



Ministère de la santé - Direction de la santé

BISES

Bulletin d'informations sanitaires, épidémiologiques et statistiques

Situation épidémiologique de l'infection à VIH en Polynésie française – « Objectif zéro » ?

NL. Nguyen¹, HP. Mallet², JM. Segalin³, C. Lagarde¹, MJ. Heitaa³, E. Daudens², AL. Berry²
¹CCSMIT - ²Bureau de Veille Sanitaire - ³Bureau des Pathologies Infectieuses --- Direction de la Santé

1. Contexte

En 2011, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini un objectif ambitieux au niveau mondial, l'«OBJECTIF ZERO» : zéro infection à VIH, zéro discrimination, zéro décès liés au SIDA. Cependant, malgré les progrès indéniables, et les engagements politiques de premier plan, les moyens financiers risquent de faire défaut. Le fond global de lutte contre le SIDA, tuberculose et paludisme (GFATM) est actuellement le plus

grand bailleur des programmes de lutte contre ces pathologies. Il lui manquerait 1,3 milliards de dollars (US) pour boucler le budget prévisionnel de la période 2011-2013 [2]. De même, le fond régional (Pacific Islands HIV & STI Response Fund) est en train de clôturer ses activités suite aux désengagements de l'Australie et de la Nouvelle Zélande, traditionnellement les principaux bailleurs de cette région.

LA SITUATION DU VIH/SIDA DANS LE MONDE ET DANS LE PACIFIQUE OCCIDENTAL

Sur le plan mondial, la progression de la pandémie VIH semble se ralentir au cours de la dernière décennie. Le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH a diminué de 20%, passant de 3,1 millions en 2001 à 2,5 millions en 2011 [1]. Néanmoins, le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA a augmenté de 17% dans la même période, avec 34,2 millions de personnes infectées par le VIH dans le monde à la fin de 2011.

Des progrès ont été accomplis dans la prise en charge des patients au niveau mondial, avec notamment :

- Une amélioration du dépistage du VIH, notamment chez les femmes enceintes où la couverture de dépistage est passée de 8% en 2005 à 35% en 2010.
- Un meilleur accès universel aux traitements antirétroviraux (ARV) dans les pays à revenus faibles et moyens, passant de 400 000 personnes traitées en 2003 à 8 millions en 2011, soit 54% des 14,8 millions de personnes éligibles aux traitements. Les données scientifiques récentes suggèrent que les ARV contribuent à réduire fortement la transmission du VIH et donc le nombre de nouvelles infections à VIH. C'est le concept de « traitement comme prévention ».
- Un traitement ARV fourni à 48% des femmes enceintes VIH positives en 2010, ce qui a permis de réduire le risque de transmission materno-fœtale.
- Un nombre de structures sanitaires délivrant les ARV évoluant de 7 700 en 2007 à 22 400 en 2010.
- Une nouvelle approche de prévention avec le concept de prophylaxie pré-exposition, en cours d'évaluation.

Cependant, ces améliorations ne doivent pas masquer le fait que plus de 7 000 nouvelles infections surviennent chaque jour dans le monde et que la majorité des personnes infectées n'est pas dépistée.

La région du Pacifique occidental est proportionnellement moins touchée que les autres régions du monde. L'épidémie du VIH y est faible et semble stable. Le nombre de nouvelles infections enregistré par an a augmenté lentement jusqu'à un pic en 2000, avec environ 4 000 nouveaux cas/an, puis a diminué pour atteindre 2 900 nouveaux cas/an en 2011. Au total, le nombre estimé de personnes vivant avec le VIH dans cette région est de 53 000 en 2011. Enfin, le nombre estimé de décès relatif au VIH dans la région a baissé de 2 400 dans la période 2005-2007 à 1 300 en 2011 [1]. Aucun pays de la région ne déclare plus de 500 patients par an depuis 1985, à l'exception de la Papouasie Nouvelle Guinée, seul pays en situation d'épidémie généralisée du VIH avec une prévalence estimée à 0,9%, soit 34 000 personnes infectées.

2. Patients et méthodes

En Polynésie française (Pf), les données relatives aux patients VIH/SIDA proviennent principalement :

- De la déclaration obligatoire et anonyme des nouveaux cas pris en charge en Pf, au Bureau de Veille Sanitaire (BVS) (délibération n°93-11 7 AT du 4 novembre 1993).

- Du suivi clinique par les deux médecins référents pour le VIH/SIDA.
- Des deux laboratoires réalisant le test de confirmation de l'infection VIH et certaines analyses spécialisées du VIH : Centre Hospitalier de Polynésie française (CHPf) et Institut Louis Malardé (ILM).
- De la pharmacie hospitalière du CHPf, seule habilitée à délivrer les médicaments ARV.

