



Epidémiologie de l'infection à VIH/sida en Guadeloupe



Décembre 2006



Epidémiologie de l'infection à VIH en Guadeloupe



A l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida, l'ORSaG vous propose un tableau de bord des principaux indicateurs relatifs à l'infection à VIH en Guadeloupe. Cette année, il nous a semblé pertinent de proposer une synthèse de deux études menées récemment dans les départements français d'Amérique sur le VIH/sida à l'initiative de l'Agence nationale de recherche sur le sida et sur les hépatites virales (ANRS).

Etant donné les caractéristiques de l'épidémie à VIH/sida dans leurs populations, les départements français d'Amérique (Guadeloupe, Martinique et Guyane) constituent une cible prioritaire dans la stratégie de prévention de l'infection à VIH en France, telle qu'elle a été définie pour les années 2005-2008 par la Direction générale de la santé dans le « Programme national de lutte contre le VIH/sida et les Infections sexuellement transmissibles ».

Dans ce contexte, deux enquêtes financées par l'ANRS ont été initiées dans les 3 DFA :

- **L'enquête VESPA pour VIH Enquête Sur les Personnes Atteintes** s'est déroulée à la fin de 2003 dans les CISIH et autres lieux de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida. Son objectif était de dresser un tableau de la situation sociale, économique et affective des personnes vivant avec le VIH, diagnostiquées et suivies dans l'ensemble des services spécialisés et de compléter les observations émanant des dispositifs de surveillance.
- **L'enquête KABP** (Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices) a pour objectif de caractériser les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida dans les populations de 3 DFA. Elle a eu lieu en 2004, sous la responsabilité de l'Observatoire Régional de la Santé d'Ile-de-France, qui réalise depuis 1992 l'ensemble des enquêtes KABP VIH/sida en France métropolitaine.

En Guadeloupe, Guyane et Martinique, des groupes de pilotage communs aux deux enquêtes VESPA et KABP ont été mis en place. Ils étaient composés principalement de personnes intervenant dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida (prévention, dépistage, soins). Ces groupes ont été associés à la finalisation du projet, l'élaboration des questionnaires et à la remise des résultats.

L'équipe de l'ORSaG

POINT DE REPERES	___	PAGE 3
DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUR L'INFECTION A VIH EN GUADELOUPE	___	PAGE 4
VIH ENQUETE SUR LES PERSONNES ATTEINTES EN 2003	___	PAGE 9
LES CONNAISSANCES, ATTITUDES, CROYANCES ET COMPORTEMENTS FACE AU VIH/SIDA AUX ANTILLES GUYANE EN 2004	___	PAGE 13

POINT DE REPERES

Des Cisih au Corevih

Créés en 1988 dans un contexte d'urgence épidémiologique, les actuels CISIH (Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine) seront remplacés d'ici la fin du premier semestre 2007, les COREVIH (COordination REgionale de lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine).

Extrait de la circulaire

Circulaire DHOS/DGS n° 2005-561 du 19 décembre 2005 relative à l'instauration des coordinations régionales de la lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine

Le contexte et les objectifs de la mise en place des COREVIH

Depuis la création des centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) en 1988 (lettre DH/SPE no 7223 du 2 juin 1988), les caractéristiques de l'épidémie due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le contexte dans lequel elle s'inscrit se sont profondément modifiés.

Faisant suite au constat porté sur l'organisation des soins lors du rapport d'experts en 2002 relatif aux recommandations sur la prise en charge des patients infectés par le VIH, et à l'avis du Conseil national du SIDA (17 mars 2005), l'instauration des COREVIH doit :

- permettre une meilleure continuité des soins en améliorant le lien entre le secteur hospitalier et extrahospitalier ;

- favoriser l'implication des associations de malades et d'usagers du système de santé.

Plus précisément, les COREVIH répondent à trois enjeux actuels de la lutte contre l'épidémie à VIH :

- adapter l'organisation de la prise en charge aux caractéristiques de l'épidémie en l'inscrivant dans le contexte actuel de santé ;

- favoriser une équité de la prise en charge sur le territoire ;

- améliorer la prise en charge des patients infectés.

Cette évolution devrait également positionner les COREVIH comme un des acteurs importants pour l'élaboration et la mise en oeuvre régionale de la lutte contre l'épidémie à VIH. La mise en oeuvre de cette évolution doit s'attacher à préserver les atouts antérieurement développés par les CISIH, en particulier leur apport sur le traitement et l'analyse des données médico-épidémiologiques et sur la recherche clinique (...)

L'intégralité de la circulaire est disponible à l'adresse suivante :

