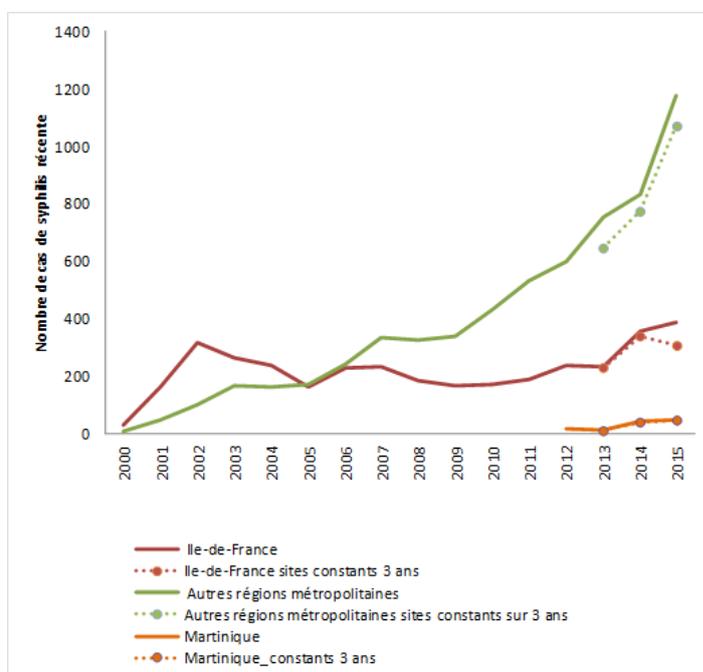
Evolution du nombre de cas de syphilis récente en Martinique, 2009-2015



L'analyse à « sites constants » (sites ayant participé à la surveillance les 3 dernières années consécutives) pour les années 2013 à 2015 montre une augmentation dans les autres régions françaises hors Ile de France, et une légère augmentation en Martinique en 2015 par rapport aux années précédentes. Le nombre de cas déclarés en Martinique reste largement en dessous du nombre de cas déclarés dans les régions métropolitaines hors Ile de France (Figure 2).

| Figure 2 |

Evolution du nombre de cas de syphilis récente en Martinique et dans les autres régions métropolitaines, réseau RéSIIST, 2000-2015.



1.3 Caractéristiques des recours au dépistage, 2012-2015

Motifs de recours au dépistage : Sur l'ensemble de la période, en **Martinique**, 39% des cas de syphilis récente ont consulté pour des signes cliniques évocateurs d'IST, 38% dans le cadre d'un dépistage et 13% pour d'autres signes cliniques. Il est à

1.4.1 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

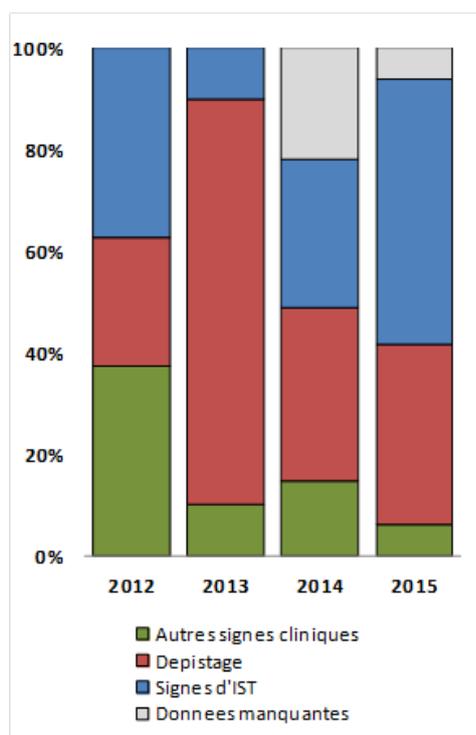
noter 11% de données non renseignées pour cette variable. Parmi ces 114 cas, 3 ont déclaré en sus de leur motif initial, la notion d'un partenaire avec une IST.

En 2015, l'existence de signes cliniques d'IST motivait plus de la moitié (52%) des consultations (comparable avec au niveau national à 50%). Cette augmentation est significative entre 2014 et 2015 (figure 5 et tableau 1). Aucun d'entre eux n'a déclaré de partenaire avec une syphilis récente.

En Guadeloupe, sur les 7 patients déclarés, 4 d'entre eux ont consulté dans le cadre d'un dépistage, 2 autres pour des signes d'IST et un patient n'a pas communiqué son motif. Aucun n'a déclaré la notion de partenaire avec une IST comme motif de consultation.

| Figure 3 |

Evolution des motifs de recours au dépistage des cas de syphilis récente, réseau RésIST, Martinique, 2012-2015



1.4 Caractéristiques des cas, 2012-2015 en Martinique et 2015 en Guadeloupe

Le **tableau 1** ci-dessous présente les caractéristiques des syphilis récentes déclarées par le réseau RésIST aux Antilles de 2012 à 2014 et en 2015, ainsi qu'en France en 2015.

Les données sont présentées en proportion (%) pour la Martinique et en chiffres bruts pour la Guadeloupe au vu du faible effectif déclaré en 2015 (n=7).

| Tableau 1 |

Caractéristiques des cas de syphilis récente, RésIST, Antilles, 2012-2015.

	Martinique (%)	Guadeloupe (n)	France (%)	
	2012-2014 (n=67)	2015 (n=48)	2015 (n=1274)	
Sexe				
Hommes	66,7	87,5	7	94,9
Femmes	33,3	12,5	-	4,7
Motif de consultation initiale**				
Dépistage	39,4	35,4	4	21,5
Signes d'IST	28,8	52,1	2	49,8
Autres signes cliniques	18,2	6,3	1	2,7
Inconnu	13,6	6,3	-	16,0
Stade de la syphilis***				
Primaire	6,1	18,8	1	24,6
Secondaire	30,3	62,5	4	37,2
Latence précoce	25,8	10,4	-	38,2
Latente précoce de durée non précisée	15,2	4,2	2	-
Syphilis récente, stade non précisé	21,2	4,2	-	-
Autre syphilis	1,5	-	-	-
Orientation sexuelle				
Hommes homo-bisexuels	42,4	75,0	6	84,5
Hommes hétérosexuels	22,7	12,5	1	9,8
Femmes hétérosexuelles	30,3	12,5	-	4,5
Femmes homo-bisexuelles	1,5	-	-	0,2
Inconnue	3,0	-	-	1,0
Statut sérologique VIH**				
Positif connu	31,8	54,2	5	20,5
Découverte de sérologie VIH	6,1	-	-	2,3
VIH négatif	54,5	43,8	2	61,9
Inconnu	7,6	2,1	-	15,3
Age médian (min-max)				
	31 [18-72]	36 [14-74]	29 [24-49]	-
Hommes homo-bisexuels	39 ans	39 ans	30 ans	37 ans
Hommes hétérosexuels	36 ans	34 ans	24 ans (n=1)	37 ans
Femmes hétérosexuelles	22 ans	24 ans	-	29 ans
Femmes homo-bisexuelles (n=1)	38 ans	-	-	-

** *Des motifs de consultation IST supplémentaires que les TFA sont précisés en France à savoir: 10% de suivi VIH, 21,5% de dépistage systématique, 0,1 % pour autres signes cliniques et 16% de données non renseignées (contre 6% en Martinique)

En Martinique, entre 2012 et 2014, les hommes représentent la majorité des cas déclarés de syphilis récente (66,7%). Plus de 4 cas sur 10 déclarés (42,4 %) concerne des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH).

En 2015, la proportion d'hommes présentant une syphilis récente a nettement augmenté en Martinique pour atteindre 87,5 % des cas, se rapprochant ainsi des proportions nationales (94,9 % en France) (Tableau 1).

