

Infection par le VIH dans les DFA

| Éditorial |

Martine Ledrans, responsable scientifique de la Cire Antilles Guyane

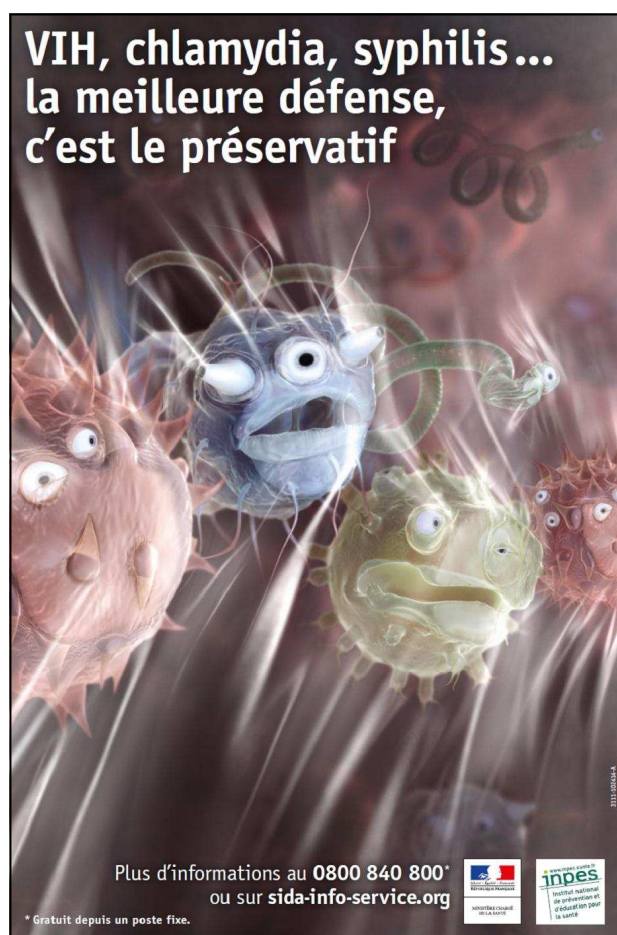
Ce BVS, consacré à l'infection par le VIH est le deuxième après celui de 2012 qui paraît à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le Sida. Il est en effet primordial de faire le point sur la situation épidémiologique de l'infection dans nos régions. En effet, les départements français d'Amérique (DFA) demeurent en 2013 avec l'Ile de France, les régions de France les plus concernées par la découverte de nouvelles séropositivités vis-à-vis du VIH avec 907 découvertes de séropositivité VIH par million d'habitants pour la Guyane, 240 par million d'habitants pour la Guadeloupe et 225 par million d'habitants en Martinique. Les incidences du sida dans les DFA restent aussi supérieures aux valeurs nationales. La Guyane détient l'incidence annuelle la plus élevée, malgré une nette diminution de 45 en 2003 à 17 pour 100 000 habitants en 2012. L'incidence annuelle du sida en Guadeloupe reste aussi élevée, malgré une diminution de 19 à 8 pour 100 000 habitants de 2003 à 2013. Enfin, l'incidence annuelle du sida en Martinique reste relativement stable depuis 2003 : 7 cas pour 100 000 habitants en 2003 et 6 en 2013.

L'éditorial du tout récent Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire consacré au dépistage de l'infection indique que malgré de nombreux efforts de prévention et de promotion du dépistage, le nombre de personnes ignorant leur séropositivité ne se réduit pas [1]. Environ 30% des personnes découvrant leur séropositivité sont déjà à un stade tardif (sida ou à un niveau immunitaire faible ($CD4 \leq 200/mm^3$)), traduisant un délai de plusieurs années après leur contamination. Ainsi, dans les DFA, les personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2011 et 2013 sont déjà au stade tardif dans 38% des cas en Guadeloupe, 25% en Martinique et 33% en Guyane. Ceci justifie pleinement les diverses actions de renforcement du dépistage mises en œuvre dans nos régions. A ce titre, le suivi des actions de dépistage est également un élément clé de la surveillance globale de l'infection.

Pour mieux concevoir les actions de dépistage et de prévention, il est primordial de mener des études sur les connaissances, croyances et comportements face à l'infection ainsi que sur la situation des personnes vivant avec le VIH. Sur ces sujets, on pourra se reporter à l'ouvrage récent de l'ORS Ile de France et de l'Inpes présenté dans ce numéro et à l'article paru en 2013 présentant les résultats de l'enquête ANRS-VESPA2 sur la situation sociale et état de santé des personnes vivant avec le VIH en Outre Mer [2]. Enfin, un article de ce numéro met l'accent sur la vulnérabilité des femmes face au risque de l'infection par le VIH et aux autres IST.

1. <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2014/BEH-n-32-33-2014>

2. Lert F, Aubrière C, d'Almeida Wilson K, Hamelin C, Dray-Spira R et le groupe Vespa2. Situation sociale et état de santé des personnes vivant avec le VIH aux Antilles, en Guyane et à La Réunion en 2011. Premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2. Bull Epidemiol Hebd. 2013; (26-27):300-7.



Page 2 | Surveillance des infections à VIH et du sida dans les départements français d'Amérique : données 2013 et évolution depuis 2003 |

Page 10 | A propose de l'ouvrage *Les habitants des Antilles et de la Guyane face au VIH/sida et à d'autres risques sexuels* |

Page 11 | Vulnérabilité des femmes vis-à-vis du VIH et des IST en Guadeloupe et dans les DFA |

| Surveillance des infections à VIH et du sida dans les départements français d'Amérique : données 2013 et évolution depuis 2003

Mathilde Melin
Cellule de l'InVS en région Antilles-Guyane

1/ OBJECTIFS ET SOURCES DE DONNEES

Cet article présente les données de surveillance des nouveaux diagnostics d'infection à VIH et de sida en France et dans les Départements Français d'Amérique (DFA) en 2013, et leur évolution depuis 2003.

Avec les données du système de surveillance de l'activité de dépistage du VIH dans les laboratoires (LaboVIH), les déclarations

obligatoires du VIH (DO-VIH) et du sida (DO-sida), l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) estime le nombre de nouvelles infections VIH et de sida (Tableau 1). À partir du nombre de cas déclarés, ces estimations prennent en compte les délais de déclaration, l'exhaustivité de la déclaration obligatoire et les valeurs manquantes [1; 2].

| Tableau 1 |

Caractéristiques principales des données de suivi des infections à VIH et du sida en France

Données	Objectifs	Année de mise en place	Déclarant	Coordination
LaboVIH	- Suivre l'évolution nationale et régionale du nombre de sérologies VIH réalisées et de sérologies positives - Interpréter les données de la notification obligatoire du VIH - Estimer l'exhaustivité des DO-VIH	2001	Ensemble des laboratoires d'analyses de biologie médicale (ville et hôpital)	InVS
DO-VIH	- Connaître le nombre et les caractéristiques des personnes découvrant leur séropositivité VIH - Suivre leur évolution - Contribuer à l'estimation de l'incidence du VIH	2003	- Tout biologiste qui diagnostique une infection par le VIH, pour la première fois dans son laboratoire - Tout médecin ayant prescrit une sérologie ayant donné lieu à un diagnostic d'infection VIH, ou prenant en charge une personne dont la séropositivité vient d'être découverte	- ARS - InVS
DO-sida	Connaître le nombre et les caractéristiques des personnes ayant atteint le stade sida	1986 remaniée en 2003	Tout médecin qui diagnostique un sida	- ARS - InVS

Les analyses nationales et régionales sont réalisées à partir des données de la déclaration obligatoire des découvertes de séropositivité et des diagnostics de sida notifiés jusqu'au 31/12/2013. Les nombres de découvertes de séropositivité et de diagnostics de sida rapportés à la population ont été calculés à partir des données corrigées pour la sous-déclaration et redressées pour les délais de déclaration.

L'analyse des caractéristiques épidémiologiques des cas d'infection à VIH et de sida est effectuée à partir des données brutes de déclaration au 31/12/2013 non corrigées pour la sous-déclaration. Les données 2012 et 2013 sont provisoires et non redressées pour les délais de déclaration. La répartition selon les différentes catégories de ces cas d'infection à VIH et de sida a été calculée après exclusion des données manquantes pour les variables concernées.

L'analyse porte sur les cas d'infection à VIH et de sida résidant dans les DFA. La région de déclaration est prise en compte par défaut lorsque la région de domicile n'est pas renseignée.

Le suivi de l'évolution de ces données [3], et la description des caractéristiques des personnes concernées par l'infection à VIH et le sida, permettent de mieux connaître les populations les plus exposées au risque d'infection et d'aider à adapter les actions de prévention.

