

Séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes de Nouvelle-Calédonie : bilan d'une année de surveillance.

A. Berlioz-Arthaud & F. Baumann

Institut Pasteur, Rue Paul Doumer, BP 61,98845 Nouméa cedex, Nouvelle-Calédonie. Tél.:687 27 02 85. Fax :687 27 33 90. E-mail :aberlioz@pasteur.nc

Manuscrit n° 2421. "Santé publique". Reçu le 16 avril 2002. Accepté le 3 mai 2002.

Summary: HIV seroprevalence among pregnant women in New-Caledonia:
Results of one year of surveillance.

Objectives: to evaluate the HIV prevalence among pregnant women in New-Caledonia and to analyse the uptake of testing among the patients according to their demographic data.

Method: the study was based on statistical exploitation of anonymously recorded HIV test results during the follow-up of pregnant women. The first 12-month assessment of this monitoring (April 1999 - March 2000) is reported.

Results: 88.6% of the 3380 patients were tested for HIV, significantly less in Wallisian and Melanesian groups of women. Two results were positive, which corresponds to a prevalence of 0.66 ± 0.45 per thousand ($0.21 - 1.11$ per 1000) within the studied group. Although our study is not representative of this situation, lack of testing for women undergoing an abortion was frequent.

Conclusion: this study indicates that offering HIV testing in pregnancy follow-up is fairly systematic and most often accepted. Evidently, there is a need for adjusting of pre-test counselling to the cultural and ethnic characteristics of the woman, to the preparedness of medical staff as well as to the problem of HIV screening in abortion management. Our prevalence data also show that New-Caledonia ranks among countries of low endemicity for HIV where pregnant women are concerned.

Résumé :

Objectifs de l'étude : évaluer la prévalence du VIH chez les femmes enceintes en Nouvelle-Calédonie et analyser la fréquence de réalisation du test, selon les données démographiques de la population.

Méthode : l'approche retenue a été l'exploitation statistique et anonyme des dépistages proposés de façon systématique lors du suivi des femmes enceintes. Le travail présenté concerne le bilan des douze premiers mois de cette surveillance (avril 1999 à mars 2000).

Résultats : le test de dépistage est pratiqué chez 88,6 % des patientes, significativement moins souvent chez celles qui sont d'origine wallisienne et mélanésienne. Sur l'ensemble de l'étude, deux résultats se sont révélés positifs, ce qui correspond à une prévalence de 0,66 pour mille (IC 95 % : 0,21 à 1,11 pour mille) au sein du groupe des femmes accouchées récentes soumises à un test. Enfin, il est mis en évidence l'absence très fréquente de réalisation du test dans le cas des grossesses interrompues.

Conclusion : cette étude atteste de l'universalité de la proposition du test au cours du suivi des grossesses, elle met en évidence la nécessité d'un ajustement du discours pré-test en fonction de la communauté ethnoculturelle de la patiente et pose le problème du dépistage lors des grossesses interrompues. Enfin, la prévalence mesurée du VIH parmi les femmes testées confirme la place de la Nouvelle-Calédonie parmi les pays de faible endémie.

HIV
screening
pregnant woman
pregnancy
informed consent
New-Caledonia
Melanesia

VIH
dépistage
femme enceinte
grossesse
consentement éclairé
Nouvelle-Calédonie
Mélanésie

Introduction

La Nouvelle-Calédonie est un pays d'Outre-Mer, dépendant de la communauté nationale française (statut issu de l'accord de Nouméa, 1998). Selon le recensement de 1996, sa population totale est de 196 836 habitants, ainsi répartis entre les trois provinces administratives: 134 546 en province sud (68,3 %), 41 413 en province nord (21 %) et 20 877 dans la province des Îles Loyauté (10,7 %). Il s'agit d'une population jeune: 31 % ont moins de 15 ans, et dont les composantes ethniques principales sont les suivantes: Mélanésiens (44,1 %), Européens (34,1 %) et Wallisiens (9 %). Le reste de la population se partage entre les communautés asiatique et polynésienne. Le taux de natalité était de 21,3 pour mille en

1998, et le nombre moyen de naissances vivantes annuelles de 4 375 (période 1990-1998) (5).