Les définitions de cas, utilisées pour la surveillance en Pf, sont les suivantes :

- **cas** : toute personne VIH séropositive résidant ou ayant résidé plus de 6 mois en Pf ;
- **SIDA** : définition de l’OMS, établie en septembre 1982 puis révisée en janvier 1993, basée sur l’existence de maladies opportunistes ;
- **nouveau cas** : cas diagnostiqué pour la première fois en Pf au cours de l’année, quel que soit le lieu de diagnostic initial ;
- **cas déclaré** : cas nouvellement enregistré en Pf au cours de l’année, quel que soit le lieu de diagnostic initial.

3. Résultats

Prévalence et incidence

En Pf, l’endémie VIH est restée limitée jusqu’à présent, avec en moyenne une dizaine de nouveaux cas par an. Au total, de 1985 à 2011, 344 cas d’infection à VIH ont été enregistrés, dont 74 (22%) au stade SIDA. Parmi ces 344 patients, 114 sont toujours suivis médicalement (70 hommes et 44 femmes), 81 sont décédés en Pf et 5 ont été perdus de vue.

La prévalence de cas déclarés VIH/SIDA en Pf est donc de 45,8/100 000 habitants en 2011, soit environ 5 fois moins qu’en France métropolitaine. L’incidence des cas déclarés est de 4,2/100 000 habitants en 2011 (9,7/100 000 en 2010 en France métropolitaine).

Lieu de naissance

Sur l’ensemble des 344 cas enregistrés, 124 cas (36%) sont nés en Pf (figure1).

Malgré une fluctuation annuelle importante due aux faibles effectifs, cette proportion reste globalement stable au cours des deux dernières décennies.

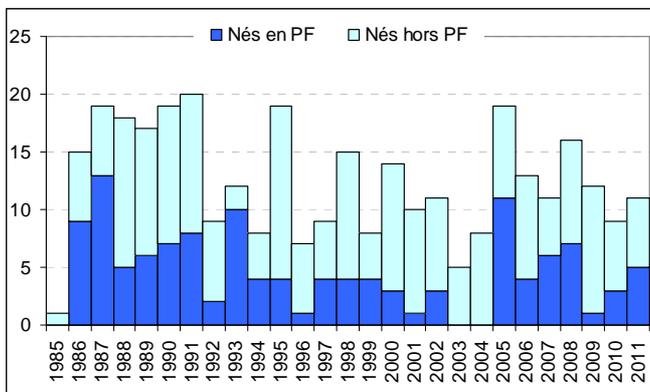


Figure 1 : Cas d’infection à VIH par année de déclaration et lieu de naissance – Polynésie française, 1985-2011.

Lieu de résidence

Si tous les archipels sont concernés par l’infection, les personnes séropositives résident majoritairement aux Iles du Vent (88%), et aux Iles sous le Vent (6%). Sur 11 nouveaux cas déclarés en 2011, 10 habitent à Tahiti. Il est à noter que cette répartition est basée sur le lieu de résidence à la déclaration et ne prend pas en compte les migrations inter-îles ultérieures.

Année de découverte

Si l’on considère l’année de découverte de la séropositivité, le nombre de cas déclarés depuis 1985 est en nette décroissance (figure 2). Cependant, cette baisse pourrait être accentuée par un retard de diagnostic, la non déclaration de nouveaux cas survenus sur le territoire mais suivis en France ou la proportion des anciens cas venant

de France bénéficiant d’une meilleure survie grâce aux progrès thérapeutiques.

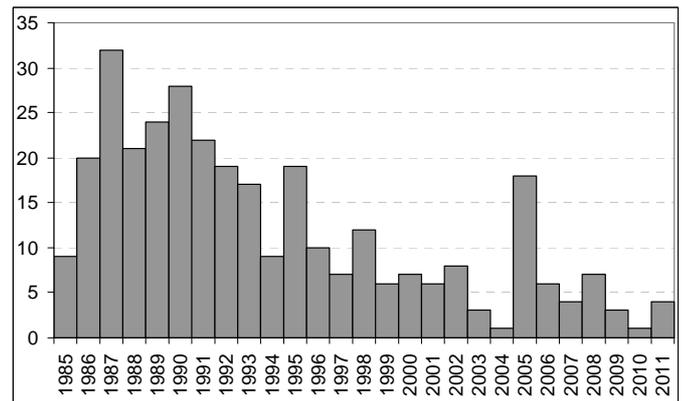


Figure 2 : Cas d’infection à VIH par année de découverte de séropositivité – Polynésie française, 1985-2011.

