

# Particularités de l'infection à VIH aux Antilles et en Guyane française en 2004

André Cabié<sup>1</sup>, Marie-Thérèse Georger-Sow<sup>2</sup>, Mathieu Nacher<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Csih\* de Martinique, centre hospitalier universitaire de Fort-de-France <sup>2</sup> Csih\* de Guadeloupe, centre hospitalier universitaire de Pointe-à-Pitre <sup>3</sup> Csih\* de Guyane, centre hospitalier de Cayenne

## INTRODUCTION

La Guadeloupe, la Martinique et la Guyane sont des départements français d'Amérique (DFA) situés au cœur de la région Caraïbe.

La prise en charge des personnes vivant avec le VIH-sida (PVVIH) est organisée dans les trois DFA autour des Csih. Des structures permettant la prise en charge ambulatoire des patients ont été mises en place dans les trois départements (hôpitaux de jour et consultations). Ces structures sont de petites tailles et leur fonctionnement ne repose que sur quelques personnes.

En avril 2003, le Conseil national du sida s'inquiétait de l'évolution du VIH-sida dans les départements d'outre-mer et demandait une amélioration du dispositif de lutte contre l'épidémie [1]. Ces difficultés à contrôler l'épidémie peuvent être expliquées par des particularités géographiques, économiques, sociales et culturelles de ces départements. L'objectif de cet article est de décrire les caractéristiques de l'épidémie de VIH/sida dans les DFA, afin de mieux comprendre les particularités de l'épidémie dans ces départements.

## MATÉRIEL – MÉTHODES

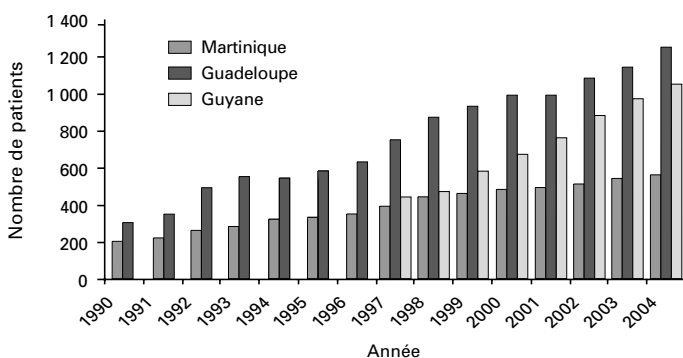
Les données présentées dans cet article sont issues des rapports d'activité des Csih des trois DFA. Ces rapports sont rédigés à partir des données de la base de données hospitalières française du VIH (French Hospital Database on HIV, FHDH, <http://www.ccd.e.chups.jussieu.fr/fhdh/>), des données de déclaration obligatoire du VIH et du sida et des bases de données propres à chaque Csih. Les données présentées concernent les patients suivis entre janvier et décembre 2004. La file active annuelle est constituée par les patients ayant eu au moins un recours hospitalier pendant la période. Les données de la FHDH sont recueillies par les techniciennes d'études cliniques des Csih. L'exhaustivité du recueil est variable selon la période et les départements. La prévalence de l'infection par le VIH chez les parturientes est estimée à partir du nombre de femmes enceintes suivies et du registre départemental des accouchements.

## RÉSULTATS

En décembre 2004, 2 862 patients étaient suivis pour une infection à VIH dans les trois DFA. Soit 0,029 % de la population des DFA. L'évolution des files actives des trois départements est indiquée sur la figure 1. Nous ne disposons pas de données pour la Guyane avant 1997. La qualité du recueil des données a évolué dans le temps. Elle s'est améliorée à Saint-Laurent du Maroni depuis 2000 et à Saint-Martin depuis 2002. En Martinique, l'exhaustivité est proche de 100 % depuis 1990. Entre 1997 et 2002, la file active antillo-guyanaise a progressé de 31 % versus 8 % pour la file active nationale de la FHDH. La Guyane est le département où l'augmentation de la file active a été la plus rapide : + 138 % entre 1997 et 2004.

Figure 1

Évolution des files actives dans les trois départements français d'Amérique entre 1990 et 2004



## Caractéristiques démographiques des PVVIH

Ces caractéristiques sont indiquées dans le tableau 1. Les patients des DFA sont plus âgés qu'en métropole. En 2004, les personnes âgées de plus de 50 ans représentaient 27,8 % de la file active à Fort-de-France, 32,7 % à Pointe-à-Pitre, et 17,4 % dans la FHDH (2002).