L'épidémie due au VIH (virus de l'immunodéficience humaine) a débuté en 1986 en Nouvelle-Calédonie. Depuis cette date, la législation sanitaire locale exige la déclaration de tous les cas dès leur dépistage, indépendamment du statut clinique des patients à ce moment-là. Au 1^{er} janvier 2000, 190 patients séropositifs ont été signalés, dont 138 dépistés localement et 52 connaissant leur séropositivité en arrivant en Nouvelle-Calédonie. Parmi ceux-ci, 38 sont décédés, 80 sont suivis et pour la plupart traités, et 72 ont quitté le territoire ou sont perdus de vue. Les séropositifs sont en majorité de sexe masculin (73%). Le nombre de nouveaux cas déclarés par an est en moyenne de 15, avec des extrêmes de 2 (1986) à 22 (1999),

dont 11 dépistés localement (extrêmes de 2 à 16). Les patients sont pour la plupart des adultes de 20 à 50 ans. Trois enfants infectés par le VIH sont toutefois déclarés : deux, de 3 et 4 ans, nés en Nouvelle-Calédonie en 1997, ont été dépistés à un stade sida, et un de 11 ans a été contaminé à sa naissance, hors du territoire.

Si l'épidémie est restée longtemps confinée à la région de Nouméa et à certains groupes à risques habituels, tels que les toxicomanes et les homosexuels masculins, on constate depuis peu des cas de transmission du virus hors de ces communautés. C'est ainsi que plus du tiers des nouvelles infections diagnostiquées en 1999 et 2000 intéressent des patients contaminés par voie hétérosexuelle, dont la plupart résident hors Nouméa. Cette situation est inquiétante car, sans s'étendre rapidement, l'épidémie ne montre toutefois pas de signes de fléchissement et semble au contraire diffuser hors des groupes à risques initiaux. C'est dans ce contexte que les autorités sanitaires ont exprimé le besoin d'indicateurs de surveillance, de prévalence et de progression du VIH sur le territoire.

Pour des raisons pratiques, éthiques, mais aussi économiques, l'approche retenue a été l'exploitation statistique des dépistages proposés lors du suivi des femmes enceintes. Bien que notoirement biaisée, en raison du consentement éclairé requis de chaque patiente, cette procédure présente néanmoins la possibilité d'une surveillance continue dans le temps. Si le résultat initial du test est nominatif, en revanche le recueil des informations dans le cadre de cette enquête est strictement anonyme. Le travail présenté ci-après concerne le bilan des 12 premiers mois de cette surveillance.

Matériel et méthode

Population d'étude

Sont incluses toutes les femmes de Nouvelle-Calédonie ayant accouché dans une structure sanitaire publique ou privée du territoire entre le 1^{er} avril 1999 et le 31 mars 2000. Sont également prises en compte les patientes concernées par les interruptions volontaires de grossesse (IVG), les fausses couches spontanées et les grossesses extra utérines (GEU).

Protocole d'enquête

Le test de dépistage de l'infection par le VIH est systématiquement, et par obligation légale, proposé lors de la première visite de suivi de grossesse. La prescription est effectuée par le médecin ou la sage-femme et requiert le consentement éclairé de la patiente (Code de la santé publique de la République Française, applicable en Nouvelle-Calédonie, art. L. 153 et L. 154, modifiés par : L. n° 93-121 du 27-01-1993, art. 48 publiée au Journal Officiel du 30-01-1993). Le dépistage est alors pratiqué conformément aux dispositions légales en vigueur, soit l'utilisation de deux tests, dont au moins un ELISA mixte (2).

Le recueil de l'information nécessaire pour l'enquête a été effectué par les médecins et sages-femmes des maternités (hôpitaux, cliniques et quelques dispensaires) sur des formulaires récapitulatifs. Pour chaque patiente, il s'est situé au moment de l'accouchement (de l'IVG ou de la fausse couche), au vu du dossier médical de suivi.

