

Infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, dans les territoires français d'Amérique



- Page 2** | [Surveillance des infections à VIH et Sida dans les territoires français d'Amérique. Données actualisées au 31/12/2014 |](#)
- Page 10** | [Diagnostic et prise en charge des PVVIH en zones isolées et frontalières en Guyane |](#)
- Page 17** | [Evolution des stratégies thérapeutiques antirétrovirales chez les personnes infectées par le VIH suivies au CHU de Martinique de 2010 à 2015 |](#)
- Page 20** | [L'arrivée de l'auto-test VIH® : l'exemple de la Guadeloupe et de Saint-Martin |](#)
- Page 21** | [Une réforme en cours : la fusion des structures de dépistage des infections sexuellement transmissibles en CeGIDD. Pour une approche globale de la santé sexuelle. La Martinique s'y prépare |](#)
- Page 22** | [Mise en place des CeGIDD : vers une amélioration du dépistage des IST en dehors du VIH et des hépatites. L'expérience du CIDDIST de la Croix Rouge à Cayenne |](#)
- Page 23** | [Réémergence de la syphilis chez les personnes infectées par le VIH en Martinique en 2015 |](#)
- Page 25** | [Mise en place de réseaux de surveillance des Infections Sexuellement Transmissibles en Guadeloupe et à Saint-Martin: principes et résultats préliminaires |](#)

| Éditorial |

Mathilde Melin, médecin épidémiologiste à la Cire Antilles Guyane

Au décours de la journée mondiale contre le Sida, ce BVS Antilles Guyane de Décembre est consacré au VIH et aux autres Infections Sexuellement Transmissibles (IST). En effet, les Antilles et la Guyane restent particulièrement concernées par ces infections en 2014. La Guyane en particulier conserve le taux annuel de découvertes de séropositivité VIH le plus élevé du territoire français.

Du point de vue de la surveillance, la dématérialisation « e-DO » des déclarations obligatoires d'infection par le VIH ou de Sida, prévue à court terme pour la Guyane, permettra d'améliorer l'efficacité de ce dispositif.

Concernant le succès thérapeutique chez les Personnes vivant avec le VIH (PVVIH), le dernier Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire a montré l'existence de différences entre les territoires ultra-marins et métropolitains¹, les résultats du traitement étant suboptimaux pour les patients d'Outre Mer comparés à ceux de la métropole. Deux

articles de ce BVS permettront d'apporter des informations complémentaires sur les PVVIH dans les zones isolées de Guyane d'une part, et sur l'évolution des thérapeutiques antirétrovirales au CHU de Martinique d'autre part.

Dans le champ de la prévention et du dépistage, la période actuelle est riche en réformes et en diversification des outils. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) vient par exemple d'établir une recommandation temporaire d'utilisation de la prophylaxie pré-exposition au VIH, chez les personnes à haut risque d'acquisition du VIH par voie sexuelle². L'autotest VIH® est par ailleurs disponible depuis quelques mois dans les pharmacies et les CeGIDD (centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles) vont voir le jour dès janvier 2016.

Dans ce contexte, l'amélioration de la surveillance épidémiologique des autres IST telles que la syphilis, les gonococcies ou les chlamydiae est primordiale. Ainsi, les trois derniers articles de ce numéro décrivent l'activité d'un centre d'information, de diagnostic et de dépistage à Cayenne, la ré émergence de la syphilis chez les PVVIH en Martinique et la mise en place des réseaux de surveillance RésIST/RénaGO/RénaCHLA en Guadeloupe et à Saint-Martin.

Ainsi, dans le cadre de la création de Santé Publique France en 2016, regroupant notamment l'InVS et l'Inpes, la prise en compte synergique des données de surveillance épidémiologiques, comportementales, et des spécificités culturelles en matière de

prévention, permettra une vision plus globale de la santé sexuelle qui devrait être favorable à l'optimisation des stratégies d'action en direction des populations les plus exposées au risque d'infection.

1. d'Almeida Wilson K, Cabié A, Gaud C, Lamaury I, Nacher M, Stegmann-Planchard S, et al. Infection à VIH dans les DOM : facteurs associés à la réponse virologique au traitement dans l'enquête ANRS-Vespa2, 2011. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(40-41):759-68. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/40-41/2015_40-41_3.html
2. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Argumentaire de l'ANSM justifiant l'utilisation de Truvada dans la prophylaxie pré-exposition au VIH dans le cadre de la RTU. 25 novembre 2015. <http://ansm.sante.fr/S-informer/Actualite/L-ANSM-etablit-la-RTU-de-Truvada-dans-la-prophylaxie-pre-exposition-au-VIH-Point-d-information>

| Surveillance des infections à VIH et Sida dans les territoires français d'Amérique. Données actualisées au 31/12/2014 |

Mathilde Melin

Institut de veille sanitaire, CIRE Antilles - Guyane

Résumé

Cet article présente les données de surveillance du dépistage et du diagnostic de l'infection à VIH ainsi que celles du diagnostic de Sida, dans les territoires français d'Amérique (TFA), à partir de trois systèmes coordonnés par l'Institut de veille sanitaire (InVS).

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. Le formulaire papier ou le lien pour répondre en ligne à LaboVIH sont disponibles auprès de l'InVS¹.

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

Les formulaires de notification, comportant 3 à 5 feuillets autocopiants, ne peuvent être ni photocopiés, ni téléchargés. Les déclarants (biologistes et cliniciens) doivent en faire la demande auprès de l'ARS de leur région d'exercice².

¹ INVS-DMI-VIC@invs.sante.fr

² ars971-pole-veille-sanitaire@ars.sante.fr / ars-martinique-veille-sanitaire@ars.sante.fr / ars-guyane-veille-sanitaire@ars.sante.fr

DONNEES NATIONALES

- Le nombre total de sérologies VIH, réalisées en 2014, est estimé, à partir des laboratoires participant au réseau LaboVIH, à 5,27 millions (IC95%: [5,20-5,33]), soit 80 sérologies VIH pour 1 000 habitants. Après avoir augmenté en 2011, ce nombre s'est stabilisé.
- Le nombre de sérologies VIH confirmées positives en 2014 est estimé à 11 013 (IC95%: [10 435-11 592]), soit 167 sérologies positives par million d'habitants. Après avoir augmenté entre 2011 et 2013 (+7%), ce nombre s'est stabilisé.
- Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en France en 2014 est estimé à 6 584, (IC95% : [6092-7075]), estimation stable par rapport à 2013.
- En 2014, environ 1 200 diagnostics de Sida ont été établis, ce nombre est stable depuis 2013.

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 31/12/2014.
- Ces données peuvent être brutes, c'est-à-dire limitées aux données parvenues à l'InVS à cette date. Les données brutes permettent de décrire les caractéristiques des cas. S'agissant des 5 pathologies inaugurales les plus fréquentes des cas de sida, leur répartition est désormais calculée, pour les TFA, non seulement parmi les cinq pathologies inaugurales les plus fréquentes au niveau national (pneumocystose, kaposi, candidose œsophagienne, toxoplasmose cérébrale, tuberculose pulmonaire ou extra-pulmonaire) mais parmi l'ensemble des pathologies inaugurales possibles (incluant histioplasmose, lymphome cérébral ou non cérébral, encéphalopathie à VIH etc.).
- Ces données peuvent être corrigées pour tenir compte 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'analyse porte sur les cas d'infection à VIH et de Sida résidant dans les TFA (Guadeloupe/Saint Martin/Saint 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 Saint Martin et Saint Barthélemy seront incluses. La population concernée sera celle de la Guadeloupe, de Saint Martin et de Saint Barthélemy.

1/ INFECTION A VIH

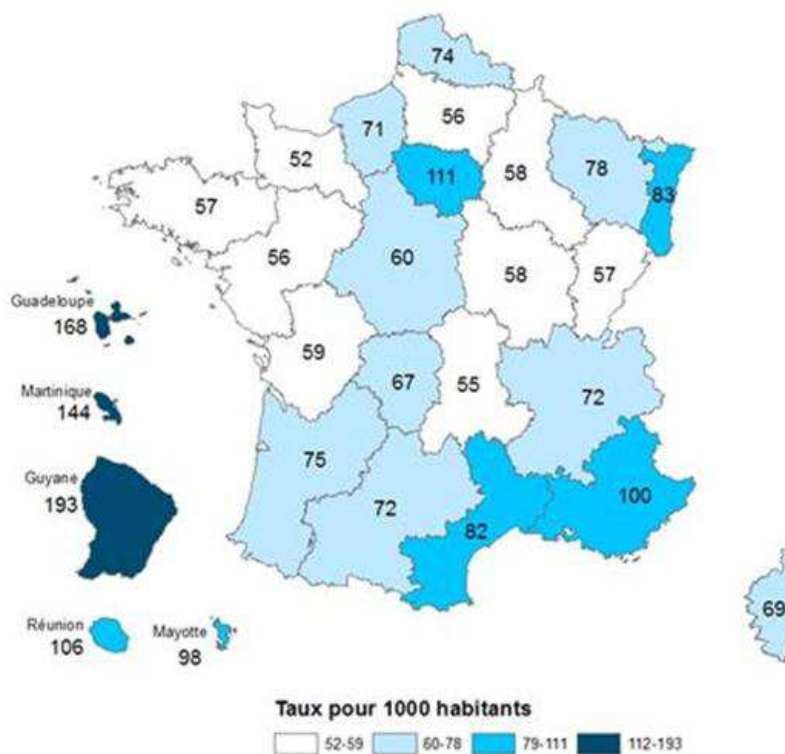
1.1./ Activité de dépistage du VIH

En 2014, le nombre de sérologies VIH effectuées en Guadeloupe, en Martinique et en Guyane était respectivement de 168 pour 1 000 habitants (IC95%: [158-179]), de 144 pour 1 000 habitants (IC95%: [133-155]), et de 193 pour 1 000 habitants (exhaustif) (Figure 1).

Ce nombre, stable depuis 2011 en Guadeloupe, est en augmentation entre 2011 et 2014 en Martinique (+7%) et en Guyane (+10%). Dans l'ensemble des TFA, ces nombres sont supérieurs à celui observé au niveau national (80 pour 1 000 habitants, (IC95%: [79-81])) (Figure 2).

| Figure 1 |

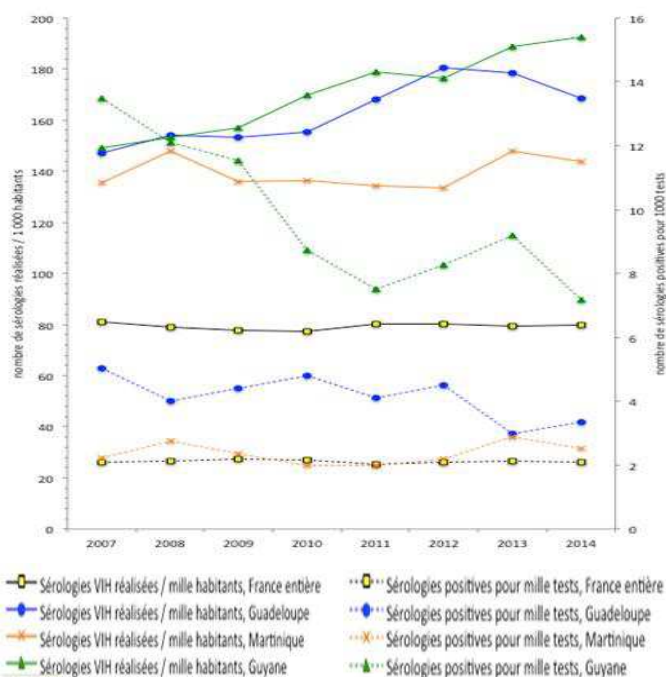
Nombre de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants (LaboVIH), par région, 2014



Source : InVS, données LaboVIH, 2014

| Figure 2 |

Evolution du nombre de sérologies réalisées et du nombre de sérologies positives pour 1 000 habitants dans les TFA et en France, 2007-2014



1.2./ Notification obligatoire de l'infection à VIH

Découverte de séropositivité

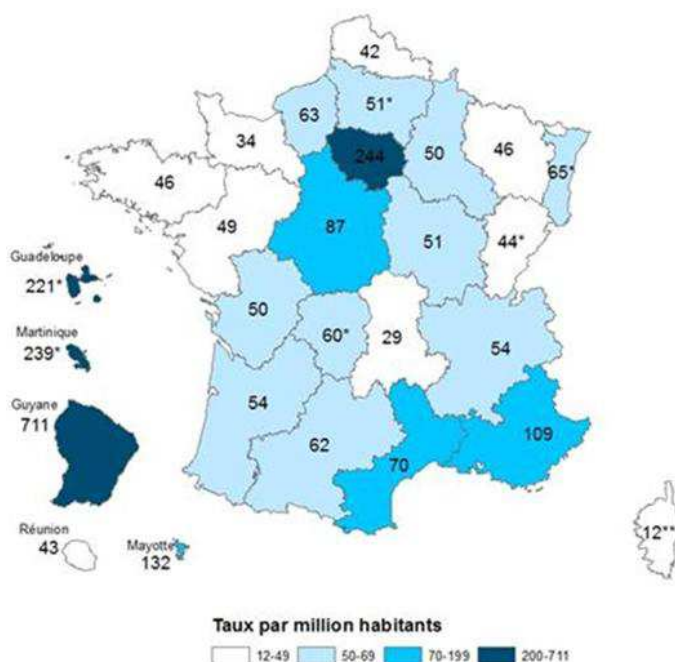
A la date de rédaction de ce document, l'estimation du nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2014 n'était pas possible aux Antilles (Guadeloupe et Martinique). Pour l'année 2013 ce nombre était de 221 par million d'habitants (IC95%: [159-283]), et de 263 par million d'habitants (IC95%: [203-266]), respectivement en Guadeloupe et en Martinique. En 2014, en Guyane ce nombre était de 711 par million habitants (IC95%: [471-948]), compte tenu de la largeur de l'intervalle de confiance, ces données sont à interpréter avec réserve. (Figure 3).

En Guadeloupe le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH est en diminution entre 2011 et 2013 (-43%), en revanche, il a augmenté en Martinique sur cette même période (+51%). Aux Antilles ce nombre est plus de deux fois supérieur au taux national (100 par million d'habitants (IC95%: [92-107])), près de 4 fois supérieur à celui de la métropole hors Ile-de-France (58 par million d'habitants (IC95%: [53-64])), et comparable au taux de l'Ile-de-France (244 par million d'habitants (IC95%: [221-268])). Bien que le nombre de découvertes de séropositivité VIH ait diminué en Guyane entre 2011 et 2014 (-14%) cette région conserve le taux le plus important du territoire français (Figure 4).

Source : InVS, données LaboVIH, 2014

| Figure 3 |

Nombre de découvertes de séropositivité VIH par million d'habitants, 2014



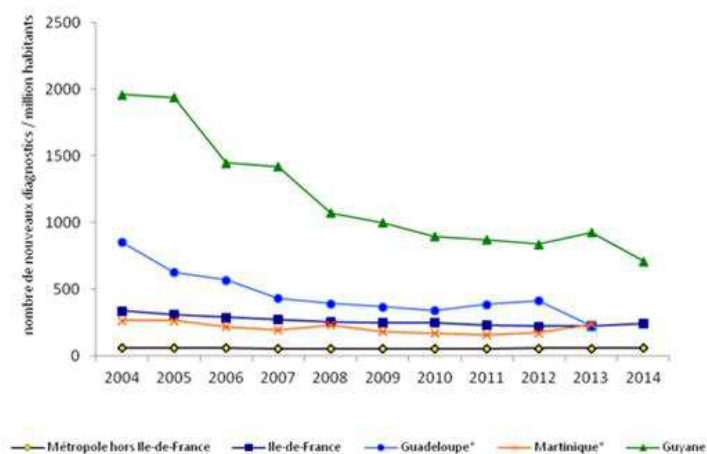
* Estimation 2014 impossible à ce jour, le taux présenté ici est calculé pour l'année 2013

** Estimation impossible à ce jour, le taux présenté est calculé à partir des données 2014 brutes (non corrigées)

Source : InVS, données DO VIH au 31/12/2014 corrigées pour les délais et la sous déclaration

| Figure 4 |

Evolution du taux annuel de découvertes de séropositivité VIH en France métropolitaine hors Ile-de-France, Ile-de-France, Guadeloupe, Martinique et Guyane de 2004 à 2014



* Estimation 2014 impossible à ce jour, le taux présenté ici est calculé pour l'année 2013

Source : InVS, données DO VIH au 31/12/2014 corrigées pour les délais et la sous déclaration

SITUATION EN GUADELOUPE

Caractéristiques cliniques et sociodémographiques

Les hommes représentaient la majorité (53 %) des cas sur la période 2004-2013. Les séropositivités VIH déclarées durant cette période concernaient principalement la classe d'âge de 25-49 ans (79%). Les données 2014 ne sont pas consolidées et doivent être interprétées avec réserve.

De 2004 à 2013, la plupart des personnes découvrant leur séropositivité étaient nées en France ou à Haïti (43% pour chacun de ces pays). Cette information était manquante pour 26% des cas notifiés.

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2008 et 2013, 18% ont été diagnostiquées précocement et 48% tardivement. La part des fiches non renseignées pour cette variable était de 35 % sur cette période (Tableau 1).

| Tableau 1 |

Caractéristiques cliniques et sociodémographiques des nouveaux cas d'infection VIH* en Guadeloupe de 2004 à 2014 (Pourcentages, réalisés sur des données brutes, calculés après avoir exclu les valeurs « inconnu »)

	Guadeloupe		France
	2004 -2013	2014**	2014**
n=	1191	55	3759
Age (année)			
< 25	11%	13%	10%
25-49	79%	56%	69%
> 50	10%	31%	21%
Sexe			
Hommes	53%	56%	69%
Femmes	47%	44%	31%
Pays de naissance			
France	43%	55%	53%
Haïti	43%	35%	2%
Autres	14%	10%	45%
Mode de contamination			
HSH	12%	20%	44%
Hétérosexuels	87%	80%	54%
Injection de drogues	0%	0%	1%
Transmission materno-fœtale	1%	0%	1%
Coinfection hépatite C			
oui	4%	0%	4%
non	96%	100%	96%
Coinfection hépatite B			
oui	5%	0%	5%
non	95%	100%	95%
CD4 au diagnostic VIH			
<200	44%	34%	28%
200-349	20%	13%	20%
350-499 et	18%	28%	20%
>=500	17%	25%	32%
Diagnostic			
Précoce (1)	18%	25%	37%
Diagnostic tardif (2)	48%	34%	29%

* InVS, DO VIH données brutes au 31/12/2014 non corrigées pour la sous déclaration - ** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

(1) Définition diag précoce ; cd4>500/mm3 ou PIV au diagnostic

(2) Définition diag tardif ; cd4 < 200/mm3 ou Sida au diagnostic

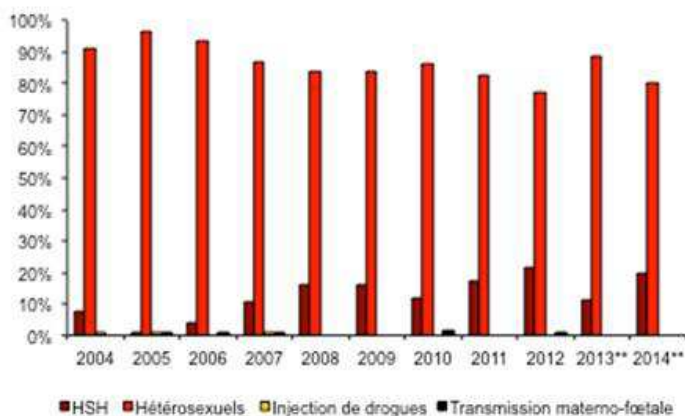
NB : Les variables CD4 et diagnostic précoce ou tardif sont disponibles seulement depuis 2008

Modes de contamination

En 2014, le mode de contamination prédominant restait hétérosexuel en Guadeloupe bien que la part des contaminations parmi les Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes (HSH) ait augmenté par rapport à la période 2004-2013, passant de 12% pour cette période, à 20% pour l'année 2014 (Tableau 1). La dernière contamination par Usage de Drogue Intra-veineuse (UDI) a été notifiée en 2007, une transmission materno-fœtale a été déclarée en 2012 (Figure 5).

| Figure 5 |

Evolution de la part des principaux modes de contamination parmi les cas d'infection* à VIH déclarés en Guadeloupe de 2004 à 2014



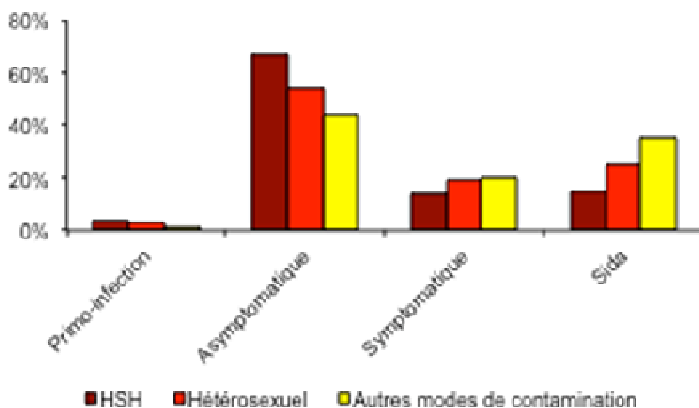
* InVS, DO VIH données brutes au 31/12/2014 non corrigées pour la sous déclaration - ** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

Stade clinique au moment du dépistage

De 2008 à 2014, en Guadeloupe, les HSH ont découvert leur séropositivité plus souvent au stade asymptomatique (67%) que les personnes contaminées par voie hétérosexuelle et par d'autres modes de contamination (respectivement 54% et 44%). Inversement, la part des diagnostics au stade sida était plus importante parmi les personnes contaminées par injection de drogues ou transmission materno-fœtale (36%) que pour les personnes contaminées par voie hétérosexuelle et les HSH (respectivement 25% et 15%) (Figure 6).

| Figure 6 |

Stades cliniques au moment de la découverte de la séropositivité VIH selon le mode de contamination, en Guadeloupe, 2008 à 2014.