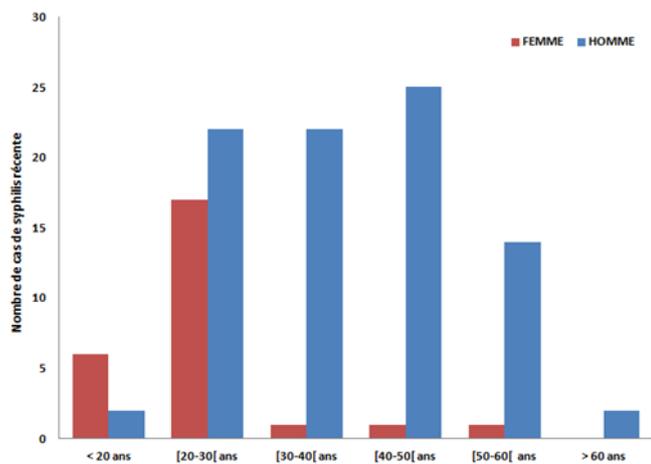
En Guadeloupe, les cas de syphilis récente sont exclusivement des hommes (7/7) et majoritairement des HSH (6/7). (Tableau 1).

En Martinique, sur l'ensemble de la période 2012-2015, 8 patients sur 10 signalés pour syphilis récente avaient entre 20 et 49 ans. Les femmes étaient plus jeunes avec une médiane de 22 ans versus 37 ans pour les hommes (Figure 4).

En Guadeloupe, l'ensemble des cas déclarés en 2015 (n=7) sont des hommes avec une médiane de 29 [24-49] ans.

| Figure 4 |

Distribution des cas de syphilis récente selon l'âge et le sexe, réseau RésIST, Martinique, années 2012-2015

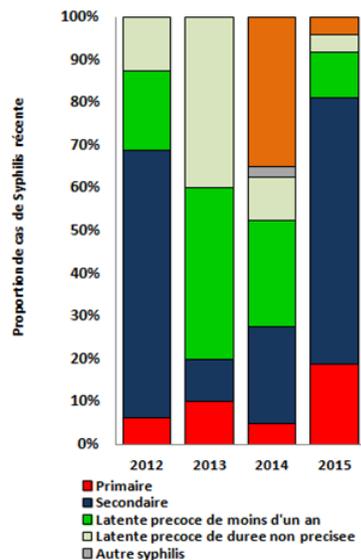


En Martinique, la part des syphilis diagnostiquées au stade primaire a augmenté, passant de 6,1% entre 2012 et 2014 à 18,8% en 2015 contre 24,6 % en France en 2015. Les formes secondaires ont doublé entre 2012-2014 et 2015 passant de 30,3% à 62,5% respectivement (contre 37,2% en France en 2015). Pour les cas dont l'information était disponible (n=27/29) les deux tiers de ces formes secondaires ont été diagnostiqués lors de consultations ayant pour motif principal l'existence de signes d'IST (n=18) alors que le dépistage comme motif en représentait un tiers (n=9). Les formes latentes précoces (datant de moins d'un an et dont la durée était non précisée par le clinicien) ont diminué en Martinique représentant 41,0% des cas entre 2012-14 et seulement 14,6 % en 2015, pour 38,2% en France (tableau 1) (Figure 5). *A noter que les cas de syphilis récente dont le stade n'a pas été précisé en 2014 et 2015 provenaient tous d'un même centre participant au réseau RésIST en Martinique.*

En Guadeloupe, le stade secondaire a été le plus renseigné (4/7) pour les cas de syphilis récente déclaré au réseau RésIST (Tableau 1).

| Figure 5 |

Evolution des cas de syphilis récente selon le stade, réseau RésIST, Martinique, années 2012-2015.

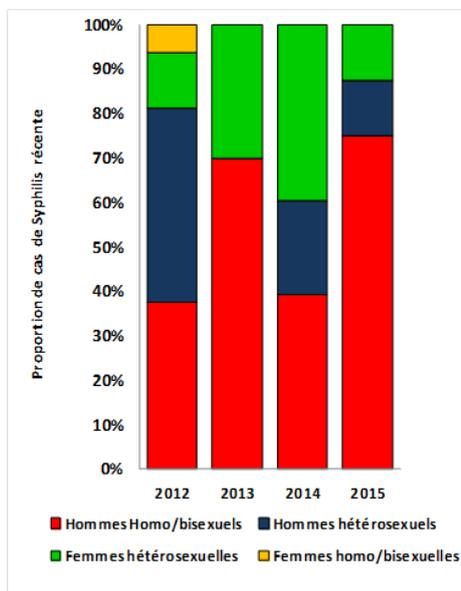


En Martinique, la proportion d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) parmi les cas de syphilis récente était en augmentation de 2012 à 2015 (Figure 6). En 2015, 75 % des cas de syphilis récente déclarés au sein du réseau RésIST concernait des HSH (contre 84,5% en France) (Tableau 1).

En Guadeloupe, la majorité des cas signalés en 2015 au réseau RésIST était des HSH (6/7) (Tableau 1)

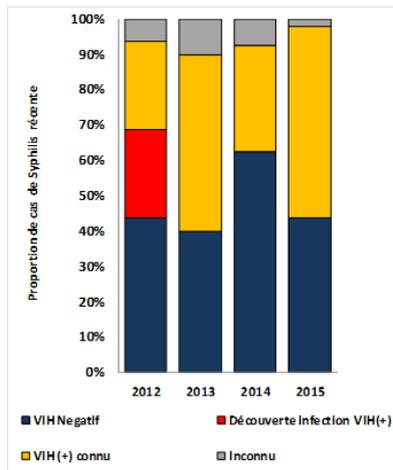
| Figure 6 |

Evolution des cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, réseau Résist, Martinique, 2012-2015.



En Martinique, la proportion de co-infections syphilis récente et VIH, représente plus de la moitié des cas sur la période 2012-2015. Cette proportion est supérieure à celle observée en France en 2015 (20,5% contre 54,2 % respectivement) (Tableau 1). Il est à noter que la file active des patients VIH(+) paraît stable au cours du temps, excepté pour 2014 où la proportion était en faveur des VIH négatifs (63%). Les découvertes de séropositivité ont concerné 4 patients en 2012 ; depuis, aucune découverte de séropositivité n'a été signalée au réseau RésIST en Martinique (Figure 7).

Evolution de la co-infection à VIH en cas de syphilis récente, réseau Résist, Martinique, 2012-2015.



De 2012 à 2015, parmi les patients de **Martinique** ayant une co-infection syphilis récente et VIH, 87% (n=53/61) étaient des hommes homo-bisexuels, 11% (7/61) étaient des hommes hétérosexuels et il y avait une femme représentant 2%.

En **Guadeloupe**, parmi les 7 cas déclarés en 2015, 5 d'entre eux étaient des patients suivis pour leur séropositivité et 4/5 étaient des HSH.

1.4.2 Caractéristiques comportementales (auto-questionnaire)

En **Martinique**, les comportements sexuels étaient différents entre la période 2012-2014 et en 2015 (Tableau 2). En 2015, le préservatif était utilisé de manière systématique lors des 12 derniers mois pour les pénétrations anales et vaginales, respectivement par 24% des cas (contre 37% en 2012-14) et 16% des cas (contre 3% en 2012-14) (Tableau 2).