Les données collectées sont les suivantes : date de l'acte, mode de terminaison de la grossesse, âge de la patiente, province de résidence, communauté ethnoculturelle, notion de test VIH réalisé durant la grossesse, et son résultat s'il a été pratiqué. Aucune autre donnée, en particulier nominative, n'est demandée, garantissant ainsi le caractère anonyme de l'en-

quête. Ce protocole a reçu l'accord des autorités sanitaires locales (DASS-NC).

Les données ont été transmises par les centres d'accouchements à l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie qui en a assuré l'exploitation. Les logiciels EPI info 6.04b (ENSP-Epi-concept, 01/1997) et Excel 97[®] (Microsoft[™]) ont été utilisés pour la saisie des données et l'exploitation statistique.

Résultats

Caractéristiques démographiques de la population étudiée

Le nombre total de patientes incluses dans l'étude est de 3784, déclarées entre le 1^{er} avril 1999 et le 31 mars 2000.

Près de 75 % des observations proviennent du C.H.T. (Centre hospitalier territorial) ; néanmoins la totalité des maternités du territoire a participé à l'enquête pendant toute sa durée ou pendant une partie seulement (cliniques libérales : participation pendant 9 et 3 mois; dispensaires des Iles Loyauté : participation pendant 9 mois).

L'origine géographique des patientes, lorsqu'elle est précisée, est la suivante : Province Sud : 2625 (69,4 %), Province Nord : 754 (19,9 %), Province des Iles Loyauté : 365 (9,6 %). Cette distribution est très proche de celle de la population générale, selon les données du recensement de 1996, citées plus haut.

La répartition des patientes selon leurs communautés ethniques est significativement différente ($p < 0,001$) de celle qui est retrouvée au sein de la population globale de Nouvelle-Calédonie : on note en particulier un taux plus élevé de femmes d'origine mélanésienne (57,5 %) ou wallisienne (12,6 %), et surtout un taux deux fois plus faible d'Européennes (17,5 %). L'âge moyen des patientes est de 26 ans et 11 mois (écart type : 5,7 ans; extrêmes : 13 et 45 ans).

Répartition des déclarations selon le mode de terminaison de la grossesse

Les 3784 déclarations reçues concernent 3380 grossesses menées à terme (89,3 %), 268 interruptions volontaires de grossesse (7,1 %), 117 fausses couches (3,1 %) et 19 grossesses extra-utérines (0,5 %).

Pour un nombre moyen attendu de 4375 naissances viables par ans (5), l'échantillonnage de cette étude représente 77,3 % des grossesses menées à terme.

Le nombre total d'IVG officiellement déclarées en 1998 est de 1466, dont 434 en secteur public et 1032 en secteur libéral. Ces données sont probablement sous-estimées (5). Si toutefois on les prend en référence, l'échantillonnage de notre enquête n'intéresse que 18 % des actes attendus. De plus, le seul site ayant déclaré des IVG est le C.H.T. Dans ces conditions, les données recueillies ne sont pas représentatives de ce mode de terminaison de grossesse.

Taux de réalisation du test VIH selon le mode de terminaison de la grossesse

Selon le type d'acte déclaré, il est constaté dans le tableau I un taux de réalisation de la sérologie VIH très variable, allant de 88,6 %, dans le suivi des grossesses menées à terme, à seulement 1,9 % en cas d'IVG. Ces différences ne peuvent toutefois donner lieu qu'à une interprétation comparative sous réserves, en raison de l'absence de représentativité du groupe des patientes ayant interrompu leur grossesse.

Tableau I.

Fréquence de réalisation du test VIH durant le suivi des patientes, selon le mode de terminaison de la grossesse (3784 actes déclarés en Nouvelle Calédonie, entre le 01/04/1999 et le 31/03/2000).

Frequency of HIV testing during follow-up of patients according to type of pregnancy termination, from 1 April 1999 to 31 March 2000.

sérologie VIH effectuée au cours du suivi	mode de terminaison de la grossesse				total
	grossesse menée à terme	IVG (a)	fausse - couche	GEU (b)	
oui	2996	5	35	1	3037
non	384	263	82	18	747
total	3380	268	117	19	3784
taux de réalisation	88,6 %	1,9 %	29,9 %	5,3 %	80,2 %

(a) IVG: interruption volontaire de grossesse
(b) GEU : grossesse extra-utérine

Taux de réalisation du test VIH au cours du suivi des grossesses menées à terme

Pour les raisons de représentativité exposées précédemment, l'étude du taux de réalisation de la sérologie ne sera faite en fonction des données démographiques recueillies que dans le groupe des grossesses menées à terme.

