



20^{ÈME} JOURNÉE DE LUTTE CONTRE LE SIDA
1^{ER} DÉCEMBRE 2008



L'infection par le VIH à Saint-Martin et en Guadeloupe

Sommaire

LA MISE EN PLACE DE LA COREVIH	page 1
EPIDEMIOLOGIE DE L'INFECTION PAR LE VIH EN GUADELOUPE	page 2
- Chiffres-clés	page 2
- Découvertes de séropositivité	page 3
DEPISTAGE	page 4
- Recommandations nationales	page 4
- L'expérience Saint-Martinoise	page 6
LE CONTEXTE CARIBEEN	page 10
BIBLIOGRAPHIE	page 13

La brochure a été rédigée par Vanessa Cornély, chef de projet de l'ORSaG.

Le Dr Max Théodore, président-directeur de l'ORSaG a rédigé la partie relative à la mise en place de la COREVIH.

Le Dr François Bissuel, médecin coordinateur de l'unité VIH/sida Centre hospitalier de Saint-Martin a validé et corrigé les informations relatives à « L'expérience Saint-Martinoise » notamment la traduction de l'anglais au français du résumé de l'étude sur les tests de dépistage rapides.

La prise en charge de l'infection par le VIH en Guadeloupe et dans les Iles du Nord

La mise en place de la COREVIH

La COordination REgionale de lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine, COREVIH a été mise en place le 23/01/2008. La COREVIH de Guadeloupe couvre la région Guadeloupe et les collectivités des Iles du Nord (Saint-Martin et Saint-Barthélémy).

■ Elle a mis en place huit commissions thématiques

- Suivi épidémiologique et recherche
- Dépistage et prévention
- Accès aux droits
- Amélioration de la prise en charge
- Lutte contre la stigmatisation
- Information et communication
- Coopération régionale et budget

■ Ces différentes commissions devront contribuer à

- Augmenter le nombre de dépistage
- Augmenter le nombre de patients pris en charge de façon coordonnée avec les médecins de ville
- Diminuer le nombre de perdus de vue
- Réduire le nombre de sida maladie parmi les patients suivis à l'hôpital ou en ville
- Réduire le nombre de journées d'hospitalisation liées aux complications du VIH
- Mettre en place une campagne annuelle de lutte contre la stigmatisation

Les personnes vivant avec le VIH bénéficiant d'un suivi en Guadeloupe et dans les Iles du Nord en 2007

- 1489 personnes vivant avec le VIH dont 22 enfants sont suivies,
- La prise en charge de ces patients est assurée sur 3 sites
 - Au centre hospitalier universitaire de Pointe-à-Pitre : 874 patients
 - Au centre hospitalier de Basse-Terre : 237 patients
 - Au centre hospitalier LC Fléming à Saint-Martin : 378 patients

Epidémiologie de l'infection par le VIH en Guadeloupe (1) Chiffres clés

Les cas de sida en Guadeloupe

Du début de l'épidémie au 31/12/2007

Les indicateurs suivants incluent des données provisoires pour les années 2006 et 2007 non redressées pour les délais de déclaration.

- 1317 cas de sida ont été diagnostiqués en Guadeloupe,
- 65 % des cas sont des hommes
- La contamination hétérosexuelle est le principal mode de contamination (63 %)
- 67 % des cas sont de nationalité française
- Au 31/12/2007, 50 % des cas de sida diagnostiqués depuis le début de l'épidémie sont toujours en vie
- 48 % des adultes ont découvert leur séropositivité à l'entrée au stade sida.

Pour l'année 2005

Les données étant provisoires et non redressées pour les délais de déclaration pour les années 2006 et 2007, nous avons choisi de présenter les indicateurs de l'année 2005.

- 53 cas de sida ont fait l'objet d'une déclaration obligatoire
- Près de la moitié des cas de sida (25/53) ont découvert leur séropositivité à l'entrée au stade sida
- Parmi les cas de sida connaissant leur séropositivité à l'entrée au stade sida (28 cas), 3 sur 10 bénéficiaient d'un traitement antirétroviral avant le passage au stade sida.
- Au 31/12/2007, 11 de ces cas étaient décédés
- La candidose oesophagienne est la principale maladie inaugurale du stade sida (tableau I).