Source : InVS, données DO VIH brutes au 31/12/2014 non corrigées

SITUATION EN MARTINIQUE

Caractéristiques cliniques et sociodémographiques

De 2004 à 2013, les hommes représentaient la majorité (65 %) des cas en Martinique. Les séropositivités VIH déclarées durant cette période concernaient principalement la classe d'âge de 25-49 ans (58%). Les données 2014 ne sont pas consolidées et doivent être interprétées avec réserve.

De 2004 à 2013, la majorité des personnes découvrant leur séropositivité étaient nées en France (85%), 10% d'entre elles étaient nées à Haïti. En 2014, 92% de ces personnes étaient nées en France et seulement 4% à Haïti, mais cette information était manquante pour 29% des cas en 2014, contre 11% sur la période des dix années précédentes.

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2008 et 2013, 38% avait été diagnostiqué précocement et 23% tardivement. (Tableau 2). La part des fiches non renseignées pour cette variable était de 25 % sur cette période.

| Tableau 2 |

Caractéristiques cliniques et sociodémographiques des nouveaux cas d'infection VIH* en Martinique de 2004 à 2014
(Pourcentages, réalisés sur des données brutes, calculés après avoir exclu les valeurs « inconnu »)

	Martinique		France
	2004 -2013	2014**	2014**
n=	634	34	3759
Age (année)			
< 25	18%	9%	10%
25-49	58%	65%	69%
> 50	24%	26%	21%
Sexe			
Hommes	65%	59%	69%
Femmes	35%	41%	31%
Pays de naissance			
France	85%	92%	53%
Haïti	10%	4%	2%
Autres	5%	4%	45%
Mode de contamination			
HSH	24%	35%	44%
Hétérosexuels	74%	65%	54%
Injection de drogues	1%	0%	1%
Transmission materno-fœtale	0%	0%	1%
Coinfection hépatite C			
oui	0%	4%	4%
non	100%	96%	96%
Coinfection hépatite B			
oui	0%	4%	5%
non	100%	96%	95%
CD4 au diagnostic VIH			
<200	21%	38%	28%
200-349	21%	13%	20%
350-499 et	23%	17%	20%
>=500	35%	32%	32%
Diagnostic			
Précoce (1)	38%	38%	37%
Tardif (2)	23%	38%	29%

* InVS, DO VIH données brutes au 31/12/2014 non corrigées pour la sous déclaration - ** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

(1) Définition diag précoce ; cd4>500/mm3 ou PIV au diagnostic

(2) Définition diag tardif ; cd4 < 200/mm3 ou Sida au diagnostic

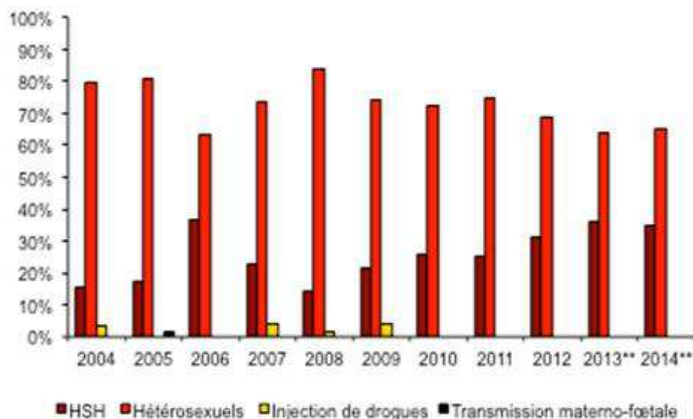
NB : Les variables CD4 et diagnostic précoce ou tardif sont disponibles seulement depuis 2008

Modes de contamination

En 2014, le mode de contamination prédominant restait hétérosexuel en Martinique (65%), et 35% des contaminations concernait les HSH. Après un pic en 2006, cette proportion a augmenté entre 2008 et 2013 ; 32% des fiches de déclaration obligatoire n'étaient pas renseignées pour cette variable en 2014 contre 15% pour la période 2004-2013. La dernière contamination par UDI a été notifiée en 2009 en Martinique (Tableau 2 et Figure 7).

| Figure 7 |

Evolution de la part des principaux modes de contamination parmi les cas d'infection* à VIH déclarés en Martinique de 2004 à 2014



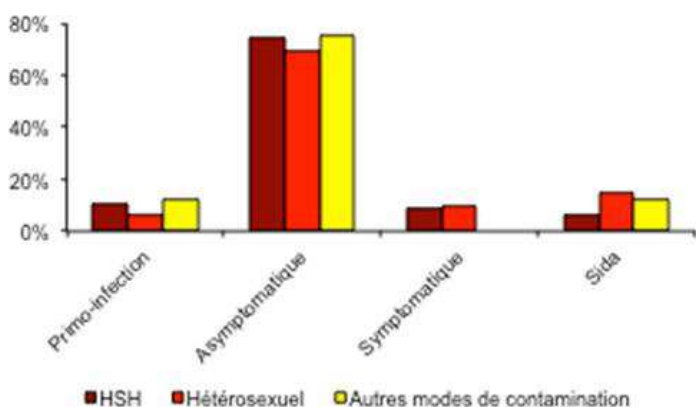
* InVS, DO VIH données brutes au 31/12/2014 non corrigées pour la sous déclaration - ** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

Stade clinique au moment du dépistage

De 2008 à 2014, en Martinique, la proportion des découvertes de séropositivité VIH au stade asymptomatique ou au stade sida était similaire quel que soit le mode de contamination : elle concernait respectivement 74% et 6% des HSH, 69% et 15% des personnes contaminées par voie hétérosexuelle ; et 75% et 13% des personnes contaminées par injection de drogues ou transmission materno-fœtale. (Figure 8).

| Figure 8 |

Stades cliniques au moment de la découverte de la séropositivité selon le mode de contamination, en Martinique, 2008 à 2014.



Source : InVS, données DO VIH brutes au 31/12/2014 non corrigées

SITUATION EN GUYANE

Caractéristiques cliniques et sociodémographiques

De 2004 à 2013, les femmes étaient approximativement aussi nombreuses que les hommes qui découvraient leur séropositivité VIH en Guyane avec un sex ratio H/F moyen de 1 sur les dix années d'étude. En 2014 le sex ratio H/F était de 0.8. La classe d'âge majoritairement concernée était celle des 25-49 ans sur ces deux périodes. Les données 2014 n'étant pas consolidées, elles doivent être interprétées avec réserve.

De 2004 à 2013, la majorité (51%) des personnes découvrant leur séropositivité étaient nées sur le continent américain hors Guyane, 25% d'entre elles étaient nées à Haïti et 21% en France. En 2014, 60% de ces personnes étaient nées sur le continent américain hors Guyane, 25% à Haïti et 15% en France. De nombreuses données sont manquantes pour cette information : 41% de 2004 à 2013 et 52% en 2014.

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2008 et 2013, 23% avait été diagnostiqué précocement et 43% tardivement. (Tableau 3). La part des fiches non renseignées pour cette variable était de 66 % sur cette période.

| Tableau 3 |

Caractéristiques cliniques et sociodémographiques des nouveaux cas d'infection VIH* en Guyane de 2004 à 2014 (Pourcentages, réalisés sur des données brutes, calculés après avoir exclu les valeurs « inconnu »)

	Guyane		France
	2004 -2013	2014**	2014**
n=	1995	155	3759
Age (année)			
< 25	14%	6%	10%
25-49	68%	72%	69%
> 50	18%	22%	21%
Sexe			
Hommes	51%	45%	69%
Femmes	49%	55%	31%
Pays de naissance			
France	21%	15%	53%
Haïti	25%	25%	2%
Amériques	51%	60%	5%
Autres	3%	0%	45%
Mode de contamination			
HSH	3%	1%	44%
Hétérosexuels	94%	98%	54%
Transmission materno-fœtale	2%	1%	1%
Injection de drogues	1%	0%	1%
Coinfection hépatite C			
oui	0%	2%	4%
non	99%	98%	96%
Coinfection hépatite B			
oui	0%	4%	5%
non	99%	96%	95%
CD4 au diagnostic VIH			
<200	42%	48%	28%
200-349	21%	24%	20%
350-499 et	15%	18%	20%
>=500	22%	10%	32%
Diagnostic			
Précoce (1)	23%	12%	37%
Diagnostic tardif (2)	43%	48%	29%

* InVS, DO VIH données brutes au 31/12/2014 non corrigées pour la sous déclaration - ** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

(1) Définition diag précoce ; cd4>500/mm3 ou PIV au diagnostic

(2) Définition diag tardif ; cd4 < 200/mm3 ou Sida au diagnostic

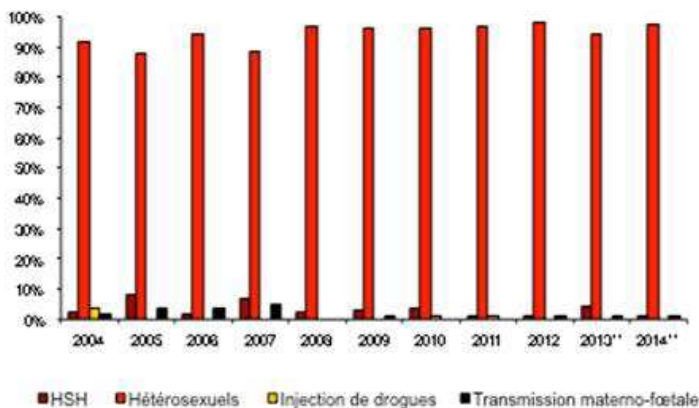
NB : Les variables CD4 et diagnostic précoce ou tardif sont disponibles seulement depuis 2008

Modes de contamination

Les rapports hétérosexuels représentaient le mode de contamination le plus fréquent en Guyane et concernaient 94% et 98% respectivement pour la période 2004-2013 et pour l'année 2014. Les notifications de l'année 2014 indiquaient que 1% des nouvelles contaminations concernait les HSH ainsi que les transmissions materno-fœtales. Cependant, 54% de valeurs étaient manquantes pour cette variable en 2014, et 49% les dix années précédentes (Tableau 3 et Figure 9).

| Figure 9 |

Evolution de la part des principaux modes de contamination parmi les cas d'infection* à VIH déclarés en Guyane de 2004 à 2014



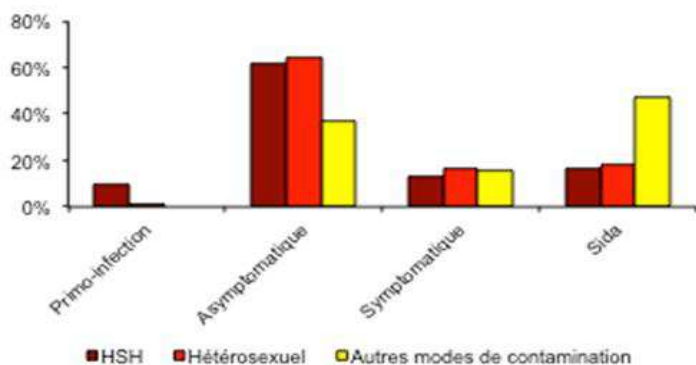
* InVS, DO VIH données brutes au 31/12/2014 non corrigées pour la sous déclaration - ** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

Stade clinique au moment du dépistage

De 2008 à 2014, en Guyane, les HSH et les personnes contaminées par voie hétérosexuelle ont découvert leur séropositivité plus souvent au stade asymptomatique (respectivement 61% et 64%) que les personnes contaminées par d'autres modes (37%). Inversement, la part des diagnostics au stade sida était plus importante parmi les personnes contaminées par injection de drogues ou transmission materno-fœtale (47%) que pour les HSH et les personnes contaminées par voie hétérosexuelle (respectivement 16% et 18%).(Figure 10).

| Figure 10 |

Stades cliniques au moment de la découverte de la séropositivité selon le mode de contamination, en Guyane, 2008 à 2014.



Source : InVS, données DO VIH brutes au 31/12/2014 non corrigées

2/ DIAGNOSTIC DE SIDA

2.1./ Taux de diagnostic de Sida

En 2014 les incidences du sida dans les TFA restent supérieures à

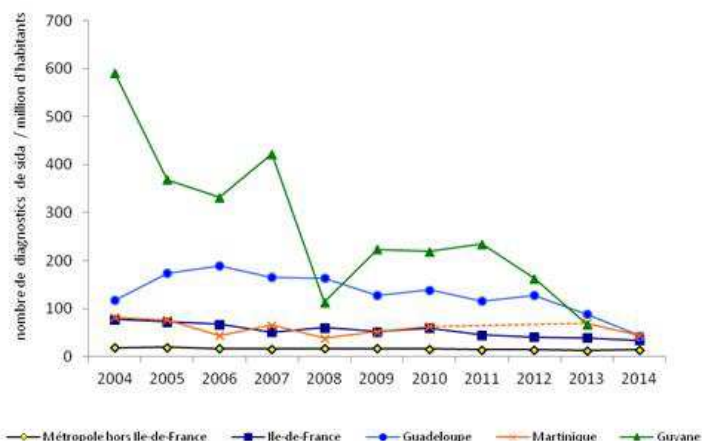
celle de la France métropolitaine hors Ile-de-France (14 diagnostics de sida par million d'habitants (IC95%: [12-16])) et sont comparables à celle de l'Ile-de-France (34 diagnostics de sida par million d'habitants (IC95%: [28-40])). Avec une incidence de 67 diagnostics de sida par million d'habitants (IC95%: [46-88]) en 2013, la Guyane détient l'incidence la plus élevée, malgré une très nette diminution de 2004 à 2013 (-90%). Les estimations 2014 ne sont pas disponibles à la date de rédaction.

L'incidence du sida en Guadeloupe a nettement diminué de 2012 à 2014 (-66%) atteignant 43 diagnostics de sida par million d'habitants (IC95%: [29-57]). L'intervalle de confiance étant large en 2014, ces dernières données sont à interpréter avec précaution.

Enfin, l'incidence du sida en Martinique reste relativement stable depuis 2008, bien que les données 2011 et 2012 ne soient pas disponibles. 17 nouveaux cas de sida par million d'habitants (IC95%: [6-28]) ont été diagnostiqués en 2014. Ces tendances doivent être surveillées et réévaluées avec la consolidation des données récentes (Figure 11).

| Figure 11 |

Evolution du taux annuel de découvertes de diagnostics de Sida en France métropolitaine hors Ile-de-France, Ile-de-France, Guadeloupe, Martinique et Guyane de 2004 à 2014



Source : InVS, données DO Sida au 31/12/2014 corrigées pour les délais et la sous déclaration

2.2./ Situation en Guadeloupe

Caractéristiques cliniques et sociodémographiques

Sur la période 2004-2013, les hommes représentaient la majorité des cas de sida notifiés (60%).

Les 25-49 ans et les plus de 50 ans, représentaient respectivement 68% et 30% des cas de sida notifiés. Les moins de 25 ans représentaient 2% des cas.

46% des cas étaient nés en France et 40% à Haïti.

Seuls 16% des personnes diagnostiquées avaient pu bénéficier d'un traitement antirétroviral sur la période de 2004 à 2013. Sur cette période d'étude 52% des cas connaissaient leur séropositivité au moment du diagnostic sida.

Les cinq pathologies inaugurales du sida les plus fréquentes en Guadeloupe de 2004 à 2013 étaient : la candidose œsophagienne (35% des cas), la pneumocystose (21%), la toxoplasmose cérébrale (14%), la tuberculose pulmonaire (7%) et extra pulmonaire (5%) (Tableau 4).

Les contaminations étaient principalement hétérosexuelles (87%)

sur toute la période de 2004 à 2013 devant les contaminations homosexuelles (9%) dont la fréquence restait relativement stable (Tableau 4 et Figure 12). 14% des données sont manquantes pour cette variable.

| Tableau 4 |

Caractéristiques cliniques et sociodémographiques des nouveaux cas de sida* notifiés en Guadeloupe et en France entre 2004 et 2014

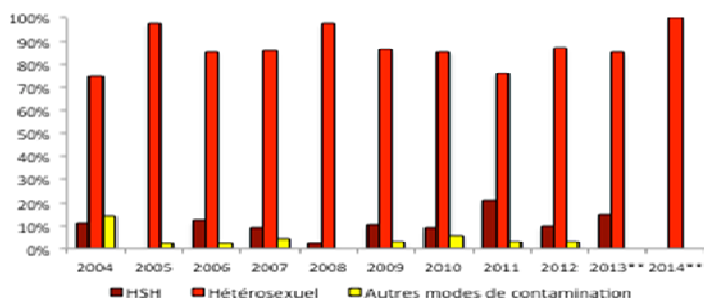
(Pourcentages, réalisés sur des données brutes, calculés après avoir exclu les valeurs « inconnu »)

	Guadeloupe		France
	2004 -2013	2014**	2014**
n=	377	9	401
Age (année)			
< 25	2%		3%
25-49	68%		64%
> 50	30%		33%
Sexe			
Hommes	60%		67%
Femmes	40%		33%
Pays de naissance			
France	46%		48%
Haïti	40%		2%
Autres	14%		50%
Mode de contamination			
HSH	9%		28%
Hétérosexuels	87%		66%
Injection de drogues	3%		5%
Transmission materno-fœtale	1%		1%
Traitement antirétroviral avant Sida			
Oui	16%		17%
Non	84%		83%
Connaissance séropositivité avant Sida			
Oui	52%		46%
Non	48%		54%
Pathologies inaugurales (les 5 plus fréquentes)			
Candidose œsophagienne	35%		
Pneumocystose	21%		
Toxoplasmose cérébrale	14%		
Tuberculose pulmonaire	7%		
Tuberculose extra-pulmonaire	5%		

*Diagnostiques de sida, données brutes au 31/12/2014 non corrigées pour la sous déclaration – ** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

| Figure 12 |

Evolution de la part des cas de Sida* déclarés en Guadeloupe de 2004 à 2014 selon les modes de contamination



* InVS, DO VIH données brutes au 31/12/2014 non corrigées pour la sous déclaration - ** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

2.3./ Situation en Martinique

Caractéristiques cliniques et sociodémographiques

Sur la période 2004-2013, les hommes représentaient la majorité des cas de sida notifiés (65%).