On constate une très faible utilisation systématique du préservatif pour les pratiques oro-génitales avec 2% en 2015 versus 6% entre 2012 et 2014. En 2015, au niveau régional, la proportion des cas utilisant systématiquement le préservatif pour les pénétrations vaginales sont inférieures à celles du niveau national (16% vs 28%).

| Tableau 2 |

Caractéristiques des cas de syphilis récente selon la période de diagnostic, réseau RésIST, auto-questionnaire, Antilles, 2012-2015

	Martinique		Guadeloupe	France
	2012-2014 (n*=19)	2015 (n*=41)	2015 (n=6)	2015 (n=**)
Nombre médian de partenaires [min-max]				
HSH	2,5 [0-10]	2 [0-10]	1 [0-10]	5
Hommes hétéro	3 [2-10]	0 [0-3]	-	2
Femmes hétéro	1 [1-3]	1 [1-2]	-	1
Utilisation systématique de préservatif				
Pénétration anale (%)	37	24		34.1
Pénétration vaginale (%)	3	16		28.4
Fellation(%)	6	2		1.9

* Nombre de répondants à l'auto-questionnaire

FAITS MARQUANTS - SYPHILIS - ANTILLES

- En Martinique, le nombre de cas de syphilis récente en 2015 est en augmentation par rapport aux années précédentes avec un triplement du nombre de cas par rapport à 2012. Cette tendance est également observée en France métropolitaine. En Guadeloupe, le nombre de cas déclaré est faible (n=7) pour cette première année de mise en place.
- En Martinique, entre 2012 et 2014, les hommes représentent deux tiers des cas (65,2%) déclarés de syphilis récente. Deux tiers sont également des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH). En 2015, la proportion d'hommes présentant une syphilis récente a encore augmenté avec 87,5 % des cas (versus 94,3 % en France) dont trois quart sont des HSH. En Guadeloupe, la totalité des cas signalés en 2015 sont des hommes dont 6/7 sont des HSH. .
- En 2015, en Martinique, la moitié des cas de syphilis récente ont consulté pour des signes cliniques d'IST (comparable avec la France) alors qu'ils étaient moins de 3 sur 10 (28,8%) entre 2012 et 2014, Le dépistage systématique était plus fréquent (4/7) comme motif de consultation pour la Guadeloupe
- En 2015, la proportion de sérologies VIH positives chez les personnes ayant une syphilis récente a augmenté, passant de plus d'un tiers des cas (37,9 %) sur l'ensemble de la période 2012-2014 à plus de la moitié des cas (54,2%) en 2015. Cette proportion est supérieure à celle observée en France en 2015 (22,8%). En 2015, les HSH ayant une co-infection VIH représentaient 80,8 % des patients VIH+ et 75 % de la totalité des cas de syphilis récente signalés en Martinique. En Guadeloupe, la majorité (5/7) des cas de syphilis récente était co-infecté avec le VIH
- L'usage systématique du préservatif reste globalement très insuffisant aux Antilles comme en France. L'utilisation systématique du préservatif est notamment très faible pour les pratiques oro-génitales (< 3%) qui sont un mode de transmission efficace de la syphilis.

Pour plus d'informations, consultez le site de Santé publique France (rubrique IST).

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance>

2. Gonococcies

En **Martinique**, le réseau a été initié en 2007 par la participation volontaire de 2 sites: le SMIT du CHU et le CeGIDD de Vernes-Morose à Fort de France. Le nombre de cas déclarés était très faibles (<10 cas) les deux premières années. Les chiffres présentés ci-dessous couvrent la période 2009-2015, date à laquelle la participation a été plus active au cours du temps.

En **Guadeloupe**, le réseau de surveillance RésIST a été initié en cours d'année 2015. Les premiers sites ayant déclaré des cas de gonococcies sont les CeGIDD de basse Terre et de Pointe à Pitre et les deux CeGIDD à Saint Martin (Louis Felming et liaisons dangereuses).

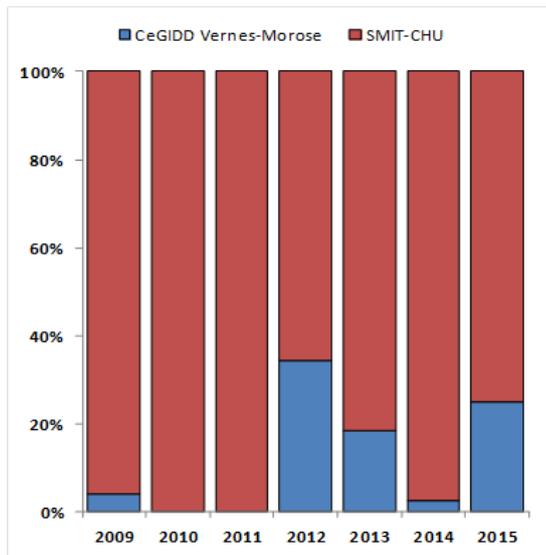
2.1 Sites participants

En Martinique, la participation des 2 sites participant volontairement au réseau de surveillance RésIST sur l'ensemble de la période 2009-2015 est répartie de la manière suivante :

89% des cas de gonococcies proviennent du SMIT-CHU de Fort de France et 11% du CeGIDD Vernes-Morose. Depuis 2009, la répartition est variable depuis 2009 (Figure 8).

| Figure 8 |

Evolution de la participation des sites volontaires au réseau RésIST, gonococcies, Martinique, années 2009-2015



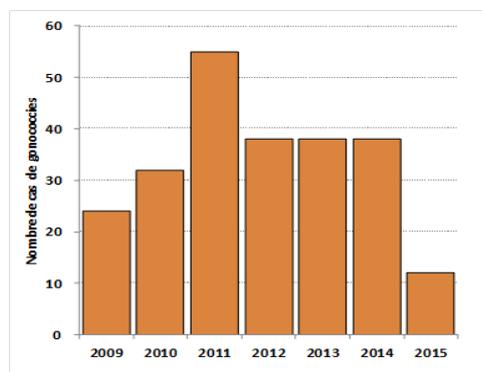
En **Guadeloupe et à Saint-Martin**, près de deux tiers des cas de gonococcies (64%) ont été déclarés par le CeGIDD de Louis Fleming, 16% par le CeGIDD de basse terre, 12% par le CeGIDD des liaisons dangereuses et 8% par le CeGIDD de Point-à-Pitre en 2015.

2.2 Evolution du nombre de cas de Gonococcies (source Résist 2009-15)

De 2009 à 2015, 237 cas de gonococcies ont été déclarés en **Martinique**, dont 12 cas en 2015. Cette diminution du nombre de cas en 2015 par rapport aux années antérieures peut être due à une baisse de participation de la part des cliniciens volontaires et doit être confirmée avec la consolidation des données en 2016. (Figure 9).

| Figure 9 |

Evolution du nombre de cas de gonococcies en Martinique, réseau RésIST, 2000-2015

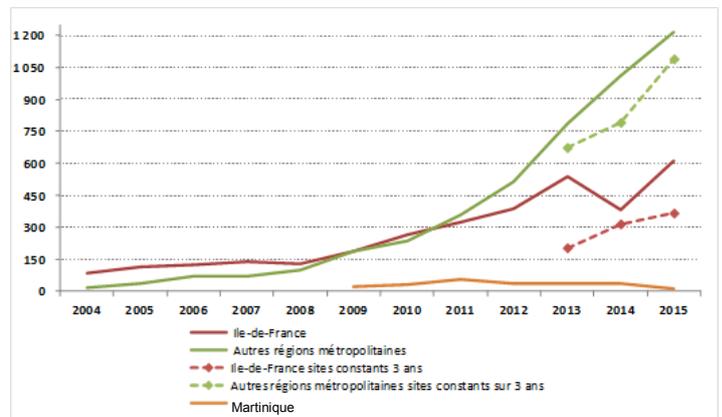


Le nombre de cas signalés par le réseau RésIST en Martinique reste globalement très inférieur (< 50 cas) à celui observé dans les autres régions de France où l'on observe une nette augmentation en 2015 par rapport à l'année précédente (+ 20,4 % cas déclarés dans les autres régions métropolitaines et + 60,5 % en Ile de France en 2015) (Figure 10).

En 2015, date de mise en place du réseau RésIST en **Guadeloupe**, 25 cas de gonococcies ont été déclarés par les cliniciens participant, ce qui est comparable à la première année de mise en place en Martinique (n=24 en 2009).

| Figure 10 |

Evolution du nombre de cas de gonococcies en Martinique et dans les autres régions, réseau RésIST, 2004-2015



2.3 Caractéristiques des recours au dépistage, 2009-2015 en Martinique et 2015 en Guadeloupe

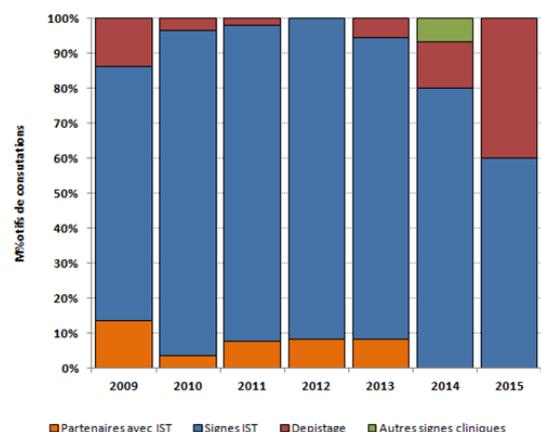
Motifs de consultation : En 2015, les consultations pour signes cliniques d'IST constituent toujours le motif de consultation le plus fréquent en **Martinique** (6/10), bien qu'il soit en baisse continue depuis 2012 (79 % sur la période 2009 - 2014). En deuxième position, la part des dépistages (4/10) est en augmentation depuis 2012 (le taux moyen était de 5 % sur la période 2009 - 2014) (Figure 11 et tableau 3).

