

Les données statistiques concernant l'infection à VIH proviennent de la surveillance des Maladies à Déclaration Obligatoire (MDO) : imprimés spécifiques pour la déclaration initiale et les déclarations complémentaires des syndromes dus au VIH (disponibles en téléchargement sur le site de la DASS-NC : <http://www.dass.gouv.nc>).

### I.2.3.1. Généralités

#### ▪ Définition des cas

Un patient est défini comme **porteur du VIH** lorsqu'il est décrit comme séropositif au VIH, c'est-à-dire, lorsqu'il est porteur d'anticorps contre le VIH-1 ou le VIH-2. Ces anticorps sont détectables au minimum à partir de 6 semaines après la contamination lorsqu'il s'agit de tests de 4<sup>ème</sup> génération (combinaison de recherche d'anticorps et d'antigène) ou à partir de 3 mois lorsqu'il s'agit de tests plus anciens ou en cas d'utilisation de TROD VIH (test rapide d'orientation diagnostique). En Nouvelle-Calédonie, les tests de 4<sup>ème</sup> génération sont utilisés par tous les laboratoires d'analyses biologiques. La réglementation calédonienne ne permet pas encore une utilisation des TROD VIH en dehors des laboratoires de biologie médicale (texte en attente).

Un patient est défini comme « **SIDA avéré** » lorsqu'il présente des symptômes cliniques de la maladie, c'est-à-dire après la phase asymptomatique, dont la durée est variable, de quelques mois à plusieurs années (cf : figure 1). Ces symptômes correspondent à la catégorie C (code 042) de la définition de cas tel que recommandé par l'OMS (cf : guide des MDO).

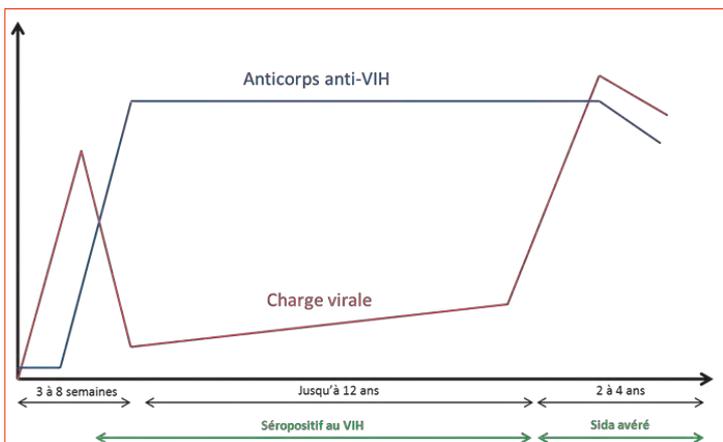


Figure 1 : Evolution naturelle (sans traitement) de la charge virale et des anticorps anti-VIH au cours du temps chez un patient porteur du virus.

### I.2.3.2. Le dépistage du VIH en Nouvelle-Calédonie

Il existe plusieurs types de dépistage du VIH :

- Obligatoire : lors de dons de sang, d'organe, ...
- Obligatoirement proposé par le médecin : en cas de grossesse.
- Dépistage volontaire :
  - nominatif et payant, mais remboursé : s'il est prescrit par un médecin.
  - anonyme et gratuit : si le patient en fait la demande auprès d'un des professionnels de santé (médecins et sage femmes) possédant l'agrément pour la pratique du dépistage anonyme et gratuit du VIH-SIDA (CDAG).

- gratuit : auprès de tout médecin des directions provinciales des actions sanitaires et sociales.

Tous les laboratoires utilisant des tests de 4<sup>ème</sup> génération sont autorisés à réaliser un test sérologique de dépistage du VIH. Néanmoins, seul le laboratoire du CHT effectue localement les tests de confirmation.