Les 25-49 ans et les plus de 50 ans, représentaient respectivement 68% et 29% des cas de sida notifiés. Les moins de 25 ans représentaient 3% des cas.

77% des cas étaient nés en France et 16 % à Haïti.

Seuls 17% des personnes diagnostiquées avaient pu bénéficier d'un traitement antirétroviral sur la période de 2004 à 2013. Sur cette période d'étude 60% des cas connaissaient leur séropositivité au moment du diagnostic sida.

Les cinq pathologies inaugurales du sida les plus fréquentes en Martinique de 2004 à 2013 étaient : la candidose œsophagienne (28% des cas), la toxoplasmose cérébrale (23%) la pneumocystose (23%), la tuberculose extra pulmonaire (4%) et les lymphomes non cérébraux (4%) (Tableau 5).

Les contaminations étaient principalement hétérosexuelles (84%) sur toute la période de 2004 à 2013, 13% des contaminations sur cette période concernaient les HSH, (Tableau 5 et Figure 13), 6% des données étaient manquantes pour cette variable.

| Tableau 5 |

Caractéristiques cliniques et sociodémographiques des nouveaux cas de sida* notifiés en Martinique et en France entre 2004 et 2014

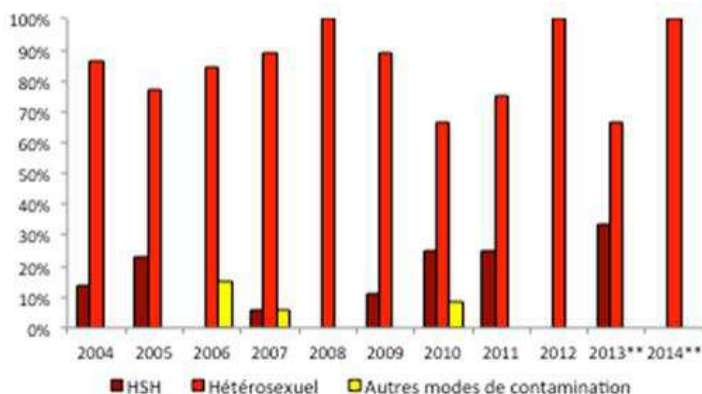
(Pourcentages, réalisés sur des données brutes, calculés après avoir exclu les valeurs « inconnu »)

	Martinique		France
	2004 -2013	2014**	2014**
n=	155	5	401
Age (année)			
< 25	3%		3%
25-49	68%		64%
> 50	29%		33%
Sexe			
Hommes	65%		67%
Femmes	35%		33%
Pays de naissance			
France	77%		48%
Haïti	16%		2%
Autres	7%		50%
Mode de contamination			
HSH	13%		28%
Hétérosexuels	85%		66%
Injection de drogues	2%		5%
Transmission materno-fœtale	0%		1%
Traitement antirétroviral avant Sida			
Oui	17%		17%
Non	83%		83%
Connaissance séropositivité avant Sida			
Oui	60%		46%
Non	40%		54%
Pathologies inaugurales (les 5 plus fréquentes)			
Candidose œsophagienne	28%		
Toxoplasmose cérébrale	23%		
Pneumocystose	23%		
Tuberculose extra-pulmonaire	4%		
Lymphome autre localisation	4%		

*Diagnostiques de sida, données brutes au 31/12/2014 non corrigées pour la sous déclaration – ** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

| Figure 13 |

Evolution de la part des cas de Sida* déclarés en Martinique de 2004 à 2014 selon les modes de contamination



* InVS, DO VIH données brutes au 31/12/2014 non corrigées pour la sous déclaration - ** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

2.4./ Situation en Guyane

Caractéristiques cliniques et sociodémographiques

Sur la période 2004-2013, les hommes représentaient la majorité des cas de sida notifiés (60%).

Les classes d'âges de 25-49 ans et les plus de 50 ans, représentaient respectivement 72% et 21% des cas de sida notifiés. Les moins de 25 ans représentaient 7% des cas notifiés.

42% des cas étaient nés sur le continent Américain hors Guyane, 29% en France et 28% à Haïti.

Seuls 11% des personnes diagnostiquées avaient pu bénéficier d'un traitement antirétroviral sur la période de 2004 à 2013. Sur cette période d'étude 47% des cas connaissaient leur séropositivité au moment du diagnostic sida.

Les cinq pathologies inaugurales du sida les plus fréquentes en Guyane de 2004 à 2013 étaient : l'histoplasmose (19%), la tuberculose pulmonaire (11%), la candidose œsophagienne (11% des cas), la toxoplasmose cérébrale (10%), et la pneumocystose (8%) (Tableau 6).

Les contaminations étaient principalement hétérosexuelles (90%) sur toute la période de 2004 à 2013. Les contaminations homosexuelles et les transmissions materno-fœtales représentaient chacune 3% des contaminations et les contaminations par usage de drogues injectables représentaient 4% des cas de sida (Tableau 6 et Figure 14). 20% des données sont manquantes pour cette variable.

| Tableau 6 |

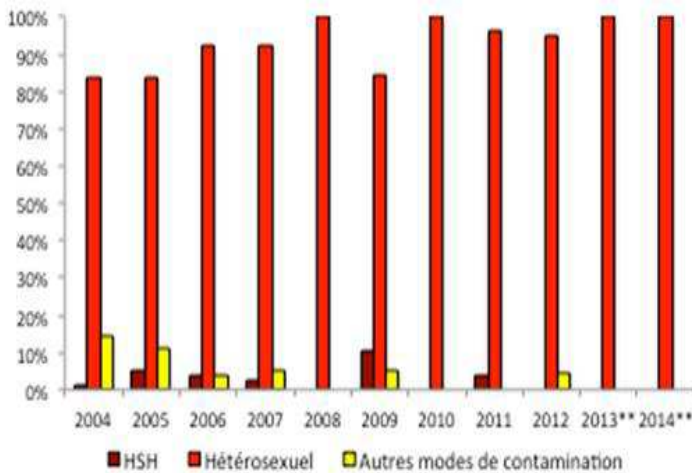
Caractéristiques cliniques et sociodémographiques des nouveaux cas de sida* notifiés en Guyane et en France entre 2004 et 2014 (Pourcentages, réalisés sur des données brutes, calculés après avoir exclu les valeurs « inconnu »)

	Guyane		France
	2004 -2013	2014**	2014**
n=	337	9	401
Age (année)			
< 25	7%		3%
25-49	72%		64%
> 50	21%		33%
Sexe			
Hommes	60%		67%
Femmes	40%		33%
Pays de naissance			
France	29%		48%
Haïti	28%		2%
Amériques	42%		3%
Autres	1%		45%
Mode de contamination			
HSH	3%		28%
Hétérosexuels	90%		66%
Injection de drogues	4%		5%
Transmission materno-fœtale	3%		1%
Traitement antirétroviral avant Sida			
Oui	11%		17%
Non	89%		83%
Connaissance séropositivité avant Sida			
Oui	47%		46%
Non	53%		54%
Pathologies inaugurales (les 5 plus fréquentes)			
Histoplasmose	19%		
Tuberculose pulmonaire	11%		
Candidose œsophagienne	11%		
Toxoplasmose cérébrale	10%		
Pneumocystose	8%		

*Diagnostiques de sida, données brutes au 31/12/2014 non corrigées pour la sous déclaration - ** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

| Figure 14 |

Evolution de la part des cas de Sida* déclarés en Guyane de 2004 à 2014 selon les modes de contamination



* InVS, DO Sida données brutes au 31/12/2014 non corrigées pour la sous déclaration - ** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

Références

1. Cazein F, Le Strat Y, Sarr A, Ramus C, Bouche N, Le Vu S, et al. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2013. Bull Epidemiol Hebd. 2014;(32-33):534-40. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/32-33/2014_32-33_1.html
2. Cazein F, Pillonel J, Le Strat Y, Pinget R, Le Vu S, Brunet S, et al. Découvertes de séropositivité VIH et de sida, France, 2003-2013. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(9-10):152-61. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/9-10/2015_9-10_1.html
3. Melin M. Surveillance des infections à VIH et du sida dans les départements français d'Amérique : données 2013 et évolution depuis 2003. Bulletin de veille sanitaire, Cire Antilles Guyane, n°6, décembre 2014 : 2-10.

Remerciements

A Françoise Cazein et Marlène Leclerc (InVS), Bakhao Ndiaye (InVS Cire Nord Pas-de-Calais), et Claude Flamand (Institut Pasteur de la Guyane) pour leurs conseils avisés.

Aux médecins et biologistes déclarants pour leur participation essentielle à cette surveillance.

A l'ensemble des professionnels impliqués dans cette surveillance.

Aux agents des CVAGS qui participent à l'animation de ce réseau à l'ARS Guadeloupe, Saint Martin et Saint Barthélemy, l'ARS de Martinique et l'ARS de Guyane.

| Diagnostic et prise en charge des PVVIH en zones isolées et frontalières en Guyane |

Emilie Mosnier^{1,2,3}, Noé Guiraud⁴, Loïc Epelboin^{2,3}, Florence Huber⁵, Leïla Adriouch⁶, Basma Guarnit¹, Félix Djossou^{2,3}, Maylis Douine^{2,7}, Paul Brousse¹, Anne Terraz⁷, Muriel Ville¹, Antoine Adenis^{2,7}, Mathieu Nacher^{2,7}

¹ Pôle des Centres délocalisés de prévention et de soins, Centre hospitalier Andrée Rosemon, Cayenne, French Guyane ; ² Equipe EA3593, Ecosystèmes amazoniens et pathologie tropicale, Université des Antilles et de la Guyane, Cayenne, Guyane ; ³ Unité de maladies infectieuses et tropicales, Centre hospitalier Andrée Rosemon, Cayenne, Guyane ; ⁴ Groupe de Recherche en Economie Quantitative d'Aix-Marseille, UMR 7316, Centre de la Vieille-Charité, Marseille, France ; ⁵ Hôpital de jour, Centre hospitalier Andrée Rosemon, Cayenne, Guyane ; ⁶ COREVIH, Centre Hospitalier Andrée Rosemon, Cayenne, Guyane ; ⁷ Centre d'Investigation Clinique Epidémiologie clinique Antilles Guyane, Cayenne, Guyane

Résumé

Bien que la prise en charge de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) s'améliore globalement en Guyane, les disparités entre les régions et les différentes populations-clés sont importantes. Cet article a pour objectif de décrire les caractéristiques épidémiologiques, spatiales et cliniques des PVVIH suivies en zones isolées en les comparant avec celles suivies sur le littoral, dans les centres hospitaliers, en Guyane Française.

Les données présentées reposent sur les données de suivi clinique réalisé au cours des missions délocalisées d'infectiologie au sein des Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS) de Guyane. Ces données ont été analysées en relation avec les données INSEE issue du dernier recensement des communes de Guyane en 2012 et comparées aux données de suivi des PVVIH dans les différents centres hospitaliers de Guyane issues du logiciel Nadis®.

L'évolution du taux annuel de découvertes de séropositivité VIH montre une arrivée plus tardive en zones isolées que sur le littoral de cette infection. L'épidémie apparaît ces dernières années comme particulièrement active notamment chez les patients d'origine Brésilienne. L'âge médian des PVVIH en CDPS est de 43,8 ans, le sex ratio homme/femme est de 0,98. Près de 37% des PVVIH sont dépistées au stade tardif (< 200 CD4/mm³). Le pourcentage de succès virologiques après 6 mois de traitement est de 80% par rapport à 88% sur le littoral. L'histoplasmosse est la première cause d'infection opportuniste retrouvée. Les infections tropicales et notamment le paludisme (16%) sont fréquentes. La répartition spatiale des patients suivis montre une absence de PVVIH identifiées en amont des villes de Maripasoula et Saint Georges de l'Oyapock. Ces caractéristiques géographiques régionales rappellent l'importance de prendre en charge les PVVIH en zones isolées, particulièrement aux frontières, qui constituent des zones de passage, de repli, de prise de risques mais aussi de carence en offre de dépistage et de soins.

Ainsi, en zones isolées en Guyane Française, les efforts doivent être poursuivis afin d'enrayer et de contrôler la diffusion de l'épidémie de VIH sur ces zones devenues stratégiques en terme de santé publique.

Mots clés : VIH, isolement géographique, populations négligées, populations autochtones, migrants, santé publique, populations clés

Key Words: HIV, isolated area, neglected population, autochthonous populations, migrants' access health, public health, key population

INTRODUCTION

Région française la plus touchée par l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) [1], la Guyane n'en présente pas moins une géographie sociale et territoriale très contrastée vis-à-vis de cette infection. La dynamique de l'épidémie est la résultante d'un faisceau de facteurs mettant en jeu des comportements sociaux, culturels, ainsi que des situations géographiques, politiques et économiques particulières [2]. La combinaison locale de tous les déterminants en cause explique la complexité et la diversité de l'épidémie guyanaise qui est le reflet de l'ethnodiversité et de la biodiversité caractéristiques de ce département par rapport aux autres régions d'outre-mer. La confrontation des données géographiques avec les informations immuno-virologiques et épidémiologiques y est particulièrement importante et ouvre des

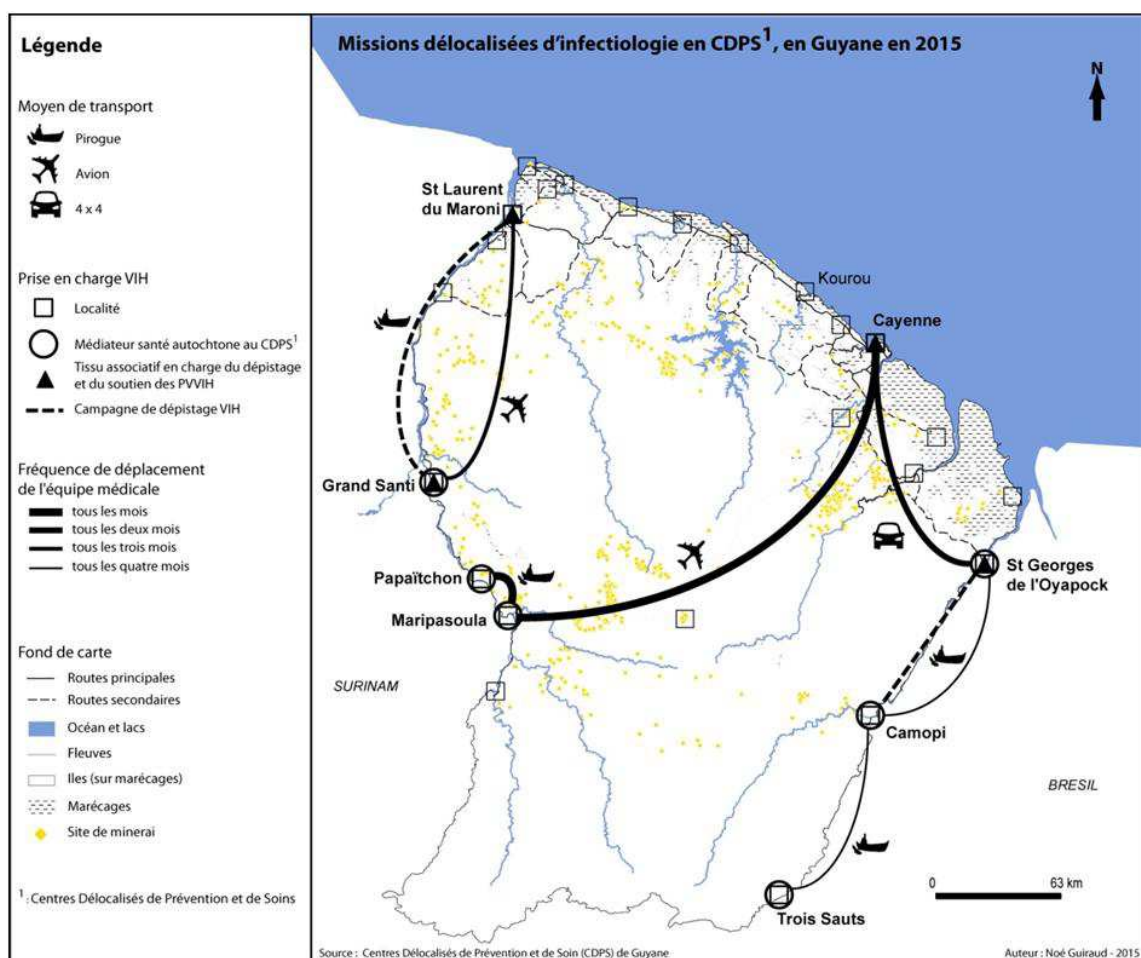
hypothèses sur la dynamique spatiale de l'épidémie, sur les processus de sa régionalisation et sur les possibles moyens de prévention et de contrôle.

L'éloignement géographique entraînant des difficultés de suivi en zones isolées au sein des Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS) par rapport aux structures hospitalières côtières, des missions délocalisées d'infectiologie régulières ont été mises en place depuis 2 ans avec un mi-temps d'infectiologue dédié (Carte 1).

L'objectif de cette étude est de décrire le profil géographique, épidémiologique et clinique des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et suivies en zones isolées au cours des missions d'infectiologie délocalisées.

| Carte 1 |

Missions délocalisées d'infectiologie en CDPS¹



METHODES

Une étude transversale a été menée sur les PVVIH suivies dans les CDPS, à partir des données du système de codage d'activité CIM10 des CDPS et des données des dossiers médicaux issues des consultations d'infectiologie délocalisées sur la période allant de janvier 2014 à novembre 2015. Des données démographiques, cliniques et immunovirologiques ont été recueillies. Les données démographiques sont issues du dernier recensement INSEE réalisé selon les communes en 2011 et 2012 [3]. Dans un second temps, les données épidémiologiques et immuno-virologiques ont été comparées à celles des patients suivis sur le littoral grâce aux données extraites du logiciel de suivi clinique Nadis®, afin de mettre en évidence des déterminants spécifiquement associés à cette

population. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel STATA® 12. Les variables continues ont été comparées en utilisant le test de Student et les variables catégorielles en utilisant le test du chi2 ou le test de Fisher.