Les motifs de consultation pour un partenaire ayant une IST, ou pour d'autres signes cliniques en Martinique sont fluctuants selon les années de la surveillance RésIST (Figure 14 et tableau 3).

En **Guadeloupe**, sur les 25 cas déclarés, 19 motifs de consultation sont renseignés (76%) avec la répartition suivante : 9 signes IST, 8 dépistages, 2 autres signes cliniques.

| Figure 11 |

Evolution des cas de gonococcies selon le motif de consultation ou de recours au dépistage, réseau RésIST, Martinique, 2009-2015



2.4 Caractéristiques des cas, 2009-2015 en Martinique et 2015 en Guadeloupe

2.4.1 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

En **Martinique**, la majorité des cas de gonococcie signalés concerne les hommes : 76,4 % des cas entre 2009 et 2014 et 58,3 % des cas en 2015 versus 82,9% en France. Les données en 2015 pour la Martinique représentent de petits effectifs (n=12) et sont donc à interpréter avec précaution (Tableau 3).

En Guadeloupe, la répartition des hommes et femmes est près de 2/3 et 1/3 respectivement pour les cas de gonococcies déclarés en 2015.

| Tableau 3 |

Caractéristiques des cas de gonococcies, réseau RésIST, Antilles, 2009-2015 et France, 2015

	Martinique		Guadeloupe	France
	2009-2014 (n=225)	2015 (n=12)	2015 (n=25)	2015 (n=1886)
Sexe				
Hommes (%)	76,4	58,3	64,0	82,9
Femmes (%)	23,6	41,7	36,0	17,1
Motif de consultation initiale**				
Dépistage (%)	4,9	33,3	32,0	29,4
Signes d'IST (%)	79,1	50	36,0	47,2
Partenaires avec une IST (%)	6,2	-	-	0,1
Autres signes cliniques (%)	0,9	-	8,0	2,5
non renseigné	8,9	16,7	24,0	19,7
Orientation sexuelle				
Hommes homo-bisexuels (%)	11,1	16,7	12,0	67,2
Hommes hétérosexuels (%)	59,1	25	52,0	14,9
Femmes hétérosexuelles (%)	22,7	41,7	36,0	16,2
Femmes homo-bisexuelles (%)	0,9	-	-	0,9
inconnu	6,2	16,7	-	0,9
Statut sérologique VIH**				
Positif connu (%f)	0,9	16,7	-	9,9
Découverte de séropositivité VIH	0,4	-	-	0,6
Négatif	85,8	75	96,0	81,3
inconnu	12,9	8,3	4,0	8,2
Age médian				
Hommes homo-bisexuels	30	30	34	29
Hommes hétérosexuels	24	26	22	25
Femmes hétérosexuelles	22	18	20	21
Hommes homo-bisexuelles	20	-	-	-

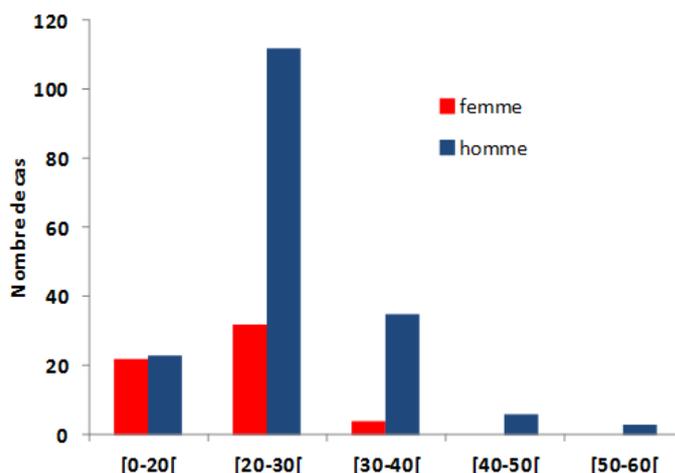
** Des motifs de consultation IST supplémentaires que les TFA sont précisés en France en 2015 à savoir: 1,2% de suivi VIH, et 19,7% de données non renseignées (contre 8,9% en Martinique)

Sur la période 2009 – 2015, les personnes âgées de 20 à 29 ans] représente 60,8 % des cas de gonococcies signalés par le réseau RésIST en Martinique dont 77,8% d'hommes et 22,2% de femmes (Figure 12).

En **Guadeloupe**, les personnes âgées de 20 à 29 ans représentent la moitié des cas signalés (13/25) en 2015 avec une prédominance masculine (70% d'hommes).

| Figure 12 |

Evolution des cas de gonococcies selon le motif de consultation ou de recours au dépistage, réseau RésIST, Martinique, 2009-2015



Sur l'ensemble de la période 2009-2015, les hommes hétérosexuels restent majoritaires (57,4%) ; les femmes hétérosexuelles représentent près d'un quart des cas (23,6%) et les HSH représentent un peu plus d'un cas sur dix signalés (11,4%) sur l'ensemble de la période. A noter 6,8% de données non renseignées sur l'orientation sexuelle des cas. En termes de tendances, on observe une augmentation de la part des femmes hétérosexuelles au cours du temps (excepté pour 2015) contrairement aux autres orientations sexuelles déclarées (Figure 13). En France, les HSH restent majoritaires avec 67,2% des cas de gonococcies signalés en 2015 (Tableau 3)

En **Guadeloupe**, la répartition des cas de gonococcies signalés en 2015 suivent la répartition observée en Martinique avec une prédominance des hommes hétérosexuels (52%). Les femmes hétérosexuelles représentent plus d'un tiers des cas déclarés (36%) et les HSH seulement 12% des cas.

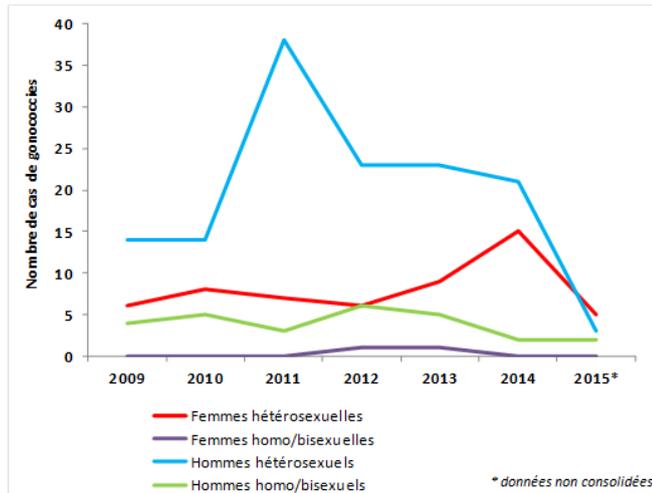
Sur la période 2009-2015, l'âge médian des cas de gonococcie en Martinique était respectivement de : 30 ans chez les HSH ; 24 ans pour les hommes hétérosexuels et de 21 ans pour les femmes hétérosexuelles (Tableau 3). Sur l'ensemble de la période, les femmes sont significativement plus jeunes que les hommes.

En 2015, les âges médians selon l'orientation sexuelle sont comparables entre la Martinique et la France.

En **Guadeloupe**, les femmes sont aussi plus jeunes que les hommes (Tableau 3).

| Figure 13 |

Distribution des cas de gonococcies selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, Martinique, 2009-2015



Sur la période 2009 à 2015, les coïnfections par le VIH représentent seulement 2% des cas de gonococcies signalés (5/237). Au total, une découverte de séropositivité en 2009 et quatre patients VIH+ déjà connus ont été déclarés en **Martinique** depuis le début de la surveillance (en 2012, 2013 et 2015). Les cinq patients VIH+ sont des hommes, majoritairement des HSH (4/5).