#### ▪ Zoom sur la Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit du VIH-SIDA : les CDAG

Un dispositif de Consultation pour le Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a été mis en place il y a plusieurs années en Nouvelle-Calédonie. Ce dispositif a pour fonctions la prévention, le conseil, le dépistage et, le cas échéant, le diagnostic et l'accompagnement dans la recherche des soins appropriés. Les professionnels (médecins ou sages-femmes) souhaitant participer à ce dispositif doivent suivre une formation pour être agréées pour cette activité (arrêté du gouvernement de Nouvelle-Calédonie). L'agrément est accordé pour 3 années, au terme desquelles une nouvelle formation est nécessaire.

Le nombre de professionnels de santé agréés pour les CDAG a fortement diminué depuis 2005, en passant de 117 (80 médecins et 37 sages-femmes) à 38 en 2014 (19 médecins et 19 sages-femmes). Après 4 années de baisse d'activité, celle-ci augmente en 2016 pour atteindre 1 776 consultations et se stabilise en 2017 à 1 682. Les dernières formations CDAG ont eu lieu en 2017, dans l'attente d'une refonte de la stratégie de dépistage du VIH, en cours depuis 2014 à l'ASS-NC. A noter que la province SUD est sortie du dispositif officiel CDAG depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, impactant fortement les chiffres du dépistage par ce dispositif.

#### Nombre de CDAG :

En 2018, 1 787 consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ont été effectuées sur l'ensemble du territoire calédonien. Cependant, seuls 247 formulaires CDAG ont été reçus à la DASS-NC. L'analyse ne portera donc que sur 13,8% des CDAG.

L'âge moyen des patients ayant consulté en CDAG en 2018 est de 29 ans.

Sexe	Féminin	Masculin	Transsexuel	Non renseigné	Total
Nombre de patients	139	104	1	3	247
Age moyen des patients (ans)	27	31	27	27	29

Tableau 1 : Age moyen et sexe des patients ayant effectué un CDAG (2018)

NB : Une consultation ne s'accompagne pas toujours d'une prise de sang, car une personne peut découvrir au cours de l'entretien qu'elle ne se sent finalement pas prête à faire le test.

## Répartition par commune

86% des CDAG (n = 1 540) de 2018 ont été réalisées par l'Espas CMP de la DPASS Sud de Nouméa, alors que les CDAG effectués en dehors de Nouméa représentaient 11% (n=190).

10 prescripteurs participent au CDAG sur 15 lieux de dépistage.

Parmi les 247 consultations :

## % de sérologies effectuées

94% des CDAG (n = 232) ont abouti à la réalisation d'une sérologie,

Le dépistage a été différé pour 7 personnes (item non renseigné pour 8 fiches),

## Résultat des sérologies

Aucun cas n'a été dépisté ni confirmé positif pour le VIH après un CDAG en 2018



Figure 2 : Nombre de patients reçus lors d'une consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) du VIH.

## Absentéisme au résultat (patient non venu chercher son résultat) :

Certaines personnes effectuent l'entretien initial et la prise de sang, mais ne viennent pas chercher leur résultat : elles sont dites « absentes au résultat ». Bien que cela ne soit pas le seul critère de qualité à prendre en compte, plus le taux d'absentéisme au résultat sera bas, plus le dispositif CDAG sera performant.

En 2018, le taux d'absentéisme au résultat du test est globalement de 13,3%. Ce taux étant calculé à partir de seulement 13,8% des fiches, ces résultats ne sont pas représentatifs.



Figure 3 : Pourcentage d'absentéisme au résultat CDAG 2013-2018

## L'activité de dépistage en Nouvelle-Calédonie

En 2018, 9 laboratoires d'analyses médicales ont effectué 25 107 tests de dépistage du VIH. Ce chiffre est en augmentation par rapport à 2017 (22 627), avec notamment une augmentation de l'activité privée et du service de transfusion sanguine. Le dépistage systématique (don du sang) représente 30% des dépistages.