www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2006/06-02/a0020040.htm

SITUATION EN GUADELOUPE : FAITS MARQUANTS

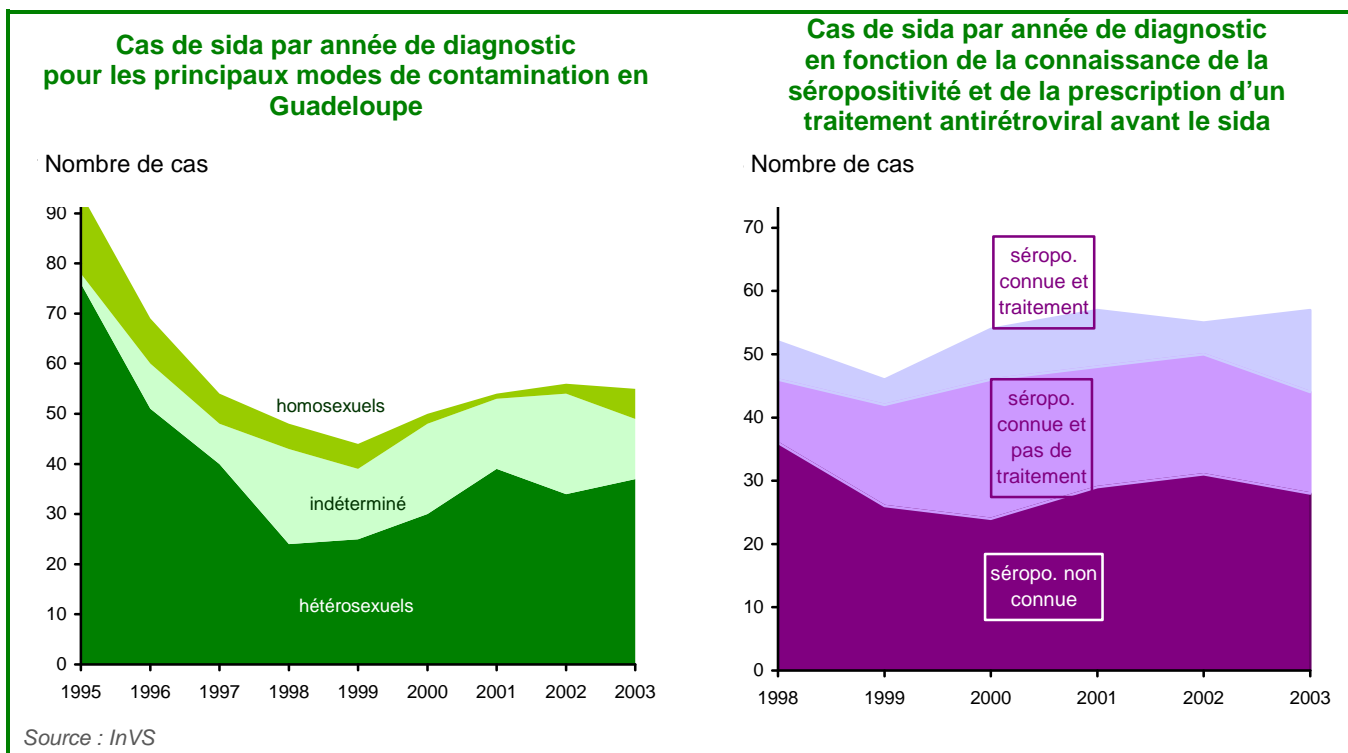
- *La Caraïbe : 2^{ème} région du monde la plus touchée par l'infection à VIH*
 - *La Guadeloupe : 2^{ème} région de France la plus affectée par l'infection à VIH proportionnellement à sa population*
 - *Près de 250 des nouveaux diagnostics d'infection à VIH depuis 2003 avec une proportion croissante de femmes et de personnes de nationalité étrangère*
 - *Epidémie non contrôlée, une soixante de cas de sida déclarés chaque année*
 - *Retard au dépistage, élément clé de la situation épidémiologique*
 - *Prédominance de la contamination hétérosexuelle*
 - *Des cas de sida plus âgés qu'au niveau national*
 - *Près de 1300 personnes vivant avec le VIH (PVVIH) suivis en Guadeloupe*
-

LES CAS DE SIDA EN GUADELOUPE DEPUIS LE DEBUT PUIS DE L'EPIDEMIE

1138 cas de sida depuis le début de l'épidémie

Depuis le début de l'épidémie, le nombre total de cas de sida déclarés est 1138. Parmi ces cas, plus de la moitié sont décédés (54 %). La contamination hétérosexuelle est le mode de transmission prédominant : 62 % des cas de sida diagnostiqués depuis le début de l'épidémie (24 % au niveau national). Si la contamination homosexuelle est le mode de contamination le plus fréquent au niveau national (42 % des cas), elle concernerait 13 % des cas de sida de notre région. La proportion de cas de sida déclarés chez des personnes âgées de 50 ans et plus est de 21 % en Guadeloupe contre 14 % sur l'ensemble du territoire national.

La diminution du nombre de cas de sida observée entre 1995 à 1997 correspond à l'avènement des trithérapies. Depuis 1997, le nombre annuel de nouveaux cas varie autour d'une moyenne de 55. Les nouveaux cas correspondent surtout à des personnes dépistées tardivement, des personnes dépistées non suivies et des patients perdus de vue.



58 cas de sida diagnostiqués en 2003

Selon l'Institut de veille sanitaire, au 31/12/2003, 58 cas ont été diagnostiqués correspondant à une incidence annuelle de 13 nouveaux cas pour 100 000 habitants. Au niveau national, l'incidence est de 2 nouveaux cas pour 100 000 habitants.

LES PATIENTS VIVANT AVEC LE VIH SUIVIS EN GUADELOUPE

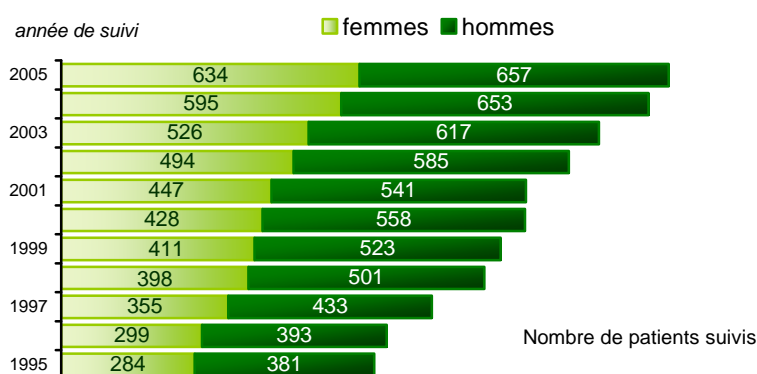
164 nouveaux patients dans la file active en 2005

En Guadeloupe, les personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH) bénéficient d'un suivi médico-psycho-social. La file active des PVVIH est répartie sur 3 sites, le Centre Hospitalier Universitaire de Pointe-à-Pitre, les Centres Hospitaliers de Basse-Terre et de Saint-Martin.