Âge et sexe

L’âge moyen au moment de la déclaration de séropositivité est de 32 ans pour les hommes et 28 ans pour les femmes. La répartition des cas pour les années 2009 à 2012 est donnée dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques des nouveaux cas VIH déclarés en Polynésie française entre 2009 et 2012.

	Nouveaux cas	Age moyen* -		Né(e) en Pf	Infecté(e) en Pf	Grossesse VIH	TME**	Décès***	Stade SIDA
		Homme	Femme						
2009	12	8 [10,8]	4 [18,0]	1	2	1	0	4	1
2010	9	6 [13,6]	3 [14,5]	2	2	5	0	1	2
2011	11	6 [7,4]	5 [12,9]	5	4	2	0	3	3
2012 (provisoire)	10	7 [6,2]	3 [4,4]	3	3	3	0	1	2

* âge moyen au moment du diagnostic [écart-type]

** TME = Transmission Mère-Enfant

*** Nombre de décès survenus parmi les patients suivis activement

Pour la période 2001-2011, les tranches d’âge les plus touchées, sont les 20-29 ans et 30-39 ans, quel que soit le sexe. Les hommes y sont deux fois plus touchés que les femmes (figure 3).

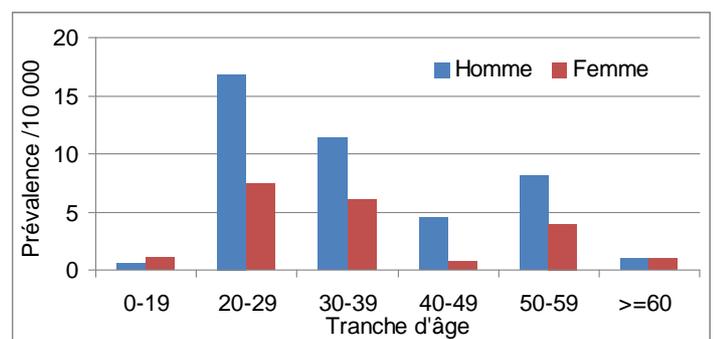


Figure 3 : Prévalence VIH par tranche d’âge selon le sexe – Polynésie française, période 2001-2011.

L'analyse de l'âge moyen au moment de la découverte de la séropositivité, par période quinquennale, montre une tendance à l'augmentation entre 1985 et 2011, de 27 ans pour la période 1990-1994 à 38 ans pour la période 2005-2011 (figure 4).

Cette tendance est similaire à celle observée en France métropolitaine [3]. Le vieillissement des patients VIH pose des problèmes de prise en charge spécifiques compte tenu des comorbidités. En Pf l'âge moyen de la cohorte des patients suivis en 2011 était de 44 ans.

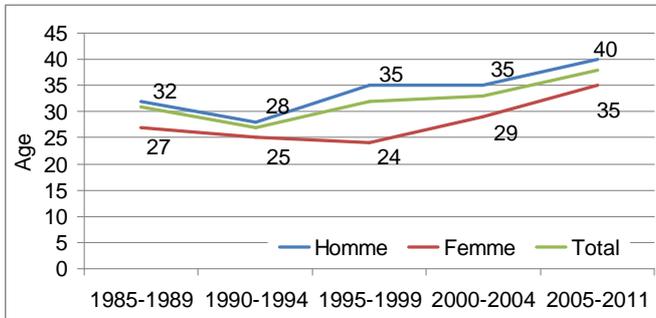


Figure 4 : Age moyen à la découverte de la séropositivité – Polynésie française, 1985-2011.

Mode de contamination

Durant la période 2000-2011, l'infection par voie sexuelle prédomine largement (88%) par rapport aux autres modes de contamination. Au cours de la même période, les contaminations hétérosexuelles sont plus fréquentes que les contaminations homo/bisexuelles, alors que ces dernières prédominaient dans les périodes antérieures.

D'autre part, aucune transmission mère-enfant (TME) n'a été observée dans la période 2000-2011 malgré une prise en charge obstétricale dans quelques cas.

Tous les cas de transmissions liés à l'usage de drogues injectables (UDIV) ont été importés.

Tableau 2 : Evolution de la répartition des cas d'infection à VIH selon le mode de contamination – Polynésie française, 1985-2011.