Figure 4 : évolution annuelle des tests de dépistage depuis 1991

## Suivi biologique

(rédigé par le Dr Ann-Claire Gourinat - Laboratoire de biologie du CHT)

Le laboratoire de microbiologie du CHT Gaston Bourret, laboratoire de référence pour le suivi des patients VIH+ sur le territoire calédonien depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2016, mesure le taux de CD4 (cellules responsables de la coordination du système immunitaire et infectées par le VIH) et la charge virale. Les demandes concernant le suivi des patients porteurs d'une infection VIH proviennent de l'Espas CMP, du CHT, du CHN et de laboratoires privés.

## Quantification des CD4 :

La technique utilisée est la cytométrie en flux après double marquage immuno-fluorescent CD4 / CD3 ou CD8 / CD3 sur automate FACS Canto II (Becton Dickinson<sup>TM</sup>).

Pour le suivi des patients VIH, **393 demandes ont été traitées** par le laboratoire d'hématologie en 2018. 6 patients ont présentés une immunodépression sévère (CD4<50/mm<sup>3</sup>). Les demandes et les résultats sont stables selon les années.

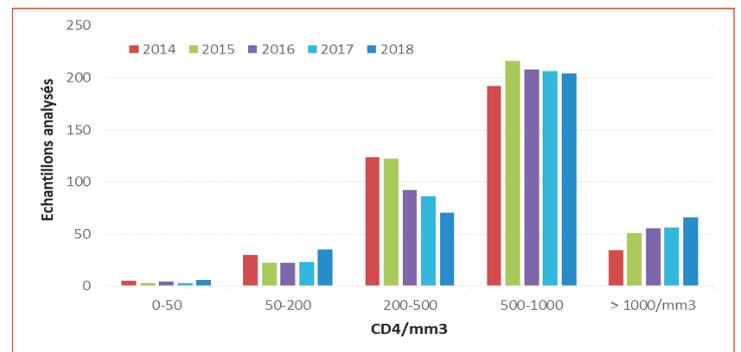


Figure 5 : Distribution du taux de CD4 par année de 2014 à 2018 chez les patients porteurs d'une infection par le VIH (IPNC)

Quantification de l'ARN viral :

La quantification de l'ARN du VIH est réalisée par méthode PCR basée sur le principe NASBA (*Nucleic Acid Sequence Based Amplification*) avec détection en temps réel (Nuclisens Easy-Q HIV1, bioMérieux).

**En 2018** : 444 charges virales ont été réalisées au CHT. Ce chiffre est stable par rapport à l'année précédente (457 en 2017).

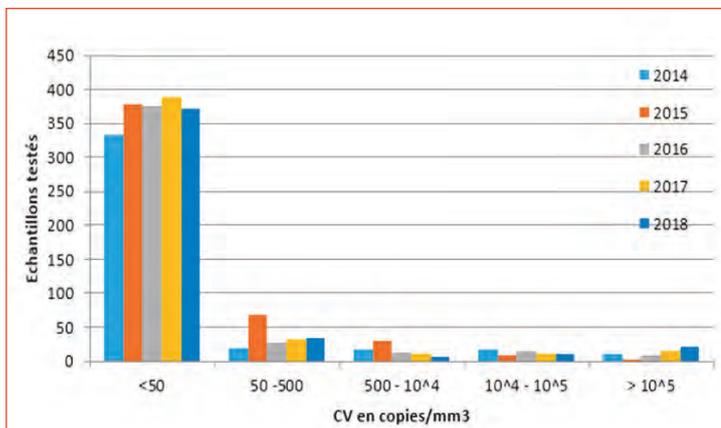


Figure 6 : Charge virale (CV) exprimée en copies/mm3 répartie par année (2014-2018)

En 2018, 209 patients ont bénéficié d'au moins une charge virale, les patients ayant présentés des charges virales supérieures à 5 log copies/mL (n=16) étaient soit en rupture de traitement soit en découverte d'infection.

