

L'infection à VIH-sida en Guadeloupe

1^{er} décembre
2009



Cette brochure a été rédigée par Vanessa Cornély, Séverine Ferdinand, Christine Rambhojan (ORSaG) avec la collaboration des Drs Max Théodore, François Bissuel et Marie-Thérèse Georger-Sow. La mise en page a été réalisée par Guillaume Zbinden (société Polaris). L'impression a été assurée par le COREVIH de Guadeloupe et Saint-Martin.

Sommaire

Les cas de sida	page 1
Les découvertes de séropositivité	page 2
Patients vivant avec le VIH suivis aux Centres Hospitaliers de Pointe-à-Pitre et de Basse-Terre	page 4
La stigmatisation associée à l'infection à VIH-sida	
- Etude KABP	page 6
- Etude VESPA	page 8
Les nouvelles recommandations de la Haute autorité de santé (HAS)	page 10
Bibliographie	page 14

Les cas de sida

Les cas de sida sont diagnostiqués 8 à 10 ans après la contamination

En Guadeloupe, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy, depuis le début de l'épidémie et jusqu'au 31 décembre 2008¹, 1363 cas de sida ont été déclarés :

- les hommes étaient majoritaires (65 %) ;
- deux tiers avaient la nationalité française ;
- la contamination hétérosexuelle était prédominante (63 %) ;
- l'entrée au stade sida correspondait à la découverte de la séropositivité pour 49 % des cas ;
- parmi les cas connaissant leur séropositivité (51 %), plus de 3 sur 5 (62 %) n'étaient pas sous traitement avant le stade sida ;
- au 31/12/2008, 51 % des cas de sida étaient vivants.

En 2006², 57 cas de sida ont été déclarés :

- 40 hommes ;
- 29 cas de nationalité française ;
- 12 cas décédés ;
- 22 adultes avaient découvert leur séropositivité à l'entrée au stade sida
- 22/35 adultes connaissant leur séropositivité n'étaient pas sous traitement avant le stade sida.

¹ Les indicateurs incluent les données provisoires pour les années 2007 et 2008 non corrigées pour la sous déclaration.

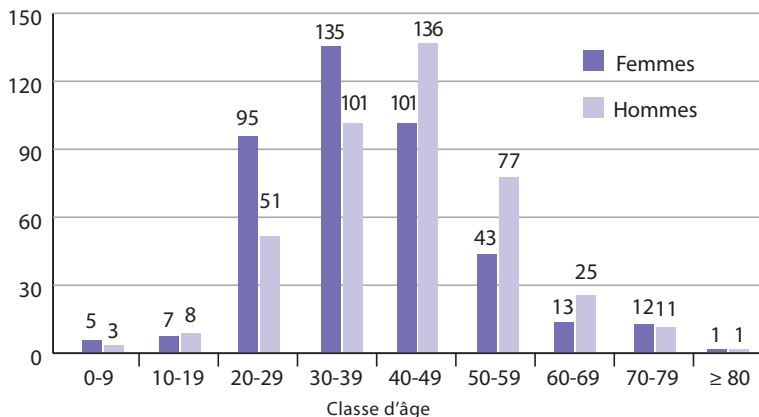
² Dernière année pour laquelle les données ont été validées.

Les découvertes de séropositivité

Tout nouveau dépisté porteur du VIH quel que soit le stade de la maladie

Depuis la mise en place de la notification des découvertes de séropositivité en mars 2003, 825 cas ont été signalés³ en Guadeloupe, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy sur la période, les découvertes de séropositivité concernent autant d'hommes que de femmes. Les personnes âgées de 30 à 49 ans sont les plus représentées (57 % des cas). Cependant, la répartition par âge est différente en fonction du sexe. Ainsi, 28 % des découvertes chez les hommes interviennent au-delà de 50 ans (contre 17 % chez les femmes). Inversement, 26 % des femmes concernées sont âgées de moins de 30 ans (15 % des hommes).