RESULTATS

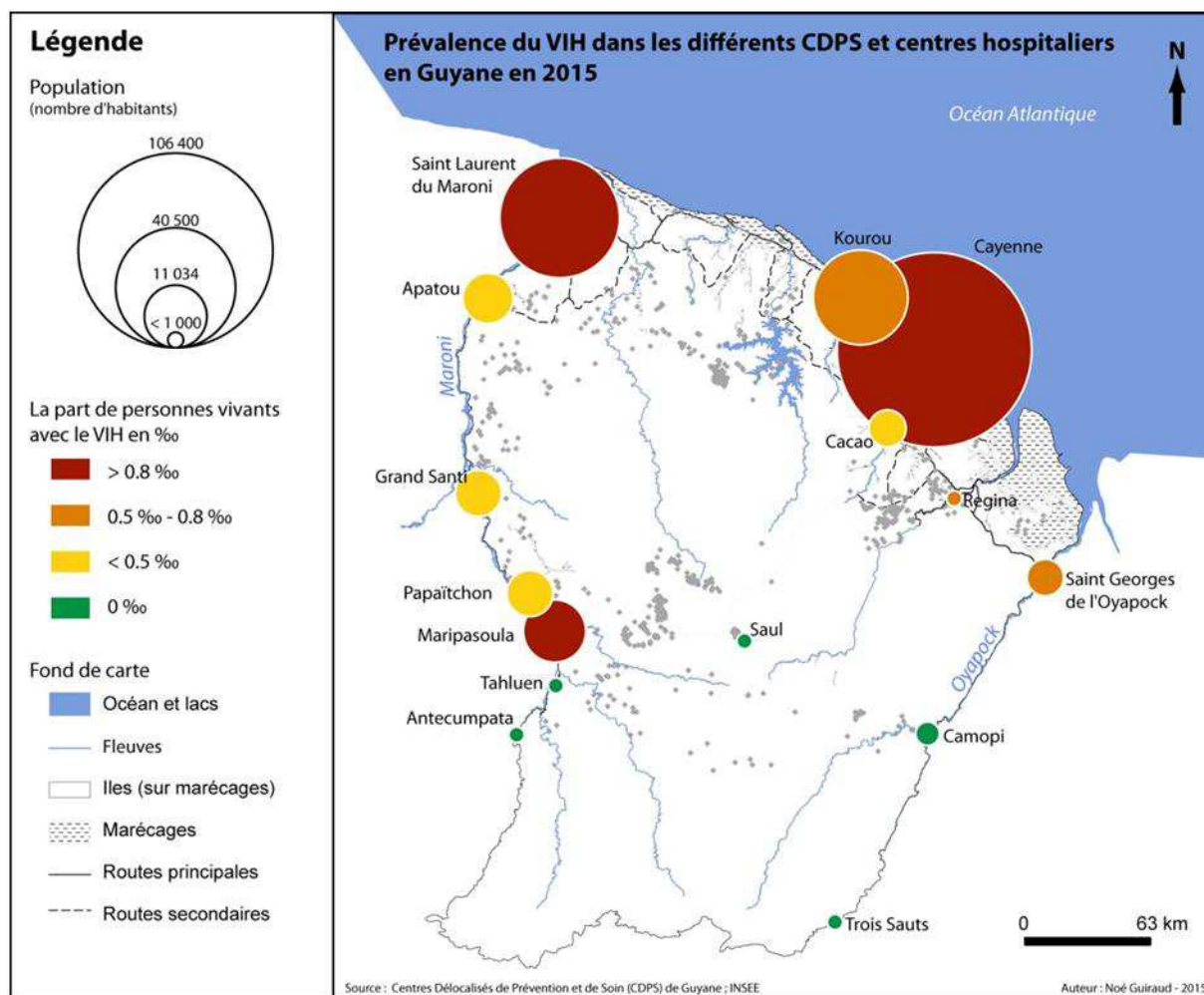
Sur la période d'étude, 174 patients infectés par le VIH ont bénéficié au moins d'une consultation d'infectiologie délocalisée et d'un dossier de suivi. Parmi ces 174 PVVIH, 126 bénéficient d'un dossier Nadis. A la date du 10 novembre, 2 143 patients étaient suivis dans les centres hospitaliers de Cayenne, Kourou et Saint Laurent du Maroni.

1/ Taux annuel de découvertes de séropositivité VIH et nombre de PPVIH sur les CDPS

La Carte 2 indique le nombre de PPVIH suivies en 2015 rapporté à la population par CDPS et lieu d'habitation.

| Carte 2 |

Nombre de PPVIH suivies dans les différents CDPS et centres hospitaliers en Guyane en 2015 rapporté à la population



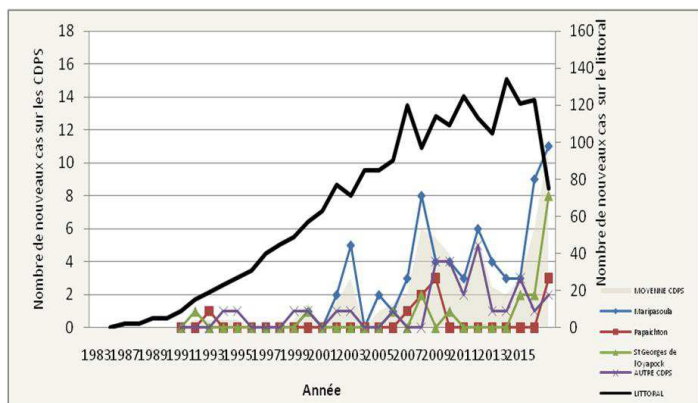
Le nombre annuel de découvertes de séropositivité VIH est rapporté dans la Figure 1. Le nombre de découvertes de séropositivité a augmenté de façon importante sur les deux dernières années notamment sur les CDPS de Maripasoula et Saint Georges de l'Oyapock.

Parmi les nouveaux patients dépistés, une majorité d'entre eux étaient nés au Brésil en 2014 et 2015 (Figure 2 et Tableau 1).

| Figure 1 |

Evolution du nombre annuel de découvertes de séropositivité pour le VIH pour les CDPS et le littoral urbain, 1983-2015*

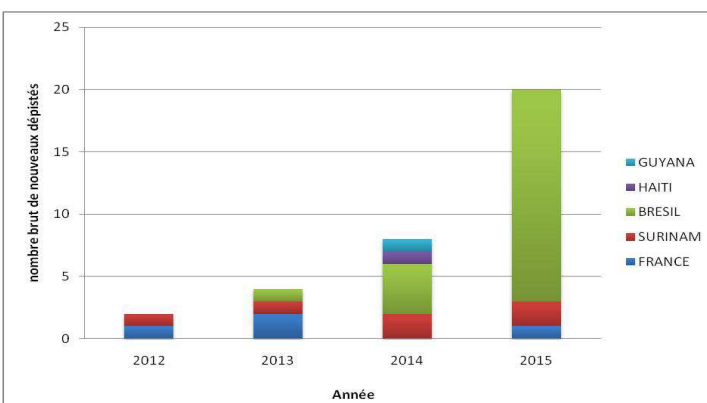
* année 2015 se terminant au 10 novembre



| Figure 2 |

Pays d'origine des nouveaux diagnostics de séropositivité VIH dépistés dans les CDPS, par année, 2012-2015*

* année 2015 se terminant au 10 novembre



2/ Caractéristiques épidémiologiques des PVVIH en zones isolées comparées à celles des patients du littoral urbain hospitalier

Le tableau 1 résume les principales caractéristiques épidémiologiques des deux groupes de patients. La proportion des migrants dans les files actives de patients suivis en zones isolées et sur le littoral est sensiblement différente avec, en zones isolées, un plus grand nombre de patients nés au Brésil et un moins grand nombre de patients originaires d'Haïti.

| Tableau 1 |

Principales caractéristiques socio démographiques des PVVIH en sites isolés comparées aux PVVIH suivies et habitant en zones urbaines et du littoral, en Guyane, en 2015

Zones de suivi et d'habitat des PVVIH		Zones isolées (n=126)	Zones urbaines et du littoral (n=2 143)	
Age moyen (en années)		43.8 [41.6-46.2]	45.2 [44.6-45.7]	p=0.28
Age moyen au diagnostic (en années)		36.1[33.7-38.5]	36.3 [35.7-36.8]	p=0.87
Sex ratio H/F (total)		0.93	0.87 (2 143)	p=0.69
Pays de naissance (%)	Données disponibles	N = 103	N=1 741	
	Brésil	33 (32%)	148 (8.5%)	p<0.005
	France	35 (34%)	349 (20%)	p=0.001
	Haïti	4 (3.9%)	594 (34.1%)	p<0.005
	Surinam	27 (26.2%)	454 (26.1%)	p=0.976
	Autre	4 (3.9%)	196 (11.3%)	

3/ Caractéristiques immuno-virologiques des PVVIH en zones isolées comparées aux patients du littoral urbain

Un tiers des patients suivis en zones isolées comme sur le littoral sont dépistés au stade tardif (Tableau 2).

| Tableau 2 |

Stades de dépistage des nouveaux diagnostics de VIH, selon leur lieu de suivi, en Guyane du 1^{er} janvier 2013 au 10 novembre 2015

Zones de suivi et d'habitat des PVVIH		Zones isolées (n=20)	Zones urbaines et du littoral (n=259)	
Stade clinique de dépistage	Précoce	4 (20%)	60 (23%)	p=0.54
	Intermédiaire	9 (45%)	110 (43%)	p=0.42
	Tardif	7 (35%)	89 (34%)	p=0.34

Précoce > 500 CD4/mm³; Tardif < 200 CD4/mm³

Les co-infections VIH-hépatites sont relativement rares en site isolé comme sur le littoral en Guyane (Tableau 3). Le nombre moyen de CD4 est inférieur chez les PVVIH suivies en zones isolées par rapport à celles suivies en zone littorale, alors que le stade de dépistage est équivalent dans l'ensemble des zones. De même, le nombre de succès virologiques (nombre de patients ayant une charge virale HIV indétectable à 6 mois de l'initiation des antirétroviraux) est également légèrement inférieur en zones isolées mais de façon non significative. Ces résultats témoignent de la possible et bonne efficacité de la mise sous trithérapie des patients en zones isolées.

| Tableau 3 |

Principales caractéristiques virologiques et cliniques des PVVIH en sites isolés, comparées aux PVVIH suivies et habitant en zones urbaines et du littoral, en Guyane, en 2015

Zones de suivi et d'habitat des PVVIH		Zones isolées (n=126)	Zones urbaines et du littoral (n=2 143)	
Co-infection VIH-Hépatite		7 (5.6%)	131 (6.1%)	p=0.799
Dernier CD4 moyenne (/mm ³)		424 [348-498]	569 [551-586]	p<0.005
Dernière charge virale moyenne en copies/mL		8 960 [2282-20203]	5 317 [3653-6951]	p<0.005
Succès Virologique à M6		24/30 (80%)	671/755 (88%)	p=0.135
Comorbidités	AVC	3	33	p=0.46
	Syndrome dépressif	6	146	p=0.371
	Néoplasie	0	60	p=0.057
	Diabète	7	153	p= 0.5
	HTA	12 (9,5%)	351 (16,4%)	p=0.041

4/ Pathologie Infectieuses associés des PVVIH en zones isolées

Les pathologies infectieuses opportunistes sont à l'image de l'épidémiologie régionale. On retrouve donc dans ce contexte amazonien des infections opportunistes dominées largement par l'histoplasmosse (Tableau 4 et Figure 4). De la même façon la fréquence des cas de paludisme et dans une moindre mesure des co-infections à leishmaniose cutanée et maladie de Chagas en zones isolées témoignent des interactions spécifiques de l'homme et du milieu amazonien au travers des activités menées et du mode d'habitation en zones isolées.

| Tableau 4 |

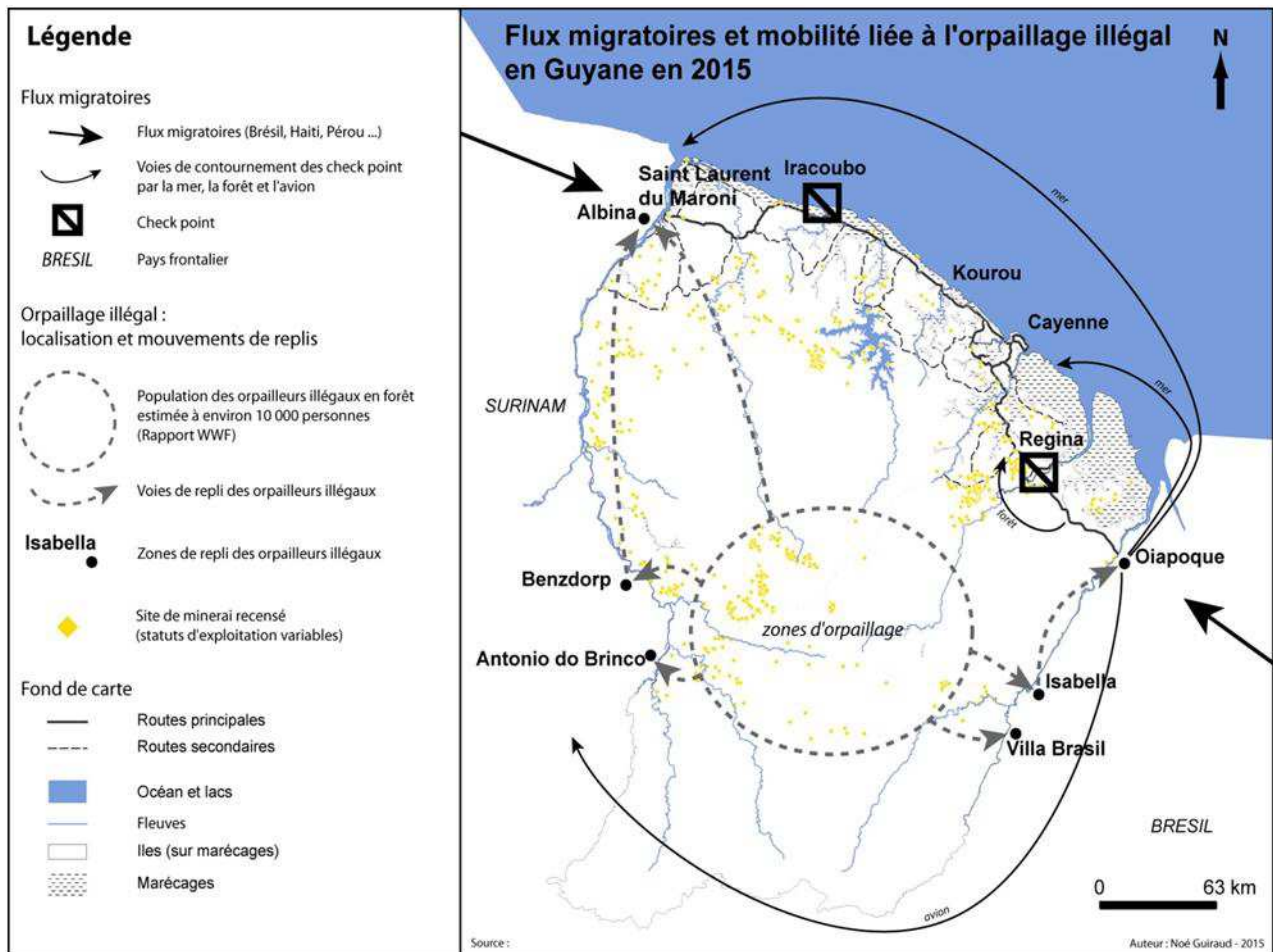
Antécédents d'Infections opportunistes et autres infections non classantes chez les PVVIH suivies en zones isolées, en Guyane, en 2015

		Nombre de patients (% par rapport au nombre de patient total n=131 pour lesquels l'information était retrouvée)	
		n	%
Infections opportunistes n=87/131 (66%)	Histoplasmosse	27	20.6%
	Candidose œsophagienne	20	15.3%
	Pneumopathies récurrentes	8	6.0%
	Tuberculose	7	5.3%
	Toxoplasmose cérébrale	6	4.4%
	Zona	6	4.4%
	Réactivation à CMV (Cytomégalo virus)	4	3.0%
	Purpura thrombopénique idiopathique	3	2.2%
	Pneumocystose	2	1.5%
	Encéphalite à HSV (Herpes virus)	2	1.5%
	Mycobactérie atypique	1	0.7%
	Leucoencéphalopathie multifocale progressive	1	0.7%
Autres infections n=28/131 (21%)	Paludisme (<i>P. vivax</i> et <i>falciparum</i>)	21	16.0%
	Leishmaniose cutanée	4	3.0%
	Lèpre	2	1.5%
	Maladie de Chagas	1	0.7%

DISCUSSION

Cette étude apporte pour la première fois une cartographie de l'épidémie du VIH en zones isolées en Guyane française. Ces résultats montrent une épidémie active en zone isolée ainsi qu'un contrôle de l'épidémie au travers de la prise en charge des PVVIH qui reste encore largement à améliorer (charge virale moyenne plus élevée et moyenne des CD4 plus basse en zones isolées que sur le littoral). On note, cependant de bons résultats en cas de mise sous traitement (80%, en zones isolées, de succès thérapeutique à 6 mois de l'introduction des antirétroviraux). Le profil des PVVIH est associé à des infections opportunistes sévères et à des trajectoires sociales complexes [4]. Les données sur le nombre de nouveaux cas de séropositivité VIH dépistés sont en faveur d'une arrivée plus récente du virus en zones isolées par rapport au littoral. Les piroguiers ont pu en être les vecteurs et ont été précédemment décrits comme un groupe à risque en Guyane [5], comme cela a été démontré en Afrique Centrale avec les routiers [6]. L'absence d'associations (sur le Haut Maroni) et/ou le faible maillage associatif (Carte 1) en zones isolées est probablement également un des facteurs aggravant notamment en ce qui concerne le retard de dépistage et l'importance de la stigmatisation [7].

Cette étude analyse l'état des lieux du nombre de PVVIH rapporté à la population respectivement au niveau du littoral et des zones isolées. Elle souligne les continuités et les discontinuités qui les différencient. En effet comme l'ont déjà montré plusieurs études [2,7] ce travail met en évidence l'importance des relations entre l'infection et le facteur migratoire. L'épidémie sur les zones isolées en est représentative. Ainsi les personnes nouvellement dépistées sont principalement originaires du Brésil dont la migration est liée directement ou indirectement à l'orpaillage illégal. Les communes de Maripasoula celle d'Oyapock et de Saint Georges constituent des zones de replis (c'est à dire des zones de repos et d'approvisionnement en alimentation et matériel) des orpailleurs originaires principalement du Brésil (Carte 3). Les populations isolées vivant avec le VIH ne partagent donc pas les mêmes caractéristiques épidémiologiques que celles du littoral. Les conduites à risques, les zones d'habitats, et les activités professionnelles y sont spécifiques [7,8,9].



Cette étude apporte une information nouvelle en termes de santé publique concernant les PPVIH en Guyane : celle de zones géographiques « charnières » prioritaires en termes de dépistage et d'accès au soin (Maripasoula et Saint Georges de l'Oyapock). En effet en amont des fleuves Maroni et Oyapock les populations ne sont pas encore touchées par l'épidémie de VIH. Ces zones charnières présentent cependant une épidémie extrêmement active avec un nombre de nouveaux cas en augmentation, ce qu'il convient de maîtriser au plus vite pour éviter une poursuite de la diffusion de l'épidémie en territoire amérindien en amont de Maripasoula et Saint Georges. Le développement récent de « la consommation » de prostitution par les populations autochtones au niveau des zones de replis des orpailleurs pourrait malheureusement changer le profil de l'épidémie. En outre, les travailleuses du sexe sur ces zones présentent des profils à risque de dissémination et un taux élevé de séropositivité VIH [2,8,9].

Des indices convergents dans cette étude permettent de tracer les grandes lignes probables de la dynamique géographique et sociale de l'épidémie, telle qu'elle est animée, orientée, cloisonnée par le facteur migratoire. A partir de flux initiaux du virus, l'infection s'est introduite de façon différée mais certaine le long des fleuves au sein de groupe-noyaux dont probablement les communautés de Noirs marrons et les populations migrantes. En effet les migrants orpailleurs illégaux constituent actuellement un groupe particulièrement à risque comme en témoignent nos résultats. Le nombre théorique des orpailleurs illégaux infectés par le VIH en forêt (si on prend en compte les chiffres de l'étude de prévalence de l'Etat du Maranhão dont proviennent principalement les orpailleurs en

Guyane, ainsi que les derniers chiffres de WWF évaluant à plus de 10 000 le nombre d'orpailleurs) pourrait être estimé autour de 125 PVVIH au minimum [10,11]. Ces orpailleurs constituent un des groupes particulièrement à risque car extrêmement isolé et difficile à prendre en charge (Carte 3). Certains patients mettent, par exemple, deux jours de pirogue pour venir à la consultation avancée de Maripasoula. Cet éloignement géographique, la précarité des conditions de vie sur les camps, les problèmes de compréhension, les co-infections multiples et l'offre de soins encore insuffisante entraînent des ruptures thérapeutiques à répétition [12].