A noter qu'un patient est encore suivi dans la file active pour une infection à VIH-2 et que la réalisation de la charge virale dans ce cas ne peut être effectuée avec notre technique et est donc sous traitée au laboratoire de l'hôpital Bichat.

Génotypage de résistance aux antiviraux :

Pour optimiser la prise en charge médicamenteuse de l'infection VIH, il devient indispensable pour chaque patient de connaître le profil de résistance de sa souche virale. Un génotypage de résistance est réalisé de façon systématique chez tous les patients, avant toute instauration d'un traitement antirétroviral.

En 2018, 36 demandes ont été transmises au laboratoire Cerba et 10 patients ont présenté au moins une résistance à un des antirétroviraux. A noter que pour 2 de ces patients, une résistance en cours d'année suite à une inobservance a été développée.

Sur les 11 demandes de génotypes réalisées sur ADN proviral (patients avec charge virale ≤ à 10 copies/mL), seulement 2 échecs d'amplification ont été relevés.

Parmi les 7 nouveaux patients dépistés, 1 seul a présenté une résistance initiale à un antirétroviral et tous les autres patients étaient sensibles aux différentes classes d'antiviraux.

Dépistage du HLA B5701

Ce test permet de mettre en évidence un risque d'hypermotilité à l'abacavir. Cette analyse fait désormais partie du bilan initial de tout nouveau patient séropositif en Nouvelle-Calédonie et est envoyée au laboratoire CERBA.

En 2018, 11 demandes ont été transmises dont 5 demandes pour des patients dépistés en cours d'année. Cette recherche a été négative pour tous les patients testés.

Test de tropisme CCR5 :

Le Maraviroc (Celsentri®) est une molécule antagoniste sélective et réversible du récepteur CCR5, utilisée dans le traitement du VIH en association avec d'autres médicaments antirétroviraux. La détermination du tropisme viral est nécessaire en préalable au traitement par un antagoniste du CCR5, car ce traitement n'est pas efficace pour les patients infectés par des virus à tropisme autre que R5 c'est-à-dire de type CXCR4.

En 2018, aucune demande de détermination du tropisme n'a été faite.

ADN proviral :

L'ADN proviral du VIH est détectable par PCR dans le sang périphérique. Contrairement à l'ARN du VIH (ou charge virale), il est détectable en permanence, même sous traitement antirétroviral efficace. Sa recherche permet de confirmer une infection et est utilisée de ce fait chez les nouveau-nés de mères séropositives, chez lesquels la sérologie n'est pas indicative en raison des anticorps maternels.

Cette analyse fait désormais partie du bilan de suivi des bébés nés de mères séropositives en Nouvelle-Calédonie et est envoyée au laboratoire CERBA.

2 enfants sont nés d'une mère séropositive en 2018 (3 enfants en 2017) et cet examen a été demandé systématiquement lors du bilan initial de suivi. Toutes les recherches ont été négatives et il n'y a eu aucune transmission materno-fœtale.

Depuis 1986, on compte 6 enfants contaminés à la naissance (dont 3 dépistés localement et 3 encore suivis en Nouvelle-Calédonie en 2016). Au total, 32 enfants nés de mères séropositives ont été signalés.

**1.2.3.3. Indicateurs du VIH en Nouvelle-Calédonie**

▪ **Caractéristiques des cas 2018**

**Nombre de nouveaux diagnostics d'infection VIH**

En 2018, 9 nouvelles personnes ont été enregistrées comme étant séropositives au VIH en Nouvelle-Calédonie. Ce chiffre en dessous de la moyenne annuelle de 15 nouveaux cas, n'a pas été observé depuis 2006.

Particularité de la Nouvelle-Calédonie (NC) : on distingue les personnes séropositives découvertes en Nouvelle-Calédonie (**P**) de celles découvertes hors de Nouvelle-Calédonie, c'est-à-dire arrivant en NC en connaissant leur séropositivité (**F**).