TABLEAU I

Nombre de cas de sida diagnostiqués en 2005 en fonction de la maladie inaugurale

Maladie inaugurale	Nombre de cas concernés
Candidose oesophagienne	24
Pneumocystose	15
Toxoplasmose	8
Tuberculose	7
Kaposi	1
Total	55

Source : InVS Surveillance du sida – Certains patients peuvent présenter 2 pathologies inaugurales ce qui explique un total supérieur au nombre de cas (53).

Epidémiologie de l'infection par le VIH en Guadeloupe (2) Découvertes de séropositivité VIH en Guadeloupe

Depuis sa mise en place en mars 2003, la notification des découvertes de séropositivité VIH a concerné 703 personnes en Guadeloupe et 22 921 sur l'ensemble du territoire français. Ne sont pas considérés comme des découvertes, les diagnostics VIH pour lesquels une sérologie antérieure de plus de 11 mois est connue.

TABLEAU II
Caractéristiques des individus concernés par la découverte de séropositivité depuis 2003

	Guadeloupe	France entière	p-value
Caractéristiques générales des individus (%)			
Femmes	54	39	<10 ⁻⁵
Individus âgés de 50 ans ou plus	22	15	<10 ⁻⁵
Individus de nationalité française*	40	52	<10 ⁻⁵
Principaux motifs de dépistage (%)*			
Signes biologiques	46	37	10 ⁻⁴
Grossesse	15	8	<10 ⁻⁵
Bilan systématique	15	13	NS
Risque d'exposition	13	24	<10 ⁻⁵
Mode de contamination (%)*			
Contamination hétérosexuelle	90	65	<10 ⁻⁵
Stade clinique à la découverte de l'infection par le VIH (%)*			
Diagnostic au stade de primo-infection	2	10	<10 ⁻⁵
Diagnostic au stade maladie sida	26	19	2.10 ⁻⁴

*Ces proportions sont calculées chez les individus pour lesquels sont connus :
- la nationalité (67 % des 703 individus en Guadeloupe et 73 % des 22 921 pour la France entière)
- le motif de dépistage (soit 61 % en Guadeloupe et 71 % pour la France entière)
- le mode de contamination (61 % et 69 % des individus)
- le stade clinique (66 % et 74 %)

Source : InVS Surveillance du VIH - Données cumulées 2003-décembre 2007, non corrigées pour la sous-déclaration - Exploitation : ORSaG

Ce tableau confirme les différences épidémiologiques de l'infection à VIH entre la Guadeloupe et la France entière déjà largement analysées et documentées (en Guadeloupe, davantage de femmes contaminées, de personnes de nationalité étrangère, une population plus âgée...) (tableau II). Cependant, les indicateurs suivants soulignent indirectement le retard dans le dépistage et confortent la nécessité d'améliorer le dépistage et de persister dans sa promotion. En effet, le risque d'exposition occupe la dernière position des principaux motifs de dépistage. La découverte de la séropositivité au stade de la primo-infection concernerait 2 % des individus (10 % au niveau national), 26 % sont déjà au stade sida au moment du diagnostic.

Il existe une différence entre les caractéristiques des deux populations quand le résultat du test correspond à une valeur inférieure au seuil de significativité fixée à 0,05 (5%). Cette valeur est dite p-value. L'abréviation NS signifie l'absence de différence significative entre les 2 populations pour la caractéristique étudiée.

Recommandations nationales (1) Dépistage - La Haute Autorité de Santé

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié le premier volet de recommandations sur le dépistage de l'infection par le VIH en France en octobre 2008.

Recommandation

relative aux techniques de dépistage

Utilisation d'une seule technique, au lieu de deux auparavant : le test Elisa combiné est reconnu plus performant au début de l'infection.

Recommandation relative à l'établissement du diagnostic

Une personne peut être considérée comme non infectée par le VIH si un test de dépistage Elisa combiné est négatif six semaines après l'exposition supposée au VIH, et non plus trois mois comme auparavant.

Rappel sur la réalisation du diagnostic du VIH

Le diagnostic biologique de l'infection par le VIH est réalisé en 2 temps :

1. L'analyse de dépistage qui permet de détecter les anticorps dirigés contre le VIH.

2. Si l'analyse de dépistage est positive, l'analyse de confirmation est réalisée en complément sur le prélèvement initial sanguin.