Taux global de réalisation du test VIH

La sérologie VIH a été réalisée dans 88,6 % des 3380 grossesses suivies.

Taux de réalisation du test VIH selon le site d'accouchement (voir tableau II) :

La répartition des taux de réalisation du test selon les maternités n'est pas homogène. Ces taux sont significativement différents ($p = 0,001$) entre les sites où il est particulièrement élevé, tels que la clinique Magnin à Nouméa (95,7 %) ou l'hôpital de Poindimié (94,8 %), et ceux où il est notablement plus faible, comme à l'hôpital de Koumac (77,5 %) ou à la clinique de l'Anse Vata (71,3 %).

Taux de réalisation du test VIH selon la province de résidence des patientes

La sérologie est globalement réalisée dans plus de 85 % des grossesses menées à terme, quelle que soit la province de résidence. Les taux observés sont de 89,9 % en Province Sud (sur un effectif total : $N = 2879$), 85,4 % en Province Nord ($N = 417$) et 88,3 % dans la Province des Îles Loyauté ($N = 84$).

Tableau II.

Taux de réalisation du test VIH durant le suivi des patientes accouchées récemment, en fonction du site d'accouchement (3380 actes déclarés en Nouvelle Calédonie, entre le 1er avril 1999 et le 31 mars 2000).

Rate of HIV testing during follow-up of patients according to place of birth (3380 birth certificates for New Caledonia, from 1 April 1999 to 31 March 2000).

lieu d'accouchement : site	sérologie VIH réalisée :			taux de patientes testées
	province	statut	oui non	
CHT (a) (Nouméa)	Sud	public	2094 248	89,4 %
Clinique Magnin (Nouméa)	Sud	privé	355 16	95,7 %
Clinique Anse Vata (Nouméa)	Sud	privé	87 35	71,3 %
CM (b) Bourail	Sud	public	17 1	94,4 %
CM La Foa	Sud	public	1 1	50,0 %
CM Yaté	Sud	public	9 0	100,0 %
CMThio	Sud	public	6 3	66,7 %
CM Ile des Pins	Sud	public	4 2	66,7 %
CHP (c) Poindimié	Nord	public	146 8	94,8 %
CHP Koumac	Nord	public	193 56	77,5 %
CM Canala	Nord	public	5 1	83,3 %
CM Houailou	Nord	public	5 3	62,5 %
CM Maré	Iles	public	4 1	80,0 %
CM Lifou	Iles	public	70 9	88,6 %
total			2996 384	88,6 %

a) CHT : centre hospitalier territorial
b) CM : circonscription médicale (dispensaire)
c) CHP : centre hospitalier provincial (province Nord)

Ces taux sont cependant significativement différents ($p = 0,005$) entre la Province Sud et la Province Nord.

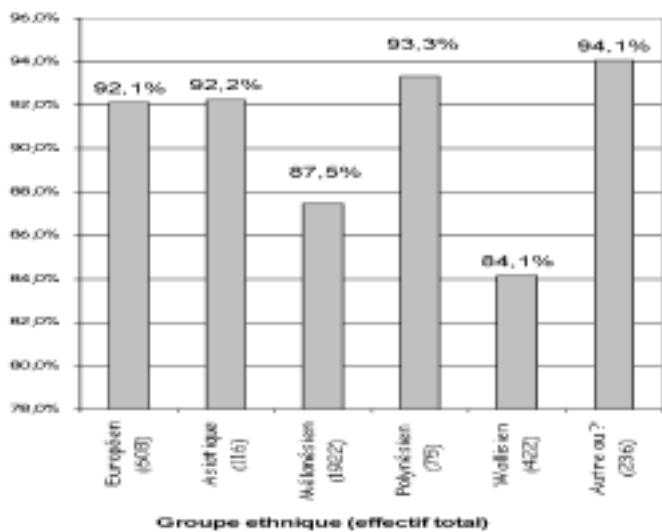
Taux de réalisation du test VIH selon le groupe ethnoculturel (voir figure 1)

Le pourcentage de femmes testées pour le VIH au cours de leur grossesse montre une dispersion assez faible selon l'origine ethnique. Toutefois, et compte tenu de la taille importante des groupes comparés, les différences observées sont significatives ($p = 0,001$) entre les groupes où le taux est le plus élevé (européen : 92,1 %, asiatique : 92,2 % ou polynésien : 93,3 %) et ceux où il est le plus faible (groupe wallisien : 84,1 % et groupe mélanésien : 87,5 %).