En 2018, 6 des 9 personnes déclarées séropositives ont été dépistées en Nouvelle-Calédonie (P), alors que 3 connaissaient déjà leur statut avant leur arrivée en Nouvelle-Calédonie (F).

Parmi les 9 cas enregistrés en 2018, 89% (n = 8) ont été contaminés lors d'un rapport sexuel, 1 cas au cours d'un séjour en pays à forte endémie.

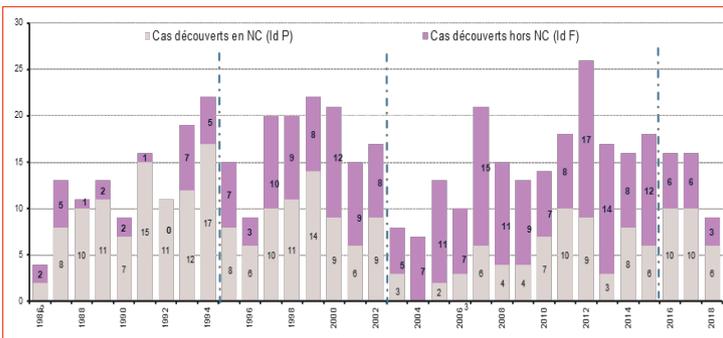
## ■ Epidémiologie de la séropositivité pour le VIH

Depuis 1986, date du début de l'enregistrement des cas, **498 cas** au 31 décembre 2018 de séropositivité ont été enregistrés en Nouvelle-Calédonie (diagnostiqués en Nouvelle-Calédonie (P) ou hors de Nouvelle-Calédonie (F)). L'évolution de l'incidence des déclarations de séropositivité pour le VIH fluctue d'une année à l'autre, avec **une moyenne de 15 nouveaux cas de séropositivité enregistrés par an** ( $\pm 5,93$ ) (cf. figure 5). En 2018, le nombre de nouveaux séropositifs recensés en Nouvelle-Calédonie est inférieur à la moyenne locale observée depuis 1986.



Figure 7 : Evolution annuelle de l'incidence des nouveaux cas séropositifs au VIH depuis 1986. En bleu, la moyenne (15).

La proportion de « P » a évolué depuis les années 90. Entre 1986 et 1994, les « P » représentaient la majorité des cas de déclarations de séropositivité en Nouvelle-Calédonie (79%). De 1995 à 2002, la proportion de « P » et de « F » s'était équilibrée, avec respectivement 52% de P pour 48% de F. De 2003 à 2015, la proportion de « P » avait diminué (33%) et depuis 2016, ce sont maintenant les personnes qui ont découvert leur séropositivité en Nouvelle-Calédonie qui représentent la majorité de l'incidence des déclarations de séropositivité (64%). Néanmoins, il faut noter que ces données ne renseignent en rien sur la provenance ou le lieu de résidence actuel des personnes séropositives (Nouvelle-Calédonie ou hors Nouvelle-Calédonie).



La plus jeune personne vivant avec le VIH a 12 ans en 2018 et la plus âgée 80 ans. L'âge moyen à la déclaration des cas d'infection à VIH est de 37 ans (38 ans pour les hommes, 33 ans pour les femmes), pour les 485 cas où cette information est renseignée.

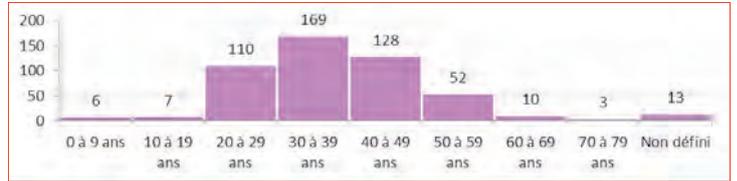


Figure 8 : répartition des 498 personnes séropositives selon l'âge au moment de la déclaration initiale, en Nouvelle-Calédonie.