Sur l'année 2015, ce taux de coïnfection VIH est de 17% en Martinique (2/12) versus 10% au niveau national (tableau 3).

En **Guadeloupe**, aucune découverte de séropositivité et aucun patient VIH+ déjà connu n'ont fait l'objet d'une déclaration de gonococcie en 2015 (tableau 3).

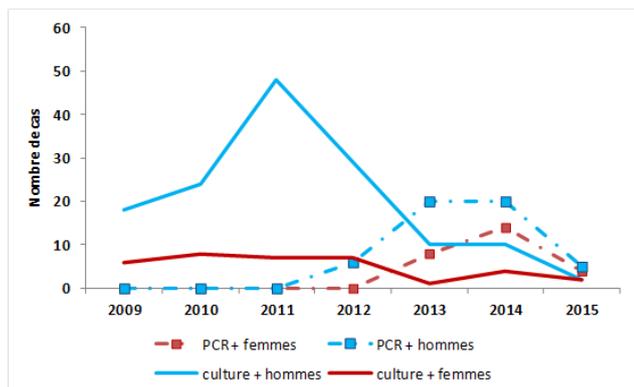
En **Martinique**, le diagnostic biologique des cas de gonococcie signalés par le réseau RésIST sur l'ensemble de la période 2009-2015 est confirmé majoritairement par culture cellulaire seule (67,2%), par PCR seule (25,1%) et par les deux techniques (7,7%).

On observe une montée en charge progressive de l'utilisation de la PCR comme test biologique au cours du temps. Avant 2011, la PCR n'était pas utilisée au profit de la culture cellulaire. Depuis 2014, la PCR est utilisée davantage que la culture cellulaire. L'accroissement du nombre de cas de gonococcies diagnostiqués par PCR depuis 2012 concerne à la fois les hommes et les femmes (Figure 17).

En **Guadeloupe (dont Saint-Martin)**, parmi les 25 cas signalés en 2015, 24 ont été confirmés biologiquement par PCR et un seul cas par culture cellulaire.

| Figure 14 |

Distribution des cas de gonococcies par sexe selon les résultats biologiques culture et PCR, réseau RésIST, Martinique, 2009-2015



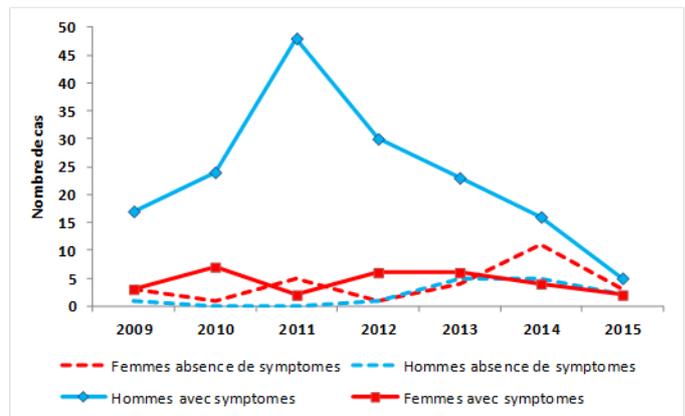
En **Martinique**, l'apparition de signes cliniques d'IST a motivé la majorité (79,1 %) des consultations entre 2009 et 2014 et a représenté 50 % des consultations en 2015 malgré les petits effectifs. Le dépistage systématique représente moins de 5 % des cas entre 2009 et 2014 pour atteindre un tiers des consultations (33,3 %) en 2015 (Tableau 3).

En **Guadeloupe**, la répartition en 2015 est comparable avec la Martinique avec une majorité (50%) de consultations suite à l'apparition de signes d'IST et un tiers pour du dépistage (Tableau 3).

La pratique du prélèvement systématique chez des patients asymptomatiques (à risque d'IST) a permis le diagnostic de 16% des gonococcies signalées en Martinique entre 2009-2014. En 2015, les cas asymptomatiques étaient au nombre de 5 sur les 12 cas signalés. Sur l'ensemble de la période 2009-2015, les hommes et les femmes asymptomatiques représentent respectivement seulement 6,0% et 11,9% des gonococcies signalées (Figure 18).

| Figure 15 |

Distribution des cas de gonococcies par sexe selon la présence de symptômes ou non, réseau RésIST, Martinique, 2004-2014



2.4.2 Caractéristiques comportementales (auto-questionnaire)

Le taux de remplissage de l'auto-questionnaire des cas de gonococcie était de 77% en **Martinique** sur l'ensemble de la période 2009-2015. En 2015, il était de deux tiers (9/12), équivalent au niveau national (Tableau 4).

En **Guadeloupe**, le taux de remplissage de l'auto-questionnaire est seulement de 28% en 2015 (7/25). (Tableau 4).

En **Martinique**, les comportements sexuels (nombre de partenaires sexuels et utilisation systématique du préservatif) semblent évoluer au cours du temps, avec un nombre de partenaires toujours plus élevé chez les HSH même si ce nombre de partenaires est moins élevé qu'au niveau national (Tableau 4).

Sur la période 2009-2014, l'utilisation systématique du préservatif au cours des 12 derniers mois pour la pénétration anale et pour la pénétration vaginale a été estimée en Martinique à respectivement 13,8 % et 6,3 % versus 33 % et 50 % au niveau national. En 2015, les chiffres déclarés sont faibles mais un seul cas a déclaré une utilisation systématique du préservatif lors des rapports sexuels (tableau 4).

Ainsi, aux Antilles, l'utilisation systématique du préservatif est très insuffisante et le préservatif est encore moins utilisé qu'au niveau national pour les pénétrations anales et vaginales.

Caractéristiques des cas de gonococcies selon la période de diagnostic, réseau RéSI, auto-questionnaire, Antilles, 2012-2015

	Martinique		Guadeloupe	France
	2009-2014	2015	2015	2015
	(n*=174)	(n*=9)	(n*=7)	(n=1257**)
Nombre médian de partenaires				
HSH	1	4,5	5	10
Hommes hétéro	2	2,5	1,5	3
Femmes hétéro	1	2	2	3
Utilisation systématique de préservatif				
Pénétration anale (%)	13,8	0	1/7	33
Pénétration vaginale (%)	6,3	1/9	1/7	50*
Fellation (%)	2,9	0	0	4

* Nombre de répondants à l'auto-questionnaire

Les informations sur les comportements sont disponibles pour 77% des cas en Martinique et deux tiers en France aussi, les résultats issus de ces données comportementales doivent être interprétés avec prudence

** Ce résultat inclut les taux d'utilisation systématique du préservatif déclaré par les hommes bisexuels (36%) et hétérosexuels (14%)

FAITS MARQUANTS - GONOCOCCIES - ANTILLES

- Sur la période 2009-2015 en Martinique, trois-quarts (75,5 %) des cas de gonococcie sont des hommes et plus de la moitié (57,8 %) ont une orientation hétérosexuelle. Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) ne représentent seulement un cas sur dix (11%). La part des femmes hétérosexuelles a augmenté au cours du temps en Martinique. En Guadeloupe et en 2015, la majorité (64,0 %) des cas déclarés sont des hommes, en proportion moindre qu'en Martinique (58,3 %) et qu'en métropole (82,9 %). En 2015, la part des HSH représente moins de 2 cas sur dix signalés aux Antilles (16,7 % et 12 % en Martinique et en Guadeloupe respectivement) alors qu'elle est élevée en métropole (67,2 %).
- La classe d'âge des 20-29 ans est la plus touchée aux Antilles (60,3 % des cas entre 2009-2015 en Martinique et 52 % en Guadeloupe en 2015). Les femmes sont plus jeunes que les hommes.
- En 2015, les consultations pour signes cliniques d'IST constituent toujours le motif de signalement de gonococcies le plus fréquent dans les Antilles (36% en Guadeloupe et 50% en Martinique) comme en France (47,2 %). En Martinique, la part des dépistages systématiques (31,5%) a augmenté en 2015 par rapport aux années précédentes (< 5% sur la période 2009-2014).
- Les signalements de gonococcie symptomatique ont diminué au cours des années pour atteindre 7 cas sur les 12 signalés en 2015
- On observe une montée en charge progressive de l'utilisation de la PCR comme test biologique depuis 2009 en Martinique aussi bien chez les femmes que chez les hommes. En Guadeloupe (dont Saint-Martin), la quasi-totalité des cas (24/25) ont été diagnostiqués par PCR en 2015.