Figure 1.

Taux de réalisation du test VIH durant le suivi des patientes accouchées récemment, en fonction de leur groupe ethnoculturel (3380 actes déclarés en Nouvelle Calédonie, entre le 01/04/1999 et le 31/03/2000).

Rate of HIV testing during follow-up of patients having recently given birth, according to ethno-cultural group (3380 birth certificates for New Caledonia, from 1 April 1999 to 31 March 2000).



Taux de réalisation du test VIH selon l'âge (donnée précisée dans 3369 déclarations)

La sérologie est pratiquée dans 89,2 % des cas chez les patientes de 16 à 35 ans (effectif $N = 3321$). On constate un taux légèrement plus bas en dehors de cette tranche (différences toutefois non significatives), avec un minimum à 83,3 % aux deux extrêmes de la pyramide des âges : chez les jeunes adolescentes de 13 à 15 ans ($N = 12$) et chez les femmes de plus de 40 ans ($N = 36$).

Séroprévalence du VIH

Résultats des sérologies

Sur les 3037 femmes dont le statut vis-à-vis du VIH est connu, deux sont séropositives pour le VIH. L'information, disponible dans le dossier médical de ces patientes au moment de l'accouchement, était toutefois connue antérieurement à leur grossesse. Dans cette population, la séroprévalence pour le VIH est donc de 0,66 pour 1000 (intervalle de confiance à 95 % : 0,21 à 1,11 pour mille).

Descriptions des cas

Les deux cas ont été déclarés par la maternité du CHT et concernent des femmes résidant dans la Province Sud, ayant eu une grossesse menée à terme. L'une est d'origine européenne, âgée de 36 ans, l'autre est mélanésienne, âgée de 29 ans. Toutes deux étaient régulièrement suivies et traitées pour leur infection à VIH, avant d'être enceintes. Leurs dépistages remontent respectivement à 1997 et 1998.

En date du 1^{er} janvier 2001, les deux enfants concernés ne montrent pas de signes cliniques ni biologiques d'infection par le VIH.

Discussion

Représentativité de la population d'étude

Concernant les grossesses menées à terme, l'échantillonnage obtenu représente près de 80% des actes attendus. La distribution des patientes selon leur province de résidence et leur site d'accouchement est proche des données globales disponibles pour l'année 1998 (5). La répartition selon les groupes ethnoculturels ne recoupe pas celle du dernier recensement, mais il faut tenir compte des taux de fécondité propres à ces communautés. Non disponibles en tant que tels, ces taux peuvent être indirectement appréciés par l'indice de fécondité dans chaque province qui, en 1998, varie de 3,3 dans la Province des Iles Loyauté, où la population est essentiellement mélanésienne, à 2,3 dans la Province Sud où toutes les communautés sont représentées (5).

Les données concernant les IVG, fausses couches et GEU sont à l'évidence très incomplètes et non représentatives de ces situations. Ce constat suggère que le protocole d'enquête adopté semble convenir pour les grossesses menées à terme, mais n'est pas adapté à l'étude des autres modes de terminaison.