Le cumul des cas des patients déclarés séropositifs depuis 1986, on compte 122 femmes, 371 hommes et 5 patients de sexe non précisé lors de la déclaration. Parmi les patients, on compte 6 enfants contaminés à la naissance (dont 3 dépistés localement et 3 encore suivis en Nouvelle-Calédonie en 2016).

Au 31/12/2018, le **sex-ratio des cas cumulés** (depuis 1986) de séropositivité déclarées **est de 3,04** : on compte 371 hommes pour 122 femmes déclarés séropositifs ; le sexe n'est pas connu pour 5 déclarations.

### Mobilité :

Depuis 1986, 11% des personnes déclarées séropositives (n = 53) n'avaient jamais quitté le territoire Calédonien, 39% (n = 194) y habitaient depuis moins de 6 mois, 35% (n = 176) y habitaient depuis plus de 6 mois et 8% (n = 42) avaient une forte mobilité. Pour 7% (n = 33), le renseignement n'était pas disponible.

En 2018, 1 des 10 personnes séropositives enregistrées n'avait jamais quitté le territoire, 6 y vivaient depuis plus de 6 mois, 2 y vivaient depuis moins de 6 mois et pour 1 personne cette information n'était pas disponible.

### Facteurs de risque de séropositivité

Pour la période 1986-2018, parmi les déclarations pour lesquelles les facteurs de risque sont connus, 75% (345/457) sont liées à un mode de transmission sexuelle du VIH et 43% (199/457) se rapportent à des rapports sexuels de type « HSH » (homo/bisexuels masculins).

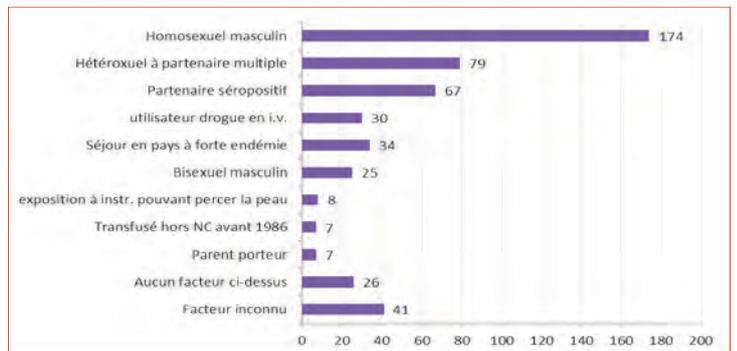


Figure 9 : répartition des 498 personnes séropositives par facteur de risque

### Age à la déclaration et genres :

Malgré les stratégies de prévention ciblée, la déclaration de séropositivité des jeunes continue d'être la plus importante : 84% des personnes ayant découvert leur séropositivité depuis 1986 avaient moins de 49 ans à la déclaration en Nouvelle-Calédonie, dont 34% pour la seule tranche des 30-39 ans au moment de la déclaration. La déclaration des plus âgés est moins fréquente (16%).

▪ Les cas de SIDA avérés

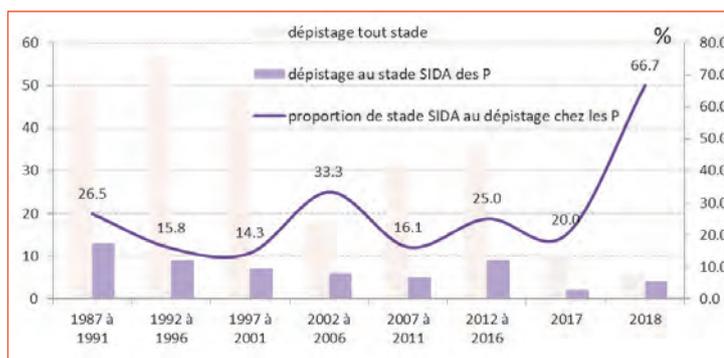
Au 31/12/2018, 32% (n = 160) des porteurs du VIH enregistrés depuis 1986 ont été classés au stade SIDA avéré. Pour la seule année 2018, 6 cas ont atteint le stade SIDA avéré.