RECOMMANDATIONS IST

Dans un contexte national de progression des IST depuis 2000, la surveillance reste indispensable pour décrire l'épidémiologie de ces pathologies et adapter les actions de prévention.

La surveillance RéSI permet de suivre l'évolution de la syphilis récente et de la gonococcie et de décrire les caractéristiques des patients. Basée sur le volontariat des cliniciens, elle ne permet cependant pas d'être exhaustif ou représentatif de l'ensemble des cas et il convient de rester prudent sur l'interprétation des tendances observées.

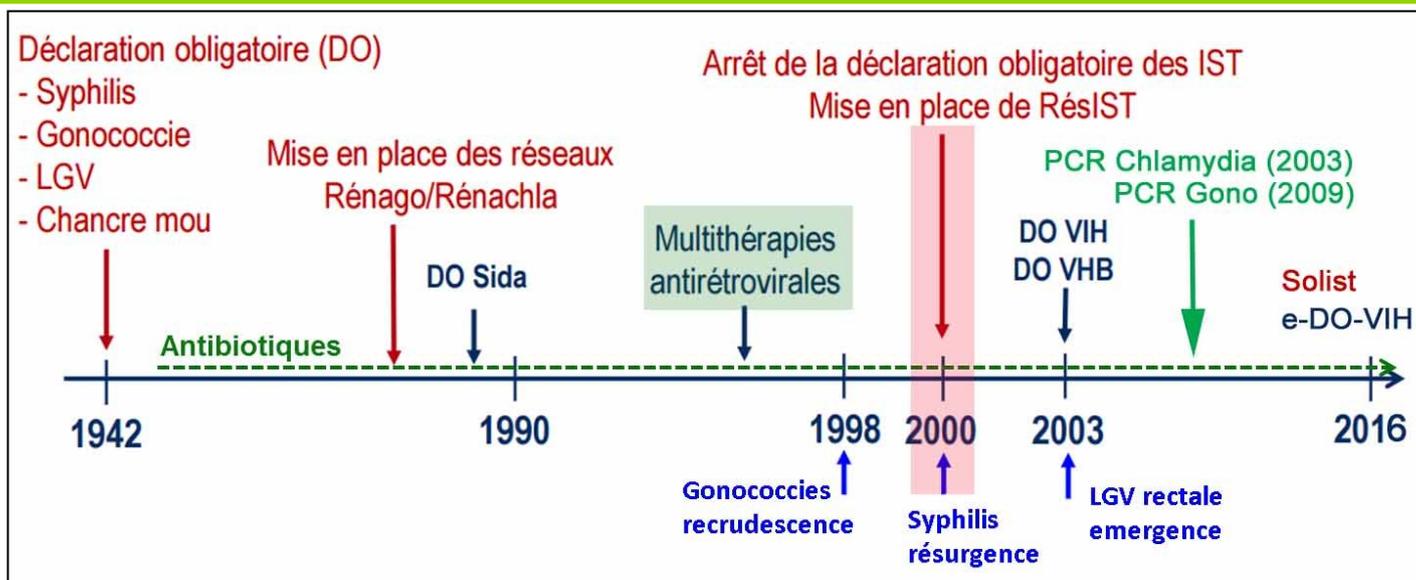
Ces IST sont des indicateurs de pratiques sexuelles non protégées et des indicateurs indirects du risque de transmission du VIH. La sensibilisation des professionnels de santé au dépistage et à la prise en charge de ces infections ainsi que les actions de prévention pour le public doivent être poursuivies.

Pour plus d'informations

Vous pouvez consulter le bulletin des réseaux de surveillance des IST, Rénago, Rénachla et ResIST sur le site de Santé publique France :

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance>

ENCADRE 5 | Facteurs d'évolution de la surveillance des IST en France



Avec l'apparition des antibiotiques, traitements efficaces des IST, la déclaration obligatoire a laissé place au réseau de surveillance des IST par les laboratoires de biologie (Renago et Renachla) et par les CNR. Après l'apparition du VIH et du Sida et le renforcement des mesures de prévention, l'efficacité des trithérapies VIH s'est traduite par un relâchement des mesures préventives et la recrudescence des IST (gonococcie, syphilis et lymphogranulomatose vénérienne (LGV)) parmi les populations les plus à risque. Les moyens de dépistage et de diagnostic plus performants (PCR Gonocoque-Chlamydiae) ont renforcé le dispositif de surveillance des IST. La surveillance Renago et Renachla s'effectue en ligne depuis 2015 (Solist) et la DO VIH et Sida est mise en œuvre sous e-DO en 2016.

ENCADRE 6 | Définitions de cas de syphilis récente et de gonococcie ResIST

Définition d'un cas de syphilis récente

La syphilis récente inclut la syphilis **primaire, secondaire et latente précoce**

Stade de la syphilis	Clinique		* <i>Treponema pallidum</i>		**VDRL + TPHA +		**VDRL + TPHA -		**VDRL - TPHA +
Primaire	▶ Chancre	ET	+	ET/OU	+	OU	+	OU	+
Secondaire	▶ Lésions cutanéomuqueuses ▶ Adénopathies ▶ ± Chancre		+		+				
Latente précoce	▶ Absence de signes cliniques ET ▶ Contage < 12 mois Ou ▶ Antécédents syphilis clinique primaire ou secondaire < 12 mois Ou ▶ Partenaire syphilis + <12 mois			ET	+	OU	▶ Séroconversion < 12 mois OU ▶ Titre VDRL multiplié par au moins 4		

* Mise en évidence de *Treponema pallidum* dans des prélèvements par un examen au microscope à fond noir, par immunofluorescence directe ou PCR positive

** VDRL ou RPR, TPHA ou FTA-abs

Définition d'un cas de gonococcie

Mise en évidence bactériologique de souches de *Neisseria gonorrhoeae* en culture sur gélose chocolat à partir de tous types de prélèvement, la localisation anatomique du prélèvement étant précisée

Mise en évidence de *Neisseria gonorrhoeae* par technique de PCR/TAAN.

1. Rappel

La surveillance des IST a pour objectif de décrire l'évolution annuelle des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et de décrire les caractéristiques cliniques, épidémiologiques et comportementales. Cette surveillance est mise en place depuis 2001, suite à la réémergence de la syphilis en 2000 puis de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) en 2003.

Santé publique France (ex Institut de Veille Sanitaire -InVS) coordonne la surveillance des IST qui repose au niveau national sur :

A/ un réseau de cliniciens volontaires dénommé « RésIST » (réseau de surveillance des IST) qui signale les cas de :

- syphilis précoce de moins d'un an (primaire avec chancre, secondaire avec éruption, adénopathies, et autres signes, et latente précoce sans signes cliniques) ;
- gonococcie : sur la mise en évidence de *Neisseria gonorrhoeae* par culture sur « gélose chocolat » à partir de tout prélèvement OU par technique de PCR.

B/ deux réseaux de laboratoires de microbiologie volontaires, Rénago pour les gonococcies (nombre d'isolements, résistance aux antibiotiques) et Rénachla pour les infections à *Chlamydia trachomatis* (nombre de tests et de diagnostics positifs).

2. RésIST

Après consentement du patient, les informations anonymes sont consignées sur un questionnaire mis sous enveloppe et envoyé aux Cire qui les valident et les transmettent au département des maladies infectieuses de Santé publique France. Ce dernier qui est destinataire de tous les signalements d'IST au niveau national est chargé de la validation finale, de la saisie et du contrôle des données. Les résultats présentés dans ce bulletin sont issus des données RésIST des Antilles.