Enfin la précarité sociale générale en zones isolées, du fait des difficultés d'accès aux droits des PPVIH (Aide médicale d'Etat et carte de Séjour pour raison de Santé), la présence de barrages routiers limitant les possibilités de recours au soin en milieu hospitalier, et une offre de soins encore insuffisante en zones isolées aggravent les inégalités sociales de santé et participent largement à un effet « cumul » des vulnérabilités [4,13].

On constate par ailleurs un phénomène spécifique au couple St Georges de l'Oyapock/Oiapoque qui sont des villes frontalières de chaque coté du fleuve du même nom. En effet, la prise en charge du VIH dans cette ville frontière de l'Amapa, et dont la capitale est Macapa, est pratiquement inexistante. Si des associations locales sont très actives dans le cadre du dépistage de l'infection par test de diagnostic rapide, il n'existe en revanche aucun spécialiste, aucun traitement antirétroviral disponible, ni les dosages standard nécessaires au diagnostic et au suivi de cette infection (sérologie, mesure des lymphocytes CD4 et CD8 et de la charge virale du VIH). Les patients brésiliens d'Oiapoque (ville de 25 000 habitants) ont

donc le choix entre la prise en charge côté français (au CDPS de St Georges de l'Oyapock), avec les difficultés liées aux déplacements transfrontaliers (prix de la pirogue, risque de contrôle par la police, nécessité de revenir plusieurs fois par mois pour obtenir les traitements, impossibilité de bénéficier des examens hospitaliers du fait du barrage routier [13]) ou bien de la prise en charge côté brésilien, c'est-à-dire à Macapa, située à 600 km de là, dont la route d'accès est parfois ravagée pendant la saison des pluies entraînant un trajet de plus de 24h, sans possibilité de se loger... Les patients font donc souvent le choix naturel d'être suivi du côté français.

La fréquence des pathologies infectieuses opportunistes comme l'histoplasmosse et la tuberculose montre le défi que constitue la prise en charge médicale des PVVIH en zones isolées qui nécessite le recours à des bilans diagnostiques et thérapeutiques spécifiques et complexes. La prise en charge plus précoce avec l'amélioration du dépistage encore insuffisant sur ces zones pourrait diminuer la fréquence des pathologies infectieuses opportunistes.

D'autre part la fréquence du paludisme est un bon reflet des spécificités locales des co-infections retrouvées en zones isolées [12].

Ces résultats comportent de nombreux biais. Etant donné la faible offre de dépistage notamment sur le Haut Maroni en dehors du CDPS ainsi que la faible activité de réalisations de tests de diagnostics rapides en dispensaires, la prévalence du VIH dans ces zones encore plus éloignées est très probablement sous-estimée. D'autre part la très forte stigmatisation de la maladie en particulier dans la population Noir-Marron [6] entraîne une réticence au dépistage, les personnes ayant peur que leur statut soit connu et divulgué par le personnel soignant du CDPS. Afin de limiter ces risques les consultations et l'offre de soins et de dépistage sont réalisées parfois en dehors des heures habituelles de consultation et l'équipe reste vigilante à suivre différents types de pathologies et donc à mélanger les motifs de consultation.

La mobilité des populations étudiées majore possiblement le taux d'échec observé. Il a été cependant limité par la réalisation d'une comparaison à la base de données régionale de suivi Nadis. Pour ce qui est des personnes d'origine étrangère, la migration sur le territoire français étant principalement dans un but professionnel les séjours durent plusieurs années en moyenne¹⁴ et limite le risque de surestimation du nombre d'échec par augmentation des perdus de vue.

CONCLUSION

Cette étude éclaire des zones invisibles jusqu'alors pour ce qui est de l'épidémie du VIH en zones isolées et retrouve des disparités territoriales importantes en lien avec des groupes à risque et des comportements de mobilité qui restent encore à approfondir. Certains lieux comme Maripasoula et Saint Georges de l'Oyapock notamment constituent des espaces favorables à l'émergence et à la propagation des épidémies mais constituent également des points clés de prise en charge. Ces données soulignent la nécessité d'intensifier le recours au dépistage et au traitement mais aussi à la prévention dans les populations isolées en Guyane française. Cette étude montre enfin l'efficacité des missions spécialisées dont

l'augmentation devrait être discutée afin de les rendre plus régulières, et faciliter l'accès aux soins au travers d'une prise en charge collégiale associant les soignants aux médiateurs issus des communautés dans un cadre de coopération transfrontalière.

Références

1. Cazein F, Pillonel J, Le Strat Y, Pinget R, Le Vu S, Brunet S, Thierry D, Brand D, Leclerc M, Benyelles L, Da Costa C, Barin F, Lot F. Découvertes de séropositivité VIH et de sida, France, 2003-2013. *Bull Epidemiol Hebd.* 2015 N° 9-10 ([24/03/2015])
2. Nacher M, Vantilke V, Parriault MC, Van Melle A, Hanf M, Labadie G, Romeo M, Adriouch L, Carles G, Couppié P. What is driving the HIV epidemic in French Guiana. *Int J STD AIDS.* 2010 May;21(5):359-61. doi: 10.1258/ijsa.2010.009570.
3. INSEE. 2015. URL : www.insee.fr.
4. Lert F, Annequin M, Tron L, Aubrière C, Hamelin C, Spire B, *et al*, et le groupe Vespa2. Situation socioéconomique des personnes vivant avec le VIH suivies à l'hôpital en France métropolitaine en 2011. Premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2. *Bull Epidemiol Hebd.* 2013;(26-27):293-9.
5. Gaubert-Maréchal E, Jolivet A, Van-Melle A, Parriault MC, Basurko C, Adenis A ? Hanf M, Vantilke V, Halfen S, Couppié P, Nacher M. Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices on HIV/AIDS among Boatmen on the Maroni River: A Neglected Bridging Group. *J AIDS Clinic Res.* 2012, 3 (9), pp.1000181. <10.4172/2155-6113.1000181>
6. Remy Gmy4172/« Mobilité des personnes et diffusion du sida en Afrique de l'Ouest. », *LGmy4172/« Mobilité d 3/2002 (tome 31), p./2002 (tome 31) twww.cairn.info/revue-espace-geographique-2002-3-page-253.htm*.
7. Van Melle A, Parriault MC, Basurko C, Jolivet A, Flamand C, Pigeon P, Caudal J, Lydié N, Halfen S, Goerger-Sow MT, Nacher M. Knowledge, attitudes, behaviors, and practices differences regarding HIV in populations living along the Maroni river: particularities of operational interest for Amerindian and Maroon populations. *AIDS Care.* 2015 Sep;27(9):1112-7. doi: 10.1080/09540121.2015.1032203. Epub 2015 Apr 24.
8. Parriault MC, van Melle A, Basurko C, Gaubert-Marechal E, Macena RH, Rogier S, Kerr LR, Nacher M. HIV-testing among female sex workers on the border between Brazil and French Guiana: the need for targeted interventions. *Cad Saude Publica.* 2015 Aug;31(8):1615-22. doi: 10.1590/0102-311X00138514.
9. Parriault MC¹, Basurko C², Melle AV², Gaubert-Maréchal E³, Rogier S², Couppié P⁴, Nacher M⁵. Predictive factors of unprotected sex for female sex workers: first study in French Guiana, the French territory with the highest HIV prevalence. *Int J STD AIDS.* 2015 Jul;26(8):542-8. doi: 10.1177/0956462414545794. Epub 2014 Jul 30.
10. Pereira, A. M. B., & Nascimento, F. R. (2004). Prevalência de HIV entre doadores de sangue no banco de sangue do Maranhão. *DST j. bras. doenças sex. transm.*, 16(4), 11-13.
11. WWF - World Wildlife Fund of France 2015. Orpaillage illégal. *WWF France* [Internet] [cited2015]. Available from: http://www.wwf.fr/nos_modes_d_action/agir_sur_le_terrain/orpaillage_illegal/
12. Mosnier E, Carvalho L, Mahamat A, Chappert JL, Ledrans M, Ville M, *et al*. Épidémies multiples dans des camps d'orpaillage en forêt amazonienne (Guyane française) en 2013 : quelles leçons pour l'accès aux soins et à la prévention ? *Bull Epidemiol Hebd.* 2015;(11-12):181-9. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/11-12/2015_11-12_2.html
13. VIH/H/www.invs.sante.fr/beh/2015/11-12/2015_11-12_2.htm2015 Rapport AIDS. Available from : <http://www.aides.org/rapport-discrimination->
14. Jolivet A, Cadot E, Florence S, Lesieur S, Lebas J, Chauvin P. Migrant health in French Guiana: are undocumented immigrants more vulnerable? *BMC Public Health.* 2012 Jan 19;12:53. doi: 10.1186/1471-2458-12-53.

Evolution des stratégies thérapeutiques antirétrovirales chez les personnes infectées par le VIH suivies au CHU de Martinique de 2010 à 2015 |

Mathilde Pircher¹, Rosalie Vilain¹, Sandrine Pierre-François¹, Benoît Rozé¹, Marlène Ouka², Laurence Fagour², Georges Dos Santos², Fatiha Najjioullah², Patrick Hochedez¹, Céline Paysan³, Marylène Felix³, Patrick Hochedez¹, Karine Guitteaud¹, Ingrid Laudarin¹, Alain Putot¹, Sylvie Abel¹, André Cabié¹

¹ Service de maladies infectieuses et tropicales, Médecine polyvalente, CHU de Martinique ; ² Service de Virologie – Immunologie, CHU de Martinique ; ³ Pharmacie, CHU de Martinique

INTRODUCTION

Ces dernières années les modalités d'instauration d'un traitement antirétroviral ont évolué. Depuis 2013, il est recommandé en France de traiter toutes les personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) [1]. En effet, au niveau individuel, le traitement universel permet une diminution de la morbidité et de la mortalité en évitant des pathologies cardio-vasculaires, osseuses, néphrologiques ainsi qu'une diminution du risque infectieux [1]. Au niveau collectif, l'objectif principal est la diminution du risque de transmission [1]. Dans le même temps, ces actualisations sont possibles grâce à la disponibilité de traitements bien tolérés, efficaces, avec facilité de prise. L'apparition de nouveaux inhibiteurs d'intégrase depuis 2014 a fait largement évoluer les modalités de prescription des antirétroviraux. L'avantage de ces molécules est d'engendrer peu d'interactions médicamenteuses et d'être bien tolérées.

Afin de mesurer le suivi de ces recommandations sur la prescription des antirétroviraux aux personnes infectées par le VIH suivies au CHU de Martinique, nous avons étudié l'évolution de la proportion des personnes traitées et de l'efficacité virologique du traitement, du délai de prescription du traitement antirétroviral, les caractéristiques immunologiques des personnes nouvellement traitées et les changements de stratégies thérapeutiques de 2010 à 2015.

Cependant, malgré cette politique du traitement universel, une partie des personnes de notre cohorte reste sans traitement depuis le 01/01/2014. Nous avons cherché à décrire cette population afin d'en comprendre les raisons.

METHODES

Nous avons réalisé une étude transversale sur les données des personnes infectées par le VIH suivies au CHU de Martinique entre le 01/01/2010 et le 31/10/2015.

L'étude a porté sur les données de personnes âgées de 18 ans et plus, infectées par le VIH, suivies dans le service de maladies infectieuses et tropicales du CHU de Martinique à l'aide du dossier médical informatisé Nadis[®]. Toutes les personnes ont signé un consentement éclairé permettant l'utilisation du dossier informatisé et l'extraction des données anonymisées pour des études épidémiologiques. L'étude a porté sur les personnes ayant eu au moins un recours (consultation, hospitalisation de jour ou traditionnelle) entre le 01/01/2010 et le 31/10/2015.

Les variables recueillies étaient le sexe, l'âge, le stade sida, les co-infections par le virus de l'hépatite B (VHB) et le virus de l'hépatite C (VHC), l'année du diagnostic de l'infection par le VIH, l'année de mise sous traitement antirétroviral (ARV), le délai entre le diagnostic de l'infection par le VIH et la mise sous traitement ARV, le taux le plus bas (nadir) de lymphocytes CD4, le taux de lymphocytes CD4 avant la mise sous traitement ARV, les classes médicamenteuses, les principaux schémas thérapeutiques, la situation vis-à-vis des antirétroviraux (en cours, en arrêt ou jamais traité) et l'efficacité virologique des traitement (ARN VIH inférieur à 50 copies/ml après 6 mois de traitement) au 31 décembre de chaque année jusqu'en 2014 et au 31 octobre pour l'année 2015.

Les personnes ne recevant pas de traitement (jamais traité ou en arrêt) entre le 01/01/2014 et le 31/10/2015 ont été classées en catégories permettant d'expliquer la non prise de traitement :

- Recommandations antérieures à 2013 : instauration de traitement en fonction du taux de CD4
- Confidentialité : personne ne prenant pas son traitement par peur d'être vu en train de le prendre (prison) ou d'aller le chercher dans le service ou à la pharmacie, ou pour discrimination/stigmatisation.
- Effets indésirables : symptômes liés à la prise des antirétroviraux
- Non adhésion : non prise du traitement par lassitude vis-à-vis d'une prise de traitement au long cours et/ou de la nécessité d'un suivi régulier.
- Raisons psycho-socioculturelles regroupant les arrêts ou refus de traitement pour troubles psychiatriques, pour difficultés sociales multiples, les refus de traitement en raison de représentations de la maladie et des médicaments différentes, de croyances religieuses et les arrêts ou refus de traitement en raison d'une dépendance à un produit psychoactif.
- Arrêt du suivi dans le service : non revu dans le service c'est-à-dire personne suivie dans un autre département ou en ville ou non revenu pour la mise sous traitement ou perdu de vue.
- Découverte récente : Découverte ou redécouverte datant de moins d'un mois.
- Contrôle spontané de l'infection à VIH : ARN VIH spontanément inférieur à 1000 copies/ml avec des lymphocytes CD4 > 500/mm³

L'analyse descriptive des données a été effectuée à l'aide du logiciel Epi Info (Version 3.5.2 Centers for Disease Control and Prevention (CDC)).

RESULTATS

Evolution de la proportion de personnes traitées et premières mises sous traitement

La proportion de personnes traitées était de 88% en 2010, de 92% en 2013 et de 96% en 2015 (Tableau 1). L'efficacité virologique du traitement antirétroviral était de 90% en 2010, de 92% en 2013 et de 95% en 2015.

De 2010 à 2015, 418 personnes, âgées en médiane de 42 ans, ont été mise sous traitement antirétroviral. Il s'agissait de 281 hommes et 137 femmes, 77 personnes étaient au stade sida (soit 18%), 8 personnes étaient co-infectées par le VHC et 13 par le VHB. L'évolution des caractéristiques démographiques et de l'histoire de l'infection par le VIH de ces personnes est indiquée dans le tableau 1. Le délai médian entre le diagnostic de l'infection par le VIH et l'initiation du traitement a progressivement été réduit entre 2010 et 2015 : 18 mois en 2010, 11 mois en 2011, 10 mois en 2012, 4,2 mois en 2013, 2,8 mois en 2014 et 1,4 mois en 2015.

Sur le plan immunologique, les médianes de CD4 pré-thérapeutiques étaient de 290/mm³ en 2010, 294 en 2011, 358 en 2012, 400 en 2013, 421 en 2014 et 363 en 2015.

L'évolution des schémas thérapeutiques entre 2010 et 2015 est

indiquée dans le tableau 2. Le schéma thérapeutique conventionnel constitué de deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et d'un troisième agent représentait 93% des traitements initiés en 2010, 93% en 2011, 95% en 2012, 95% en 2013, 95% en 2014 et 100% en 2015. Le troisième agent était un inhibiteur de

protéase potentialisé par le ritonavir dans 92% des cas en 2010, 90% en 2011, 93% en 2012, 92% en 2013, 80% en 2014 et 28% en 2015 ; il s'agissait d'un inhibiteur de l'intégrase dans 2,5% des cas en 2013, 12% en 2014 et 71% en 2015.

| Tableau 1 |

Evolution entre 2010 et 2015, de la proportion de personnes traitées par antirétroviraux, et des caractéristiques de l'histoire de l'infection par le VIH des personnes nouvellement traitées dans la cohorte de personnes infectées par le VIH suivie au CHU de Martinique

	2010	2011	2012	2013	2014	2015 ¹
Cohorte, n	851	892	947	962	991	988
Personnes traitées ² , %	88	90	91	92	94	96
Personnes traitées ² en succès virologique ³ , %	90	90	88	92	95	95
Personnes nouvellement traitées, n	64	86	59	78	78	53
Délai entre le diagnostic de l'infection à VIH et le début du traitement (mois) Médiane [Q1-Q3]	18 [1,9 - 45,0]	11 [2,0 - 56,5]	10 [1,5 - 81,7]	4,18 [2,3 - 21]	2,8 [0,9 - 15]	1,44 [0,95 - 11,1]
Nadir du taux de lymphocytes CD4 (/mm ³) Médiane [Q1-Q3]	283 [166 - 346]	269 [158 - 356]	266 [118 - 375]	371 [170 - 460]	353 [144 - 501]	326 [60 - 506]
Taux de lymphocytes CD4 pré thérapeutiques (/mm ³) Médiane [Q1-Q3]	290 [190-385]	294 [186-393]	358 [266-415]	400 [190-523]	421 [183-592]	363 [71-525]

1 : entre le 01/01/2015 et le 31/10/2015

2 : au 31/12 entre 2010 et 2014 et au 31/1 pour 2015

3 : ARN VIH < 50 copies/ml après 6 mois de traitement

| Tableau 2 |

Stratégies thérapeutiques chez les personnes ayant initié un traitement entre 2010 et 2015 dans la cohorte de personnes infectées par le VIH suivie au CHU de Martinique

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Effectif total	64	86	59	78	78	53
Principaux schémas thérapeutiques						
2 INTI+ IP/r	59	78	55	72	61	15
2 INTI+ INI	0	0	0	2	9	38
2 INTI+INNTI	1	2	1	0	2	0

INTI : inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse ; IP : inhibiteur de la protéase ; INI : inhibiteur d'intégrase ; INNTI inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse

Caractéristiques des personnes non traitées

En 2014, 991 personnes infectées par le VIH ont eu au moins un recours au CHU de Martinique, et 77 (7,8%) n'étaient pas traitées (Tableau 3). Pour ces dernières, 54 avaient déjà reçu au moins une ligne thérapeutique et 23 n'avaient jamais été traitées. L'âge médian était de 43 ans pour ces deux catégories composées à 60% d'hommes, nés en France et inactifs pour la très grande majorité. Les raisons d'arrêt de traitement étaient le plus souvent (50%) dues à des raisons psycho socioculturelles (tableau 3). Chez les personnes jamais traitées, 26% n'avaient pas été revues et 21% évoquaient des raisons psycho socioculturelles.

Entre le 01/01/2015 et le 31/10/2015, 988 personnes infectées par le VIH ont eu au moins un recours au CHU de Martinique, et 37 (3,7%) n'étaient pas traitées (tableau 3). Parmi celles-ci, 19 étaient en arrêt thérapeutique et 18 n'avaient jamais traitées. L'âge médian de ces personnes était, respectivement de 40,5 ans et de 38 ans. Les personnes ont arrêté leur traitement dans 32% des cas pour des raisons psycho socioculturelles, dans 26% des cas pour des effets indésirables et dans 19% des cas par peur du non-respect de la confidentialité (Tableau 3). Six personnes n'avaient pas encore été traitées du fait d'une découverte récente de l'infection par le VIH.