*NB : l'enregistrement d'un cas séropositif vient immédiatement après la confirmation du test par le laboratoire pour les personnes testées en Calédonie, ou suit la date d'arrivée en Nouvelle-Calédonie, pour les personnes testées hors-Calédonie. Par contre, l'enregistrement d'un SIDA avéré dépend de la déclaration du médecin traitant, notifiée au moyen de la fiche complémentaire (disponible dans le guide des MDO). De ce fait, il peut y avoir un décalage entre la survenue du stade de SIDA avéré et son enregistrement.*



Figure 10 : cumul annuel des 498 séropositifs dont les 160 SIDA avérés enregistrés à la DASS-NC

Taux de découverte au stade SIDA des « P » et son évolution par année



Parmi les 6 personnes dépistées en Nouvelle-Calédonie en 2018, 4 étaient déjà au stade SIDA. Depuis 1987, 21,7% des personnes dépistées en Nouvelle-Calédonie l'ont été au stade SIDA.

File active VIH au 31/12/2018

Un numéro d'anonymat, attribué aux patients, leur permet de bénéficier de la gratuité des soins et des examens complémentaires en relation avec leur infection, tout en protégeant leur identité.

Le fichier des numéros d'anonymat a été tenu à jour par l'IPNC jusqu'à fin 2016, puis par le CHT.

La « file active VIH+ » est définie comme l'ensemble des patients VIH+ déclarés en Nouvelle-Calédonie depuis 1986, moins les patients décédés ou ayant quitté le territoire.

Au 31/12/2018, la file active des patients séropositifs était de 311, dont 275 (88%) sont suivis régulièrement sur le territoire (36 - soit 12% - ont été perdus de vue).

Suivi clinique

Depuis 1986, 307 pathologies associées au VIH ont été déclarées concernant 250 patients (parmi les 498 enregistrés). Les patients ont présenté simultanément ou successivement (selon les déclarations initiales ou complémentaires) :

Pathologies associées au VIH	N
Candidose	88
Pneumonie à <i>Pneumocystis carinii</i>	40
Toxoplasmose cérébrale	26
Infection à <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , quel que soit le site	23
Syndrome cachectique dû au VIH	18
Zona	18

Tableau 2 : pathologies associées au VIH

On entend par *dernier état connu*, la situation indiquée dans la dernière fiche complémentaire établie par le médecin traitant. Ainsi, parmi les 498 patients séropositifs, 79 sont décédés (dont 61 suite au VIH- SIDA), 108 ont définitivement quitté la Nouvelle-Calédonie et 36 sont perdus de vue.

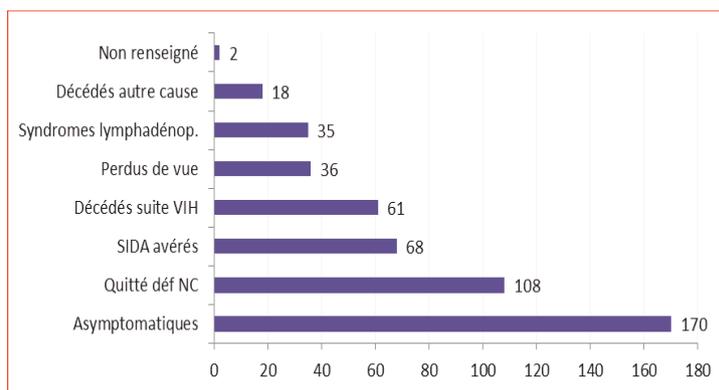


Figure 11 : Répartition des patients séropositifs selon le dernier état connu source : fiches MDO DASS.