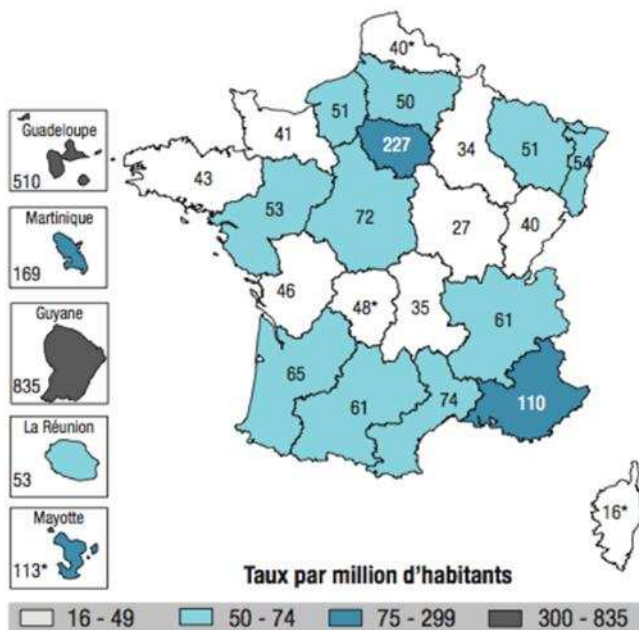
2/ COMPARAISON DE LA SITUATION DES DÉPARTEMENTS FRANÇAIS D'AMÉRIQUE AVEC LES DONNÉES NATIONALES

En 2012 les régions les plus concernées par les découvertes de séropositivité VIH sont la Guyane, la Guadeloupe, l'Île-de-France et la Martinique, avec respectivement 835 découvertes de séropositivité VIH par million d'habitants (IC95%:[543-1 127]) pour la Guyane, 510 cas par million d'habitants (IC95%:[319-699]) pour la Guadeloupe, 227 cas par million d'habitants pour l'Île-de-France (IC95%:[202-252]) et 169 cas par million d'habitants (IC95%:[115-223]) en Martinique (Carte 1). Le nombre de découvertes de séropositivité VIH est provisoire en Guadeloupe car son estimation est en cours de réévaluation.

Les données nationales plus récentes de 2013 indiquent que le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en France est stable depuis 2012, il est estimé à environ 6 200 (IC95%:[5 759 -6 682]).

Les données régionales 2013 sont à interpréter avec précaution compte tenu des intervalles de confiance larges mais elles confirment que les DFA restent particulièrement concernés par l'infection à VIH avec des nombres de découvertes de séropositivité VIH respectivement de 907 cas par million d'habitants (IC95%:[571-1 243]) pour la Guyane, 240 cas par million d'habitants (IC95%:[153-327]) pour la Guadeloupe (nombre provisoire, estimation en cours de réévaluation) et 225 cas par million d'habitants (IC95%:[122-329]) en Martinique.

Découvertes de séropositivité VIH par région en France en 2012 (données au 31/12/2012 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes)



* Taux 2011. Population : données Insee, population au 1er janvier 2012 par région, sauf Mayotte (août 2012)

3/ SURVEILLANCE DE L'ACTIVITÉ DE DÉPISTAGE DU VIH

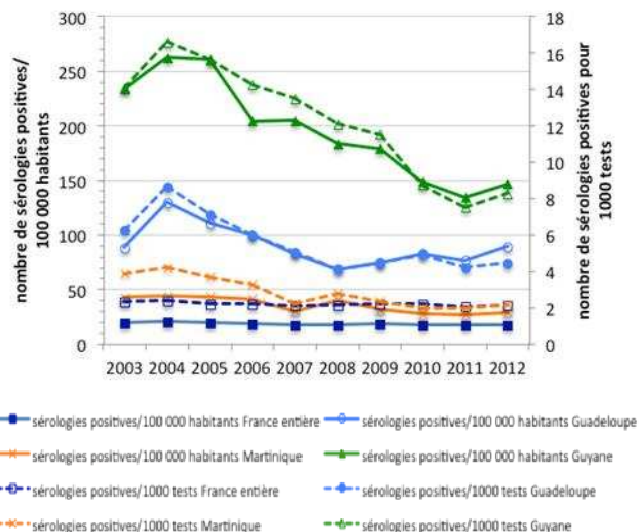
Le nombre total de sérologies VIH, réalisées en France en 2012, est estimé, à partir des laboratoires participant au réseau LaboVIH, à 5,24 millions (IC95%:[5,17-5,31]), soit 8000 sérologies VIH pour 100 000 habitants. Les nombres de sérologies VIH effectuées dans les DFA en 2012 sont supérieurs à ceux observés au niveau national, avec respectivement 19 984 pour 100 000 habitants (IC95%: [19 189 -20 780]) pour la Guadeloupe, 12 794 pour 100 000 habitants (IC95%: [12 292-13 296]) pour la Martinique, et 10 430 pour 100 000 habitants (exhaustif) pour la Guyane.

Le nombre de sérologies VIH confirmées positives en 2012 sur l'ensemble du territoire français est estimé à 11 064 (IC95%:[10 693-11 435]), soit 17 sérologies positives pour 100 000 habitants (une même personne pouvant avoir effectué plusieurs sérologies dans l'année, y compris plusieurs sérologies positives)[2].

Le nombre de sérologies positives pour 100 000 habitants est estimé, en 2012, à 89 (IC95%: [85-93]) pour la Guadeloupe, 29 (IC95%: [28-30]) pour la Martinique, et 146 (exhaustif) pour la Guyane. Ces chiffres, relativement stables depuis 2010, sont très supérieurs à ceux observés au niveau national (Figure 1).

Le nombre de sérologies positives pour 1 000 tests effectués en 2012, est estimé à 4,4 pour la Guadeloupe ; 2,2 pour la Martinique et 8,3 pour la Guyane. En Martinique, ce chiffre est comparable à celui observé au niveau national (2,1/1000 tests en 2012), mais les taux de positivité sont nettement supérieurs en Guadeloupe et en Guyane où ils sont respectivement 2 fois et près de 4 fois supérieurs à la valeur nationale (Figure 1).

Evolution du nombre de sérologies positives pour 100 000 habitants et 1 000 tests effectués dans les DFA et en France, 2003-2012, InVS données LaboVIH

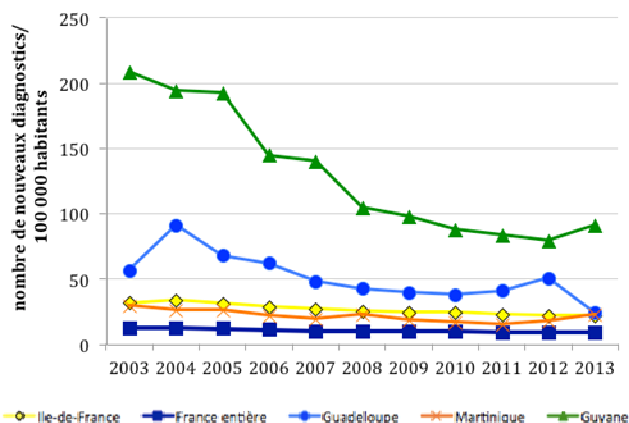


4/ RESULTATS DE LA SURVEILLANCE DE L'INFECTION PAR LE VIH

4.1./ Evolution des découvertes de séropositivité VIH en France et dans les DFA de 2003 à 2013

Depuis 2003, les taux de découverte de séropositivité pour le VIH pour 100 000 habitants sont, en Martinique, relativement stables avec une estimation de 17 et 23 cas pour 100 000 habitants respectivement en 2012 et 2013. Une décroissance est observée en Guadeloupe où 51 cas pour 100 000 habitants ont été diagnostiqués en 2012 et 24 cas pour 100 000 habitants en 2013. Ces nombres sont provisoires car l'estimation du nombre de découvertes de séropositivité en Guadeloupe est en cours de ré-évaluation. Malgré une diminution sur l'ensemble de la période 2003-2013, la Guyane conserve les taux de découverte d'infection VIH les plus élevés avec 83 et 91 cas pour 100 000 habitants en 2012 et 2013. Cependant, les données 2013 n'étant pas consolidées, elles doivent être interprétées avec réserve (Figure 2).

Evolution du nombre annuel de découvertes de séropositivité VIH pour 100 000 habitants* en France entière, Ile-de-France et dans les DFA de 2003 à 2013



* InVS, données DO VIH du 31/12/2013, corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes

4.2./ Situation en Guadeloupe

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Les hommes représentent la majorité (56 %) des cas sur la période 2005-2012 avec un sexe ratio H/F moyen de 1,3 sur les 8 années d'étude, même si, avant 2007, les femmes représentaient la majorité des découvertes de séropositivité VIH en Guadeloupe. Les séropositivités déclarées sont principalement réparties entre les classes d'âge de 30-39 ans, 40-49 ans et les plus de 50 ans de 2005 à 2012. Les données 2013 ne sont pas consolidées et doivent être interprétées avec réserve.