Figure 1. Découvertes de séropositivité VIH par classe d'âge et par sexe

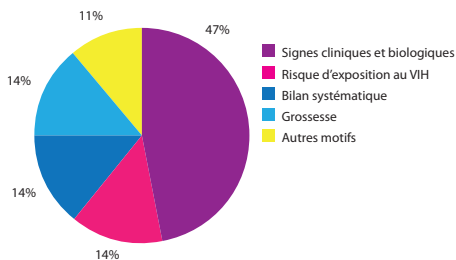


Source : InVS Surveillance du VIH - données cumulées 2003- décembre 2008, non corrigées pour la sous déclaration

³ données cumulées 2003- décembre 2008, non corrigées pour la sous déclaration

Plus d'un quart des découvertes de VIH interviennent au stade sida. Cette observation est renforcée par les données concernant les motifs de dépistage qui sont principalement les signes cliniques et biologiques, témoignant du stade avancé de l'infection. Enfin, parmi les découvertes de séropositivité VIH ayant bénéficié d'un test d'infection récente (<6 mois avant le diagnostic), 22 % présentent un résultat positif. Des efforts dans le sens de la diminution du retard au diagnostic doivent être poursuivis.

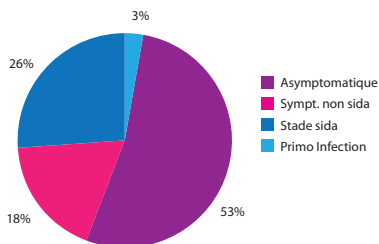
Figure 2. Découvertes de séropositivité VIH en fonction du motif de dépistage



Les proportions sont calculées pour 62 % des individus dont le motif de dépistage est connu.

Source : InVS Surveillance du VIH - données au 31/12/2008 non corrigées pour la sous déclaration

Figure 3. Découvertes de séropositivité VIH en fonction du stade clinique



Les proportions sont calculées pour 68 % des individus dont le stade clinique est précisé.

Source : InVS Surveillance du VIH - données au 31/12/2008 non corrigées pour la sous déclaration

Patients vivant avec le VIH suivis aux Centres Hospitaliers de Pointe-à-Pitre et de Basse-Terre

Taux de CD4 des nouveaux patients suivis dans la file active

Sur la période 2006-2008, 250 nouveaux patients étaient suivis pour la première fois au CHU de Pointe-à-Pitre ou au Centre hospitalier de Basse-Terre (CHBT). Parmi ces derniers, 82 (32,8%) sont des patients récemment diagnostiqués.

Tableau 1. Répartition des nouveaux diagnostiqués

Année	Nombre de patients
2006	33
2007	32
2008	17
Total	82

Source : InVS Surveillance du VIH - données au 31/12/2008 non corrigées pour la sous déclaration

Tableau 2. Taux de CD4 des 80 nouveaux patients diagnostiqués

Taux de CD4 (CD4/mm ³)	Nombre de patients (%)	Taux de CD4 [Min-Max]	Interprétations possibles en terme thérapeutique
< 200	36 (43,90)	[2-196]	Prise en charge à un stade avancé de la maladie – Traitement nécessaire - Immunité basse
[200-500[34 (42,50)	[203-381]	Mise sous traitement (taux de CD4 ≤350) - Baisse de l'immunité
≥500	10 (12,20)	[505-1527]	Pas de traitement

Les données concernent 80 patients pour lesquels le taux de CD4 est renseigné.

Pour la période 2006-2008 et au moment du diagnostic de l'infection

- 74 % des patients nécessitaient un traitement,
 - 12 % des patients avaient un taux de CD4 supérieur à 500/mm³ (diagnostics précoces)
- Près de 3/4 des patients ont été dépistés tardivement, cette observation reflète probablement la peur de la stigmatisation.

En 1993, les CDC, Centers for Disease control ont revu la classification des différents stades de l'infection par le VIH en tenant compte des taux de CD4 chez les personnes âgées de 13 ans ou plus. Les lymphocytes CD4 ayant des rôles importants dans la réponse immunologique sont les premières cibles du Virus de l'immunodéficience humaine.

La mesure du taux de CD4 est un outil d'aide en ce qui concerne la prise en charge clinique et thérapeutique des patients.