Taux de dépistage du VIH au cours du suivi des grossesses

Résultat global

Le taux global de réalisation du test est de 88,6 %. Il est la résultante de deux événements complémentaires: la proposition du test, théoriquement obligatoire, mais non contrôlable, et le consentement éclairé de la patiente. Si ce résultat peut sembler satisfaisant, il reste toutefois susceptible d'être amélioré. Les taux observés dans des études comparables à celle qui est présentée ici (test nominatif accepté par la patiente) sont assez variables selon le pays, la période d'étude et la politique sanitaire locale (voir tableau III). D'une façon générale, il est constaté que la proposition du test anténatal, rendue légalement obligatoire et universelle (non limitée aux patientes présentant un facteur de risque prouvé d'exposition au VIH) est de nature à en améliorer son acceptation (8, 11). Il faut cependant rester vigilant à ce que la systématisation ou la banalisation du test, effectué au même titre que les autres sérologies prénatales, ne se fasse pas au détriment d'une information préventive de qualité, garante du consentement réellement éclairé de la patiente. En effet, c'est dans les situations où les patientes sont clairement informées sur la transmission ver-

ticale du VIH et sur l'efficacité des traitements antiviraux dans sa prévention, que le test de dépistage est le mieux accepté (6).

Dans les travaux cités dans le tableau III, les causes de l'absence de test chez les patientes sont parfois analysées. Il en ressort que c'est souvent la certitude d'être séronégative, plus que la peur d'être positive, qui justifie cette attitude (6); vient ensuite l'absence de proposition du test par le personnel médical de suivi, y compris lorsqu'existe une recommandation officielle (12).

Influence du site d'accouchement

Les taux de prescriptions les plus bas concernent des circonscriptions médicales de petites communes dont l'activité habituelle ne comprend pas les accouchements. Leurs déclarations correspondent à des actes effectués dans des contextes d'urgence ou d'absence de suivi, où la proposition du test est, de fait, absente. Ce type de situation est peut-être plus fréquemment rencontré également à l'hôpital de Koumac (Province Nord), où le taux observé est l'un des plus bas parmi les sites d'accouchements réguliers (hôpitaux ou cliniques). Une explication possible réside dans le taux de rotation rapide du personnel médical des structures publiques hors Nouméa. Il s'agit le plus souvent d'agents expatriés dont le niveau de préparation à l'abord culturel des populations mélanésiennes et rurales est probablement insuffisant. Dans ces conditions, on peut penser que le contenu des entretiens pré-test puisse être parfois inadapté et mal compris des patientes.

Influence du groupe ethnoculturel

Sans être majeures, les différences constatées sont significatives, en particulier entre les trois groupes représentant l'essentiel de la population néo-calédonienne: européen (patientes testées pour le VIH dans 92,1 % des cas), mélanésien (87,5 %) et wallisien (84,1%). Ces disparités sont à mettre au compte de niveaux de réceptivité à l'information et de représentation du risque lié au VIH, différents d'un groupe à l'autre. L'étude de PRADIER et coll., pratiquée dans le sud de la France, montre également et de façon encore plus nette des variations entre groupes ethnoculturels: le consentement au test est obtenu de 76,4% des patientes d'origine métropolitaine, de 69,6% des Antillo-guyanaises, de 65,5 % des patientes originaires d'Afrique noire et de seulement 52,8 % des femmes d'origine maghrébine (11).

Ce constat suggère un ajustement du contenu de l'entretien pré-test en fonction de l'origine de la patiente à laquelle il s'adresse. Dans les communautés wallisiennes et mélanésiennes, l'organisation de la société est fortement marquée par la coutume ou la religion, et le discours sur la sexualité reste le plus souvent tabou. C'est donc avec des mots justes et adaptés à ce contexte culturel que le test VIH devrait être proposé. Il est probable qu'en l'absence de formation spécifique de la plupart des prescripteurs concernés, ces mots soient souvent absents.

Prévalence du VIH

Les évaluations reposant sur une proposition du test donnent une approche de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes, biaisée par le refus de certaines patientes. Néanmoins, il serait faux de croire que le biais induit est systématiquement négatif. Parmi deux études déjà citées, portant sur de grandes séries, les patientes ayant refusé la sérologie VIH ont fait l'objet d'un dépistage anonyme sur le prélèvement recueilli pour les autres tests anténataux: dans l'enquête italienne (ABENI *et al*, 1997 (1)) la prévalence indiquée est de

Tableau III.

Etudes disponibles sur le taux de consentement à la sérologie VIH en cours de grossesse: données bibliographiques rétrospectives sur la période 1986-1999.