D'après le rapport d'activité du centre d'information sur l'immuno-déficience humaine (CISIH), en 2005, 1288 patients composent la file active (patients vus au moins une fois sur les 3 sites). Près de 13 % de cette file active est constituée de nouveaux patients dépistés. Ces derniers sont au nombre de 164 dont 64 % ont été pris en charge au CHU, 28 % au CH de Saint-Martin et 8 % au CH de Basse-Terre. Les nouveaux patients pris en charge se distinguent de l'ensemble de la file active, par une proportion plus élevée de personnes nées dans la Caraïbe hors DFA (48 % de haïtiens contre 32 % dans l'ensemble de la file active) et une surreprésentation des femmes (sex-ratio de 0,8 contre 1,03).

Le nombre de patients perdus de vue semble sous-estimé. En 2005, 12 patients étaient signalés comme perdus de vue à Saint-Martin, soit moins de 1 % de l'ensemble de la file active de Guadeloupe et 4 % de la file active de Saint-Martin.

Répartition annuelle des patients suivis en milieu hospitalier en Guadeloupe en fonction du sexe de 1995 à 2005

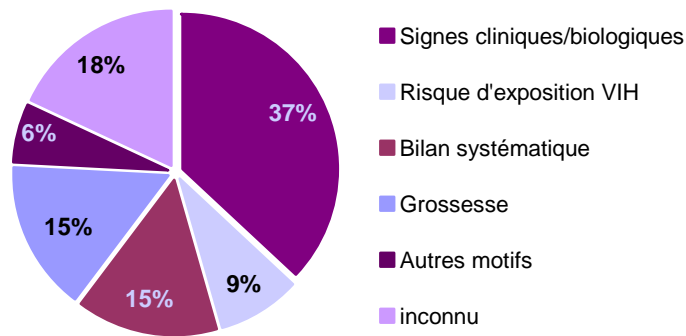


Source : Rapport CisiH 2005

60 nouveaux cas de sida en 2005

En 2005, le nombre de nouveaux cas est de 60. Cette incidence correspond au niveau observé depuis 1998 avec un nombre de nouveaux cas annuels variant de 51 à 60 cas. En 2005, parmi ces nouveaux cas de sida, 13 ont été pris en charge au moment du diagnostic du sida. Malgré l'accessibilité des traitements antirétroviraux, certains patients déjà suivis, rencontrent des difficultés d'observance réduisant l'efficacité des traitements. Les consultations d'observance mises en place à Saint-Martin en 2002 et au CHU de 2005 devraient à terme améliorer l'efficacité des traitements et réduire le nombre de nouveaux cas de sida annuels.

Nouveaux cas d'infection par le VIH de mars 2003 à décembre 2005 en Guadeloupe SELON LE MOTIF DE DEPISTAGE



Source : InVS

Données provisoires non redressées au 31/12/2005

Davantage de personnes vulnérables parmi les nouveaux diagnostics d'infection à VIH

Ces résultats obtenus après 2 ans de mise en vigueur de la notification des découvertes de séropositivité VIH, semblent confirmer la féminisation de l'infection à VIH observée dans la file active du CISIH et dans les données relatives aux cas de sida déclarés à l'InVS ces dernières années. Parmi les PVVIH, la proportion de femmes est de 44 % en 1996 et 48 % en 2004. Parmi les cas de sida diagnostiqués, la proportion de femmes était de 31 % en 1996, 6 ans après, elle est 44 %.

Parmi les nouveaux diagnostics d'infection à VIH, il faut également souligner la proportion importante de personnes nées dans la Caraïbe notamment à Haïti. Ce sont souvent des personnes en situation de grande précarité économique et administrative.

Les deux enquêtes financées par l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales, VESPA et KAPB, mettent en évidence une plus grande vulnérabilité des femmes et des personnes de nationalité étrangère en population générale face au VIH/sida (moins bonne maîtrise de la prévention, moins bonne connaissance des modes de transmission...), d'une part et d'autre part, parmi les PVVIH (situation sociale défavorable, dépistage tardif...). Ces deux populations apparaissent comme les principales cibles des futures campagnes de prévention dans notre région.

VIH enquête sur les personnes atteintes en 2003

Etude ANRS-EN13-VESPA

L'aire géographique française Antilles-Guyane avec près d'un million d'habitants connaît le taux le plus élevé d'incidence du sida en France. Les quatre territoires qui la composent ont cependant des configurations démographiques, sociales et culturelles différentes tenant à l'histoire et à leur position géographique. L'immigration est forte en Guyane et à Saint-Martin et dans une moindre mesure en Guadeloupe, mais très faible en Martinique. La Guyane a une population nettement plus jeune et plus pauvre que les autres territoires. L'accès aux soins est régi par les mêmes principes et les mêmes dispositifs que dans les autres régions de France en terme de couverture sociale, mais l'offre de soins y est moins dense. Concernant le VIH-sida, les départements français d'Amérique (DFA) sont des régions prioritaires dans la politique nationale de lutte contre le sida, avec des programmes propres de prévention. Cependant, le contexte social général conduit à majorer les obstacles à la prévention, les difficultés d'accès aux soins ou les prises en charge de longue durée. Ainsi, les données de la surveillance épidémiologique mettent en évidence un phénomène de retard au diagnostic plus marqué qu'en France métropolitaine, une absence de traitement chez des personnes pourtant diagnostiquées et une fréquence accrue de l'échec thérapeutique, notamment en Guyane.