Il existait trois stades d'infection par le VIH A, B et C (ce dernier stade correspond au stade Sida). Les taux de CD4 ont été classés selon les catégories suivantes :

- * Groupe 1: supérieur ou égal à 500 CD4/mm³ de sang
- * Groupe 2: 200-499 CD4/ mm³ de sang
- * Groupe 3: moins de 200 mm³ de sang

Au final, cette classification compte 9 catégories.

Système de classification de l'infection par le VIH révisé par les CDC en 1993 pour les personnes âgées de 15 ans ou plus.

Stade clinique de l'infection VIH	Catégories des taux de CD4 (CD4/mm ³)	9 catégories de classification
A	>=500	A1
	[200-500[A2
	< 200	A3
B	>=500	B1
	[200-500[B2
	< 200	B3
C	>=500	C1
	[200-500[C2
	< 200	C3



Vers une dégradation de l'état de santé

Pour en savoir plus : URL : <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018871.htm>>

La stigmatisation associée à l'infection à VIH-sida (1)

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la stigmatisation, la discrimination et les violations des droits de l'homme associées au VIH constituent des obstacles majeurs à la prévention de l'infection par le VIH, à la fourniture de soins, d'appui et de traitement, et à l'atténuation de l'impact de l'épidémie. En Guadeloupe, des informations relatives à la stigmatisation et à la discrimination dans le contexte de l'infection par le VIH étaient disponibles dans deux études menées en 2003 et 2004, les études KABP⁴ et VESPA⁵.

ETUDE KABP

L'étude sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane dite KABP en 2004 a été réalisée par l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS) et l'Observatoire régional de la santé de l'Île-de-France (Etude ANRS-EN16-KABP-DFA). Son objectif était d'améliorer la prévention du VIH-sida. Elle a concerné 3 014 personnes âgées de 18 à 69 ans francophones ayant leur résidence principale en Guadeloupe, en Martinique et en Guyane.

Attitudes déclarées et stigmatisation selon l'enquête KABP

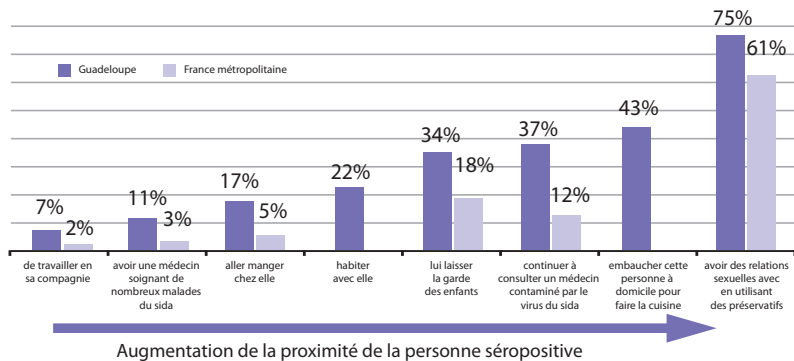
Les attitudes discriminatoires sont fortement influencées par l'absence de diplôme et la méconnaissance des modes de transmission.

Les relations avec les personnes séropositives sont acceptées dès lors qu'elles restent à un niveau relativement distant, n'impliquant pas ou que peu de contacts.

⁴ Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices en français Connaissances, attitudes, croyances et comportements

⁵ VIH enquête sur les personnes atteintes

Figure 5. Proportions de personnes refusant des situations impliquant des personnes séropositives



Entre les résultats de l'enquête « Analyse des comportements sexuels aux Antilles et en Guyane (ACSAG)» en 1992 et ceux de l'enquête KABP en 2004, une diminution de la stigmatisation envers les personnes séropositives en Guadeloupe peut être observée, quel que soit le degré d'intimité suggéré par la situation. La stigmatisation est plus importante en Guadeloupe qu'en France métropolitaine.

Acceptation des personnes séropositives selon l'enquête KABP

Dans l'étude KABP, un score⁶ d'acceptation des personnes séropositives a été calculé. Un score élevé correspond à une bonne acceptation des patients.