Tableau 1

Comparaison des caractéristiques démographiques des files actives des patients suivis dans les DFA en 2004, et de l'ensemble des patients français suivis en 2002 (base française de données hospitalières sur l'infection à VIH)

Secteur géographique	Saint-Martin	Guadeloupe	Martinique	Guyane	France
<b>Population (2002) en milliers</b>	35	400	388	173	61 425
<b>Sites de suivi des patients vivants avec le VIH/Sida</b>	Marigot	Pointe-à-Pitre Basse-Terre	Fort-de-France	Cayenne Kourou Saint-Laurent	France
<b>File active (adultes)</b>	273	975	564	1 050	40 348
<b>Homme /femmes n (sex-ratio)</b>	113/160 (0,7)	540/435 (1,2)	349/215 (1,6)	467/583 (0,8)	28 254/12 094 (2,3)
<b>Nationalité</b>	n %	n %	n %	n <sup>1</sup> %	n %
France	66 24	677 69	504 89	118 20	- -
Haiti	153 56	258 26	47 8	318 54	- -
République Dominicaine	27 10	0	3 1	17 3	- -
Guyana	5 2	0	0	76 13	- -
Surinam	0	0	0	18 3	- -
Brésil	0	0	0	35 6	- -
Autre Caraïbe	19 7	35 4	4 1	0	- -
Autre	3 1	5 1	6 1	6 1	- -
<b>Groupe de transmission du VIH</b>	n %	n %	n %	n <sup>1</sup> %	n %
Hétérosexuel	- -	593 61	395 70	506 86	15 711 38,9
Homo/bisexuel	- -	92 9	124 22	17 3	13 769 34,1
Toxicomane	- -	42 4	23 4	6 1	6 247 15,5
Autres	- -	41 4	10 2	0	3 022 4
Inconnu	- -	211 22	12 2	59 10	3 022 7,5

<sup>1</sup> Données pour Cayenne uniquement, file active de 588 patients en 2004.

## Transmission du VIH

La transmission est sexuelle dans plus de 90 % des cas, principalement hétérosexuelle. En Martinique, des relations sexuelles entre hommes sont à l'origine de 22 % des transmissions (tableau 1). Il s'agit pour la moitié de personnes bisexuelles. Il n'y a pas ou peu de toxicomanie intraveineuse.

## Migrants et infection à VIH dans les DFA

L'importance relative des patients de nationalité non française dans les différentes files actives est indiquée dans le tableau 1. La situation est très différente d'un département à l'autre. En Guyane comme à Saint-Martin, les patients de nationalité française sont minoritaires.

## L'infection à VIH chez la femme enceinte

En Guyane, la séroprévalence chez les parturientes était en 2003 de 1,2 %. Elle est plus élevée chez les étrangères que chez les Françaises : 3,5 % chez les femmes de nationalité haïtienne contre 1 % chez les Françaises en 2003. A Saint-Martin la situation épidémiologique est comparable avec une prévalence estimée de l'infection à VIH chez les parturientes en 2004 de 1,7 % IC 95 = (1,0-2,8). En 2001, en Guyane, en raison de difficultés organisationnelles et logistiques, le taux de transmission materno-fœtal était très élevé (12,5 %, IC 95 = (4,7-25,2)). Il est en 2004, comme à Saint-Martin égal à 0, IC 95 = (0-7,7) à Cayenne et IC 95 = (0-25,3) à Saint-Martin. En 2004, 28 enfants infectés par le VIH ont été suivis à Cayenne.

## Pathologies opportunistes et co-infection

Les infections opportunistes ne sont pas les mêmes en Guyane que dans le reste des DFA et de la France. A Cayenne en 2004, les infections indicatrices de sida les plus fréquentes étaient la tuberculose (9 cas), l'histoplasmosse disséminée (8 cas) et la

\* Centre d'informations et de soins de l'immunodéficience humaine.

pneumocystose (7 cas), alors qu'à Fort-de-France il s'agissait de la candidose œsophagienne (9 cas), la toxoplasmose (6 cas) et la pneumocystose (5 cas). En Martinique et en Guadeloupe, la co-infection par le virus de l'hépatite C représente 8 % des files actives. Cette proportion était de 24, 3 % dans l'enquête nationale de juin 2004 [2].