Objectifs de l'enquête

Cette étude s'est attachée à :

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

Méthodologie

Vespa est une enquête transversale réalisée dans tous les services prenant en charge les patients infectés par le VIH dans les DFA, pour atteindre un échantillon de 15 % de la file active estimée. Tous les patients venant en consultation externe ou en hôpital de jour étaient éligibles pour l'enquête s'ils étaient majeurs, dépistés depuis plus de 6 mois, infectés par le VIH1 et, pour les personnes de nationalité étrangère, soignés dans le service depuis plus de six mois. Un échantillon complémentaire de patients hospitalisés pour leur maladie VIH a été interrogé pour rendre compte des patients pas ou peu suivis et est analysé séparément.

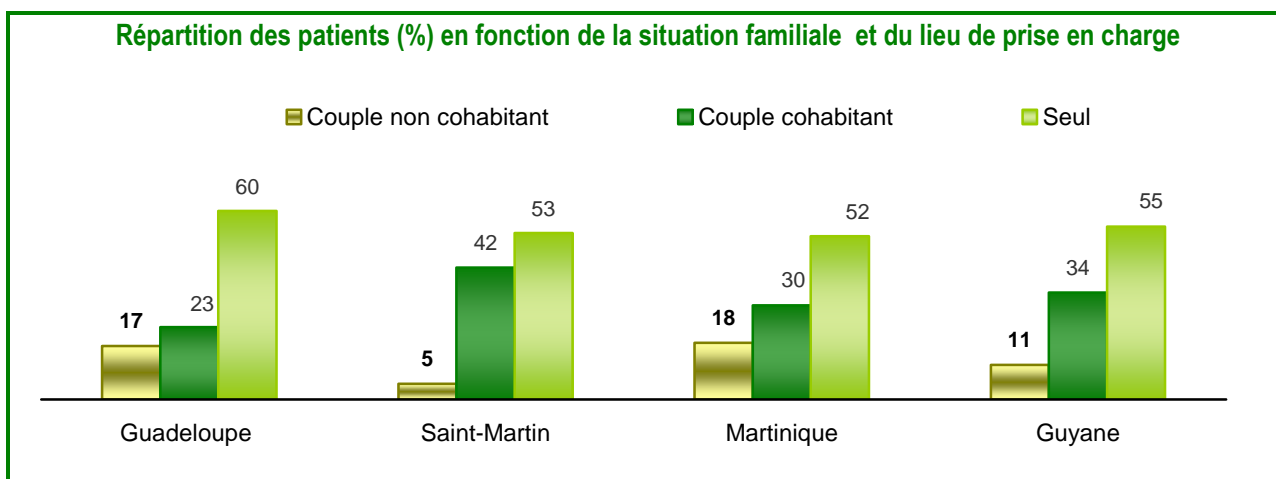
Résultats

L'échantillon d'étude comprend 398 personnes réparties comme suit : 139 en Guadeloupe, 139 en Guyane, 90 en Martinique et 30 à Saint-Martin.

Profil démographique

Les territoires apparaissent hétérogènes quant à la structure socio-démographique de la population vivant avec le VIH. Les hommes dominent en Martinique et Guadeloupe, alors que c'est l'inverse à Saint-Martin et en Guyane. L'âge médian est de 43 ans, variant de 41 ans en Martinique à 46 ans en Guadeloupe. Plus d'un quart des patients ont plus de 50 ans.

Alors que les personnes de nationalité étrangère sont très peu nombreuses en Martinique, elles représentent près d'un quart des personnes atteintes en Guadeloupe, sont légèrement majoritaires en Guyane (53 %) et largement à Saint-Martin (79 %). La plupart de ces personnes de nationalité étrangère vivaient sur le territoire français au moment du diagnostic de la séropositivité (76 % depuis plus de 3 ans), 85 % avaient plus de 5 ans de résidence au moment de l'enquête, et 14 % sont sans titre de séjour. Sur l'ensemble des répondants, 35 % vivent seuls dans leur logement, proportion beaucoup plus élevée chez les hommes (48 %) que chez les femmes (21 %). La majorité des répondants ne déclarent pas de relation stable (56 %), 14 % ont un partenaire régulier avec lequel ils ne cohabitent pas, 30 % vivent en couple, cette proportion est plus élevée en Guyane et à Saint-Martin.



Situation sociale

La majorité (62 %) des personnes sont sans **activité professionnelle**, avec peu de variation entre les territoires (de 55 % à Saint-Martin à 67 % en Guadeloupe). D'une façon générale, le parcours professionnel jusqu'au moment de l'enquête est marqué par la précarité (alternance d'emploi et de chômage pour 25 %, emploi uniquement dans le secteur informel au cours de la

vie : 24 %). Au moment de l'enquête, parmi les actifs, le travail dans le secteur informel domine à Saint-Martin et concerne un actif sur 3 en Guyane.