Les caractéristiques suivantes sont associées à des **scores d'acceptation élevés**

- Etre né(e) en France métropolitaine
- Avoir un niveau de diplôme élevé
- Avoir un niveau de vulnérabilité sociale faible
- Connaître au moins une personne séropositive
- Se sentir concerné(e) par les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs

Les personnes ayant des **scores d'acceptation faibles** donnent une place importante à la religion et ont des connaissances erronées sur la transmission du VIH.

A âge ou diplôme égal, cette stigmatisation est systématiquement plus forte en Guadeloupe en 2004 qu'en France métropolitaine. Le niveau de croyance en des modes erronés de transmission du VIH (d'autant plus élevé que le niveau socio éducatif des personnes est faible), apparaît comme l'un des facteurs les plus corrélés à la stigmatisation des personnes séropositives.

ENQUETE VESPA

L'enquête **VIH Enquête sur les personnes atteintes** (VESPA-ANRS/Etude ANRS-EN13-VESPA) réalisée aux Antilles-Guyane en 2003 avait pour objectifs de

- Décrire la situation sociale des personnes vivant avec le VIH en 2003
- Identifier les similarités et les différences entre les territoires
- Caractériser les facteurs associés au dépistage tardif et à l'échec thérapeutique.

Vespa est une enquête transversale réalisée dans tous les services prenant en charge les patients infectés par le VIH dans les départements français d'Amérique (DFA), pour atteindre un échantillon de 15 % de la file active estimée dans chaque DFA (138 patients en Guadeloupe et 30 à Saint-Martin).

Dans les trois DFA, l'enquête VESPA indique que 13% des patients ont été victimes de discrimination du fait de leur séropositivité (2).

Parmi les patients ayant parlé de leur séropositivité dans leur entourage, 65 % l'ont révélé à leur conjoint. Le conjoint occupe une place clé dans la confiance. En effet, quand la séropositivité est dite au conjoint, il est plus facile d'en parler à d'autres personnes (41 % des patients ayant un conjoint).

Tableau 3. Patients n'ayant pas révélé leur séropositivité selon l'enquête VESPA en fonction du lieu d'enquête

Lieu d'enquête	Proportion de patients concernés
Antilles-Guyane	28,0 %
Saint-Martin	18,0 %
France métropolitaine	5,0 %

⁶ Le score a été créé en utilisant les questions décrivant les situations impliquant personnellement les personnes interrogées face à des personnes séropositives. Ce score intègre huit des neuf variables concernées présentes dans le questionnaire KABP Antilles-Guyane : plus le score est élevé, meilleure est l'acceptation personnelle des personnes séropositives.

Tableau 4. Patients n'ayant pas révélé leur séropositivité selon l'enquête VESPA en fonction de l'existence d'un conjoint

	Antilles-Guyane		France métropolitaine	
	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)
Avec conjoint	278	(22,0)	1666	(1,8)
Sans conjoint	120	(41,0)	1266	(9,1)

Les études KABP et VESPA seront reconduites en 2010 pour observer les évolutions depuis 2003.

Les nouvelles recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) (3)⁷

Une demande de la direction générale de la santé (DGS)

La DGS a saisi la haute autorité de santé (HAS) afin que soient mises à jour les bonnes pratiques de dépistage de l'infection par le VIH en fonction de l'évolution des tests de dépistage et de l'évolution de l'épidémie.

A partir d'une analyse systématique et critique de la littérature française et internationale relative au VIH (de janvier 1998 à octobre 2009), complétée par une modélisation prenant en compte les particularités françaises, les travaux de la HAS ont poursuivi 2 objectifs généraux :

- * évaluer la pertinence d'une modification des modalités de réalisation des tests de dépistage et en particulier préciser la place des tests de dépistage rapide. Cet objectif a fait l'objet de recommandations en octobre 2008,
- * évaluer la pertinence d'une évolution des stratégies et du dispositif de dépistage. Les recommandations d'octobre 2009 découlent de cette évaluation.