Découverte de la séropositivité	1985-1989 (%)	1990-1999 (%)	2000-2011 (%)
n	107	151	139
Homo/Bisexuel	40	40	41
Hétérosexuel	27	40	47
UDIV*	17	9	7
Transfusion	13	1	2
TME**	2	6	0
Autres	1	2	1
Inconnu	0	3	1

* Utilisateur de drogues intraveineuses

** Transmission mère-enfant

Suivi des patients

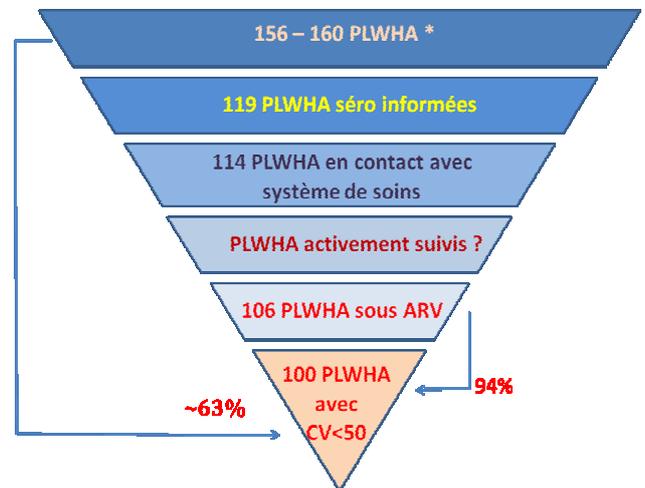
Sur la cohorte des 119 patients résidant en Pf à la fin de l'année 2011, 106 ont été traités par ARV, 8 patients n'avaient pas de traitement et 5 ont été perdus de vue. Parmi les patients traités, 100 (94%) sont en succès thérapeutique avec une réponse virologique prolongée (charge virale < 50 copies/ml).

Parmi ces 119 patients, 3 (2,5%) ont une triple infection VIH/Hépatites B et C, et 6 (5%) ont une co-infection VIH/Hépatite C. Les 3 décès survenus en 2011 étaient dus aux cancers (2 cas), et à une cause indéterminée (1 cas).

Faute de moyens adéquats et de modélisation spécifique pour la Pf, il est difficile d'estimer le nombre de personnes

séropositives ignorant leur statut (séro-ignorants). En France, en 2008, le ratio (nombre de séro-ignorants / nombre de patients suivis) était d'environ 0,31 [4]. En Australie, en 2012, ce ratio est estimé à environ 0,33 [5]. En utilisant ces ratios dans une hypothèse maximaliste (car le niveau de l'endémie VIH en Pf est bien inférieur à celui de la France métropolitaine ou de l'Australie), le nombre de séro-ignorants en Pf serait compris entre 37 et 40 personnes.

En appliquant ces données au concept « traitement CASCADE » (figure 5), on voit que sur 156 à 160 patients infectés (119 déclarés et 37 à 40 hypothétiques séro-ignorants) le succès virologique prolongé a été néanmoins obtenu pour 63% des patients (47% en France [6], 34% en Australie [5]). Cette couverture a une pertinence clinique et épidémiologique car un patient sous traitement ARV efficace réduit le risque de transmission sexuelle à ses partenaires de 96% [7,8]. Cette réduction du « réservoir infectieux » influence directement l'incidence du VIH. La quantification de cet impact, en fonction de la situation épidémiologique, fait actuellement l'objet d'étude dans les différentes modélisations [9].



* PLWHA : Personne vivant avec VIH/SIDA

Figure 5 : Traitement CASCADE – Polynésie française, 2011.

Aspects organisationnels

Le transfert du service clinique en charge du suivi des patients VIH, de l'ILM à la Direction de la Santé en Octobre 2011, puis sa délocalisation au CHPf en février 2012 a impacté temporairement la prise en charge des patients et surtout les activités de dépistage. Ce service, renommé Centre de Consultations Spécialisé en Maladies Infectieuses et Tropicales (CCSMIT), suit actuellement plus de 90% de la cohorte VIH. C'est également un centre de dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et le plus important Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) en nombre de consultations. Le CCSMIT est actuellement situé dans le service de consultations du CHPf, ce qui permet d'améliorer la prise en charge des patients grâce à une meilleure infrastructure. Par contre, un manque de communication et d'affichage actif sur cette consultation a fait chuter l'activité de dépistage entre 2010 et 2012.

4. Conclusion

L'endémie VIH/SIDA reste contenue en Pf. Les hommes sont plus touchés que les femmes et la prévalence de l'infection est plus élevée dans les tranches d'âge des 20-29 ans et 30-39 ans. La transmission sexuelle (en majorité hétérosexuelle) demeure le principal mode de

contamination. La couverture relativement satisfaisante du traitement ARV devrait contribuer à maintenir l'endémie à un faible niveau.

Les actions de dépistage et de promotion des préservatifs restent fondamentales et devraient être renforcées. Mais d'autres actions plus ciblées sur les populations vulnérables devraient être étudiées et mises en place.