Depuis 2005, la plupart des personnes découvrant leur séropositivité sont nées en France ou à Haïti (respectivement 44 et 43%). Cette information était manquante pour 26% des cas de 2005 à 2012.

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2005 et 2012, 3 % ont été diagnostiquées précocement au stade de primo-infection, 53 % au stade asymptomatique, 18 % à un stade symptomatique non sida, et 26 % au stade sida (Tableau 2). La part des fiches non renseignées pour cette variable était de 29 % sur cette période.

| Tableau 2 |

Caractéristiques cliniques et sociodémographiques des nouveaux cas d'infection VIH* en Guadeloupe de 2005 à 2013

	Guadeloupe		France
	2005 - 2012 (n= 968)	2013** (n=53)	2013** (n=3484)
Age (année)			
<30	18%	15%	26%
30-39	27%	19%	31%
40-49	27%	17%	24%
>50	27%	49%	18%
Sexe			
Hommes	56%	57%	68%
Femmes	44%	43%	32%
Pays de naissance			
France	44%	48%	55%
Haïti	43%	35%	2%
Autres	13%	16%	44%
Non précisé	26%	42%	39%
Stades cliniques de dépistage			
Primo-infection	3%	3%	10%
Asymptomatique	53%	68%	65%
Symptomatique non sida	18%	13%	13%
Stade sida	26%	16%	12%
Non précisé	29%	42%	38%

* Découvertes de séropositivité, données brutes au 31/12/2013 non corrigées pour la sous déclaration -
** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

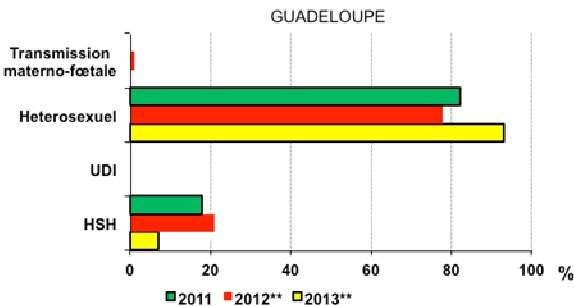
Modes de contamination

Le mode de contamination prédominant reste hétérosexuel en Guadeloupe bien que la part des contaminations parmi les Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes (HSH) ait augmenté en 2011 et 2012 (Figure 3), atteignant 21%. Cette tendance ne se confirme pas en 2013 mais les données manquantes sont plus importantes sur cette dernière année (45% versus 23% et 14% respectivement en 2011 et 2012). 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 3 |

Evolution de la part des principaux modes de contamination parmi les cas d'infection à VIH déclarés* en Guadeloupe de 2011 à 2013



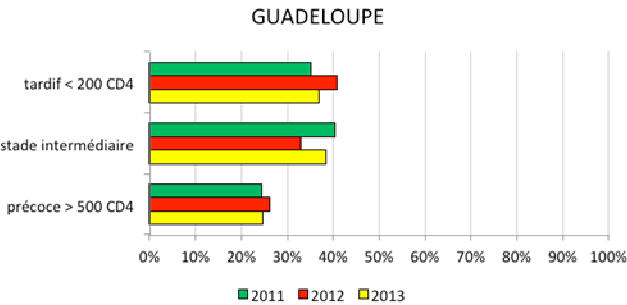
* données brutes non corrigées pour la sous déclaration - ** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

Stades biologiques au moment du dépistage

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité VIH entre 2011 et 2013, les principaux stades biologiques de découvertes sont intermédiaires ou tardifs (respectivement 37% et 38% en moyenne). Le stade précoce est indiqué pour 25% des cas sur cette période. En Guadeloupe 75 % des fiches étaient renseignées pour cette variable de 2011 à 2013 (Figure 4).

| Figure 4 |

Stades biologiques au moment de la découverte de la séropositivité *, Guadeloupe, 2011 à 2013



* InVS, données DO VIH du 31/12/2013, corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes

4.3./ Situation en Martinique

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

De 2005 à 2012, les hommes représentent la majorité (66 %) des cas en Martinique avec un sexe ratio H/F moyen de 1,9 sur les 8 années d'étude. Toutes les classes d'âge sont concernées par les découvertes de séropositivité VIH : 25% des cas ont moins de 30 ans, 21% sont âgés de 30 à 39 ans, 25% ont de 40 à 49 ans, et 28 % ont plus de 50 ans.

Depuis 2005, la plupart des personnes découvrant leur séropositivité sont nées en France (84% avant 2012, 91% en 2013). Seules 10 % d'entre elles sont nées à Haïti. Cette information est bien renseignée en Martinique pour 90 à 92% des fiches.

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2005 et 2012, 8 % ont été diagnostiquées précocement au stade de primo-infection, 67 % au stade asymptomatique, 10 % à un stade symptomatique non sida, et 14 % au stade sida (Tableau 2). La part des fiches non renseignées pour cette variable était de 18 % sur cette période.

| Tableau 3 |

Caractéristiques cliniques et sociodémographiques des nouveaux cas d'infection VIH* en Martinique de 2005 à 2013

	Martinique		France
	2005 - 2012 (n= 507)	2013** (n=37)	2013** (n=3484)
Age (année)			
<30	25%	54%	26%
30-39	21%	16%	31%
40-49	25%	22%	24%
>50	28%	8%	18%
Sexe			
Hommes	66%	59%	68%
Femmes	34%	41%	32%
Pays de naissance			
France	84%	91%	55%
Haiti	10%	9%	2%
Autres	5%	0%	44%
Non précisé	10%	8%	39%
Stades cliniques de dépistage			
Primo-infection	8%	3%	10%
Asymptomatique	67%	88%	65%
Symptomatique non sida	10%	0%	13%
Stade sida	14%	9%	12%
Non précisé	18%	11%	38%

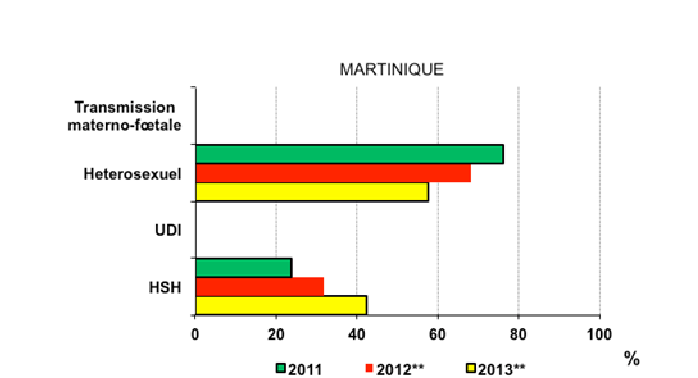
* Découvertes de séropositivité, données brutes au 31/12/2013 non corrigées pour la sous déclaration –
** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

Modes de contamination

Le mode de contamination prédominant reste hétérosexuel en Martinique mais la proportion des contaminations parmi les HSH augmente régulièrement ces 3 dernières années (Figure 5), atteignant 42% en 2013. 15% de données sont manquantes pour cette variable de 2012 à 2013. Il n'y a pas de transmission materno-fœtale ni de contamination par UDI notifiée en Martinique sur cette période.

| Figure 5 |

Evolution de la part des principaux modes de contamination parmi les cas d'infection à VIH déclarés* en Martinique de 2011 à 2013



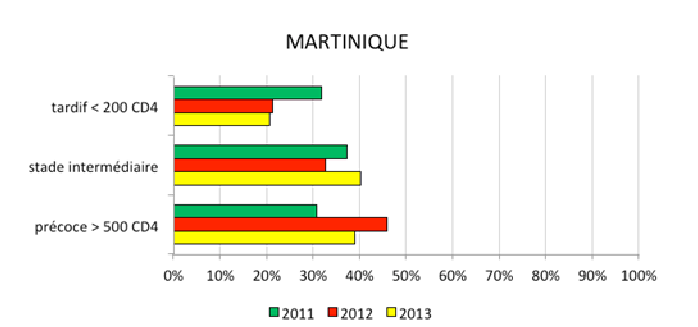
* données brutes non corrigées pour la sous déclaration -
** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

Stades biologiques au moment du dépistage

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité VIH entre 2011 et 2013, les principaux stades biologiques de découvertes sont précoces ou intermédiaires (respectivement 39% et 37% en moyenne). Le stade tardif est indiqué pour 25% des cas sur cette période. 90% des notifications de découvertes d'infection à VIH ont été renseignées pour cette variable 2011 à 2013 (Figure 6).

| Figure 6 |

Stades biologiques au moment de la découverte de la séropositivité, Martinique, 2011 à 2013



* InVS, données DO VIH du 31/12/2013, corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes

4.4./ Situation en Guyane

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

De 2005 à 2012, les femmes sont approximativement aussi nombreuses que les hommes qui découvrent leur séropositivité VIH en Guyane avec un sexe ratio H/F moyen de 1 sur les 8 années d'étude. La classe d'âge des 30-39 ans est majoritaire et représente en moyenne 32% des cas.