La co-infection par le virus de l'hépatite B et le virus HTLV1 représentent aux Antilles moins de 5 % des files actives.

### Stade clinique et prise en charge thérapeutique

La répartition selon le stade clinique, la proportion de patients traités par antirétroviraux, les principaux traitements utilisés et l'efficacité de ces traitements sont indiqués dans le tableau 2. La multithérapie antirétrovirale la plus souvent utilisée dans les trois DFA, de même qu'en métropole en 2002, est l'association abacavir, lamivudine, zidovudine. Il s'agit de la combinaison efficace la plus simple disponible en 2004. Pour les autres combinaisons, les stratégies divergent entre les DFA : inhibiteurs non nucléosidiques à Saint-Martin et en Guyane (comme en métropole en 2002) et inhibiteurs de protéase en Martinique et en Guadeloupe. Sur les quatre files actives étudiées (2 168 patients), 75 % (1 619) des patients ont reçu des antirétroviraux en 2004. Cette proportion était de 76 % en France en 2002 [3]. En Martinique, 20 % des patients non traités le sont pour des difficultés d'accès aux soins. Une première moitié en raison d'une désocialisation induite par des conduites addictives (alcoolisme, toxicomanie au crack), l'autre moitié en raison de la crainte du rejet et de la discrimination que pourraient entraîner une rupture de confidentialité de l'entourage ou des soignants.

Tableau 2

Stade clinique et prise en charge thérapeutique des patients dans les DFA, 2004						
	Saint-Martin Guadeloupe		Pointe-à-Pitre Guadeloupe		Fort-de-France Martinique	Cayenne Guyane
	n	%	n	%	n	%
File active 2004 (nombre de patients)	273		743		564	588
Stade clinique en 2004						
A	161	59	357	48	327	58
B	41	15	156	21	68	12
C	71	26	230	31	169	30
Données non disponibles						
Patients traités n (%)	175	64	557	75	417	74
Proportion de patients avec une charge virale inférieure à 400 copies/ml	216	79	nd		423	75
Proportion de patients avec une charge virale inférieure à 50 copies/ml	164	60	nd		389	69

### Dépistage et déclaration obligatoire du VIH

En 2002, les données de la FHDH montraient qu'il existait un retard de prise en charge dans les DFA : odds ratio pour une prise en charge tardive entre Métropole et DFA à 1,3 IC 95 (1,2-1,5) [3]. Entre mars 2003 et septembre 2004, en France, 5 193 nouveaux diagnostics d'infection à VIH ont été déclarés. 13, 4 % des patients étaient au stade de sida. Le nombre de cas et la proportion de sida étaient de 121 et 13,2 % en Guadeloupe, 89 et 8,9 % en Martinique, et 183 et 15,3 % en Guyane.

### Nouveaux cas de sida et décès

Le taux d'incidence du sida pour 100 000 habitants est beaucoup plus élevé dans les DFA que dans le reste du territoire français : Guyane : 38,6 ; Guadeloupe : 7,6 ; Martinique : 6,7. Ce taux est, en France métropolitaine, de 2,3. Après la baisse observée en 1996 et 1997, le nombre de décès annuel s'est stabilisé : 28 décès en Guadeloupe et en Martinique, 18 décès à Cayenne. Il s'agit majoritairement de patients non suivis régulièrement et non traités, ou dépistés trop tardivement.

### DISCUSSION-CONCLUSION

Depuis le milieu des années 1980, l'épidémie de VIH-sida se propage dans la région caraïbe par voie sexuelle, principalement hétérosexuelle. Les caractéristiques démographiques montrent qu'il s'agit d'une infection sexuellement transmissible sans véritable groupe à risque individualisable et touchant l'ensemble de la population des DFA. La progression de la file active, l'incidence du sida et la séroprévalence chez les parturientes supérieures à 1 %, montrent que l'épidémie est généralisée en Guyane, et à Saint-Martin. L'augmentation importante de la file active guyanaise peut s'expliquer en partie par l'amélioration de la qualité du recueil des données. Ailleurs l'épidémie est plus contenue.

Le rejet des malades, la discrimination et l'exclusion représentent toujours en 2005, dans les DFA, un frein majeur, au dépis-

tage précoce, à l'accès au soins et donc à un contrôle de l'épidémie [4,5]. La précarisation des populations vulnérables (toxicomanes, prostitués, étrangers en situation irrégulière...) est nettement accentuée par l'infection à VIH.