Tableau 3

Personnes non traitées en 2014 et 2015. Caractéristiques démographiques et motif de non traitement

	2014 N=77		2015 N=37	
	Arrêt 54 (70)	Jamais traité 23 (28)	Arrêt 19 (55)	Jamais traité 18 (45)
n (%)				
Age (ans), médiane [Q1-Q3]	43,5 [31,5-52]	43 [28-56]	40,5 [24-52]	38 [28-57]
Homme, n (%)	36 (60)	14 (61)	13 (59)	14 (78)
Motif de non prescription de traitement antirétroviral				
Recommandations antérieures à 2013 ¹ , n (%)	4 (7)	2 (9)	–	–
Confidentialité ² , n (%)	4 (7)	3 (13)	3 (19)	1 (6)
Effets indésirables ³ , n (%)	5 (9)	–	5 (26)	–
Non Adhésion ⁴ , n (%)	10 (19)	–	2 (11)	–
Raisons psychosocioculturelles ⁵ , n (%)	27 (50)	5 (21)	6 (32)	3 (17)
Arrêt du suivi dans le service ⁶ , n (%)	2 (4)	6 (26)	1 (5)	5 (28)
Découverte récente ⁷ , n (%)	–	3 (13)	–	6 (33)
Contrôle spontané de l'infection ⁸ , n (%)	2 (4)	3 (13)	2 (11)	3 (17)

1 : instauration de traitement en fonction du taux de CD4. 2 : patient ne prenant pas son traitement par peur d'être vu en train de le prendre (prison) ou dans le service, ou à la pharmacie, ou pour discrimination/stigmatisation. 3 : symptômes liés à la prise des antirétroviraux. 4 : non prise du traitement par lassitude vis-à-vis d'une prise de traitement au long cours et/ou de la nécessité d'un suivi régulier. 5 : arrêts ou refus de traitement pour troubles psychiatriques, pour difficultés sociales multiples, refus de traitement en raison de représentations de la maladie et des médicaments différentes, de croyances religieuses et les arrêts ou refus de traitement en raison d'une dépendance à un produit psychoactif. 6 : non revu dans le service c'est-à-dire patient suivi dans un autre département ou en ville ou non revenu pour la mise sous traitement ou perdu de vue. 7 : Découverte ou redécouverte datant de moins d'un mois. 8 : ARN VIH spontanément inférieur à 1000 copies/ml avec des lymphocytes CD4 > 500/mm³

DISCUSSION

Entre 2010 et 2015, la proportion de personnes infectées par le VIH traitées par antirétroviraux a augmenté de 8%. Cette augmentation est particulièrement marquée depuis 2013, année de la publication des recommandations françaises de traitement universel. Avec une proportion de personnes traitées de 96% en 2015, l'objectif d'un véritable traitement universel est approché mais non encore atteint. Les personnes non encore traitées en 2014 et 2015 ne l'ont jamais été pour des raisons financières ou administratives, mais principalement pour des motifs sociaux, sociétaux ou encore psychologiques. La précarité sociale est plus fréquente chez les personnes infectées par le VIH suivies dans les départements d'outre-mer que chez les personnes suivies en France métropolitaine [2]. Cette précarité constitue un obstacle à la prise en charge optimale de ces personnes et des actions spécifiques coordonnées par l'agence régionale de santé (ARS) et le comité de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (Corevih) sont en cours d'élaboration.

Entre 2010 et 2015, le délai d'initiation du traitement antirétroviral est passé de 18 mois à 6 semaines. Cette réduction s'explique d'une part par la recommandation de traitement universel et d'autre part par la recommandation d'initier très rapidement le traitement lors du diagnostic d'une infection opportuniste. Malgré l'augmentation de la proportion de personnes traitées et la diminution du délai de mise sous traitement, le nombre médian de lymphocytes CD4 à l'instauration du traitement a peu évolué et reste

encore beaucoup trop bas en 2015, à 326/mm³. En réalité il est le reflet d'un diagnostic beaucoup trop tardif de l'infection par le VIH.

En Martinique, le choix des traitements antirétroviraux est systématiquement discuté et validé au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire hebdomadaire. Les schémas thérapeutiques utilisés pendant la période de l'étude sont conformes aux recommandations françaises. En 2015, l'utilisation d'un inhibiteur de l'intégrase comme troisième agent est devenu le schéma le plus fréquemment utilisé.

En 2015, le respect des recommandations permet de traiter 96% des personnes infectées par le VIH suivies au CHU de Martinique avec une efficacité virologique de 95%. Ces résultats doivent être connus et diffusés afin d'inciter les personnes non encore dépistées ni traitées à être prises en charge. Une attention particulière doit être portée en direction des personnes en situation de précarité sociale ou psychologique.

Références

- Morlat P. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH: Recommandations du groupe d'experts. Paris: La Documentation française; 2013.
- Lert F, Aubrière C, d'Almeida Wilson K, et al. 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 Epidemiol Hebd. 2013 juillet;(26-27):300–7.

1^{er} décembre 2015, nouvelle journée mondiale de lutte contre le Sida ; L'arrivée de l'autotest VIH® : l'exemple de la Guadeloupe et de Saint Martin



À la Conférence sur le SIDA de Washington en 2012, on parlait de la fin prochaine de l'épidémie et le slogan était « 0 Contamination, 0 Décès, 0 Discrimination ».

Fin 2015, ces objectifs ne sont toujours pas atteints: il y a encore des décès, de trop nombreuses découvertes tardives de l'infection suite à des contaminations entre partenaires et des discriminations, particulièrement dans notre région Caraïbe.

C'est dans ce contexte peu encourageant, qu'un nouveau dispositif vient enrichir la panoplie des actions possibles pour aider chaque concitoyen à faire le point sur son statut sérologique face à cette maladie.

En effet, depuis le 15 septembre 2015, l'autotest VIH® du laboratoire AAZ-LMB est disponible en pharmacie sur simple demande du client, sans aucune condition préalable.

Les grossistes locaux de la zone Antilles ont dû faire preuve d'anticipation en le commandant auprès du fabricant dès juillet, alors même que sa mise sur le marché et sa disponibilité en métropole n'étaient pas certaines.

Même si la vente de cet autotest est libre en officine depuis cette date, le personnel de chaque pharmacie a dû se former à cette vente, revoir avec les cliniciens du CIDDIST (Centre d'Information, de Diagnostic et de Dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles) du CHU de Pointe-à-Pitre et du CH Louis Constant Fleming à Saint Martin, les données épidémiologiques et médicales actualisées sur l'infection, la maladie, les traitements, ainsi que les différentes modalités de prise en charge des personnes à risque ou déjà touchées.

Ainsi, ces cliniciens ont pu préciser à chaque partenaire relais de la bonne information du public, que ce test médical de diagnostic in vitro, marqué CE, à usage unique, peut être réalisé par le client seul, à son domicile avec une goutte de sang capillaire, sans l'assistance d'un professionnel de santé. C'est là une innovation considérable qui doit permettre de faire tomber certaines barrières liées à la réticence de trop nombreuses personnes ayant potentiellement pris un risque de contamination mais qui redoutent les questions parfois embarrassantes du médecin, du biologiste, de l'infirmière ou du bénévole associatif amené à le prendre en charge lorsqu'il se déplace dans une structure de dépistage ou de soins. C'est donc une alternative quasi sans contrainte, si ce n'est la charge financière que représente un tel achat (entre 30 et 40€ selon l'officine démarchée).

L'ARS de Guadeloupe, Saint Martin et Saint Barthélemy, consciente de ces écarts de prix possibles, a engagé dès le mois de septembre, une action auprès du syndicat des pharmaciens de Guadeloupe, visant à la modération des prix sur ce dispositif d'intérêt majeur, dans toutes les pharmacies. Il appartient aujourd'hui à chaque pharmacien de se sentir concerné par cette démarche, de rapprocher son prix de vente de celui largement consenti en métropole (soit 29€ environ, sans prise en charge possible par l'Assurance Maladie).

D'après les données fournies par le fabricant, l'autotest VIH® possède une sensibilité proche de 99,8% et une spécificité supérieure à 99,9% en conditions normales d'utilisation. Ce kit diagnostique d'orientation peut être proposé à toute personne désireuse de faire un point sur son statut vis-à-vis de la maladie à partir du moment où sa prise de risque initiale remonte à plus de 3 mois. Il constitue une alternative soit au prélèvement sanguin en laboratoire de biologie médicale ou dans un centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ; soit au test sur goutte de sang avec un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) effectué par les associations de prévention agréées. Chacun de ces dispositifs de diagnostic in vitro, au-delà de la facilité d'accès plus ou moins grande, répond à des situations d'exposition passées différentes : le test sérologique Elisa de 4^{ème} génération permet de faire un point sur une exposition passée d'au moins 6 semaines, alors que l'autotest VIH® nécessite un délai de 12 semaines (3 mois) par rapport à la situation à risque passée et supposée.

Face à la nouveauté et à la liberté apportées par cet autotest, le personnel de chaque pharmacie devra sensibiliser l'acheteur au fait que ce dispositif n'est pas adapté pour des expositions récentes, donc pas adapté pour une prise en charge rapide, par exemple en cas de viol ou d'accident d'exposition au sang à risque nécessitant la mise en route d'un traitement prophylactique en centre spécialisé. La mise à disposition de ce test ne dispense pas non plus de continuer à conseiller l'usage du préservatif pour prévenir la transmission des autres maladies sexuellement transmissibles et les grossesses non désirées. Ce peut être aussi l'occasion pour l'équipe officinale de rappeler à chaque client acheteur de l'autotest, la nécessité et les modalités d'une contraception adaptée aux partenaires. L'occasion enfin de mettre en garde les clients sur le risque de fiabilité encouru avec des tests non marqués CE, vendus sur Internet par des établissements inconnus.

Un premier bilan fait par le service pharmaceutique et biologique de l'Agence de Santé, juste deux mois après le lancement national et régional de l'autotest VIH® montre que les mises en place en officines et les ventes ont bien démarré avec 463 unités livrées par les différents grossistes-répartiteurs locaux. Une analyse plus fine permettra dans les prochains mois de préciser les volumes de vente au consommateur final, de corrélérer ces chiffres avec une éventuelle hausse des demandes de confirmation biologique en laboratoire de biologie médicale, ou avec une éventuelle évolution du délai moyen de découverte de l'infection ou de la file active de patients suivis.

Le Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) qui succèdera au CIDDIST et aux CDAG à compter du 1^{er} janvier 2016 devra assurer aussi ce suivi des consommations pour apprécier globalement l'efficacité des politiques de prévention.

Les contacts utiles autour de l'autotest, pour la bonne prise en charge des personnes qui y ont recours, surtout si le résultat est positif ou douteux :

- l'actuel CIDDIST : **0590 52 26 74**
- les laboratoires de biologie médicale et les médecins de ville
- les CDAG de Guadeloupe
- SIDA Infos Services : **0800 840 800** (appel gratuit depuis un poste fixe)
- Les associations AIDES (**05 90 60 49 50**), GWADA UNIVERS (**06 90 63 32 73**)

Parmi les sites de formation et d'information :

<https://www.sida-info-service.org/>

www.has-sante.fr

<http://www.maformationofficinale.com/>

Nadia AGAPE (Infirmière CIDDIST centre hospitalier Louis Constant Fleming, Saint Martin), et Patrick SAINT-MARTIN (directeur du pôle Veille et Sécurité Sanitaire, ARS Guadeloupe, Saint Martin, Saint Barthélemy).

UNE REFORME EN COURS :
LA FUSION DES STRUCTURES DE DEPISTAGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT
TRANSMISSIBLES EN CeGIDD
POUR UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTE SEXUELLE
La Martinique s'y prépare

Dr LO RE Fabienne, médecin inspecteur de santé publique, Direction de l'animation territoriale et de la santé publique de l'ARS Martinique

La fusion des CDAG ET CIDDIST était recommandée depuis 2010 par plusieurs rapports (Inspection générale des affaires sociales, Conseil national du sida, experts français sur la prise en charge du VIH).

Par l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, le législateur a initié une réforme considérable des structures de dépistage en instituant les CeGIDD afin de :

- proposer un lieu unique d'accès à la prévention, au dépistage, et plus globalement à la santé sexuelle,
- faciliter le parcours de soins notamment des populations les plus exposées au VIH, aux hépatites virales et aux IST,
- simplifier le régime juridique et financier de ces structures,
- faciliter et améliorer le pilotage et le suivi du dispositif.

Le 1^{er} juillet 2015 un décret a fixé les modalités d'habilitation et de fonctionnement de ces structures, un arrêté a défini le cahier des charges et le contenu du dossier d'habilitation, et une instruction est venue préciser la responsabilité des agences régionales de santé en matière de programmation stratégique à l'échelle des territoires de santé. En effet, pour rendre efficiente la politique de dépistage et de prévention, cette réorganisation doit se faire au vu d'un diagnostic partagé du contexte épidémiologique, des acteurs et des réponses existants et des besoins non couverts sur les territoires de santé. Chaque région peut disposer d'autant de CeGIDD que nécessaire, pour répondre aux besoins de la population. Une seule contrainte, la réforme doit se faire à enveloppe financière constante.

Les missions des CeGIDD comprennent :

- les missions de dépistage, et /ou examens cliniques et biologiques de diagnostic qu'assumaient les CDAG et CIDDIST, vis-à-vis des IST, HIV et hépatites B et C
- l'élaboration avec les personnes de leur parcours de santé
- la prise en charge psychologique et sociale de première intention
- la prévention des grossesses non désirées (prescription de contraception, et délivrance de la contraception d'urgence)
- la prévention et la détection des violences sexuelles, des violences liées à l'orientation sexuelle et à l'identité du genre, des troubles et dysfonctions sexuels, par une orientation vers une prise en charge adaptée
- la vaccination contre les hépatites A et B, et le *Papillomavirus*
- la réalisation d'activités hors les murs en direction de publics ciblés
- le conseil et l'expertise auprès des professionnels de proximité

Chaque CeGIDD dispose d'un centre ouvert au moins quatre demi-journées par semaine, et d'antennes ouvertes au moins une demi-journée par semaine. La présence médicale est obligatoire pendant ces périodes d'ouverture.

En Martinique, depuis le mois de mars, l'ARS a invité le COREVIH à préparer cette réforme en posant un diagnostic et en veillant à proposer une offre sur les quatre territoires de proximité. L'habilitation des CeGIDD entraîne l'implication de tous les acteurs à contribuer à un dépistage plus précoce et à améliorer les actions de prévention auprès du public pour diminuer le nombre de nouvelles contaminations. Si des objectifs nationaux sont posés, nous devons être attentifs aux particularités locales et y apporter des réponses.

Les acteurs ont déposé auprès de l'ARS leur demande d'habilitation. Cette phase d'instruction est l'occasion de nombreuses demandes de compléments d'information, notamment en matière de formalisation de partenariats. En effet, chaque CeGIDD est amené à identifier ses partenaires et à conventionner avec eux notamment pour la réalisation dans les territoires des activités hors les murs.

L'ARS et le COREVIH, auront à coordonner, à suivre et à analyser l'activité des CeGIDD. Ils seront vigilants, compte tenu des évolutions thérapeutiques, mais aussi des progrès dans les méthodes de dépistage et de prévention, des pratiques de la population, et des évolutions épidémiologiques à proposer les adaptations nécessaires pour répondre au mieux aux besoins de la population de Martinique.

1. CeGIDD : centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles.
2. CDAG : centre de dépistage anonyme et gratuit de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine
3. CIDDIST : Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles
4. COREVIH : comité de coordination régionale de la lutte contre l'infection par le VIH

Mise en place des CeGIDD : vers une amélioration du dépistage des IST en dehors du VIH et des hépatites. L'expérience du CIDDIST de la Croix Rouge à Cayenne

Dr Christian Marty CPS Croix-Rouge, Cayenne

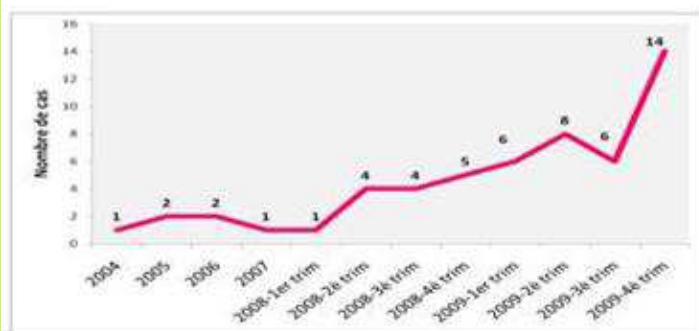
Le CIDDIST (Centre d'Information, de Diagnostic et de Dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles) de la Croix-Rouge de Cayenne est le seul existant pour cette zone de Guyane.

Un médecin assure des consultations CIDDIST/CDAG (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit) de 7h15 à 13h 30 du lundi au vendredi. Durant l'année 2014 nous avons eu 7 924 (6 836 en 2013) consultations pour IST avec un sexe ratio H/F de 0,73.

Syphilis: en 2014, nous avons dépisté et traité 6 syphilis; 9 cas en 2013, 6 cas en 2012, 10 cas en 2011 et 2010 (Figures 1 et 2). Cela montre sur ces 3 dernières années une baisse des nouveaux cas par rapport à l'augmentation constatée les années précédentes (mais nous avons déjà traité 9 cas sur les 10 derniers mois de 2015).

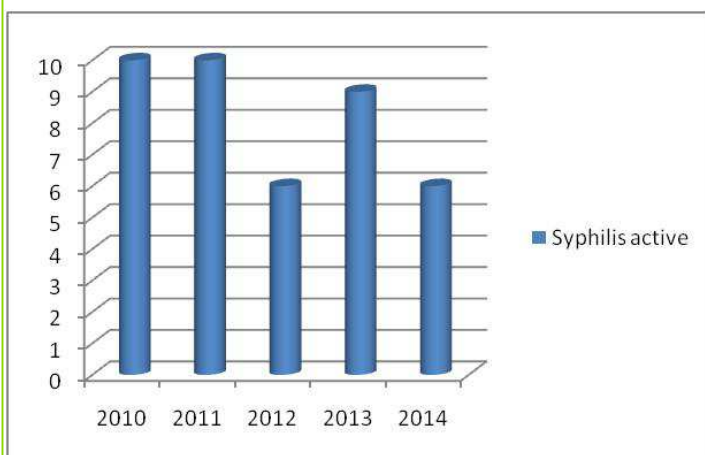
| Figure 1 |

Evolution de 2004 à 2009 des nouveaux cas de syphilis (hôpital de Cayenne, CIDDIST de Cayenne, Maison d'arrêt) - Thèse Morice



| Figure 2 |

Cas de syphilis traitées au CIDDIST de Cayenne de 2010 à 2014



D'après les statistiques du laboratoire de l'Institut Pasteur de la Guyane (Dr Berlioz), pour le CIDDIST de Cayenne, sur 7 070 dépistages pour la syphilis, 6,58% présentent un TPHA positif (Treponema Pallidum Hemagglutinations Assay), marqueur d'un contact, récent ou non, avec le Tréponème). Ce pourcentage sur l'ensemble des demandes de sérologies tréponémiques réalisées par l'Institut Pasteur (médecins ville et autres institutions que la Croix rouge) est de 2,82% (n= 3 769). Ainsi, avec un taux de TPHA positifs de plus du double de l'ensemble des dépistages réalisés par tous les autres médecins hors CPS nous sommes en première ligne pour lutter contre cette pathologie.

Chlamydia: cette année, 360 cas de Chlamydioses ont été traités ; 70% d'entre eux ont été dépistés chez des jeunes de moins de 30 ans dont 34% chez les moins de 22 ans. 206 étaient des femmes (sexe ratio de H/F 0,74 soit proche de celui des consultants de l'année).

Gonocoques, herpès, trichomonas : il y a eu aussi 71 gonocoques qui ont été traités suite au dépistage par culture et/ou examen clinique (hommes), 40 herpès qui ont été traités suite au dépistage clinique, 50 trichomonases qui ont été traitées suite au dépistage par examen direct.

L'adoption depuis le début 2015 de test PCR (polymerase chain Reaction) pour le dépistage des gonocoques, trichomonases, *Mycoplasma genitalium* devrait apporter plus de fiabilité dans la recherche de ces pathologies.