Depuis 2005, les personnes découvrant leur séropositivité sont majoritairement nées sur le continent Américain hors Guyane (52% avant 2012, 50% en 2013). Seules 22 % ou 21 % d'entre elles (respectivement de 2005 à 2012 et en 2013), sont nées en France y compris en Guyane. De nombreuses données sont manquantes pour cette information : 42 % de 2005 à 2012 et 61% en 2013.

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2005 et 2012, 2 % ont été diagnostiquées précocement au stade de primo-infection, 60 % au stade asymptomatique, 18 % à un stade symptomatique non sida, et 21 % au stade sida (Tableau 2). La part des fiches non renseignées pour cette variable était de 47 % sur cette période.

| Tableau 4 |

Caractéristiques cliniques et sociodémographiques des nouveaux cas d'infection VIH* en Guyane de 2005 à 2013

	Guyane		France
	2005 - 2012 (n= 1579)	2013** (n=133)	2013** (n= 3484)
Age (année)			
<30	26%	26%	26%
30-39	32%	32%	31%
40-49	23%	25%	24%
>50	19%	17%	18%
Sexe			
Hommes	51%	54%	68%
Femmes	49%	46%	32%

	Guyane		France
	2005 - 2012 (n= 1579)	2013** (n=133)	2013** (n= 3484)
Pays de naissance			
France	22%	21%	55%
Haiti	23%	27%	2%
Amériques	52%	50%	4%
Autres	3%	2%	40%
Non précisé	42%	61%	39%
Stades cliniques de dépistage			
Primo-infection	2%	2%	10%
Asymptomatique	60%	72%	65%
Symptomatique non sida	18%	20%	13%
Stade sida	20%	6%	12%
Non précisé	47%	59%	38%

* Découvertes de séropositivité, données brutes au 31/12/2013 non corrigées pour la sous déclaration –

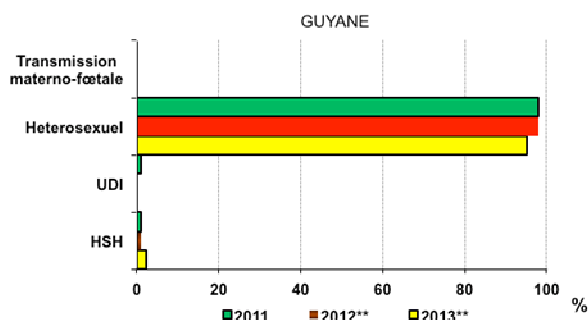
** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

Modes de contamination

Les rapports hétérosexuels représentent le mode de contamination de loin le plus fréquent et concernent 95 à 98% des cas en Guyane. Les HSH sont concernés par 1% des nouvelles contaminations, et un cas de contamination par UDI a été notifié en 2011. Cependant, 68% de valeurs sont manquantes pour cette variable en 2013, et 50% les 2 années précédentes (Figure 7).

| Figure 7 |

Evolution de la part des principaux modes de contamination parmi les cas d'infection à VIH déclarés* en Guyane de 2011 à 2013



* données brutes non corrigées pour la sous déclaration -

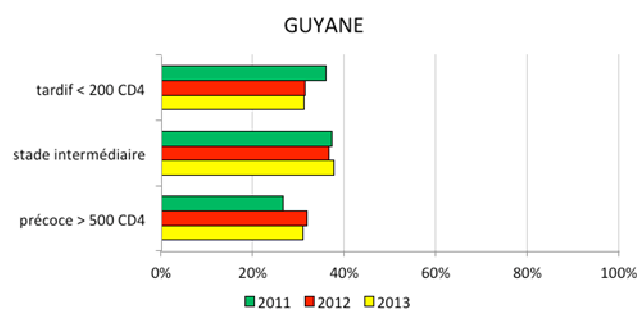
** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

Stades biologiques au moment du dépistage

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité VIH entre 2011 et 2013, les principaux stades biologiques de découvertes sont "intermédiaire" ou "tardif" (respectivement 37% et 33% en moyenne). Le stade "précoce" est indiqué pour 30% des cas sur cette période. De 2011 à 2013, seules 52 % des fiches étaient correctement remplies pour cette variable (Figure 8) .

| Figure 8 |

Stades biologiques au moment de la découverte de la séropositivité *, Guyane, 2011 à 2013



* InVS, données DO VIH du 31/12/2013, corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes

5/ RÉSULTATS DE LA SURVEILLANCE DU SIDA

5.1./ Taux de diagnostic de sida

Une tendance à la diminution de l'incidence annuelle du sida est observée en France entre 2003 et 2013, passant de 3.5 cas pour 100 000 habitants (IC95%: [3,4-3,6]) à 1.8 cas pour 100 000 habitants (IC95%: [1,7-2]). Le nombre de diagnostics de sida est estimé à 1212 cas en 2013 (IC95%: [1092-1333]), soit 19% de diminution par rapport à 2012. Les incidences du sida dans les DFA restent supérieures aux valeurs nationales. La Guyane détient l'incidence la plus élevée, malgré une nette diminution de 2003 à 2012 avec des incidences passant de 45 cas pour 100 000 habitants (IC95%: [41-50]) à 17 cas pour 100 000 habitants (IC95%: [13-22]). Les estimations 2013 n'étant pas disponibles à la date de rédaction.

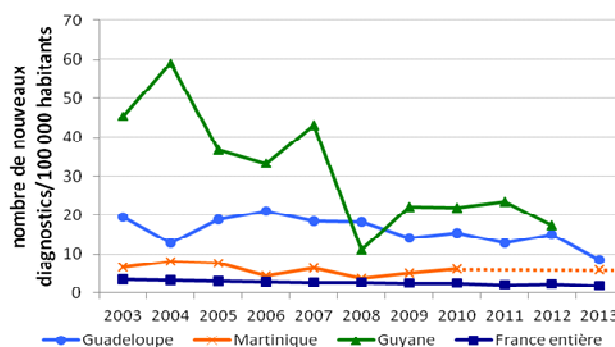
L'incidence du sida en Guadeloupe reste élevée malgré une diminution de 2003 à 2013 avec des incidences passant de 19 cas pour 100 000 habitants (IC95%: [18-21]) à 8 cas pour 100 000 habitants (IC95%: [6-11]). L'intervalle de confiance étant large en 2013, ces dernières données sont à interpréter avec précaution.

Enfin, l'incidence du sida en Martinique reste relativement stable depuis 2003, bien que les données 2011 et 2012 ne soient pas disponibles à la date de rédaction. 7 nouveaux cas de sida pour 100 000 habitants (IC95%: [6-7]) et 6 cas pour 100 000 habitants (IC95%: [2-10]) ont été diagnostiqués respectivement en 2003 et 2013.

Ces tendances doivent être surveillées et réévaluées avec la consolidation des données récentes (Figure 9).

| Figure 9 |

Evolution de l'incidence annuelle des cas de sida* en France, et dans les DFA de 2003 à 2013



* InVS, données DO sida du 31/12/2013, corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration

CIRE ANTILLES GUYANE | Le bulletin de veille sanitaire

L'analyse suivante porte sur les 351 cas de sida notifiés entre 2005 et 2013 en Guadeloupe, 129 en Martinique et 265 en Guyane.

5.2./ Situation en Guadeloupe

Caractéristiques sociodémographiques

Sur la période 2005-2012, les hommes représentent la majorité des cas de sida notifiés (61%).

Les 40-49 ans et les plus de 50 ans, majoritaires, représentent respectivement 39% et 31% des cas de sida notifiés. Les moins de 30 ans représentent 6% des cas.