Cette situation à l'égard de l'emploi retentit sur les niveaux de ressources. Les privations par manque d'argent, notamment alimentaires, sont plus importantes en Guyane. On note dans chaque territoire que la proportion de personnes « à l'aise » est voisine en population générale et parmi les patients, mais que ceux en difficultés financières sont beaucoup plus nombreux parmi les personnes vivant avec le VIH (45 % parmi les patients, 34 % en population générale). En lien avec cette situation sociale, plus d'un quart des **logements** manquent d'un ou plusieurs éléments de confort essentiels (habitation en dur, eau courante, électricité, WC, douche, réfrigérateur), mais ces conditions précaires concernent 4 patients sur dix à Saint-Martin et en Guyane.

Pour différentes variables rendant compte de la situation sociale, les **femmes sont en situation plus défavorable que les hommes** : elles sont moins souvent actives, plus souvent cantonnées dans les emplois du secteur informel si elles travaillent et plus désireuses de retravailler si elles sont inactives. Elles rapportent aussi beaucoup plus de difficultés financières (54 % vs 38 % se disent en difficultés financières ; 28 % vs 18 % disent ne pas pouvoir manger au moins un jour sur deux du poisson ou de la viande pour des raisons financières, 35 % vs 22 % disent vivre dans un ménage contraint à sauter des repas complets faute d'argent).

Caractéristiques médicales

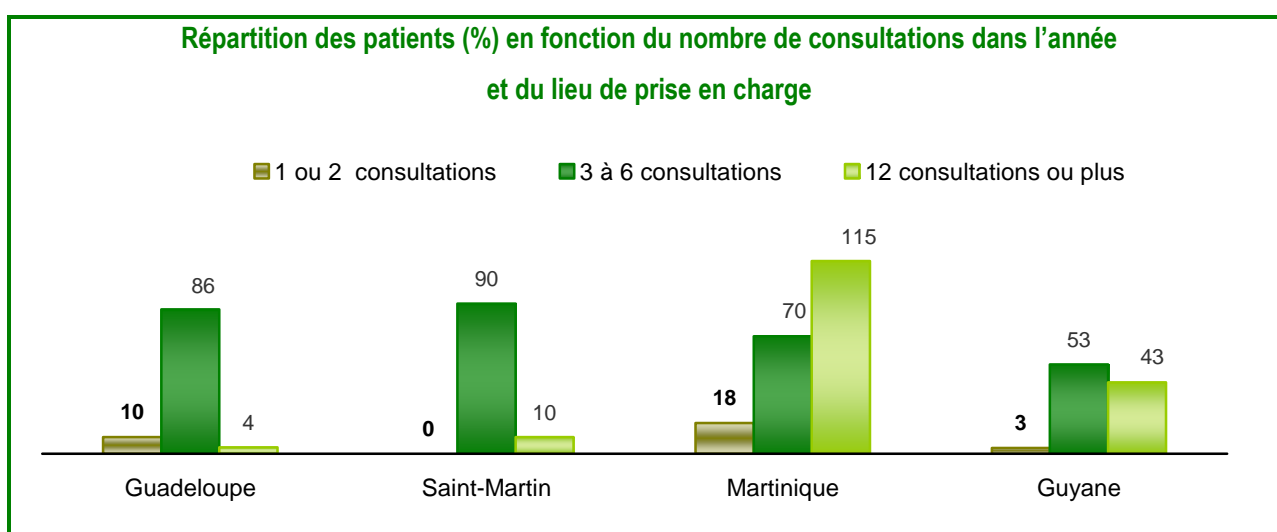
L'âge médian au diagnostic (36 ans sur l'ensemble de l'échantillon) est plus bas en Martinique et à Saint-Martin et 16 % ont été diagnostiqués après 50 ans. Les femmes sont plus jeunes au moment du diagnostic (34 ans au lieu de 38 en médiane). La plupart des transmissions sont hétérosexuelles, néanmoins 26 % des cas martiniquais et 18 % des cas guadeloupéens résultent de rapports sexuels entre hommes (proportions très faibles dans les deux autres territoires). Les quelques 10 % de cas dus à la consommation de drogue se concentrent presque exclusivement en Guadeloupe. Dans l'ensemble de l'échantillon, 25 % ont eu une maladie classante pour le stade C (sida), 3 % sont co-infectés par le VHC.

Facteurs associés au dépistage tardif

Le dépistage tardif a été défini comme le stade C ou un taux de CD4 inférieur à 200 dans l'année du dépistage ou la suivante. Cette analyse a été limitée aux personnes diagnostiquées depuis 1996 (n = 232). L'analyse univariée montre que l'âge, la nationalité étrangère, un faible niveau d'éducation et l'absence de relation stable sont associés à un retard au dépistage. Par contre, l'étude simultanée de plusieurs variables (analyse multivariée) indique que le fait d'avoir des enfants et d'être dans une relation stable sont associés à un moindre risque de retard au dépistage. On observe aussi un effet d'âge, les moins de 30 ans tendant à être diagnostiqués plus tôt que les patients plus âgés.

Le traitement et les facteurs associés à l'échec thérapeutique

Au moment de l'enquête, 74 % des patients sont en traitement, presque tous par HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*), 10 % sont naïfs de tout traitement antirétroviral, 16 % ont arrêté, sans différence entre les territoires. L'étude de l'échec thérapeutique, défini par un taux de CD4 inférieur à 200 et une charge virale supérieure à 400 copies, a été réalisée parmi les patients traités par HAART depuis au moins 6 mois (n = 257). 79 % étaient classés comme hautement observants et 12 % étaient en échec thérapeutique. L'analyse univariée souligne que l'échec thérapeutique est associé à une maladie plus avancée lors de la mise sous traitement et à une moins bonne observance, mais aussi à la nationalité étrangère et à l'usage de drogues illicites. Ces associations sont confirmées dans l'analyse multivariée.