- L'analyse de confirmation permet de vérifier que les anticorps détectés sont bien liés à une infection par le VIH et d'identifier le type de VIH présent (VIH 1 ou VIH 2).

Cas particulier : la personne prenant un traitement préventif à la suite d'une exposition supposée au VIH peut être considérée comme non infectée si le test de dépistage réalisé trois mois après l'arrêt du traitement est négatif

Dans ce premier volet, l'HAS innove en proposant également l'utilisation des tests de dépistage rapides.

Qu'est-ce qu'un test de dépistage rapide ?

- Ce sont des tests unitaires.
- Réalisables sur le sang total, la salive, le sérum ou le plasma
- Moins de 30 minutes suffisent à l'obtention de résultat.
- Le respect de conditions précises permet de garantir la qualité des résultats obtenus.
- Tout résultat positif doit faire l'objet d'un résultat de confirmation

Orientations préconisées

« En dehors de ces situations d'urgence, la HAS reconnaît l'intérêt potentiel des tests de dépistage rapide pour faciliter l'accès au dépistage des populations qui n'ont pas accès aux dispositifs traditionnels de dépistage. En ce sens, elle encourage la mise en place de **projets expérimentaux** qui permettront de confirmer les bénéfices attendus de ces tests dans le contexte français. L'évaluation de ces projets permettra de formuler des recommandations concernant les circonstances d'utilisation des tests de dépistage rapide en pratique courante en France ».

Recommandations nationales (2) Dépistage - Le Conseil national du Sida

Les départements français d'Amérique (DFA) se caractérisent par un recours au dépistage, un nombre de sérologies par habitant et une proportion de sérologies positives parmi les plus élevés de France (tableau III). Cependant, dans des populations où les freins au dépistage sont nombreux, le dépistage est rarement motivé par des prises de risque récentes. Le dépistage est majoritairement effectué en médecine de ville.

En 2006, dans son rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France, le Conseil National du sida (CNS) propose pour les régions prioritaires à fortes prévalences (DFA et Réunion, Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur).

- d'étendre la proposition de dépistage lors du recours aux soins notamment dans les services d'urgences à l'ensemble de la population sexuellement active n'ayant pas réalisé le test l'année précédente.
- dans le cas particulier des départements d'Outre-Mer, de permettre l'accès aux dépistages anonymes et gratuits après des médecins libéraux ou hospitaliers volontaires tout en insistant sur la préservation stricte de la confidentialité ou de l'anonymat.

La CNS précise que les COREVIH sont les structures les mieux désignées pour faire des propositions en matière de dépistage.

Recommandation

Après avoir recueilli le consentement éclairé de la personne, **l'utilisation des tests de dépistage rapide est préconisée dans certaines situations d'urgence médicale : les accidents professionnels d'exposition au sang, les accidents d'exposition sexuelle, etc... afin :**

- d'obtenir un diagnostic rapide
- de permettre une prise en charge adaptée

TABLEAU III
Activité de dépistage du VIH des laboratoires en excluant le don de sang
par région en 2007

	Nombre de sérologies pour 1 000 habitants	Nombre de sérologies positives par million d'habitants	Nombre de sérologies positives pour 1000 tests
Guyane	152	2047,8	13,5
Guadeloupe	138	720,6	5,2
Martinique	134	269,8	2,2
Provence Alpes-Côte d'azur	111	150,3	1,4
Ile-de-France	105	468,4	4,5
Réunion	88	69,4	0,8
Languedoc-Roussillon	86	91,5	1,1
Alsace	81	85,3	1,1
Lorraine	79	76	1,0
Nord Pas-de-Calais	74	72,2	1,0
Haute-Normandie	73	92,7	1,3
Rhône-Alpes	73	107,2	1,5
Corse	72	14,2	0,2
Midi-Pyrénées	72	111,9	1,5
Aquitaine	70	81,1	1,2
Auvergne	67	46,7	0,7
Champagne-Ardenne	66	65,1	1,0
Franche-Comté	64	44,3	0,7
Limousin	62	62,5	1,0
Bourgogne	61	65,2	1,1
Centre	61	75,9	1,2
Poitou-Charentes	60	68,1	1,1
Basse-Normandie	59	69,9	1,2
Picardie	57	46,6	0,8
Bretagne	55	43,6	0,8
Pays-de-Loire	53	80,8	1,5
France entière	79	166,9	2,1