47% des cas sont nés en France et 40 % à Haïti.

| Tableau 5 |

Caractéristiques cliniques et sociodémographiques des nouveaux cas de sida* en Guadeloupe de 2005 à 2013

	Guadeloupe 2005 - 2012 (n= 337)	2013** (n=14)	France 2013** (n=404)
Age (année)			
<30	6%	7%	10%
30-39	24%	7%	25%
40-49	39%	43%	35%
>50	31%	43%	70%
Sexe			
Hommes	61%	64%	73%
Femmes	39%	36%	27%
Pays de naissance			
France	47%	50%	55%
Haïti	40%	36%	2%
Amériques	12%	7%	3%
Autres	1%	7%	40%
Non précisé	1%	0%	3%
Traitement antirétroviral			
oui	32%	11%	39%
Non	68%	89%	61%
Connaissance séropositivité			
Oui	51%	64%	40%
Non	49%	36%	60%

* Diagnostics de sida, données brutes au 31/12/2013 non corrigées pour la sous déclaration –

** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

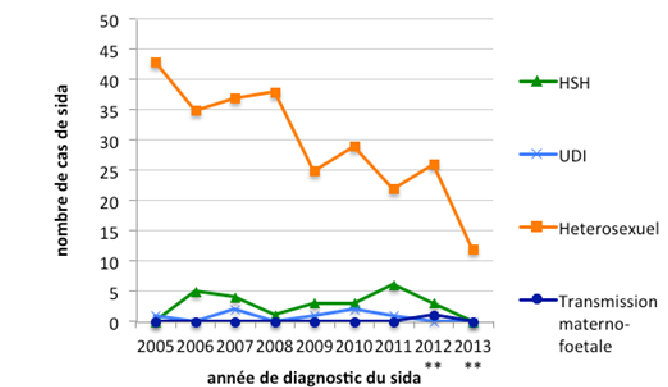
Mode de contamination, connaissance de la séropositivité et traitement antirétroviral

Les contaminations restent principalement hétérosexuelles (88%) sur toute la période de 2005 à 2012 devant les contaminations homosexuelles (9%) dont la fréquence reste relativement stable sur toute la période et l'usage de drogues injectables ou la transmission materno-fœtale dont la fréquence reste faible (0,3 à 2%) (Figure 10). 14% des données sont manquantes pour cette variable.

Seuls 32% des personnes diagnostiquées ont pu bénéficier d'un traitement antirétroviral pré-sida de trois mois ou plus sur la période de 2005 à 2012. Sur cette période d'étude 51% des cas connaissaient leur séropositivité au moment du diagnostic sida. Cette proportion atteint 64% en 2013 (Tableau 5).

| Figure 10 |

Evolution du nombre de cas de sida* en Guadeloupe, de 2005 à 2013, selon le mode de contamination



* données brutes non corrigées pour la sous déclaration –

** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

Pathologies inaugurales

Les pathologies inaugurales du sida les plus fréquentes de 2005 à 2013 sont : la candidose œsophagienne (40% des cas), la pneumocystose (27%), la toxoplasmose cérébrale (17%) et la tuberculose (14%) (Tableau 6 et Figure 11).

Entre 2005 et 2012, 67 décès ont été rapportés.

| Tableau 6 |

Fréquence des pathologies inaugurales des cas de sida* notifiés en Guadeloupe entre 2005 et 2013**

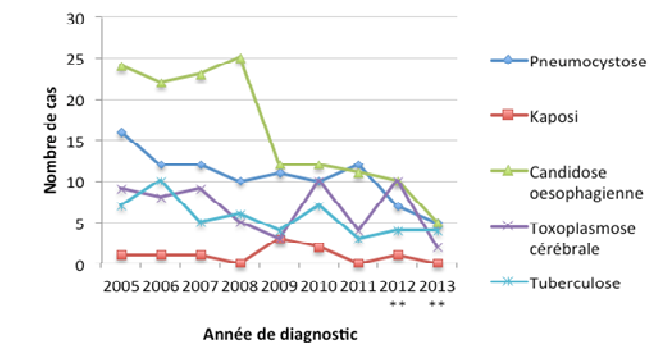
Pathologies inaugurales de 2005 à 2013 Guadeloupe	effectif	%
Pneumocystoses	95	27%
Kaposi	9	3%
Candidose œsophagienne	144	40%
Toxoplasmose cérébrale	60	17%
Tuberculoses pulmonaires ou extra-pulmonaires	50	14%

* Diagnostics de sida, données brutes au 31/12/2013 non corrigées pour la sous déclaration –

** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

| Figure 11 |

Evolution du nombre de cas de sida* en Guadeloupe, de 2005 à 2013, selon la pathologie inaugurale



* Données brutes non corrigées pour la sous déclaration –

** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

5.3./ Situation en Martinique

Caractéristiques sociodémographiques

Sur la période 2005-2012, les hommes représentent la majorité des cas de sida notifiés (64%).

Les 40-49 ans et les plus de 50 ans, majoritaires, représentent respectivement 45% et 32% des cas de sida notifiés. Les moins de 30 ans représentent 6% des cas.

72% des cas sont nés en France et 19 % à Haïti (Tableau 7).

| Tableau 7 |

Caractéristiques cliniques et sociodémographiques des nouveaux cas de sida* en Martinique de 2005 à 2013

	Martinique 2005 - 2012 (n= 123)	Martinique 2013** (n=6)	France 2013** (n=404)
Age (année)			
<30	6%	17%	10%
30-39	18%	17%	25%
40-49	45%	33%	35%
>50	32%	33%	70%
Sexe			
Hommes	64%	83%	73%
Femmes	36%	17%	27%
Pays de naissance			
France	72%	100%	55%
Haïti	19%	0%	2%
Amériques	4%	0%	3%
Autres	5%	0%	40%
Non précisé	0%	0%	3%
Traitement antirétroviral			
oui	30%	0%	39%
Non	70%	100%	61%
Connaissance séropositivité			
Oui	55%	50%	40%
Non	45%	50%	60%

* Diagnostics de sida, données brutes au 31/12/2013 non corrigées pour la sous déclaration –

** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

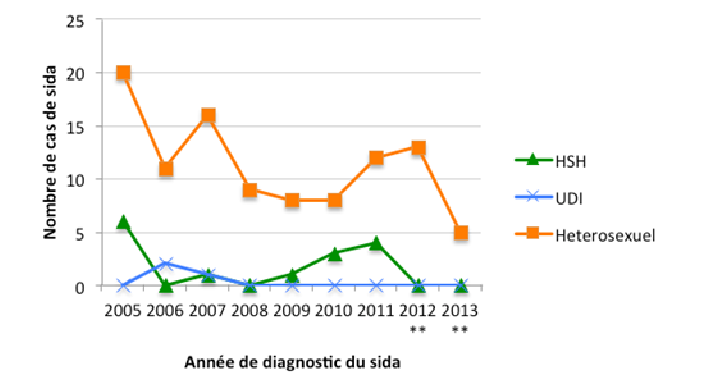
Mode de contamination, connaissance de la séropositivité et traitement antirétroviral

Les contaminations restent principalement hétérosexuelles (84%) sur toute la période de 2005 à 2012 devant les contaminations homosexuelles (13%) et celles par usage de drogues injectables qui restent exceptionnelles (Figure 12). 6% des données sont manquantes pour cette variable.

Seuls 30% des personnes diagnostiquées ont pu bénéficier d'un traitement antirétroviral pré-sida de trois mois ou plus sur la période de 2005 à 2012. La connaissance de la séropositivité au moment du diagnostic du sida a diminué, passant de 67% en 2005 à 56% en 2012 (Tableau 7).

| Figure 12 |

Evolution du nombre de cas de sida* en Martinique, de 2005 à 2013, selon le mode de contamination



* données brutes non corrigées pour la sous déclaration –

** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

Pathologies inaugurales

Les pathologies inaugurales du sida les plus fréquentes de 2005 à 2013 sont : la candidose œsophagienne (31% des cas), la pneumocystose (29%), la toxoplasmose cérébrale (28%) et la tuberculose (9%) (Tableau 8 et Figure 13).

Entre 2005 et 2012, 33 décès ont été rapportés.

| Tableau 8 |

Fréquence des pathologies inaugurales des cas de sida* notifiés en Martinique entre 2005 et 2013**

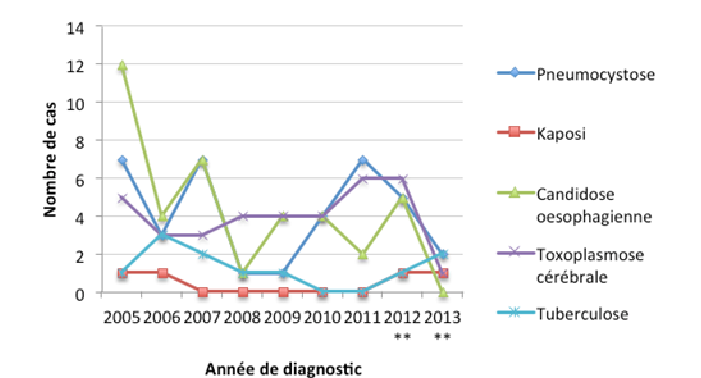
Pathologies inaugurales de 2005 à 2013 Martinique	effectif	%
Pneumocystoses	37	29%
Kaposi	4	3%
Candidose œsophagienne	39	31%
Toxoplasmose cérébrale	36	28%
Tuberculoses pulmonaires ou extra-pulmonaires	11	9%

* Diagnostics de sida, données brutes au 31/12/2013 non corrigées pour la sous déclaration –

** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

| Figure 13 |

Evolution du nombre de cas de sida* en Martinique, de 2005 à 2013, selon la pathologie inaugurale



* données brutes non corrigées pour la sous déclaration –

** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

5.4./ Situation Guyane

Caractéristiques sociodémographiques

Sur la période 2005-2012, les hommes représentent la majorité des cas de sida notifiés (62%).