Constat

Devant la persistance d'un retard au dépistage affectant de façon plus particulière certains groupes de population ne se considérant pas comme «à risque» et parce que l'épidémie continue d'atteindre plus particulièrement certains groupes de la population et certaines régions, une stratégie de dépistage en 2 volets est recommandée par la HAS :

- * l'un répond à l'objectif d'améliorer la détection précoce de l'infection par le VIH et d'en réduire le retard au diagnostic. Cette recommandation vise aussi à promouvoir l'idée que la connaissance du statut sérologique vis-à-vis du VIH peut-être à l'origine de bénéfices au niveau individuel comme à l'échelle collective,
- * l'autre tenant compte de l'hétérogénéité de l'épidémie d'infection par le VIH en France, propose des dépistages ciblés et réguliers pour certaines populations et dans certaines circonstances.

⁷ Les recommandations sont téléchargeables sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_866949/depistage-de-linfection-par-le-vih-en-france-strategies-et-dispositif-de-depistage

Recommandations

Des stratégies nouvelles de dépistage ainsi que des améliorations et un renforcement des dispositifs existants devront être apportées. Les résultats et l'impact de ces stratégies nouvelles devront être réévalués.

Proposition du test de dépistage en population générale

La proposition de dépistage s'adresse par définition à l'ensemble de la population générale ou à un sous-ensemble de celle-ci (comme dans le cas du dépistage prénatal universel), sans distinction selon l'évaluation du risque d'exposition ou de contamination par le VIH. Dans le cas présent, la population cible correspond à la population générale de 15 à 70 ans.

Les médecins généralistes doivent être les relais principaux de cette stratégie de proposition du test de dépistage à l'ensemble de la population. D'autres structures ou professionnels de santé devraient également participer à la mise en œuvre de cette stratégie de dépistage : les gynécologues médicaux et gynécologues-obstétriciens, les services de médecine universitaire, les centres de planification et d'éducation familiale, les centres de protection maternelle et infantile, les dispositifs d'accès aux soins primaires (permanences d'accès aux soins de santé, consultations de médecine générale en dispensaires publiques pour les personnes en situation de précarité, dispositifs en direction des migrants, etc.) et à l'issue des expérimentations en cours en France, si elles révèlent un intérêt de santé publique suffisant, les services d'urgences hospitalières.

Par ailleurs un test de dépistage pourrait également être proposé plus largement à la population générale lors d'un recours aux soins hospitaliers, comme dans le cadre d'une prise en charge pré-opératoire.

Le recours volontaire au dépistage pourrait se développer par la possibilité de réalisation du test de dépistage directement dans les laboratoires d'analyse de biologie médicale, sans prescription.

Dépistage ciblé et régulier

Selon les populations

Certaines populations devraient se voir offrir selon une fréquence régulière un test de dépistage du VIH :

- les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH)
- les personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois
- les populations des départements français d'Amérique
- les usagers de drogues injectables (UDI)
- les personnes originaires d'une zone de haute prévalence, notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes
- les personnes en situation de prostitution
- les personnes dont les partenaires sexuels sont infectés par le VIH

Des rythmes de dépistage ont ainsi été définis à partir des résultats des travaux de modélisation ou de leur transposition pour les populations cibles suivantes : tous les ans chez les HSH multipartenaires, tous les ans chez les UDI, tous les ans chez les personnes multipartenaires originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes. En dehors de ces trois cas, en l'absence des données nécessaires dans le cadre des travaux de modélisation, aucune recommandation plus précise sur les rythmes de dépistage n'a pu être formulée.

Selon les situations

Un test de dépistage de l'infection par le VIH devrait être systématiquement proposé, quelle que soit la population, dans un certain nombre de circonstances particulières :

- suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite B ou C
- suspicion ou diagnostic de tuberculose
- projet de grossesse
- interruption volontaire de grossesse (IVG)
- première prescription d'une contraception
- viol
- en cours d'incarcération.

Dépistage en Guyane

En raison des caractéristiques épidémiologiques de l'infection par le VIH en Guyane qui placent ce département dans une situation d'épidémie généralisée, la HAS recommande la mise en œuvre de stratégies de dépistage volontaristes reposant sur la proposition test du dépistage de l'infection par le VIH à l'ensemble de la population générale, répétée tous les ans dans le cadre des services de soins primaires et du recours aux soins hospitaliers.