Infections à HPV (Human Papilloma virus) :

La découverte clinique de végétations vénériennes a abouti au traitement de 15 hommes et 21 femmes. Cela nous incite à conseiller et prescrire la vaccination anti HPV (à 4 valences) à toutes les jeunes filles et jeunes femmes.

Le dépistage des infections à HPV rentrent dans les pathologies sexuellement transmissibles aussi, les CPS (Centre de Prévention Santé) de la Croix-Rouge de Guyane font ce dépistage dès que nécessaire lors des examens gynécologiques avec prélèvement pour cultures et PCR (PCR Chlamydia, cultures gonocoques, examens directs pour Trichomonas). En 2014 sur 727 frottis du col, nous avons dépisté 30 ASCU (Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance), 12 CIN1 (Cervical Intraepithelial Neoplasia), 3 CIN2 et 4 CIN3 qui ont été confiés aux gynécologues.

Conclusion : Ces pathologies, aux possibles conséquences néfastes pour la santé, ne sont pas dépistées dans les CDAG qui s'en tiennent au dépistage du VIH et des Hépatites B et C. La mise en place des CeGIDD [Arrêté du 1er juillet 2015 relatif aux 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] en 2016 avec la fusion des CDAG/CIDDIST devrait pouvoir enfin pallier ce manque évident de dépistage d'IST parfois graves et fréquentes et ne pas laisser partir des patients après un dépistage limité à deux pathologies (CDAG) avec l'impression que tout va bien.

| Réémergence de la syphilis chez les personnes infectées par le VIH en Martinique en 2015 |

Alain Putot¹, Benoît Rozé¹, Sandrine Pierre-François¹, Mathilde Pircher¹, Rosalie Vilain¹, Charline Miossec², Nicole Desbois², Patrick Hochedez¹, Karine Guitteaud¹, Ingrid Laudarin¹, Sylvie Abel¹, André Cabié¹

¹ Service de Maladies infectieuses et tropicales, Médecine polyvalente, CHU de Martinique ; ² Service de Parasitologie, Mycologie, CHU de Martinique

INTRODUCTION

En 2000, une épidémie de syphilis a débuté au sein des pays occidentaux, dont la France [1]. Cette épidémie a atteint avec retard la Martinique [2], débutant en 2004 chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et vivant avec le VIH, pour se généraliser secondairement à l'ensemble des groupes à risque [3]. L'incidence de la syphilis récente parmi les patients vivant avec le VIH (PVVIH) en Martinique, nulle en 2000, a été estimée à 12,1/1000 patients-années en 2007 [3].

L'objectif de cette étude était d'estimer l'évolution, depuis 2005, de l'incidence et des caractéristiques de la syphilis récente dans la cohorte de PVVIH suivis en Martinique.

MATERIEL ET METHODE

Tous les PVVIH pris en charge dans le service de maladies infectieuses et tropicales du CHU de Martinique sont suivis à l'aide du dossier informatisé Nadis[®]. Tous les patients ont signé un consentement éclairé permettant l'utilisation du dossier informatisé et l'extraction des données anonymisées pour des études épidémiologiques. L'étude a porté sur les patients ayant consulté entre le 01/01/2005 et le 31/10/2015 et pour lesquels un diagnostic

de syphilis récente (syphilis primaire, secondaire ou latente précoce)² a été retenu pendant la même période. Au cours de leur suivi, un test de dépistage annuel systématique de la syphilis a été proposé aux PVVIH, répété en cas de signe clinique ou d'exposition à un risque de syphilis, ou lors d'autres infections sexuellement transmissibles. Les caractéristiques des patients diagnostiqués entre le 01/01/2005 et le 31/05/2010 (1ère période) ont été comparées à celles des patients diagnostiqués entre le 01/06/2010 et le 31/10/2015 (2nde période).

Les valeurs qualitatives ont été exprimées en effectif et pourcentage, et comparées par le test de Fischer. Les valeurs quantitatives ont été exprimées par leur médiane +/-interquartile, et comparées par le test U de Mann-Whitney.

RESULTATS

Cent quatre vingt quinze épisodes de syphilis récentes ont été diagnostiqués parmi les PVVIH suivis entre le 1^{er} janvier 2005 et le 31 octobre 2015. Le tableau 1 décrit l'évolution démographique par année de la cohorte des PVVIH. Les effectifs totaux augmentent de 50% entre 2005 et 2015 mais le sex ratio et la proportion d'HSH au sein de la cohorte reste stable.

| Tableau 1 |

Données démographiques des patients suivis pour une infection à VIH au CHU de Martinique (nombre de patients) et incidence de la syphilis précoce par année : 2005-2015

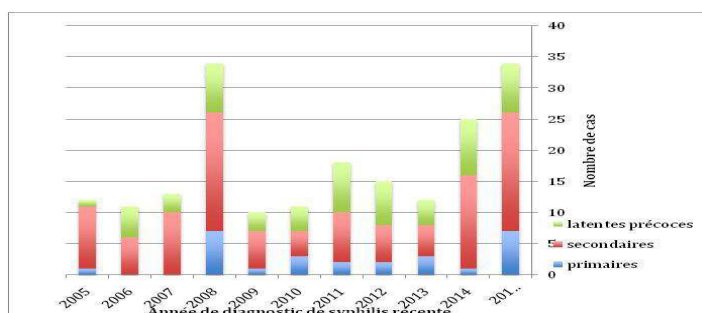
année	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	
Effectif total	659	724	760	787	816	851	892	947	962	991	988	
Femme	245	267	279	291	314	333	343	362	368	365	363	
Homme non HSH*	259	274	293	295	299	313	332	355	346	364	365	
HSH*	155	183	188	198	203	205	217	230	248	262	260	
Syphilis précoces	Nombre	12	11	13	34	10	11	18	15	12	25	34
	Taux d'incidence annuel (%)	1,8	1,5	1,7	4,3	1,2	1,3	2	1,6	1,2	2,5	3,4

* Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes

La figure 1 représente le nombre de nouveaux cas de syphilis primaires, secondaires ou latentes précoces par année. La figure 2 précise le sexe et l'orientation sexuelle des patients concernés par année.

| Figure 1 |

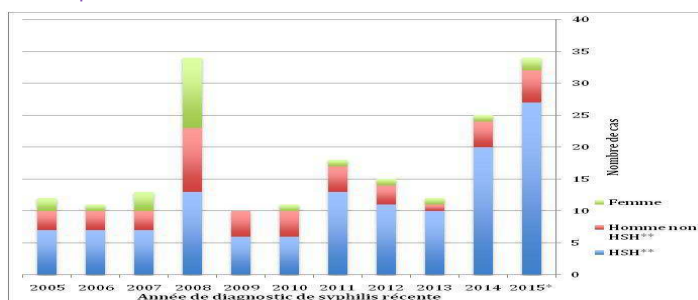
Nombre de cas de syphilis récentes par année parmi les patients suivis pour une infection à VIH au CHU de Martinique : 2005-2015



* données disponibles au 31 octobre 2015

| Figure 2 |

Nombre de cas de syphilis récentes par année en fonction du sexe et de l'orientation sexuelle parmi les patients suivis pour une infection à VIH en Martinique : 2005-2015



* données disponibles au 31 octobre 2015

**HSH : Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes

Le tableau 2 décrit les caractéristiques des patients en fonction de la période de diagnostic. La proportion d'HSH parmi les patients diagnostiqués sur la 2nde période est significativement plus importante que sur la 1^{ère} période (82,4% versus 62,3% des hommes, soit 77,1% versus 50% du total des patients, $p=0,0001$). Les paramètres immuno-virologiques (Charge virale VIH, taux de

lymphocytes T CD4) sont comparables entre les deux périodes. Le diagnostic d'infection par le VIH précédait l'épisode syphilitique dans 76,4% de l'ensemble des cas. Quarante-cinq pour cent des cas concernent des récurrences de syphilis durant la 2nde période contre 27,9% durant la 1^{ère} période ($p=0,02$).

| Tableau 2 |

Caractéristiques des patients avec un diagnostic de syphilis récente parmi les patients suivis pour une infection à VIH au CHU de Martinique : comparaison entre la période du 01/01/2005 au 31/05/2010 et la période du 01/06/2010 au 31/10/2015

	2005-2010 (n=86)	2010-2015 (n=109)	Total (n=195)	P
Age (ans)	41,8 [34,8-46,2]	38,7 [29,1-46,8]	40,1 [31,6-46,6]	NS**
Homme	69 (80,2%)	102 (93,6%)	171 (87,7%)	0,007
HSH*	43 (50%)	84 (77,1%)	127 (65,1%)	0,0001
Hépatites virales	12 (14%)	11 (10,1%)	23 (11,8%)	NS
Paramètres immuno-virologiques				
Nadir CD4 (/mm ³)	289 [104-356]	294 [120-426]	294 [132-400]	NS
CD4 (/mm ³)	580 [425-739]	597 [478-721]	584 [478-721]	NS
Charge virale (UI/ml)	20 [20-4830]	20 [20-112]	20 [20-444]	NS
Diagnostic du VIH/syphilis				
antérieur	62 (72,1%)	87 (79,8%)	149 (76,4%)	NS
concomitant	18 (20,9%)	17 (15,6%)	35 (17,9%)	NS
postérieur	6 (7%)	5 (4,6%)	11 (5,6%)	NS
Episodes antérieurs de syphilis				
	24 (27,9%)	48 (45%)	73 (37,4%)	0,02
*HSH : Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes **NS : Non significatif				

DISCUSSION

L'étude d'incidence des syphilis récentes au sein des PVVIH suivis au CHU de Martinique montre une réémergence nette des nouveaux cas au cours des deux dernières années. Les trois quarts des nouveaux cas diagnostiqués entre 2010 et 2015 concernent les HSH. Les récurrences de syphilis sont fréquentes parmi les PVVIH (38,4%), ce d'autant que l'on s'éloigne du début de l'épidémie.

Les caractéristiques démographiques et sociales des patients ont varié au cours de l'épidémie : initialement limitée aux HSH, l'épidémie s'est secondairement généralisée aux autres groupes à risque³ parmi lesquels les patients en situation précaire et consommateurs de crack. Contrairement au pic épidémique de 2008 pour lequel les HSH étaient minoritaires, la reprise épidémique des deux dernières années semble de nouveau concerner de façon très majoritaire les HSH. Par ailleurs, la forte proportion de syphilis précoces acquises chez des patients déjà suivis pour une infection

par le VIH (76,4%) témoigne de l'insuffisance d'usage des préservatifs dans cette population et du risque de transmission du VIH aux partenaires sexuels.

Les données de cette étude montrent une reprise importante de l'épidémie de syphilis depuis 2014 au sein des HSH infectés par le VIH en Martinique. Ces résultats incitent à renforcer les politiques de prévention des pratiques sexuelles à risque.

Références

1. Fenton KA, Breban R, Vardavas R, et al. Infectious syphilis in high-income settings in the 21st century. *Lancet Infect Dis* 2008;8(4):244–53.
2. Bouyssou A, Janier M, Dupin N, et al. La syphilis en France : analyse des données de surveillance sur dix ans : 2002-2009. *BEH* 2011; 26-27-28(7); 295-8.
3. Cabié A, Rollin B, Pierre-François S, et al. Reemergence of Syphilis in Martinique, 2001–2008. *Emerg Infect Dis* 2010;16(1):106–9.

Mise en place de réseaux de surveillance des Infections Sexuellement Transmissibles en Guadeloupe et à Saint-Martin : principes et résultats préliminaires |

Mathilde Melin^{1*}, Patricia Huc², Cécile Herrmann³, Dorothee Harrois⁴, Isabelle Fabre⁵, Rachida Ouissa⁵, Bruno Hoen⁵, Isabelle Lamaury⁵, Elisabeth Fernandes⁶, Fabrice Boulard⁶, Cyril Clavel⁷, Nadia Agape⁷, Frédéric Olivo⁸, Flavie Rouquet-Duhamel⁹, Martine Ledrans¹

¹ Cellule de l'Institut de Veille Sanitaire en Région Antilles-Guyane, Guadeloupe et Martinique ; ² Laboratoire Saint Martin biologie, Saint Martin ; ³ Laboratoire de microbiologie, Centre Hospitalo-Universitaire, Pointe-à-Pitre, Guadeloupe ; ⁴ Laboratoire de microbiologie, Centre Hospitalier de la Basse-Terre, Basse-Terre, Guadeloupe ; ⁵ Service Maladies Infectieuses et Tropicales / Dermatologie-Médecine Interne, Centre Hospitalo-Universitaire, Pointe-à-Pitre, Guadeloupe ; ⁶ Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles, Centre Hospitalier de la Basse-Terre, Basse-Terre, Guadeloupe ; ⁷ Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles, Centre Hospitalier de Saint Martin, Saint Martin ; ⁸ Centre de santé, Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles / Sida, Liaisons dangereuses, Saint Martin ; ⁹ ARS, Agence de Santé de Guadeloupe, Saint Martin, Saint Barthélemy

Résumé

Introduction : En 2015, dans un contexte itératif de forts taux annuels de découvertes de séropositivité VIH et de recrudescences de syphilis, le déploiement régional de réseaux de surveillance des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) a débuté en Guadeloupe et à Saint Martin, sous le pilotage de la Cellule de l'Institut de Veille Sanitaire en région (Cire) Antilles-Guyane.

Méthode : Les méthodes utilisées pour la mise en place du réseau de cliniciens RéSIST (pour la surveillance des syphilis et gonocoques), et pour la mise en place des réseaux de laboratoires RénaGO (pour les gonocoques) et RénaCHLA (pour les chlamydiae) sont décrites.

Résultats : En Guadeloupe et à Saint Martin, cinq sites participent désormais au réseau RéSIST et quatre laboratoires ont intégré les réseaux RénaGo et RénaCHLA. Les résultats préliminaires ne permettent pas encore de description épidémiologique des différentes IST.

Conclusion : La pérennisation de ces réseaux de surveillance permettra de mieux concevoir, suivre et évaluer les programmes de santé publique relatifs aux IST en Guadeloupe et à Saint Martin. Le développement de ces réseaux est prévu sur ce territoire, ainsi que leur déploiement dans les autres Territoires Français d'Amérique (TFA).

INTRODUCTION

Les IST, telles que la syphilis, la gonococcie, et les infections à chlamydia sont en augmentation dans le monde [1] et en France depuis plusieurs années [2]. Certaines IST peuvent notamment augmenter les risques de grossesse extra utérine, de stérilité, ou de transmission du VIH [3]. Les approches de santé publique permettant de lutter contre ces infections s'appuient en partie sur leur surveillance épidémiologique [4,5].

En France, la surveillance des IST est pilotée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS). Elle repose sur les réseaux volontaires de laboratoires RénaGO et RénaCHLA (pour la surveillance respective des gonocoques et des infections à chlamydia) et sur le réseau volontaire de cliniciens RéSIST (pour la surveillance des syphilis et gonocoques).

Les réseaux RénaGO et RénaCHLA sont actifs depuis les années 1980, mais ils concernent uniquement la métropole [6,7], tandis que le réseau RéSIST, mis en place en France en 2000, inclut depuis quelques années des données partielles de Martinique et s'est régionalisé sous le pilotage de la Cire sur l'île de la Réunion [8].

Les TFA sont particulièrement concernés par les IST, compte tenu des forts taux annuels de découvertes de séropositivité VIH [9] et des recrudescences de syphilis signalées par les cliniciens [10,13]. De plus les connaissances et pratiques sexuelles observées dans les TFA pourraient contribuer à la prise de risque : ces comportements aux Antilles et en Guyane sont caractérisés par une fréquence plus élevée du multipartenariat masculin¹ qu'en métropole, et les doutes sur l'efficacité du préservatif se sont renforcés ces dernières années dans ces territoires [14,15].

Dans ce contexte, le déploiement régional de réseaux de surveillance des IST a été identifié comme prioritaire par le comité de pilotage de la veille sanitaire des Antilles et de la Guyane, réunissant la Cire Antilles-Guyane (Cellule de l'Institut de veille Sanitaire en Région) ainsi que les Agences Régionales de Santé (ARS) de Martinique ; de Guyane ; et de Guadeloupe, Saint Martin et Saint Barthélemy.

En 2015, la mise en place des réseaux RéSIST, RénaGO et RénaCHLA a débuté dans un premier temps en Guadeloupe et à

Saint Martin, sous le pilotage de la Cire Antilles-Guyane.

Les objectifs de ces dispositifs prospectifs locaux de surveillance des IST sont :

- De décrire l'évolution des IST dans les TFA ainsi que les tendances et les caractéristiques cliniques, épidémiologiques et comportementales des patients. Il s'agit de systèmes de surveillance non exhaustifs ;
- D'alerter et de conduire une enquête épidémiologique en présence d'une augmentation de cas et/ou en présence de cas groupés diagnostiqués en un même lieu ;
- D'aider à adapter les mesures de prévention primaire (ciblage des campagnes de prévention) et secondaire (dépistage, diagnostic et traitement des IST) ;
- De renforcer un réseau de partenaires professionnels avec des échanges réguliers d'informations (rétro-information, mise en forme des données, base de données...).

METHODE

Réseaux RénaGO et RénaCHLA

Les IST surveillées par les réseaux RénaGO et RénaCHLA sont les infections à gonocoques et chlamydiae mises en évidence par amplification génique (PCR) ou par culture. Les gonocoques peuvent également être déclarés en cas d'observation en microscopie directe.

Chaque laboratoire participant recueille des données épidémiologiques, démographiques et cliniques pour tout cas diagnostiqué. Le référent du laboratoire volontaire saisit ces informations sur l'application sécurisée de saisie en ligne des IST « SollST » élaborée en 2014. Par ailleurs, des données agrégées semestrielles concernant le nombre de tests réalisés sont collectées par le référent SollST de l'InVS.

En métropole, une partie des laboratoires du réseau RénaGO participe à la surveillance de la sensibilité des gonocoques aux antibiotiques, par envoi des souches isolées au Centre National de Référence (CNR). Ce dispositif n'est pas prévu dans les territoires ultra-marins à l'heure actuelle.

¹ Les hommes déclarent, plus fréquemment qu'en métropole, avoir eu plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois

Pour mettre en place les réseaux RénaGO et RénaCHLA en Guadeloupe et à Saint Martin, l'ensemble des laboratoires de biologie hospitaliers et des regroupements de laboratoires d'analyses de biologie médicale de ces territoires a été contacté au cours du premier semestre 2015. Une présentation de l'application en ligne « SolIST » a été effectuée sur site lorsque cela était possible ; la participation aux réseaux étant alors proposée. En cas de volontariat, un accès à la saisie en ligne des données a été créé par l'InVS et transmis au biologiste référent du laboratoire, sous réserve du référencement de l'ensemble des sites de prélèvements du laboratoire ou du groupement de laboratoire concerné. En accord avec les biologistes participants, la Cire Antilles-Guyane a convenu de vérifier chaque trimestre l'absence de dysfonctionnement dans la transmission des données (Figure 1).