Conclusion

Les caractéristiques sociales des personnes séropositives aux Antilles et en Guyane reflètent l'hétérogénéité des départements français d'Amérique. Le retard au dépistage apparaît comme un élément clé de la situation épidémiologique. Ce retard semble lié à l'isolement. Enfin, les résultats observés sur les traitements (moins de traitement en cours, moins de résultats favorables) sans lien clairement établi avec les facteurs socio-économiques suggèrent des phénomènes culturels dans le vécu de la maladie dans les DFA et dans les rapports entre les personnes atteintes et les équipes soignantes.

Synthèse rédigée à partir de l'article :

Bouillon K., Lert F., Schmaus A., Spire B., Dray-Spira R. Les patients vivant avec le VIH-sida dans les départements français d'Amérique : résultats de l'enquête ANRS-VESPA, 2003. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2005, 45-46 : 240-242.



Observatoire régional de santé d'Île-de-France



Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles Guyane en 2004

Etude ANRS-EN16-KABP-DFA

Introduction et méthodologie

Une enquête en population générale a été conduite en 2004 en Guadeloupe, Martinique et Guyane afin de caractériser dans les populations, les connaissances sur le VIH/sida, les attitudes à l'égard des personnes touchées par le VIH, la perception des risques et les modes d'adaptation face au risque de contamination. Cette enquête dont l'objectif est d'améliorer la prévention du VIH/sida intervient 12 ans après la réalisation de l'enquête « Analyse des comportements sexuels aux Antilles et Guyane (ACSAG), conduite en 1992 sous la responsabilité de M. Giraud et A. Gilloire (CNRS).

Cette enquête a été financée par l'ANRS et la Fondation de France. Elle a été réalisée auprès de personnes âgées de 18 à 69 ans francophones et/ou créolophones ayant leur résidence principale dans l'archipel de la Guadeloupe, en Martinique et dans les communes du littoral guyanais (regroupant 90 % de la population de la Guyane).

Dans chaque région, un échantillon d'environ 1000 personnes a été tiré au sort par sondage aléatoire à partir de la liste des abonnés de France Télécom, incluant les abonnés inscrits sur liste rouge. Au total, 3 014 personnes ont été interrogées par téléphone entre septembre et décembre 2004.

La première partie de ce document est une synthèse des spécificités de la population de la Guadeloupe face au VIH/sida par rapport aux populations de la Guyane et de la Martinique.

La seconde partie est un résumé des principaux résultats pour l'ensemble des 3 DFA. Les résultats sont comparés à ceux de l'enquête ACSAG et ceux de l'enquête conduite en France métropolitaine en 2004 (ORS Ile-de-France).

La dernière partie est une présentation des populations les plus vulnérables face au VIH/sida repérées à partir de l'analyse.

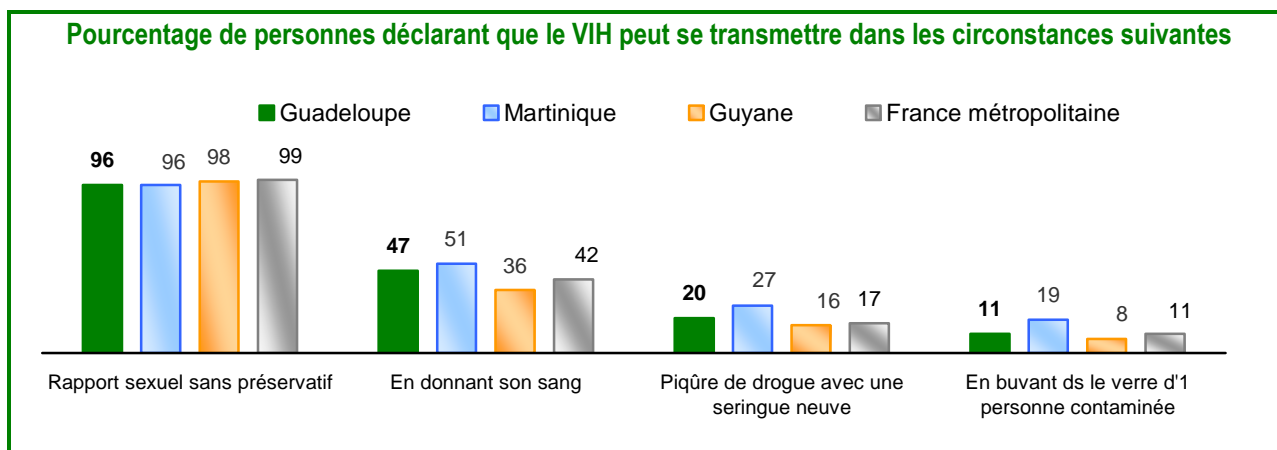
Caractéristiques de la population de la Guadeloupe face au VIH/sida

En Guadeloupe, 1 007 personnes ont participé à cette enquête dont 3 % à Saint-Martin, 3 % à Marie-Galante, 1 % à Saint-Barthélemy et moins de 1 % aux Saintes comme à la Désirade.

La population interrogée en Guadeloupe se situe par rapport aux connaissances, croyances et comportements face au VIH/sida à un niveau intermédiaire par rapport à la Martinique et à la Guadeloupe.