3. Rénago

Les laboratoires de microbiologie participant au réseau Rénago envoient à Santé publique France :

- pour les prélèvements positifs à *Neisseria gonorrhoeae*, une fiche épidémiologique indiquant le sexe, l'âge, le site de prélèvement, la présence de signes cliniques, le type de prescripteur ;
- une fiche semestrielle comportant des données agrégées concernant le nombre de prélèvements et le nombre de gonocoques diagnostiqués. Comme le nombre de laboratoires varie chaque année, l'indicateur retenu pour suivre les tendances épidémiologiques est le nombre moyen de gonocoques diagnostiqués par an par laboratoire actif (Ng/lab/ an). Un laboratoire est considéré comme "actif" s'il a envoyé les données d'au moins un semestre.

Et aux Antilles ?

En **Guadeloupe et à Saint Martin**, cinq sites participent au réseau RésIST et quatre laboratoires ont intégré les réseaux RénaGo et RénaCHLA en cours d'année 2015. En **Martinique**, trois sites participent au réseau RésIST depuis 2009.

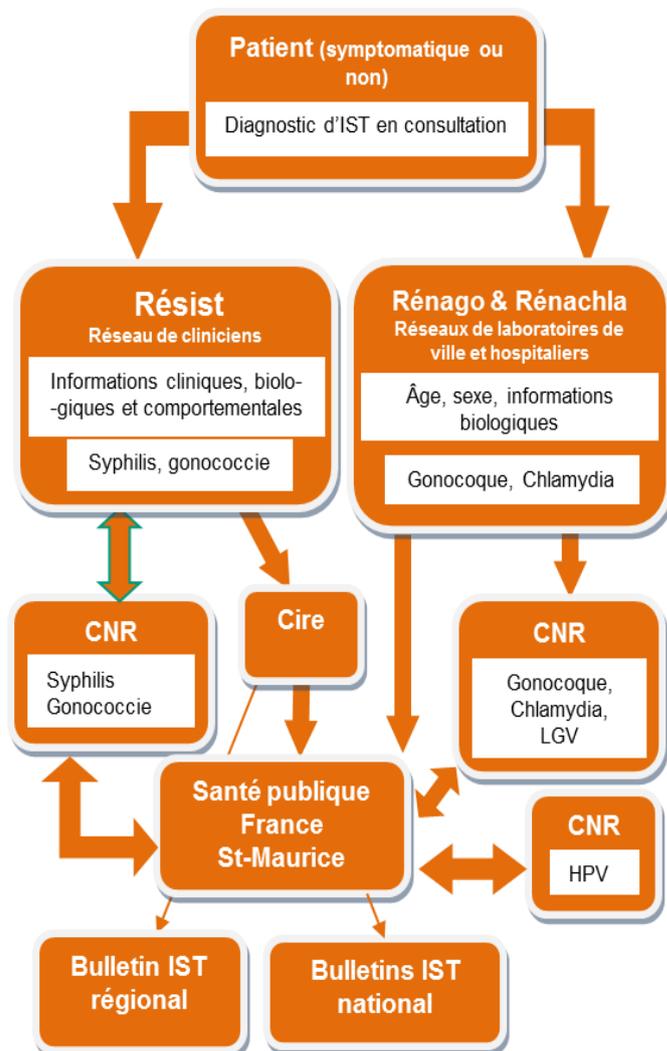
Pour les centres participant à la surveillance microbiologique, les souches isolées sont envoyées à l'Institut Alfred Fournier (Centre National de Référence des gonocoques) où leur sensibilité à 6 antibiotiques (azithromycine, tétracycline, ciprofloxacine, ceftriaxone, céfixime et spectinomycine) est testée.

4. Rénachla

Les laboratoires volontaires qui participent au réseau communiquent chaque mois à Santé publique France le nombre de recherches de *Chlamydia trachomatis* (essentiellement par PCR). L'analyse des tendances repose sur l'évolution de l'activité des laboratoires (nombre de recherches, nombre d'identifications de *C. trachomatis*) et du pourcentage de positivité (nombre de cas identifiés / nombre de recherches de *C. trachomatis*).

| Figure 1 |

Organisation de la surveillance des IST en France



| ENCADRE 8 | Comment optimiser l'offre de dépistage des IST, hépatites virales et VIH en Guadeloupe? Du dépistage à la prévention combinée en passant par les formations d'acteurs de terrain

Vanessa TRESSIERES¹, Dr Isabelle LAMAURY²

¹ Coordinatrice administrative, COREVIH Guadeloupe Saint-Martin Saint-Barthélemy

² Coordinatrice médicale COREVIH Guadeloupe / St-Martin / St-Barth, Service Maladies Infectieuses et Tropicales / Dermatologie-Médecine Interne, CHU Pointe-à-Pitre

La campagne du 1^{er} décembre 2016 pour la Journée Mondiale du Sida a pour slogan « **LEVONS LA MAIN POUR LA #PREVENTIONVIH** ». Elle fait appel à la mobilisation de tous pour accélérer la riposte contre le VIH, lutter contre la discrimination et se donner les moyens de mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace de santé publique d'ici 2030.

Si le bon usage du préservatif demeure un outil essentiel de prévention contre le VIH et les IST, il est impératif de prendre en compte d'autres outils afin d'optimiser les stratégies de prévention : Aujourd'hui il existe une palette diversifiée d'outils qui permet à chacun et chacune d'en utiliser un ou plusieurs afin de prendre soin de soi, du ou des partenaires et de sa santé sexuelle. A chacun et chacune de piocher dans la « mallette » des outils et de fabriquer « sa prévention ». **La prévention combinée** regroupe ces nombreux moyens de prévention (préservatifs, réduction des risques, autotest VIH, trithérapie, traitement post exposition, prophylaxie pré exposition, ...) à disposition de tous pour enrayer l'épidémie dont le dépistage fait partie.

Depuis l'arrivée des Tests de dépistage Rapide à Orientation Diagnostique (**TROD**) pour le VIH en 2010, les associations de prévention, après obtention d'une habilitation auprès de l'ARS, peuvent pratiquer les TROD au plus près de leur public cible. En Guadeloupe, l'offre de TROD est en train de se développer

avec 2 associations déjà habilitées (*AIDES* Guadeloupe et *Maternité Consciente*) et une en cours d'habilitation (*Croix Rouge Française*). A St Martin, *AIDES St Martin* et *Sida Liaisons Dangereuses* sont les 2 associations habilitées. Une formation habilitante à la réduction des risques et à l'utilisation des TROD VIH et VHC (hépatite C) a notamment été mise en place pour la *Croix Rouge* et *Maternité Consciente* mais aussi des infirmières des 4 CeGIDD du territoire. Cette formation a été complétée en novembre 2016 par une journée spécifique sur le VHC ; l'arrêté autorisant l'utilisation des TROD VHC étant sorti durant l'été.

Depuis cette année, La *Croix Rouge* dispose son **bus de dépistage** santé où se relaie notamment *AIDES* et la *Maternité Consciente* pour les TROD VIH. Ces associations reprennent les missions des Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) et des Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST) avec un élargissement plus global autour de la santé sexuelle :

- Prise en charge et suivi médical des accidents d'exposition au VIH ou à l'hépatite B ;
- Prescription, et éventuellement délivrance, de contraception et de contraception d'urgence ;
- Vaccination contre les hépatites A et B ainsi que le papillomavirus ;
- Consultation psychologique ;
- Consultation sociale par une assistante sociale ;
- Distribution de matériel de prévention (préservatifs et gel en particulier).



Pour plus d'informations

www.corevih971.org

L'autotest de dépistage du VIH est commercialisé en France depuis septembre 2015. On l'achète en pharmacie ou sur les sites des pharmacies sur internet. C'est un test qu'on peut faire soi-même chez soi. Le prélèvement de sang, la lecture et l'interprétation des résultats sont réalisés par l'individu lui-même. Si ce type de dépistage vous intéresse, ou si vous l'avez déjà utilisé, votre avis, votre expérience nous intéressent.

En quoi consiste l'enquête ?