Les 40-49 ans et les 30-39 ans, majoritaires, représentent respectivement 32% et 31% des cas de sida notifiés. Les plus de 50 ans et les moins de 30 ans représentent respectivement 22 et 15% des cas.

46% des cas sont nés sur le continent Américain hors Guyane, 29% en France et 24% à Haïti (Tableau 9).

| Tableau 9 |

Caractéristiques cliniques et sociodémographiques des nouveaux cas de sida* en Guyane de 2005 à 2013

	Guyane		France
	2005 - 2012 (n= 261)	2013** (n=4)	2013** (n=404)
Age (année)			
<30	15%	25%	10%
30-39	31%	25%	25%
40-49	32%	0%	35%
>50	22%	50%	70%
Sexe			
Hommes	62%	50%	73%
Femmes	38%	50%	27%
Pays de naissance			
France	29%	25%	55%
Haïti	24%	0%	2%
Amériques	46%	75%	3%
Autres	1%	0%	40%
Non précisé	6%	0%	3%
Traitement antirétroviral			
oui	22%	0%	39%
Non	78%	0%	61%
Connaissance séropositivité			
Oui	44%	25%	40%
Non	56%	75%	60%

* Diagnostics de sida, données brutes au 31/12/2013 non corrigées pour la sous déclaration –

** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

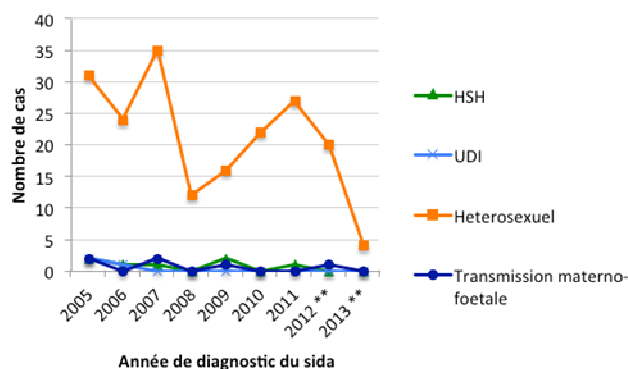
Mode de contamination, connaissance de la séropositivité et traitement antirétroviral

Les contaminations restent principalement hétérosexuelles (92%) sur toute la période de 2005 à 2012. Les contaminations homosexuelles et les transmissions materno-fœtales représentent chacune 2% des contaminations. Les contaminations par usage de drogues injectables restent exceptionnelles (Figure 14). 22% des données sont manquantes pour cette variable.

Seuls 22% des personnes diagnostiquées ont pu bénéficier d'un traitement antirétroviral pré-sida de trois mois ou plus sur la période de 2005 à 2012. La connaissance de la séropositivité au moment du diagnostic du sida a progressé, passant de 51% en 2005 à 60% en 2012 (Tableau 9).

| Figure 14 |

Evolution du nombre de cas de sida* en Guyane, de 2005 à 2013, selon le mode de contamination



* données brutes non corrigées pour la sous déclaration –

** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

Pathologies inaugurales

Les pathologies inaugurales du sida les plus fréquentes de 2005 à 2013 sont : la tuberculose (31%), la toxoplasmose cérébrale (25%), la candidose œsophagienne (22% des cas) et la pneumocystose (20%) (Tableau 10 et Figure 15).

Entre 2005 et 2012, 36 décès ont été rapportés.

| Tableau 10 |

Fréquence des pathologies inaugurales des cas de sida* notifiés en Guyane entre 2005 et 2013**

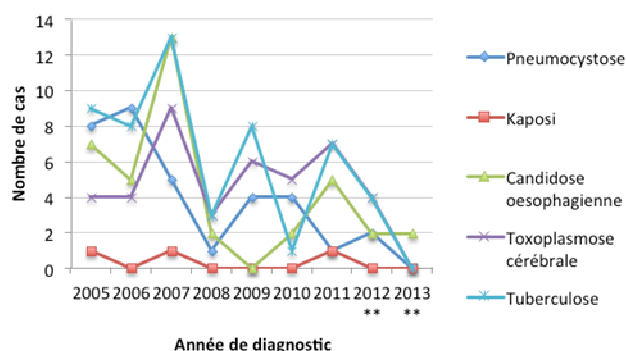
Pathologies inaugurales de 2005 à 2013 Guyane	effectif	%
Pneumocystoses	34	20%
Kaposi	3	2%
Candidose œsophagienne	38	22%
Toxoplasmose cérébrale	42	25%
Tuberculoses pulmonaires ou extra-pulmonaires	53	31%

* Diagnostics de sida, données brutes au 31/12/2013 non corrigées pour la sous déclaration –

** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

| Figure 15 |

Evolution du nombre de cas de sida* en Guyane, de 2005 à 2013, selon la pathologie inaugurale



* données brutes non corrigées pour la sous déclaration –

** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

Références

1. Cazein F, Le Strat Y, Dutil J, Couturier S, Ramus C, Semaille C. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2012. Bull Epidemiol Hebd. 2013;(33-34):410-6.
2. Cazein F, Lot F, Pillonel J, Le Strat Y, Sommen C, Pinget R, et al. Découvertes de séropositivité VIH et sida - France, 2003-2012. Bull Epidemiol Hebd. 2014;(9-10):154-62.
3. Carvalho L. Evolution de l'infection à VIH et du sida dans les Départements Français d'Amérique entre 2008 et 2010, à partir des données des maladies à déclaration obligatoire. Bulletin de veille sanitaire n°10 de novembre 2014 :5-9.

Remerciements

A Françoise Cazein, Claire Sauvage, Luisiane Carvalho et Bakhao Ndiaye pour leurs conseils et la transmission des données.

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 des DFA qui participent à l'animation de ce réseau.

| A propos de l'ouvrage *Les habitants des Antilles et de la Guyane face au VIH/Sida et à d'autres risques sexuels* |

L'Observatoire régional de santé (ORS) d'Île-de-France et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) viennent de publier à La Documentation Française les résultats de l'enquête KABP Antilles-Guyane sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements des populations face au VIH/sida et à d'autres risques sexuels, sept ans après la première édition. Près de 5 000 personnes de 15 à 69 ans ont été interrogées dans les Départements français d'Amérique (DFA), Guadeloupe, Martinique et Guyane, en 2011-2012.

Quelle est la situation actuelle et les principales évolutions depuis 2004 ?

- La **population des DFA reste très préoccupée par le VIH/sida** : 60% des personnes ont déclaré craindre « beaucoup » le VIH/sida pour elles-mêmes ; cela en fait le risque le plus craint parmi ceux qui étaient proposés (cancer, accidents, etc.).
- Les **connaissances du VIH continuent de progresser**, en particulier celles liées aux traitements. Mais des **connaissances erronées persistent**, notamment la possibilité d'une transmission du VIH par une piqûre de moustique. Par ailleurs, des doutes sur l'efficacité du préservatif se sont renforcés entre les deux enquêtes.
- La **stigmatisation des personnes vivant avec le VIH demeure élevée, même si elle recule**. Par exemple, seules 76% des personnes indiquent qu'elles accepteraient de travailler avec une personne séropositive. Entre 2004 et 2011, la proportion de personnes déclarant connaître quelqu'un de séropositif n'a que très peu évolué et reste relativement faible, soulignant la difficulté de vivre avec le VIH dans les DFA.
- **L'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel est devenue une norme préventive forte**, chez les hommes et chez les femmes. L'usage du préservatif au cours des douze mois précédant l'enquête se maintient à un niveau très important, notamment parmi les populations potentiellement les plus exposées au risque VIH, à savoir les multipartenaires. Le préservatif est fréquemment déclaré comme moyen de contraception, au détriment de méthodes plus efficaces comme la pilule ou le stérilet.
- Comme cela était déjà noté en 2004, **le multipartenariat masculin reste environ deux fois plus fréquent dans les DFA** qu'en métropole. Il se caractérise par sa persistance avec l'âge et par une proportion importante d'hommes engagés simultanément dans des relations différentes.
- **Le recours au dépistage du VIH a fortement progressé dans tous les groupes** de la population des DFA, alors qu'il était déjà à un niveau élevé en 2004.