Source : InVS Estimation pour l'ensemble des laboratoires, à partir des laboratoires participants (par région le taux de participation varie de 79 à 100 %, au niveau national il est de 88 %)

Dépistage – L'expérience Saint-Martinoise (1)

L'épidémiologie de l'infection par le VIH

- La prévalence estimée à Saint-Martin est de 1 500 personnes vivant avec le VIH dans les 2 parties de l'île (1,5 % de la population).
- Le suivi de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) est assuré dans la partie française de l'île au Centre Hospitalier Louis-Constant Fleming (par une équipe de 8 personnes) et à l'Union road Medical Clinic en partie néerlandaise.
- 378 patients sont suivis dans la partie française, 177 patients en partie néerlandaise.

Caractéristiques des PVVIH suivis CH de Saint-Martin en partie française en 2008 (janvier à novembre)

Chiffres

- **56 %** de femmes, **44 %** d'hommes
- **7** enfants de moins de 11 ans
- **87 %** de contamination hétérosexuelle
- Moyenne d'âge des patients : **45 ans**
- **30 %** des patients au stade C de la maladie (sida)
- **6** décès en 2008
- **79 %** des patients sous traitement antirétroviral, dont 83 % ont une charge virale indétectable
- Depuis 2002, **74** accouchements de femmes séropositives ont eu lieu à Saint-Martin (10 en 2008). Un enfant a été contaminé en 2002.

Constats

- Progression constante de la file active, principalement grâce à l'élargissement de l'offre de dépistage.
- Découverte encore tardive de la séropositivité VIH (1/3 des nouveaux patients).
- Rôle essentiel de la consultation d'observance thérapeutique dans la prise en charge des patients traités.
- Qualité des soins altérée par la persistance des obstacles administratifs à l'accès aux soins.

Le Centre hospitalier de Saint-Martin a étudié pendant 4 ans le test de dépistage rapide Determine HIV 1+2®. Ce travail a été présenté au mois d'août 2008, lors du congrès international sur le Sida à Mexico.

Dépistage – L'expérience Saint-Martinoise (2)

Première évaluation à grande échelle d'un test de dépistage rapide du VIH aux Antilles françaises

F. Bissuel¹, P.Huc², C.Lepers², J.A Gandji¹, N.Agape¹, V.Deneuville¹

¹ Unité VIH/sida, ² Laboratoire de Biologie, Centre Hospitalier L.C. Fleming, Saint-Martin, Guadeloupe

Contexte

A l'instar de l'ensemble de la Caraïbe, les Antilles françaises sont confrontées à une forte épidémie de VIH/sida caractérisée notamment par le dépistage tardif de l'infection. L'un des principaux challenges est donc d'améliorer l'accès au dépistage dans un contexte socio-culturel peu favorable. Actuellement, la réglementation française ne permet pas d'utiliser en routine les tests de dépistage rapide (TDR) du VIH, malgré leur intérêt pour toucher les personnes ayant un risque élevé d'exposition au VIH et pour accroître la proportion de personnes récupérant le résultat de leur dépistage.

Méthodes

Dans une zone de haute prévalence (Saint-Martin, Antilles françaises), nous avons évalué sur une période de 4 ans les performances d'un TDR sanguin réalisé chez tous les patients pour lesquels un dépistage du VIH était demandé, que ce soit en ambulatoire, lors d'une hospitalisation, ou à l'occasion d'un passage aux Urgences.

Techniques de dépistage utilisées

- Test rapide : Abbott DETERMINE HIV 1+2® (sur serum)
- Test ELISA : Bayer ADVIA Centaur HIV 1/O/2®
- Les tests dont les résultats étaient positifs ou indéterminés étaient contrôlés par un second test ELISA (Bio-Mérieux HIV DUO Vidas®) et confirmés par un Western Blot.