La recherche V3T vise à répondre à plusieurs questions : qui est intéressé et qui a eu recours à l'autotest VIH maintenant qu'il est disponible dans les pharmacies ? Quelles sont les barrières à son utilisation ? Quelles sont les difficultés rencontrées lors de sa manipulation ? Dans quel contexte est-il utilisé ? Quel est le recours aux soins des participants ayant un test positif ?

1500 participants auront "potentiellement" la possibilité de recevoir gratuitement un autotest à domicile avec des instructions sur comment l'utiliser ; ensuite, pendant les six mois de l'étude, des autotests supplémentaires leur seront fournis gratuitement sur simple demande. (France métropolitaine et DOM-TOM)

Qui ?

De manière générale, l'enquête vise toutes les populations exposées au VIH, **les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes** (nous avons très peu de réponses de ce public pour le moment !) les deux groupes les plus concernés par le VIH en France. Le questionnaire s'adresse aux personnes séronégatives, de statut sérologique inconnu ou séropositif-ves

Comment ?

Rendez-vous sur www.teste-toi.fr

Le questionnaire est disponible uniquement en version en ligne nécessite 15 minutes pour le remplir.

AUTOTEST VIH-SIDA

RÉPONDEZ À NOTRE ENQUÊTE!

V3T VIH teste-toi toi-même

Votre avis compte !

Rendez-vous sur www.teste-toi.fr

Projet de recherche soutenu par l'ANRS et l'Inpes

La recherche, financée par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS), est réalisée par le laboratoire de recherche de l'Etablissement Public de Santé Maison Blanche dirigé par Tim Greacen, en partenariat avec l'INSERM, Santé publique France et l'Association AIDES.

Pour toute question Vincent COQUELIN
vcoquelin@aides.org 06 85 03 56 31

SANTÉ SEXUELLE JEUNES

Outils de communication
Septembre 2016

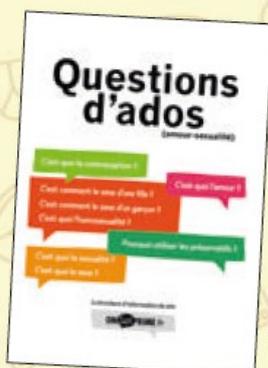
BROCHURES



- Les premières fois -

Cette brochure, illustrée de nombreux témoignages, aborde l'ensemble des questions qu'on se pose avant « ses » premières fois : premiers sentiments, premières caresses, premières protections...

Format : 10,5 x 15 cm - 64 p. / Réf : 3111-26916-B



- Questions d'ados -

Cette brochure répond de manière claire et simple aux questions, y compris les plus délicates, que se posent les adolescents garçons ou filles, sur l'amour, la sexualité, la contraception, l'avortement, les infections sexuellement transmissibles, le sida et les préservatifs. Elle comprend également un mode d'emploi des préservatifs masculin et féminin, et une liste de contacts utiles pour favoriser une entrée positive dans la sexualité.

Format : 10,5 x 15 cm - 68 p. / Réf : 413-102616-B



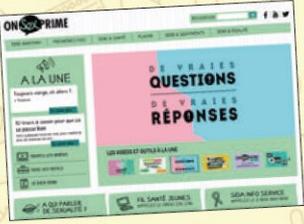
- Le livre des Infections Sexuellement Transmissibles -

Cette brochure fait le point sur les différentes infections sexuellement transmissibles (IST) : symptômes, traitement, prévention, dépistage, conseils. La dernière page indique où s'informer et se faire dépister.

Format : 10,5 x 15 cm - 32 p. / Réf : 3111-31116-B

SITE INTERNET

- Onsexprime.fr -





Ce site délivre des informations à destination des 12-18 ans pour les aider à aborder la santé sexuelle de manière positive et sans détours. Il s'articule autour des rubriques suivantes :

- **Sexe anatomy** : les organes génitaux, la puberté, la découverte de son corps...
 - **Première fois** : virginité, témoignages, conseils...
- **Sexe et santé** : VIH et IST, préservatifs, contraception, situations d'urgence (IVG, contraception d'urgence).
- **Plaisir** : (se) faire plaisir, orgasme, difficultés sexuelles (panne, manque de désir...), fantasme, pratiques sexuelles.
- **Sexe et sentiments** : être amoureux, les hauts et les bas, les abus.
- **Sexe et égalité** : égalité des orientations sexuelles, égalité des genres, homophobie, sexisme, modèle des médias.

OUTILS DE PROMOTION DU DISPOSITIF ONSEXPRIME

- Affiche -

Format : 40 x 60 cm / Réf : 413-120416-A

- Carte postale -

Format : 10,5 x 15 cm / Réf : 413-120516-C

Pour commander gratuitement un ou plusieurs outils de ce catalogue :

1. Connectez-vous sur <http://moncouponlibre.santepubliquefrance.fr/>
2. Créez votre compte et renseignez votre adresse e-mail
3. Validez la création de votre compte : pour cela, cliquez sur le lien présent dans le mail de confirmation que vous recevrez
4. Saisissez le code **SSEXJE092016**

Tous ces documents sont disponibles gratuitement à la commande et au téléchargement sur le site de Santé publique France : <http://rnpes.santepubliquefrance.fr>

Santé publique France - Agence nationale de santé publique :
12 rue du Val d'Osne 94415 Saint-Maurice Cedex - France



ANTIMAL - R.C.S. Paris B 378 899 362 - Réf. : 413-120516-DE

Remerciements

Aux médecins et biologistes déclarants pour leur participation essentielle à la surveillance du VIH-SIDA.

A l'ensemble des professionnels impliqués dans cette surveillance.

Aux membres des Corevih de Guadeloupe et de Martinique, des CeGIDD, du CIC EC de Guyane

Aux médecins et agents des CVAGS de l'ARS Guadeloupe, Saint Martin et Saint Barthélemy, l'ARS de Martinique et l'ARS de Guyane.

A l'ensemble des déclarants volontaires des réseaux de surveillance des IST bactériennes

Ainsi qu'aux membres des équipes nationales de Santé publique France en particulier Françoise Cazein, Marlène Leclerc, Nelly Fournet, Ouassila Hannachi, Delphine Viriot et Ndeindo Ndeikoundam Ngangro (Département des Maladies Infectieuses, Santé Publique France) pour leur soutien à toutes épreuves

A Martine Ledrans de la Cire Antilles pour sa relecture attentive. A Laurence Pascal de la Cire PACA Corse, à Asma Saïdouni Oulebsir et Yassungu Silue de la Cire IDF sans oublier Bakhaou Ndiaye de la Cire Nord-Pas de Calais pour leurs conseils avisés.

A l'ensemble des patients ayant accepté de participer

Acronymes

ARS : Agence régionale de santé

Cdag : Centre de dépistage anonyme et gratuit du VIH

Ciddist : Centre d'Information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

CeGIDD : Centre d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

Cire : Cellule d'intervention en région de Santé publique France

HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes

IST : Infection sexuellement transmissible

LGV : Lymphogranulomatose vénérienne

PCR : Polymérase chain reaction

Rénago et **Rénachla** : Réseaux de surveillance par les laboratoires de microbiologie pour le gonocoque et Chlamydiae

RésIST : Réseau de surveillance des IST par les cliniciens

TPHA : Treponema Pallidum Hemagglutination Assay

VDRL : Venereal Disease Research Laboratory

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur : <http://www.santepubliquefrance.fr>

Directeur de la publication : François Bourdillon, Santé publique France — **Rédacteurs en chef** : Caroline Six (Cire Antilles), Fabrice Quet (Cire Guyane)

Comité de rédaction : Audrey Andrieu, Vanessa Ardillon, Lydéric Aubert, Marie Barrau, Luisiane Carvalho, Sylvie Cassadou, Elise Daudens-Vaysse, Frédérique Dorléans, Céline Gentil, Martine Ledrans, Marion Petit-Sinturel, Fabrice Quet, Caroline Six

Diffusion : Cire Antilles - C/o ARS de Martinique - Centre d'Affaires AGORA - Pointe des Grives. CS 80656. 97263 Fort-de-France cedex
Tél. : 596 (0)596 39 43 54 - Fax : 596 (0)596 39 44 14