A retenir

Certaines de ces recommandations de l'HAS attendent d'être entérinées par la DGS avant mise en œuvre.

Dans tous les cas, la mise en place des nouvelles stratégies de dépistage et le renforcement des dispositifs préexistants, ne doivent pas remettre en cause les principes généraux que sont :

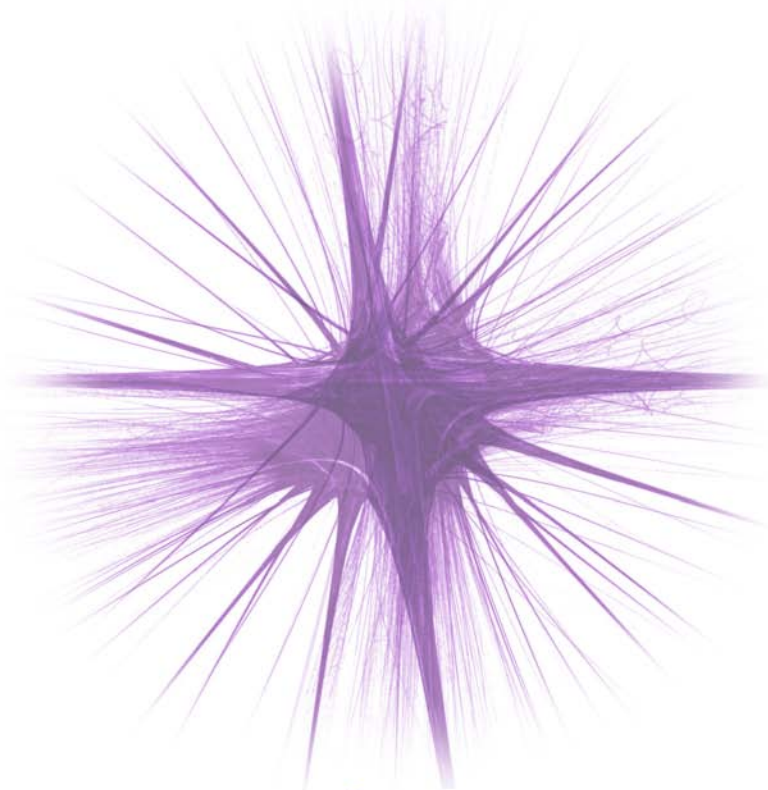
- le droit des personnes (confidentialité, possibilité d'anonymat, information adaptée et consentement éclairé)
- l'accessibilité au dépistage (gratuité, diversité)
- la démarche volontaire de dépistage

Bien entendu, le dépistage du VIH continue à s'inscrire dans le dispositif global de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et les hépatites B et C. Toute nouvelle infection par le VIH diagnostiquée, doit entraîner une prise en charge médicale adaptée.

Enfin, ces recommandations s'adressent en particulier aux acteurs des soins de première ligne que sont notamment, les médecins généralistes, les biologistes, les médecins spécialisés dans la prise en charge de l'infection par le VIH et les professionnels du suivi de la grossesse et de la santé reproductive (gynécologues obstétriciens, centres de PMI et de planification familiale, centre d'orthogénie).

Bibliographie

1. Synthèse extraite du rapport de l'étude KABP : *Halfen S., Fénies K., Ung B., Grémy. I. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004. Rapport ORS Ile-de-France, avril 2006, 290 p. disponible à l'adresse : www.ors-idf@ors-idf.org*
2. Synthèse extraite de la communication orale : *Premiers résultats de l'enquête ANRS-VESPA Antilles Guyane et Métropole. F. Lert, R. Dray-Spira, A. Schmaus, F. Michelot, S. Mulot, B. Spire et le groupe VESPA. Inserm U88, Inserm U379/ORS Paca, Inserm U430, Cermes, Cnrs, Leha*
3. Les recommandations sont téléchargeables sur :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_866949/depistage-de-linfection-par-le-vih-en-france-strategies-et-dispositif-de-depistage



Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe
1301 cité Grain d'Or - Circonvallation
97 100 Basse-Terre

05 90 38 74 48 05 90 38 79 84
courriel : contact@orsag.org
<http://www.orsag.org>