Available studies on the rate of consentment to HIV testing during pregnancy: retrospective bibliographical data for 1986-1999.

année	pays	% de consentement au test	politique officielle de proposition du test	références
1986-91	Suède	96,8	proposition recommandée universelle	(9),1993
1988-95	Pays-Bas	91,4	proposition recommandée sélective (populations à risques accrus)	(3),1996
1989-94	Italie	97,1	absence de politique officielle	(1),1997
1992	France	63	proposition recommandée	(11),1998
1994	France	73	proposition obligatoire et universelle	(11),1998
1995-96	Londres	22,9	proposition recommandée sélective (populations à risques accrus)	(7),1998
1996-97	Ecosse	35	proposition recommandée sélective (population à risque accru)	(13),1998
1997	Etats-Unis	69,6	proposition recommandée universelle	(12),2001
1998-99	Etats-Unis	86	proposition recommandée universelle	(6),2000

0,18 % si le consentement éclairé a été obtenu et de 0,85 % en cas de refus; en revanche, dans l'étude suédoise (LINDGREN *et al.* 1993 (9)), ces taux sont respectivement de 0,033 % et 0 %. Notre étude conclut à un taux de prévalence du VIH de 0,07 % chez les femmes enceintes soumises à un test. Ce résultat suggère que la Nouvelle-Calédonie figure dans le groupe des pays à faible prévalence, tels que la plupart des Etats de la région Pacifique Sud: Australie (prévalence estimée en 1999 : 0,11 % de la population générale) ou Nouvelle-Zélande (< 0,1%) (10).

Le recrutement de cette enquête ne permet pas d'extrapolation à l'échelle du Territoire, mais donne une indication réaliste à partir d'un groupe sentinelle important. Le suivi dans le temps de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes est certainement un moyen intéressant de surveiller la diffusion du virus dans la population générale, en particulier à un moment où la proportion des contaminations hétérosexuelles semble augmenter parmi les cas de séropositivité nouvellement déclarés en Nouvelle-Calédonie.

Grossesses interrompues

Le but initial et principal de l'enquête présentée étant l'étude de la réalisation du test VIH dans le cadre des grossesses menées à terme, les données concernant les autres modes de terminaison, l'IVG en particulier, sont très partielles et non représentatives de ces situations. Le taux de prescription constaté - 1,9 % - est toutefois préoccupant. Il peut s'expliquer à la fois par une proposition du test sûrement très inconsistante (actes non concernés par l'obligation définie par le décret du 27 janvier 1993) et par un taux de refus élevé. Ces éléments suggèrent la nécessité d'une étude spécifique et basée sur un protocole différent (enquête anonyme non corrélée) pour quantifier la prévalence du VIH dans ce contexte. Les études disponibles, dont certaines sont rassemblées dans le tableau IV, confirment constamment la plus forte prévalence du VIH chez les femmes ayant eu une IVG.

Tableau IV.

Prévalences comparées du VIH selon l'issue de la grossesse : données bibliographiques rétrospectives sur la période 1987 - 1997.
Compared HIV prevalence according to pregnancy outcome: retrospective bibliographical data for 1987-1997.

année	pays	IVG	accouchement	ratio des prévalences IVG/Accouchements	référence
1987-91	Suède	0,13 %	0,02 %	6,50	(9),1993
1989-94	Italie	0,49 %	0,18 %	2,72	(1),1997
1993	France	1,18 %	0,25 %	4,72	(4),1998
1997	France	1,10 %	0,24 %	4,58	(4),1998

L'extension aux IVG de la proposition systématique du test VIH est le premier moyen d'action à envisager. Cette pratique est en place depuis 1987 dans la plupart des centres d'IVG de Suède (9) et a fait, en France métropolitaine, l'objet d'une circulaire ministérielle. Aucune recommandation de ce type n'est pour l'instant publiée par les autorités sanitaires de la Nouvelle-Calédonie.