Comme dans les autres pays développés [4], les décès chez nos patients VIH ne sont plus directement liés au SIDA mais à d'autres étiologies (cancers, maladies cardiovasculaires, suicides...). L'amélioration de la survie grâce à l'efficacité des ARV a pour corollaire un vieillissement de cette population et un poids accru des comorbidités d'origine multifactorielle. De la pandémie mortelle avant 1996, l'infection VIH devient une affection chronique complexe et coûteuse avec le défi que cela constitue pour notre système de santé.

Références :

- [1] Journée mondiale du SIDA 2012. Rapport ONUSIDA.
- [2] Global Fund faces billion-dollar gap-Marlowe Hood (AFP) - May 19, 2011
- [3] Fiche n°870-Situation épidémiologique VIH-SIDA – France – 2012 - Medqual 5/7/12
- [4] Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Ministère de la Santé et des Sports - Novembre 2010.
- [5] Wilson DP. Potential impact of HIV treatment as prevention in Australia - Australasian HIV/AIDS conference - Melbourne 17-19 Oct.2012
- [6] Prise en charge médicales des personnes infectées par le VIH. Recommandation du groupe d'experts. Rapport 2010 (Pr Yeni).
- [7] The global AIDS epidemic - Key facts - UNAIDS - July 2012.
- [8] Cohen M et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. N Engl J Med 2011; 365:493-505.
- [9] HIV Treatment as Prevention: Models, Data, and Questions - Towards Evidence-Based Decision-Making - The HIV Modelling Consortium Treatment as Prevention Editorial Writing Group*. PLoS Medicine. July 2012. Vol 9. Issue 7. E1001259.

Dépistage du VIH

En 2011, 1 045 tests ont été réalisés lors de consultations dans les 8 CDAG présents en Pf (4 à Tahiti, 1 à Taravao, 1 à Raiatea, 1 à Moorea, 1 à Taiohae), ou lors des dépistages hors les murs proposés ponctuellement à Tahiti, dans des lieux publics. Seules 767 fiches de renseignements ont pu être exploitées (tableau 3).

Tableau 3 : nombre de fiches de consultation recueillies par structure, Polynésie française, 2011.

CDAG	Nombre de consultations	%
CCSMIT	433	56,4
Service de protection maternelle	156	20,3
Dispensaire de Papeete	56	7,3
Fare Tama Hau	52	6,8
Dépistage hors les murs	29	3,8
CDAG Moorea	13	1,7
CDAG Taiohae	12	1,6
CDAG Raiatea	9	1,2
CDAG Taravao	6	0,8
Inconnu	1	0,1
Total	767	100,0

En 2011, les femmes ont consulté plus souvent que les hommes (51% versus 46%). La moyenne d'âge des consultants était de 27 ans, plus faible chez les femmes (24 ans) que chez les hommes (31 ans). La proportion de consultants nés et résidents en Pf était de 69 %. Un peu moins de la moitié (47%) a déjà réalisé au moins un dépistage antérieurement. Les consultations de CDAG ont permis de détecter un cas de séropositivité en 2011.

Dans 48 % des cas, la consultation répond à un simple désir de connaissance de son statut, la prise de risque n'a motivé le dépistage que dans 33 % des cas. La majorité des consultants sont hétérosexuels (91%). Environ un tiers des consultants (32%) a eu plus d'1 partenaire dans les 3 derniers mois. Un tiers (32%) n'utilise jamais de préservatifs, et seuls 20% l'utilisent systématiquement. Les autres facteurs de risque sont peu fréquents (prostitution : 2%, transfusion sanguine : 2%). Enfin, 8% des consultants rapportent des antécédents d'IST.

Le nombre total de test ELISA VIH (anonymes ou nominatifs) réalisés en 2011 en Pf était de 11 463 (11 734 en 2010), soit proportionnellement deux fois moins qu'en France.

Pour tous renseignements sur le VIH et les IST

Centre de Consultations Spécialisées en Maladies Infectieuses et Tropicales (CCSMIT) :

service de consultation du CHPf TAAONE - Tel : 48.62.05 (Infirmier) – 48.58.38 (Médecin)

Ouverture : du lundi au jeudi de 7h30 à 15h30, et le vendredi de 7h30 à 14h30.

Présence du médecin les lundi, mercredi et jeudi.

Comité de rédaction

Bureau de Veille Sanitaire (BVS) : Tél. : 488 201 – veille@sante.gov.pf

Département des Programmes de Prévention (DPP) : Tél. : 488 200 – secretariat.dpp@sante.gov.pf