Résultats

20 610 TDR ont ainsi été réalisés entre 2004 et 2007 (tableau IV)

Conclusion

Notre étude confirme la fiabilité du test Abbott DETERMINE HIV 1+2®, corroborant les informations délivrées par le fabricant. Déjà utilisé dans des régions à populations pauvres ou souffrant d'exclusion, les TDR offrent de nouvelles possibilités de dépistage des personnes vivant avec le VIH aux Antilles françaises. Les recommandations françaises devraient être modifiées en ce sens.

Traduction de l'abstract CDB0041 XVII International Aids Conference: "First large-scale evaluation of a rapid immunoassay HIV test in French West Indies"

FIGURE 1

Caractéristiques des performances intrinsèques et attendues d'un test de dépistage

La **sensibilité** et la **spécificité** permettent d'évaluer les performances intrinsèques du test utilisé.

La **sensibilité** est la capacité du test à correctement diagnostiquer les patients ayant réellement la maladie recherchée (tests positifs parmi les malades). Plus elle est élevée, moins il y a de **faux-négatifs**.

La **valeur prédictive positive** et la **valeur prédictive négative** permettent d'évaluer la confiance que l'on peut avoir dans un test positif et un test négatif.

La **valeur prédictive positive** est la probabilité que la maladie soit présente quand le résultat du test est positif. Elle dépend de la spécificité (faux-positifs).

La **valeur prédictive négative** est la probabilité que la maladie soit absente quand le résultat du test est négatif. Elle dépend de la sensibilité (faux-négatifs).

TABLEAU IV

Résultats et performances du test de dépistage rapide DETERMINE HIV 1+2 à Saint-Martin de 2004 à 2007

	2004	2005	2006	2007	Total
Nombre de tests réalisés	4 892	5 283	5 013	5 422	20 610
Nombre de sérologies positives confirmées	48 (0,98 %)	71 (1,34 %)	35 (0,70%)	52 (0,96 %)	206 (1,00 %)
Performances du test rapide					
Nombre de faux-positifs	13	17	9	11	50
Nombre de faux-négatifs	0	0	0	0	0
Valeur prédictive positive	78,69 %	80,68 %	79,55 %	82,54 %	80,47 %
Valeur prédictive négative	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
Spécificité	99,73 %	99,67 %	99,82 %	99,80 %	99,76 %
Sensibilité	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Contexte caribéen

- ✳ Dans le monde, 33 millions de personnes vivraient avec le VIH.
- ✳ En terme de prévalence, la Caraïbe est la 2ème région la plus touchée après l'Afrique subsaharienne

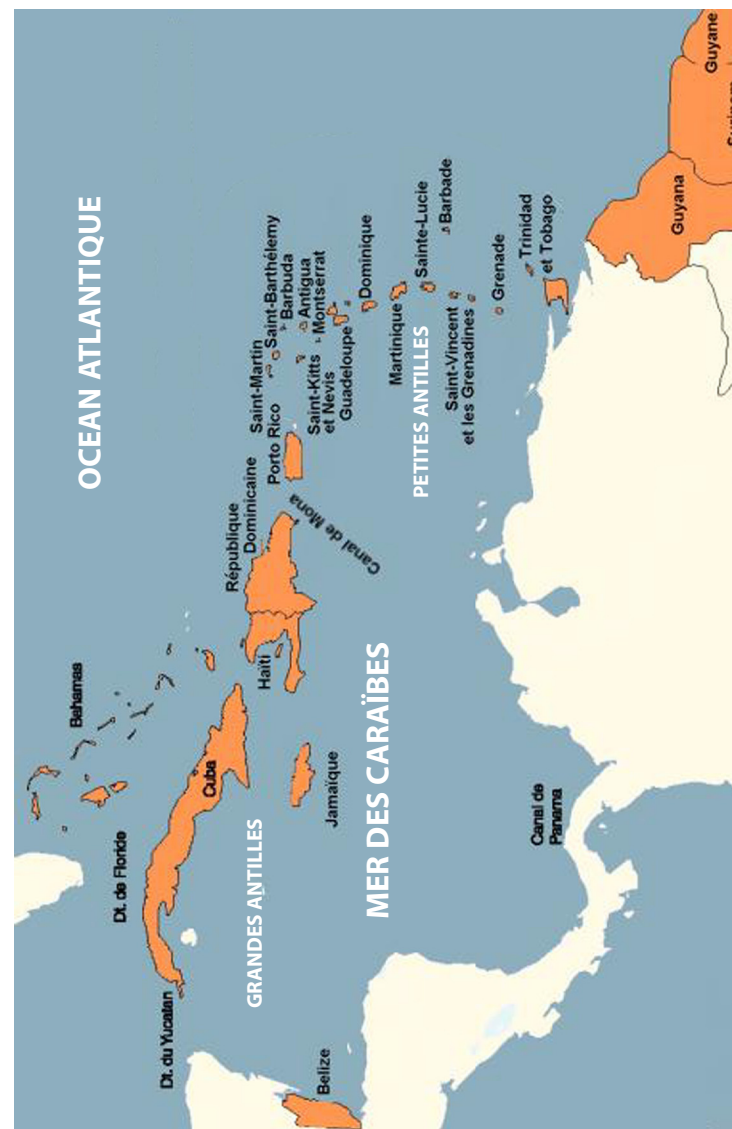
- ✳ 210 000 à 270 000 personnes (dont 96 % d'adultes) vivraient avec le VIH dans la Caraïbe (figure 2).
- ✳ Au moins 1 cas sur 2 vit à Haïti.
- ✳ Dans la Caraïbe, 1,1 % de la population âgée de 15 à 49 ans serait concernée par l'infection par le VIH.
- ✳ La prévalence serait de 0,1 % à Cuba et de 3,0 % aux Bahamas (tableau V).