Réseau RésIST

Le réseau RésIST concerne la surveillance des IST correspondant aux définitions de cas suivantes :

- les syphilis récentes qui incluent, selon leurs caractéristiques cliniques et une confirmation biologique, les trois stades de l'infection (primaire, secondaire et latente inférieure à un an) ;

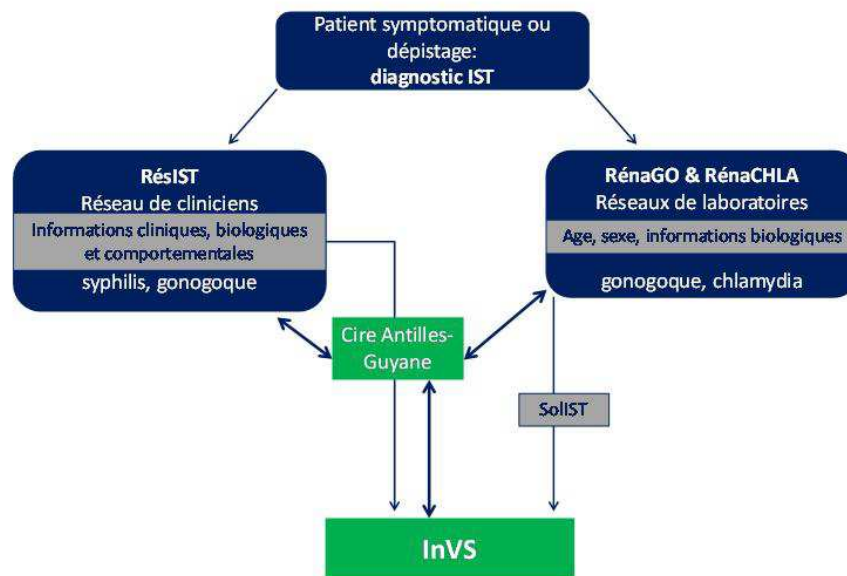
- les cas de gonococcies pour lesquels la mise en évidence de *Neisseria gonorrhoeae* a été possible par culture ou PCR.

Tout clinicien peut participer au réseau RésIST : après information et consentement oral du patient, il complète un questionnaire médical anonyme comprenant des informations clinico-biologiques, démographiques et comportementales. Le clinicien propose de plus un autoquestionnaire au patient portant plus spécifiquement sur les pratiques sexuelles.

Pour sa mise en place en Guadeloupe et à Saint Martin, le réseau de surveillance RésIST, a été présenté aux services de maladies infectieuses et de pédiatrie du CHU, ainsi qu'aux quatre Centres d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST) du territoire concerné. Lors de réunions sur site avec les équipes soignantes, ont été présentés : les définitions de cas des IST surveillées, le formulaire d'information au patient, le questionnaire médical, l'autoquestionnaire, et les modalités de transmission des cas à la Cire pour validation et enregistrement avant envoi au siège de l'InVS (Figure 1).

| Figure 1 |

Organisation des réseaux de surveillance des IST en Guadeloupe et à Saint Martin



RESULTATS

Participation aux réseaux de surveillance des IST

L'inclusion des différents participants des réseaux de surveillance des IST s'est échelonnée de mars à septembre 2015 sur les deux territoires.

En Guadeloupe, six sites ont intégré les réseaux de surveillance des IST. Ils sont répartis dans les deux principaux bassins de population de Guadeloupe:

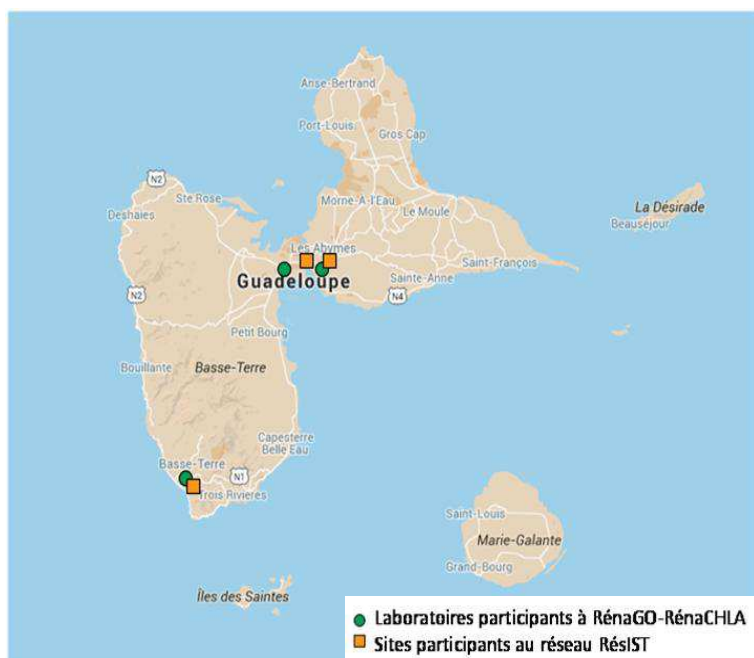
- à Basse-Terre : le CIDDIST (réseau RésIST) et le laboratoire d'analyses biologiques hospitalier (réseaux RénaGO et RénaCHLA) signalent les IST surveillées ;

- dans l'agglomération de Pointe à Pitre : le CIDDIST et l'hôpital de jour du service de maladies infectieuses du CHU ont intégré le réseau RésIST. Le service de pédiatrie a prévu d'intégrer ce réseau dès que possible et de notifier les syphilis et gonococcies diagnostiquées chez les adolescents. Par ailleurs le laboratoire d'analyses biologiques hospitalier et un laboratoire d'analyses biologiques d'une clinique privée font partie des réseaux RénaGO et RénaCHLA (Figure 2).

Les trois groupements de laboratoires privés de Guadeloupe ont été contactés ; à la date du 1^{er} Novembre 2015 ils n'avaient pas intégré les réseaux de surveillance biologiques des IST.

| Figure 2 |

Répartition géographique des participants aux réseaux RésIST, RénaGO et RénaCHLA, Guadeloupe, Novembre 2015



Sur l'île de Saint Martin les deux CIDDIST se sont portés volontaires pour la participation aux réseaux RésIST, et l'unique laboratoire d'analyses biologiques de la partie française de l'île signale les IST aux réseaux RénaGO et RénaCHLA (Figure 3).

SIGNALEMENTS D'IST RénaGO-RénaCHLA

En Guadeloupe, du 1^{er} mars au 1^{er} novembre 2015, les laboratoires des réseaux RénaGO et RénaCHLA ont notifié 8 infections à gonocoques et 137 à chlamydiae. Ces laboratoires ne sont pas tous équipés de la technique PCR pour le diagnostic des gonococcies.

A Saint Martin, durant cette même période le laboratoire des réseaux RénaGO et RénaCHLA a notifié 21 infections à gonocoques et 127 à chlamydiae. Ce laboratoire est équipé de la technique PCR pour le diagnostic des gonococcies. (Tableau 1).

Ces données ne sont pas corrigées pour les délais de déclaration et restent à consolider.

A titre indicatif, en 2012 une enquête réalisée par l'InVS et l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) a permis d'estimer l'incidence annuelle des gonococcies en France métropolitaine à 37,3 pour 100 000 habitants âgés de 15 à 59 ans (IC 95% : [34,8-

| Figure 3 |

Répartition géographique des participants aux réseaux RésIST, RénaGO et RénaCHLA, Saint Martin, Novembre 2015



39,9]) [16]. La population de cette tranche d'âge pour la Guadeloupe et Saint Martin était de 235 722 et 22 282 habitants respectivement lors du dernier recensement.

L'incidence annuelle des infections à chlamydiae a été estimée en 2012 en métropole à 249 pour 100 000 habitants âgés de 15 à 49 ans (IC 95% : [144-352]) [16]. La population de cette tranche d'âge pour la Guadeloupe et Saint Martin était de 180 455 et 18 110 habitants respectivement lors du dernier recensement.

Il sera possible de comparer les estimations des incidences annuelles des gonococcies et chlamydiae en Guadeloupe et à Saint Martin avec celles de métropole dès qu'une année de données sera disponible.

RésIST

En Guadeloupe, les cliniciens ont déclaré 5 gonococcies et 6 syphilis (latentes précoces, primaires et secondaires) depuis leur inclusion dans le réseau RésIST local. A Saint Martin, 11 gonococcies ont été signalées par les CIDDIST, aucune syphilis n'avait été signalée à la date du 1^{er} novembre (Tableau 1).

Ces données restent à consolider, elles ne sont pas corrigées pour les délais de déclaration.

| Tableau 1 |

Nombre de cas par IST et par déclarant, réseaux IST Guadeloupe et Saint Martin, Novembre 2015

territoire	Nombre de sites participants	réseau	Nombre d'IST déclarées à la date du 1er novembre 2015*			Nombre d'habitants selon l'âge**	
			syphilis	gonocoques	chlamydiae	15 à 49 ans	15 à 59 ans
Guadeloupe	3	RénaGO/RénaCHLA	NC	8	137	180 455	235 722
	3	RésiST	6	5	NC		
Saint Martin	1	RénaGO/RénaCHLA	NC	21	127	18 110	22 282
	2	RésiST	0	11	NC		

* données non consolidées et non corrigées pour les délais de déclaration, inclusion des différents sites de mars à septembre 2015
** INSEE, données de recensement 2012
NC : non concerné

DISCUSSION ET CONCLUSION

Les systèmes locaux de surveillance des IST se sont développés en Guadeloupe et à Saint Martin en 2015. Plusieurs éléments ont pu contribuer à cette implantation.

En effet, aux Antilles, un Comité d'Experts des Maladies Infectieuses et Emergentes (CEMIE) se réunit régulièrement depuis une dizaine d'années afin d'évoquer la situation épidémiologique et infectieuse des îles concernées. Le CEMIE, auquel participent des professionnels de santé tels que les infectiologues et les biologistes, favorise ainsi une culture de la surveillance épidémiologique.

De plus, l'existence préalable d'un réseau de partenaires impliqués dans le dépistage et la prise en charge des IST en Guadeloupe et à Saint Martin a facilité la mise en place locale des réseaux RésIST, RénaGO et RénaCHLA. Ainsi, un groupe de travail IST s'est créé sous l'égide du COREVIH, après la mise en place de RésIST, afin d'homogénéiser la surveillance des IST dans les différents sites de l'archipel.

Par ailleurs, l'informatisation de la saisie des données des réseaux de surveillance biologiques des IST a été un élément primordial pour la participation volontaire des laboratoires déjà très fréquemment sollicités aux Antilles (surveillance biologique de la dengue, du chikungunya, des virus respiratoires, de la leptospirose etc.). L'existence de l'application « SollIST » et de codes d'accès provisoires autorisant la démonstration de la saisie en ligne aux biologistes a été déterminante pour permettre le déploiement de RénaGO et RénaCHLA.

Enfin, la mise à disposition des autotests en pharmacie en septembre 2015, et la création prévue en janvier 2016 des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des IST (CeGIDD) ont créé une dynamique de mobilisation des acteurs de la lutte contre les IST.

Ainsi 9 centres participent désormais aux réseaux de surveillance des IST en Guadeloupe et à Saint Martin, dont 5 centres RésIST. Ces chiffres correspondent à un déploiement de 3,4 et 1,9 centres pour 100 000 habitants âgés de 15 à 59 ans respectivement pour l'ensemble des réseaux de surveillance des IST (RésIST/RénaGO/RénaCHLA) et pour le réseau RésIST seul. Les résultats de participation des premiers mois de ces réseaux sont encourageants et témoignent du dynamisme des professionnels de santé de ces territoires insulaires. A titre indicatif, lors de la montée en charge en 2009 et 2010 des réseaux régionaux RésIST, la région Languedoc-Roussillon comprenait 11 sites participants (soit 0,73 centre pour 100 000 habitants âgés de 15 à 59 ans) [17] et l'île de la Réunion avait inclus 4 centres (soit 0,77 centre pour 100 000 habitants âgés de 15 à 59 ans) [18].

Néanmoins, compte tenu de la mobilité fréquente des professionnels de santé en Outre Mer, de leurs multiples sollicitations en tant qu'acteurs de la surveillance épidémiologique, et du caractère archipélagique de la Guadeloupe et de Saint Martin, la pérennisation des réseaux de surveillance des IST reste un défi nécessitant une coordination chronophage. Afin d'améliorer la représentativité des IST déclarées et de poursuivre le déploiement des réseaux régionaux de surveillance des IST, l'inclusion d'autres professionnels de santé est prévue en Guadeloupe et dans les îles du Nord (Saint Martin et Saint Barthélemy).

Au-delà de l'adhésion aux réseaux prospectifs de surveillance des IST, l'analyse du nombre et des caractéristiques des IST déclarées ne peut pas encore être effectuée compte tenu de la durée de la période d'inclusion des différents sites participants (7 mois). De plus, l'exhaustivité des déclarations des syphilis et gonococcies par les participants de RésIST n'est pas encore connue, elle sera à évaluer, notamment par l'intermédiaire des rapports annuels d'activité de ces centres. Enfin, l'utilisation des données de consommation de SIGMACILLINA® (traitement de référence des syphilis disponible dans les pharmacies hospitalières en France depuis février 2014) est à l'étude, comme cela existait jusqu'en 2013 pour les données de vente d'EXTENCILLINE® (spécialité qui n'est plus commercialisée) pour préciser l'estimation du nombre de syphilis sur un territoire donné.

Plus généralement, du point de vue épidémiologique, ces dispositifs de surveillance n'ont pas pour objectif de recenser de façon exhaustive les IST. En revanche, pour atteindre leurs objectifs, leur niveau d'exhaustivité doit être constant dans le temps pour chaque territoire surveillé. En effet, les évolutions des pratiques de diagnostic par exemple peuvent modifier les résultats de la surveillance sans que la situation épidémiologique ait réellement changé. Pour les mêmes raisons, les comparaisons d'incidence entre territoires doivent être prudentes car ces incidences sont dépendantes du contexte local de la surveillance.

Les résultats préliminaires des différentes IST déclarées ne permettent donc pas encore de description des tendances épidémiologiques ni des caractéristiques cliniques et comportementales des patients mais la pérennisation de cette surveillance pourrait aider à adapter les mesures de prévention primaire et secondaire des IST, dans les territoires concernés, en lien avec le programme régional de Santé de l'ARS de Guadeloupe, Saint Martin et Saint Barthélemy. De plus le pilotage de ce dispositif par la Cire renforce les échanges avec les acteurs locaux de prévention et du dépistage, contribuant à favoriser les partenariats de santé publique et la surveillance sanitaire. En 2016, le déploiement régional des réseaux de surveillance des IST est prévu en Martinique et en Guyane, afin de couvrir l'ensemble des TFA.

Remerciements

A l'ensemble des patients ayant accepté de participer ; à l'ensemble des déclarants volontaires des réseaux ; aux agents de la CVAGS de l'ARS de Guadeloupe, Saint Martin et Saint Barthélemy ; à Nelly FOURNET, Ouassila HANNACHI, Ndeindo NDEIKOUNDAM NGANGRO et Delphine VIRIOT (Département des Maladies Infectieuses, InVS)

Références

1. Wealth Health Organization . Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections 2008. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75181/1/9789241503839_eng.pdf
2. InVS. Bulletin des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles Novembre 2014. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>
3. Ministère de la santé et des sports. plan national de lutte contre le VIH-SIDA et les IST 2010-2014. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf
4. Organisation Mondiale de la Santé. stratégie mondiale de lutte contre les IST 2006-2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43772/1/9789242563474_fre.pdf
5. Ministère de la santé et des sports. Plan national lutte contre le VIH-SIDA et IST en direction des populations d'Outre-Mer 2010-2014. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_IST_2010-2014_DOM.pdf
6. Herida M, Sednaoui P, Goulet V. Gonorrhoea surveillance system in France: 1986-2000. Sexually transmitted diseases. 2004;31(4):209-14.
7. Goulet V, Laurent E, Semaille C. Augmentation du dépistage et des diagnostics d'infections à Chlamydia trachomatis en France : analyse des données Rénachla (2007-2009). Numéro thématique. Infections sexuellement transmissibles : il faut poursuivre la surveillance. Bull Epidemiol Hebd. 2011(26-27-28):316-20.
8. InVS. Comment-surveiller-les-IST 2015. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Comment-surveiller-les-IST>
9. Cazein F, Pilonel J, Le Strat Y, Pinget R, Le Vu S, Brunet S, et al. Découvertes de séropositivité VIH et de sida, France, 2003-2013. Bull Epidemiol Hebd. 2015(9-10):152-61.
10. Ph. Muller FC, M. Azi, A. Belleoud, C. Perino, P. Chaud, A. Boucharlat , M. Strobel. Epidémie de syphilis en Guadeloupe en 2001: lien avec la précarité sociale et la consommation de crack. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2002;48:241-2.
11. Cabié A, Quist D, Saint Cyr I, Pierre François S, Théodose R, Desbois N, Liautaud B. Épidémie débutante de syphilis en Martinique. Bulletin d'Alerte et de Surveillance Antilles Guyane. 2006;3.
12. Carles G. Syphilis et grossesse. Bulletin de veille sanitaire des Antilles Guyane. 2009;1:8-10.
13. Cabié A, Pierre-François S, Derancourt C, Abel S, Hochedez P, Desbois N, Théodose R, Hélénon R, Quist D, Cavelier A, Liautaud B. Réémergence de la syphilis en Martinique. Bulletin d'alerte sanitaire des Antilles-Guyane. 2008;7:13-7.
14. Halfen S, Diter K, Esvan M, Lydie N. Connaissances, opinions et utilisation des préservatifs dans la population générale adulte de Guadeloupe, Martinique et Guyane : évolutions 2004-2011. Numéro thématique Comportements à risque et prévention dans des populations particulièrement exposées au VIH, aux IST et aux hépatites. 2013(39-40):496-503.
15. Observatoire régional de santé d'île de France, INPES. les habitants des Antilles et de la Guyane face au VIH/Sida et à d'autres risques sexuels. française Id, editor2-014. 333 p.
16. La Ruche G, Le Strat Y, Fromage M, Bercot B, Goubard A, de Barbeyrac B, et al. Incidence of gonococcal and chlamydial infections and coverage of two laboratory surveillance networks, France, 2012. Euro surveillance : bulletin Européen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin. 2015;20(32).
17. Rousseau C, Aumaitre H, Picot E, Brosson I, Tribout V, Viriot D. Régionalisation de la surveillance de la syphilis et d'autres IST : principes et premiers résultats en Languedoc-Roussillon (France), 2009. Numéro thématique. Infections sexuellement transmissibles : il faut poursuivre la surveillance. Bull Epidemiol Hebd. 2011(26-27-28):304-7.
18. Cire Océan Indien . Point épidémiologique RésiST-Réunion 2010. Point épidémiologique. 2011;23.

Cire Antilles Guyane

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

Guadeloupe	Guyane	Martinique
<p style="text-align: center;">Cire Antilles Guyane Tél. : 05 90 99 49 54 / 49 07 Fax : 05 90 99 49 24 Mail : sylvie.cassadou@ars.sante.fr Mail : mathilde.melin@ars.sante.fr</p> <p style="text-align: center;">ARS/CVGS Tél. : 05 90 99 44 84 Fax : 05 90 99 49 24 Mail : patrick.saint-martin@ars.sante.fr</p>	<p style="text-align: center;">Cire Antilles Guyane Tél. : 05 94 25 72 49 / 72 50 / 72 52 Fax : 0594 25 72 95 Mail : vanessa.ardillon@ars.sante.fr Mail : luisiane.carvalho@ars.sante.fr Mail : marion.petit-sinturel@ars.sante.fr Mail : audrey.andrieu@ars.sante.fr</p> <p style="text-align: center;">ARS/CVGS Tél. : 05 94 25 72 84 Fax : 05 94 25 72 95 Mail : anne-marie.mckenzie@ars.sante.fr</p>	<p style="text-align: center;">Cire Antilles Guyane Tél. : 05 96 39 43 54 Fax : 05 96 39 44 14 Mail : elise.daudens@ars.sante.fr Mail : jacques.rosine@ars.sante.fr Mail : frederique.dorleans@ars.sante.fr Mail : celine.gentil@ars.sante.fr</p> <p style="text-align: center;">ARS/CVGS Tél. : 05 96 39 42 52 Fax : 0596 39 44 26 Mail : corinne.locatelli-jouans@ars.sante.fr</p>

Directeur de la publication : Dr François Bourdillon, Directeur général de l'Institut de veille sanitaire

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

Maquettiste : Claudine Suivant, Cire AG

Comité de rédaction : Audrey Andrieu, Vanessa Ardillon, Luisiane Carvalho, Sylvie Cassadou, Elise Daudens-Vaysse, Frédérique Dorléans, Céline Gentil, Martine Ledrans, Mathilde Melin, Marion Petit-Sinturel, Jacques Rosine.

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

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

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