Décès

79 décès de PVVIH (Personne Vivant avec le VIH) ont été comptabilisés depuis 1987 dont 61 dus au VIH. En 2017, 1 décès dû au VIH a été enregistré. On remarque également que le nombre de décès dû au VIH a fortement diminué depuis 2010 (Figure 11).

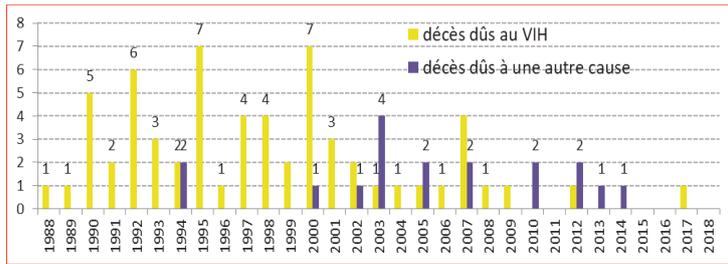


Figure 12 : Nombre de décès des PVVIH par année de décès et par cause de décès.

En Nouvelle-Calédonie, le taux d'incidence déclarée du VIH est faible (3,2 pour 100 000 habitants), malgré les facteurs de risques de transmission du virus (taux élevé d'infections sexuellement transmissibles, violences sexuelles, ...).

Il est essentiel de développer les moyens de dépistage pour éviter un sous-diagnostic et de maintenir les actions de prévention et de lutte contre le VIH et les IST en Nouvelle-Calédonie, pour éviter que les plus jeunes n'oublient la réalité de cette épidémie, toujours présente.

Il serait également nécessaire de réaliser une nouvelle enquête de prévalence du VIH en Nouvelle-Calédonie.

### ■ Situation dans le monde

L'ONUSIDA estime qu'il y avait 36,9 millions de personnes vivant avec le VIH à la fin de l'année 2017, soit une augmentation de 13,9% par rapport à 2010. En 2017, près de 21,7 millions de personnes vivant avec le VIH avaient accès au traitement antirétroviral (ARV) dans le monde, soit environ 59% de toutes les personnes vivant avec le VIH, dont près de 59% des adultes âgés de 15 ans et plus vivant avec le VIH, mais seulement 52% des enfants âgés de 0 à 14 ans.

Enfin, de 1996 à 2017, le nombre des nouvelles infections à VIH par an a baissé de 47% (1,8 millions en 2017) et le nombre des décès liés au sida de 51% depuis le pic de 2004 (940 000 décès en 2017).

L'Afrique subsaharienne, où 25,7 millions de personnes vivent avec le VIH en 2017, est la région la plus touchée. Elle concentre également 65% des nouvelles infections dans le monde, 13,6% des nouvelles infections concernent des enfants âgés de 0 à 14 ans.

### I.2.3.4. Conclusion

- 25 107 tests de dépistage ont été réalisés en Nouvelle-Calédonie en 2018. Ce chiffre est en augmentation par rapport à 2017 (22 627 tests).

- 1 787 tests l'ont été de façon anonyme et gratuite (CDAG) en 2018. Le nombre de patients reçus dans le cadre de CDAG et de professionnels participant au dispositif est stable. Seul 13,8% des fiches CDAG ont été reçues par la DASS NC et permettent l'analyse de cette activité.

- 9 cas de séropositivité au VIH ont été enregistrés pour l'année 2018 (6 diagnostiqués en Nouvelle-Calédonie et 3 arrivés en Nouvelle-Calédonie en connaissant leur statut sérologique). Ce chiffre est en dessous de la moyenne de 15 nouveaux cas par an et n'a pas été observé depuis 2006.

- Le nombre de nouveaux cas de SIDA avéré recensés en 2018 est de 6.

- La file active des patients suivis était de 311 en 2018.

- Le nombre total de cas enregistrés depuis 1986 est de 498.

- 1 PVVIH est décédé en 2017. Le nombre de décès dus au SIDA depuis 1986 est de 61.