Les analyses montrent **les efforts de prévention réalisés** dans ces territoires prioritaires pour la lutte contre le VIH/sida. **Les améliorations concernent toutes les composantes de la population**, en particulier les personnes nées hors des DFA dans la Caraïbe ou en Amérique du sud, qui avaient été identifiées comme les plus vulnérables en 2004. **De fortes inégalités persistent** néanmoins selon le sexe, l'âge, le lieu de naissance et le niveau de diplôme, nécessitant des réponses proportionnées et diversifiées.

Cette recherche a été financée par l'ANRS, l'Inpes, les ministères en charge de la Santé et des Outre-mer et la DREES.

L'ouvrage peut être commandé à La Documentation Française au prix de 24 euros (<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/9782110097354/index.shtml#>) ou demandé à l'ORS Île-de-France (01.77.49.78.60). Il sera téléchargeable gratuitement à partir de février 2015 sur les sites de l'ORS, de l'Inpes et de l'ANRS.

Marie-Thérèse Georger-Sow¹, Julia Soizeau²

¹ Présidente du COREVIH Guadeloupe Saint-Martin Saint-Barthélemy, ² Coordinatrice administrative du COREVIH Guadeloupe Saint-Martin Saint-Barthélemy

A partir de constats épidémiologiques d'incidence plus élevée du VIH ou d'IST (Infections sexuellement transmissibles) chez les femmes, nous nous sommes interrogés sur les déterminants de santé défavorables pour celles-ci, que ce soit en population générale ou dans des populations plus vulnérables, à partir des résultats de deux enquêtes réalisées en 2011 dans les DFA (en Guadeloupe (GPE), en Martinique (MQE) en Guyane (GUY) et à St Martin (SXM)), l'une en population générale « Connaissances, attitudes, croyances et comportements (KAPB) face au VIH/sida et à d'autres risques sexuels aux Antilles et en Guyane en 2011-2012 » menée par l'INPES et l'ORS [1] et l'autre à partir des résultats des enquêtes INTERREG auprès de groupes vulnérables, migrants, usagers de crack-(UC) et travailleurs du sexe (TDS) 2011-2012 [2].

Il est reconnu qu'à côté de déterminants individuels de santé comme le sexe, l'âge ou les facteurs héréditaires, il existe des déterminants socialement construits ou déterminants sociaux. Des inégalités sociales sont facteurs d'inégalités de santé [3]. Des facteurs tels que le chômage, la catégorie socio professionnelle, le niveau de revenu, le niveau de diplôme, retiennent sur des facteurs tels que la mortalité, l'espérance de vie, certaines pathologies, l'accès au système de santé. On décrit un gradient social : ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale étant en meilleure santé que ceux situés plus bas et ce de façon progressive ;

Les déterminants sociaux se situent en amont des systèmes de santé, dans les conditions de vie et de travail des individus. Les actions et politiques de santé devraient les prendre en compte.

CONSTAT EPIDEMIOLOGIQUE

Les résultats sont issus des résultats publiés par l'institut de veille sanitaire (InVS) [4], des résultats des Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) de Guadeloupe [6], des enquêtes menées auprès de groupes vulnérables [2] et de la littérature.

• Pour le VIH

L'incidence 2009-2010 rapporté par l'InVS dans les DFA est plus importante pour les femmes : 55/100 000 personnes années contre 41/100 000 personnes années pour les hommes.

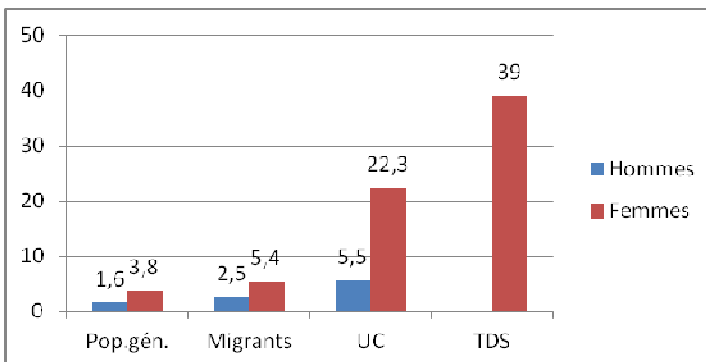
• Pour les IST

La prévalence d'IST par déclaration d'ulcération ou lésion génitale est plus élevée chez les femmes, et les taux plus importants dans les conditions de vulnérabilité [1, 2].



| **Figure 1** |

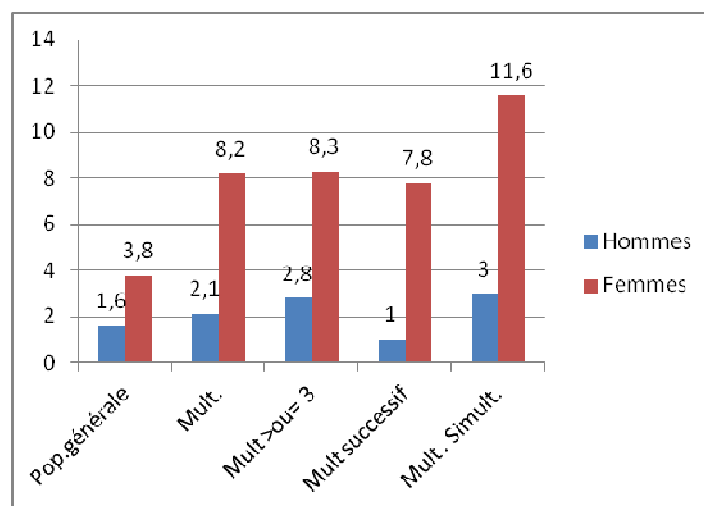
Taux d'ulcération (en %) ou de lésions déclarées en population générale et pour groupes vulnérables 2011-2012 [1,2]



Ces différences sont plus marquées en population générale [1] en cas de multipartenariat (Mult) des femmes et notamment simultané (Simult) : ayant plusieurs partenaires sur une même période par rapport à successif ayant eu plusieurs partenaires, chacun sur une période différente (Figure 2).

| **Figure 2** |

Taux d'IST (en %) déclarée selon le multipartenariat, en population générale 2011-2012 [1]



Les chlamydiae sont plus fréquents chez les femmes dans les CIDDIST de Guadeloupe du Centre Hospitalier universitaire de Pointe à Pitre (CHU), du centre hospitalier de Basse Terre (CHBT), du Centre hospitalier Louis Constant Flemming (CHLCF) de St Martin [6] (Tableau 1).

| Tableau 1 |

Taux de chlamydiae en % dans la population fréquentant les CIDDIST de Guadeloupe en 2013 [6]

	Femmes	Hommes
CIDDIST CHU	28,6	16,8
CIDDIST CHBT	16,7	11,8
CIDDIST CHLCF	11,9	6,6

L'adolescence est un moment plus fragile : les chlamydiae sont plus élevées chez les jeunes filles de moins de 25 ans : 33,3% contre 22,9% pour les plus de 25 ans [6]

Quels sont les déterminants de santé qui peuvent favoriser ces différences ?

DETERMINANTS DE SANTE DEFAVORABLES POUR LES FEMMES

Déterminants « biologiques »

Vulnérabilité anatomique

Les IST et le VIH sont acquises par le contact avec les muqueuses, l'exposition potentielle aux agents infectieux est plus importante chez la femme car la surface de la muqueuse au niveau du vagin et du col de l'utérus est beaucoup plus grande que celle du gland du pénis [8].

Vulnérabilité biologique

Pour le papillomavirus (HPV), le risque de survenu du cancer du col est plus élevé à l'adolescence si l'HPV est transmis à cette période sur les cellules encore immatures du col de l'utérus à l'adolescence.

A la ménopause, la muqueuse vaginale plus fragile est plus sensible aux contaminations infectieuses, notamment au VIH. « Chez les femmes ménopausées, une diminution de la lubrification vaginale et l'amincissement de la paroi interne du vagin augmentent le risque de contracter le VIH, puisque la relation sexuelle se produit dans un vagin plus sec, où la muqueuse est plus susceptible de se déchirer ou de se fissurer, favorisant l'entrée du virus » [9].