En Guyane, selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), près de 30 % de la population est de nationalité étrangère. Or cette population représente 80 % de la file active à Cayenne. Il semble y avoir peu de migration pour soins, le motif principal étant d'ordre économique. La prise en charge de ces patients est particulièrement difficile en raison d'une grande précarité, des difficultés de régularisation des situations administratives et des obstacles culturo-linguistiques. Afin de remédier à ces difficultés, des médiateurs culturels ont été formés en Guyane et un médiateur est en poste à l'hôpital de Cayenne depuis 1999.

L'homophobie, institutionnalisée dans certains pays de la région, est vécue au quotidien par les patients homosexuels et bisexuels entraînant un repli sur soi-même et donc une exclusion de la prévention, du dépistage et de la prise en charge.

L'ensemble des antirétroviraux disponibles en France métropolitaine l'est aussi dans les trois DFA. Cependant l'accès aux nouveaux antirétroviraux est rendu difficile par le refus des firmes pharmaceutiques de faire participer nos centres aux essais de phase II/III, par la lenteur des procédures d'autorisation temporaire d'utilisation nominative, et par les difficultés financières des hôpitaux. En plus des obstacles habituels à l'observance thérapeutique, les soignants rencontrent, dans les DFA, des difficultés liées à la langue, aux particularités socio-culturelles, aux représentations magico religieuses du corps et de la maladie, et au rejet, à la stigmatisation et à l'isolement des patients. Depuis 2002, où de moins bons résultats thérapeutiques étaient observés dans les DFA par rapport à la métropole [3], de nets progrès ont été effectués. La proportion de patients traités et les résultats virologiques se rapprochent de ceux de la métropole. Des consultations d'observance assurées par des infirmières ont été mises en place en Martinique et à Saint-Martin (en 2002), et les stratégies thérapeutiques ont été réévaluées et modifiées en Guyane (2003).

Malgré l'effort entrepris au cours des années 1990, les DFA souffrent toujours d'un retard structurel important. Certains centres hospitaliers connaissent de grandes difficultés financières et les moyens humains sont nettement insuffisants dans les trois départements, ce qui contraint les équipes à travailler en sous-effectif permanent. Le taux très élevé de transmission materno-fœtal observé en Guyane en 2001 en est une illustration.

De notre point de vue, le contrôle de l'infection par le VIH dans les DFA et la région caraïbe au cœur de laquelle sont situées ces départements, passe d'une part par un engagement politique plus fort de l'Etat et des collectivités territoriales et, d'autre part par une modification de la perception sociale de l'infection à VIH et des personnes infectées par ce virus.

### REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient tous les professionnels de santé impliqués au quotidien auprès des patients pour lutter contre l'épidémie de VIH-sida dans la région caraïbe. Ils remercient tout particulièrement les techniciennes d'études cliniques qui par leur travail minutieux et parfois ingrat, nous ont permis de présenter ses données. Il s'agit de Emelyne Duvalon, Ketty Samar et Véronique Walter en Guadeloupe, de Sergine Soyon et Karine Vérin en Guyane, et de Véronique Beaujolais et Régine Dupin de Majoubert en Martinique.

### RÉFÉRENCES

- [1] Conseil national du sida. Repenser la politique de lutte contre le VIH/Sida dans les départements d'outre-mer, rapport suivi de recommandations, 11 mars 2003.
- [2] Larsen C, Pialoux G, Salmon D, Antona D, Piroth L, Le Strat Y, Pol S, Rosenthal E, Neau D, Semaille C, Delarocque-Astagneau E. Prévalence des co-infections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH+, France, juin 2004. BEH 2005; 23:109-12.
- [3] Delfraissy J-F. Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. Rapport 2004. 2004 ; Médecine-Science Flammarion.
- [4] Lewden C, Sobesky M, Cabié A, Couppié P, Boulard F, Bissuel F, May T, Morlat O, Chêne G, Lamaury I, Salmon D et le groupe Mortalité 2000. Cause de décès des adultes infectés par le VIH dans les départements français d'Amérique à l'ère des traitements antirétroviraux hautement actifs. Med Mal Infect 2004; 34:286-92.
- [5] Nacher M, El Guedj M, Vaz T, Nasser V, Randrianjohany A, Alvarez F, Sobesky M, Magnien C, Couppié P. Risk factors for late HIV diagnosis in French Guiana. AIDS 2005; 19(7):727-9.