TABLEAU V
 Quelques caractéristiques de l'infection par le VIH dans quelques états de la Caraïbe en 2007

	Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH)	Proportion d'adultes (âgés de 15 ans et plus)	Evolution du nombre de PVVIH de 2001 à 2007	Prévalence de l'infection par le VIH chez les adultes âgés de 15 à 49 ans
Bahamas	6 200	98 %	+ 8,8 %	3,0 %
Barbade	2 200	100 %	+ 4,8 %	1,2 %
Cuba	6 200	100 %	+158,3 %	0,1 %
République Dominicaine	62 000	95 %	- 4,6 %	1,1 %
Haïti	120 000	92 %	+ 22,4 %	2,2 %
Jamaïque	27 000	96 %	+ 17,4 %	1,6 %
Trinité et Tobago	14 000	93 %	+ 16,0 %	1,5 %

Source : ONUSIDA

FIGURE 2
 Carte des pays de la Caraïbe



Bibliographie

Haute Autorité de santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France-Modalités de réalisation des tests de dépistage. Saint-Denis La Plaine : Haute Autorité de Santé ; octobre 2008.17 p. Disponible sur URL : < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/recommandations_-_depistage_de_linfection_par_le_vih_en_france_-_modalites_de_realisation_des_tests_de_depistage_2008-10-22_11-55-8_316.pdf

Le Conseil national du sida. Rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France [Internet]. Paris : Conseil national du sida ; novembre 2006. 23 p. Disponible sur URL : <http://www.cns.sante.fr/htm/avis/depistage/16_11_06/fr_1_b.htm>

Données issues de la déclaration obligatoire du sida au 31 décembre 2007. Saint-Maurice(France) ;novembre 2008 Institut nationale de Veille Sanitaire. Disponible sur URL :< http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/BDD_sida/index.htm>. Données issues de la déclaration obligatoire du VIH au 31 décembre 2007. Saint-Maurice(France) ;novembre 2008 Institut nationale de Veille Sanitaire. Disponible sur URL :< http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/BDD_sida/index.htm>.

Hutchinson AB, Branson MB, Kim A, Farnham PG.
Meta –analysis of the effectiveness of alternative HIV counseling and testing methods to increase knowledge of HIV status.
AIDS 2006, 20:1597-1604.

Programme commun des nations unies sur le VIH sida (ONUSIDA). Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008. Genève (Suisse) : ONUSIDA .Estimations et données VIH et sida 2007 et 2001 ; [2008] ; [211-234 p.]; Disponible sur URL : <http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1510_2008_global_report_pp211_234_fr.pdf>



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>

Brochure réalisée avec le soutien financier
du Groupement régional de santé publique (GRSP)