Déterminants sociaux

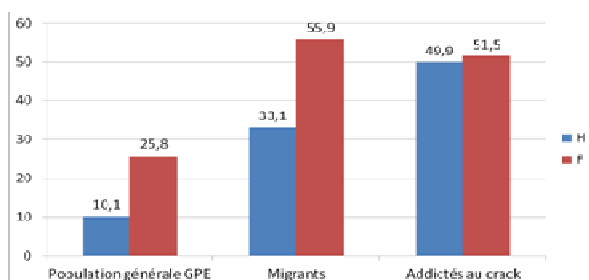
Ceux-ci sont variés et plus ou moins intriqués

Economiques

Le taux de chômage est plus élevé chez les femmes que ce soit en population générale en Guadeloupe [4] ou dans certaines populations des DFA [2] (Figure 3).

| Figure 3 |

Taux de chômage (en %) selon le sexe en 2011-2012 (2) et 2011 [7]



Niveau de diplôme

En population générale, les femmes ont un niveau de diplômes moins élevé que les hommes [7]. Un bas niveau de diplôme est également défavorable au sein même du groupe des femmes [1] :

- Le pourcentage de premiers rapports sexuels non voulus (non souhaités + forcés) est plus fréquent si elles ont un diplôme de niveau faible (figure 4)
- Le pourcentage de femmes ayant un premier rapport protégé est plus faible si elles ont un faible diplôme (68%) par rapport à celles ayant un diplôme élevé (91%)

Genre

L'enquête KABP en population générale dans les DFA et à St Martin ORS/INPES 2011 [1] montre que, dans le rapport homme femme, les femmes sont défavorisées et leur capacité de négociation de la prévention plus limitée que ce soit lors de l'acceptation du premier rapport et pour leur protection. La violence à leur rencontre est plus élevée.

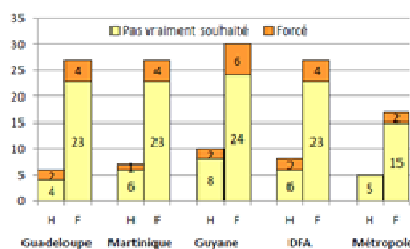
| Figure 4 |

Extrait de la présentation citée en [1] sur l'acceptation du premier rapport sexuel selon le sexe

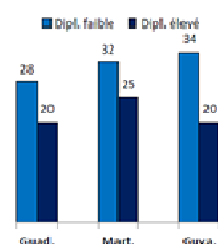
Les femmes indiquent bien plus souvent que les hommes que leur premier rapport sexuel n'était pas voulu



Ce premier rapport sexuel était quelque chose...
1. que vous souhaitiez à ce moment là
2. que vous ayez accepté mais que vous ne souhaitiez pas vraiment
3. que vous ayez été forcé(e) de faire contre votre volonté



% de premiers rapports sexuels non voulus (non souhaités + forcés) chez les femmes selon leur diplôme



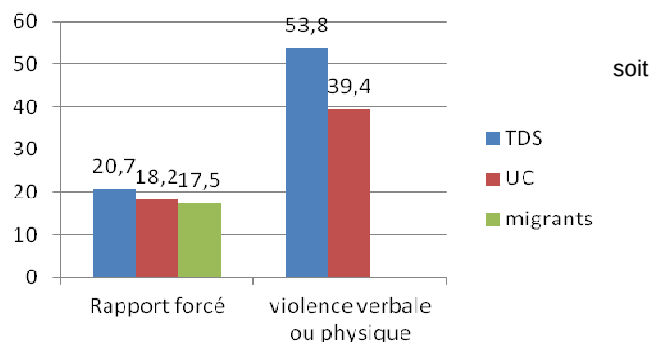
Chez les hommes : % allant du simple au double.
En Guyane : 12% et 6%

Acceptation du premier rapport sexuel

Lors de vulnérabilités associées, liées à la migration, à l'utilisation de crack (UC), à la prostitution TDS, la violence est marquée qu'elle

| Figure 5 |

Pourcentage de personnes déclarant avoir subi certains actes de violences dans les DFA et St Martin en 2011-2012 [2]

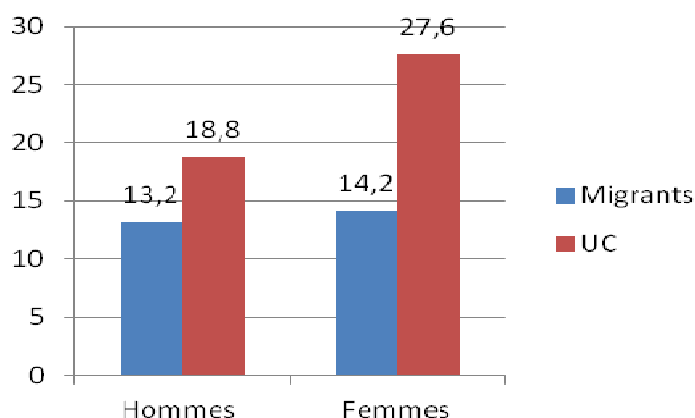


. Protection et difficulté de négocier en cas de refus

- En population générale, les femmes en particulier multipartenaires utilisent moins souvent le préservatif que les hommes dans les DFA (75% contre 86%) [1].
- Elles ont plus de difficulté que les hommes à insister en cas de refus du préservatif par le partenaire en situation de vulnérabilité (Enquêtes INTERREG VIH) (Figure 6).

| Figure 6 |

Proportion selon le sexe (en %) de migrants et d'usagers de crack ayant des difficultés à insister en cas de refus de préservatif par le partenaire dans les DFA et St Martin en 2011-2012 [2].



CONCLUSION

Les inégalités de santé sont réelles chez les femmes par rapport aux hommes, en ce qui concerne l'infection à VIH ou d'autres IST. Le rôle des facteurs biologiques sont à prendre en compte mais ne peuvent occulter les déterminants sociaux de santé plus défavorables chez les femmes, ceux-ci sont construits en amont de systèmes de santé et majorés en cas de vulnérabilité associée comme la migration, l'usage de drogue ou le travail du sexe.

La seule prise en compte de l'amélioration de la prévention ou de l'amélioration de l'accès aux soins ne peut suffire sans une politique forte de lutte contre les inégalités sociales de santé pour lutter contre le VIH et les IST et favoriser la promotion de la santé des femmes.

Références

- Sandrine Halfen, Nathalie Lydié, Maxime Esvan, Kevin Diter Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida et à d'autres risques sexuels aux Antilles et en Guyane en 2011-12 : principaux résultats Les ORS, INPES, ANRS, présenté en Guadeloupe en novembre 2013
- « Mise en place d'un observatoire intercaribéen du VIH » projet INTERREG VIH 2010-2015 co financé par l'Union Européenne (résultats enquêtes et études auprès des groupes vulnérables dans les DFA et St Martin en 2012 à paraître) www.interreg-caraibes.fr/IMG/pdf/fiche_projet_vih_sida.
- Black D et Al Report on inequalities in health. London.Stationery, 1980
- <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/incidence-de-l-infection-par-le-VIH>
- Déterminants sociaux de santé IGAS 2011. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000580/index.shtml>
- Rapport annuel 2013 COREVIH Guadeloupe-St Martin-St Barthélemy (à paraître).
- Etude sur la réalité de l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes en Guadeloupe. <http://guadeloupe.aract.fr/portal/pls/portal/docs/1/11628378.PDF>
- <http://www.anrs.fr/VIH-SIDA/Recherche-fondamentale/Actualites/Comprendre-l-immunite-innee-maternelle-pour-reduire-la-transmission-du-VIH-1-au-niveau-des-muqueuses>; <http://sidasciences.inist.fr/?Vulnerabilite-des-femmes-au-VIH>

Contact

COREVIH Guadeloupe-St Martin-St Barth, CHU de Pointe à Pitre, 97159 Pointe à Pitre/Abymes
Tel : 0590 93 46 64. Mail : secretariat.corevih@chu-guadeloupe.fr.
www.corevih971.org

Cire Antilles Guyane

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

Guadeloupe

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

ARS/CVGS

Tél. : 05 90 99 44 84
Fax : 05 90 99 49 24
Mail : patrick.saint-martin@ars.sante.fr

Guyane

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
Mail : marie.barrau@ars.sante.fr

ARS/CVGS

Tél. : 05 94 25 72 84
Fax : 05 94 25 72 95
Mail : anne-marie.mckenzie@ars.sante.fr

Martinique

Cire Antilles Guyane

Tél. : 05 96 39 43 54
Fax : 05 96 39 44 14
Mail : alain.blateau@ars.sante.fr
Mail : elise.daudens@ars.sante.fr
Mail : jacques.rosine@ars.sante.fr
Mail : frederique.dorleans@ars.sante.fr

ARS/CVGS

Tél. : 05 96 39 42 52
Fax : 0596 39 44 26
Mail : corinne.locatelli-jouans@ars.sante.fr

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, Marie Barrau, Alain Blateau, Luisiane Carvalho, Sylvie Cassadou, Elise Daudens-Vaysse, Frédérique Dorléans, 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>