Les **circonstances** réelles **de transmission du VIH** (rapports sexuels, transfusion, échange de seringues chez les usagers de drogues) sont bien connues. Cependant, les habitants de la Guadeloupe sont encore nombreux à croire à des circonstances de transmission du VIH ne présentant en réalité aucun risque. Ainsi, 20 % des personnes interrogées en Guadeloupe ont indiqué que le VIH pouvait se transmettre dans les toilettes publiques, soit une proportion proche de celle observée en Martinique (23 %) mais plus élevée qu'en Guyane (14 %). En revanche, les habitants de la Guadeloupe indiquent deux fois moins souvent que ceux de la Martinique que le VIH peut se transmettre en buvant dans le verre d'une personne contaminée (11 % contre 19 %). En Guyane, la proportion observée pour ce mode erroné de transmission est de 8 %.

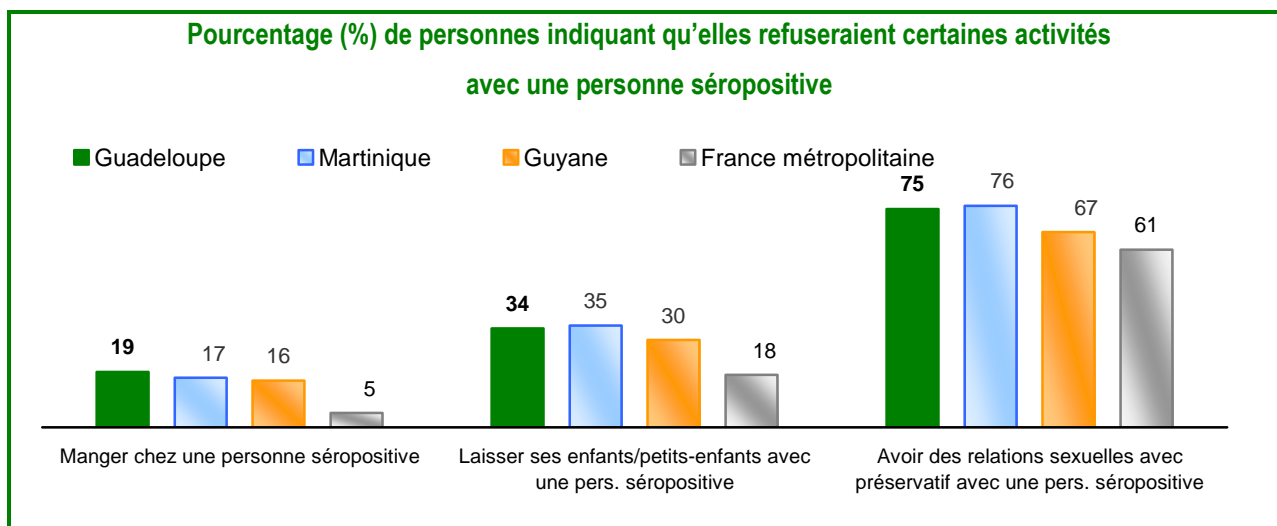
En ce qui concerne les **stratégies de prévention**, l'utilisation d'un préservatif féminin est jugée efficace par 63 % des personnes interrogées en Guadeloupe (57 % en Martinique et 71 % en Guyane). La Guadeloupe s'éloigne néanmoins des répondants martiniquais qui tendent à surestimer systématiquement l'efficacité de stratégie peu ou pas fiables. Ainsi, 68 % des personnes en Guadeloupe (69 % en Guyane) ont jugé qu'il était efficace de « demander un test de dépistage à son partenaire » contre 79 % en Martinique. Dans les 3 régions, le niveau de connaissances est faible en ce qui concerne l'existence des traitements contre le VIH/sida (46 %) et celle du traitement d'urgence (15 %).



La population de la Guadeloupe partage le même niveau de crainte que celles des deux autres régions. Environ un quart des personnes craignent « beaucoup » le sida (23 %) et pensent que « le sida peut s'attraper aussi facilement que la grippe » (26 %). Ce niveau de craintes peut contribuer à favoriser des attitudes discriminatoires envers les personnes séropositives.

Les habitants de Guadeloupe, comme ceux de Guyane et de Martinique, désapprouvent majoritairement des mesures discriminatoires qui pourraient être prises envers les personnes

séropositives (interdire à un enfant atteint du VIH d'aller à l'école, isoler les malades du sida du reste de la population, isoler dans les hôpitaux les malades du sida des autres patients...). Cependant, quand la proximité des personnes séropositives est élevée, la proportion d'attitudes stigmatisantes augmente. Par exemple, 16 % des habitants de la Guadeloupe refuseraient de manger chez une personne séropositive, 30 % ne laisseraient pas leurs enfants avec une personne séropositive (18 % en France).



Sur le plan des **comportements**, les femmes de la Guadeloupe ont un âge d'entrée dans la sexualité comparable à celui des femmes de la Martinique et sensiblement plus tardif qu'en Guyane. Environ 10 % des femmes des Antilles âgées de moins de 40 ans avaient déjà eu un rapport sexuel à 15 ans, cette proportion est de 18% en Guyane. Chez les hommes de la Guadeloupe, l'entrée dans la sexualité est plus tardive qu'en Guyane et en Martinique. Parmi les hommes âgés de moins de 40 ans, 30 % en Guadeloupe avaient déjà eu leur premier rapport sexuel à 15 ans contre 39% en Martinique et 44 % en Guyane.

Le recours à la prostitution est comparable en Guadeloupe et en Guyane (7% des hommes y ont eu recours dans les cinq dernières années) et sensiblement plus élevé qu'en Martinique et en métropole (3%). Cependant, en Guadeloupe, il est davantage circonscrit à la classe d'âge des 25-34 ans. En effet, 19 % ont indiqué avoir eu recours à une prostituée au cours de 5 dernières années alors que cette proportion est 5 à 6 fois moindre dans les autres classes d'âges. En Guyane, le recours à la prostitution est plus généralisé.

La proportion des multipartenaires est comparable dans les trois régions aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Cependant, le multipartenariat des Antilles engage plus souvent des relations simultanées et durables alors qu'en Guyane, il s'agit davantage d'un multipartenariat engageant des partenaires successifs. En Guadeloupe, 19 % des hommes ont indiqué avoir eu plusieurs partenaires dans l'année contre 10 % en Martinique (écart statistiquement significatif) et 8 % en Guyane.

Les données relatives à l'utilisation des préservatifs ou au recours du dépistage du VIH ne montrent pas de spécificité de la Guadeloupe, et les antécédents déclarés d'infections sexuellement transmissibles ou d'interruption volontaire de grossesses, comparables à la Martinique, semblent indiquer des comportements de prévention proches dans les deux régions de la Guadeloupe et de la Martinique.

Pourcentage (%) de personnes ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs au cours des 12 derniers mois selon les caractéristiques de l'activité sexuelle

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	France métropolitaine
Monopartenaires				
Hommes	28	27	28	22
Femmes	22	23	25	19
Multipartenaires				
Hommes	75	75	81	73
Femmes	45	80	76	65

Entre les 3 DFA, les observations indiquent une tendance à l'homogénéisation depuis 1992 du niveau de connaissances, des opinions et des comportements. Bien que moins marquées actuellement et matérialisées par un nombre moindre de caractéristiques, des différences persistent entre les populations de 3 DFA.

En revanche, les différences majeures observées lors de l'enquête ACSAG en 1992 entre les DFA et la France métropolitaine persistent en 2004.

Synthèse des résultats dans les 3 DFA

Comparées à l'enquête ACSAG, les données recueillies fin 2004 relèvent de la part des populations résidant en Guadeloupe, Martinique et Guyane une amélioration des connaissances des modes de transmission du VIH et des moyens de protection contre le VIH, une diminution des déclarations d'attitudes stigmatisantes à l'égard des séropositives ainsi qu'une large diffusion de l'utilisation du préservatif masculin dans la population.

Toutefois, si les habitants des DFA, y compris les plus âgés, manifestent une plus grande préoccupation à l'égard du VIH/sida que ceux de France métropolitaine, les mécanismes de transmission du VIH et l'existence des traitements contre le sida sont moins bien connus. De plus, la stigmatisation envers les personnes séropositives y est également plus élevée.

En outre, les caractéristiques générales de l'activité sexuelle de la population masculine des DFA présentent potentiellement davantage de risques de contamination que celles des hommes de l'hexagone : début de vie sexuelle plus précoce, importance du recours à la prostitution, multipartenariat fréquent, persistant aux âges élevés et engageant davantage de relations simultanées... Les données sur les préservatifs masculins montrent que leur utilisation est relativement comparable à ce qui est observé au niveau national. Cependant d'autres

indicateurs témoignent d'une utilisation probablement plus irrégulière. Les infections sexuellement transmissibles (IST) ou les interruptions volontaires de grossesse sont plus fréquemment rapportées dans les DFA, notamment en Guyane. Enfin, bien que le recours au dépistage soit plus élevé qu'en France métropolitaine, il s'inscrit moins souvent dans une logique de prévention du VIH/sida.

Les populations vulnérables face au VIH/sida

Les personnes peu diplômées et celles **nées hors des DFA dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud** apparaissent particulièrement vulnérables face au VIH et plus généralement aux IST. Elles devraient pouvoir constituer des cibles prioritaires pour les campagnes de prévention à venir. Par ailleurs, il apparaît nettement que malgré un niveau de connaissances comparable à celui des hommes, **les femmes** se trouvent souvent dans des situations où elles maîtrisent moins la prévention. Ce constat devrait donc inciter à davantage prendre en compte les rapports sociaux du sexe et un contexte dans lequel la différenciation sexuelle est très marquée dans le contenu des messages. **Les jeunes âgés de 18 à 24 ans** (avec des niveaux de connaissance des modes de transmission et d'acceptation déclarée des personnes séropositives moins importantes que leurs aînés, une protection plus faible lors du premier rapport sexuel et un nombre de partenaires plus élevé que leurs homologues métropolitains) demeurent une cible privilégiée. Il en est de même pour **la population la plus âgée** dont les conduites relèvent des prises de risque non négligeable, notamment par la persistance avec l'âge du multipartenariat et un moindre usage des préservatif chez les personnes plus âgées.

Synthèse rédigée à partir des documents suivants :

Halfen S., Fénies K., Ung B., Grémy I., Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004, rapport ORS Ile-de-France, avril 2006 (rapport 290 pages et synthèse 4 pages, téléchargement sur www.ors-idf@ors-idf.org)





Document rédigé par Vanessa CORNELY et Séverine FERDINAND
Chargées d'études de l'ORSaG

Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe (ORSaG)
1301 cité Grain d'Or, Circonvallation - 97100 BASSE TERRE (Guadeloupe)
Tel : 0590 387 448 – Fax : 0590 387 984 – Courriel : orsag@wanadoo.fr