Conclusion

L'enquête présentée a permis de recruter près de 80% des femmes suivies pour grossesse sur une période d'un an en Nouvelle-Calédonie. Conformément aux dispositions légales, il leur a été proposé un test VIH, celui-ci a été réalisé dans 88,6 % des cas. Ce résultat atteste à la fois de l'universalité relative de la proposition et d'une adhésion massive des patientes. Toutefois, l'absence de test a été constatée chez plus de 10 % des patientes originaires, de façon significativement plus fré-

quente, des communautés mélanésienne et surtout wallisienne. Ceci suggère la conduite d'informations ciblées vers ces communautés prenant en compte leurs spécificités culturelles. De la même façon, il est nécessaire de renforcer la préparation initiale des prescripteurs, médecins et sages femmes assurant les entretiens pré-test, le plus souvent étrangers à ces aspects ethnoculturels.

La prévalence observée du VIH, parmi les femmes accouchées récentes, est de 0,66 pour mille (2 sérologies positives parmi 2 996 patientes testées). Ce taux, non extrapolable à celui devant s'appliquer à l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie, suggère néanmoins une faible prévalence du VIH dans la population générale.

Le biais de recrutement lié au refus pourrait être minimisé par la pérennisation de la surveillance d'un tel groupe sentinelle, au sein duquel la séroprévalence serait analysée plus en terme de tendance que de valeur absolue. Ceci est d'autant plus important, à un moment où les nouveaux cas déclarés de séropositivité VIH, liés à une contamination hétérosexuelle, sont en progression et surviennent au sein des groupes ethnoculturels jusqu'à présent peu touchés, océaniens en particulier.

Enfin, en marge de ses objectifs principaux et sur un échantillonnage trop limité pour être représentatif, ce travail met en évidence l'absence quasi constante de dépistage VIH lors des grossesses non conduites à terme, lors des IVG en particulier. Les études disponibles réalisées dans ce contexte montrent un risque de séropositivité constamment majoré et il semble important d'évaluer ce problème en Nouvelle-Calédonie, pour alimenter une réflexion de la part des autorités sanitaires locales.

Remerciements

Ce travail a été réalisé à la demande du Comité technique (COTEC) du suivi de l'épidémie VIH en Nouvelle Calédonie. Nous tenons à remercier les docteurs J.-P. GRANGEON, F. DROETTO, T. JUBEAU et F. LACASSIN, pour leur participation à l'élaboration du protocole et l'ensemble du personnel de santé ayant assuré la collecte des données, plus particulièrement M^{mes} NACÉRI et BAUGY du Centre hospitalier territorial.

Références bibliographiques

1. ABENI DD, PORTA D, PERUCCI CA & DELIVERIES - Abortion and HIV-1 infection in Rome, 1989-1994. *The Lazio AIDS Collaborative Group Eur J Epidemiol*, 1997, **13**, 373-378.
2. ANONYME - Nomenclature des actes de biologie médicale, Journal officiel de la Nouvelle-Calédonie, Arrêté n°4425-T du 17/10/1997.
3. BINDELS PJ, MULDER-FOLKERTS DK, SCHUTTE MF, SMITS-VAN WIJK I, BOER K & COUTINHO RA - Resultaten van de screening op HIV-antistoffen bij zwangere vrouwen in Amsterdamse peilstations, 1998-1995. *Ned Tijdschr Geneesk*, 1996, **140**, 2296-2298.
4. COUTURIER E, BROSSARD Y, DE BENOIST AC, SIX C, LARSEN M *et al.* - Prévalence de l'infection VIH chez les femmes enceintes en région parisienne. Une enquête anonyme non corrélée: Prevalence 1991-1993-1995-1997. *BEH*, 1998, **18**, 73-75.
5. DIRECTION DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES, NOUMEA, NOUVELLE-CALÉDONIE - *Situation Sanitaire en Nouvelle-Calédonie*, Vol. 15, année 1998,
6. FERNANDEZ MI, WILSON TE, ETHIER KA, WALTER EB, GAY CL & MOORE J - Acceptance of HIV testing during prenatal care. Perinatal Guide lines Evaluation. *Public Health Rep*, 2000, **115**, 460-468.
7. GIBBS DN, MCDONAGH SE, GUPTA R, TOOKEY PA, PECKHAM CS & ADES AE - Factors affecting uptake of antenatal HIV testing in London: results of a multicentre study. *Brit Med J*, 1998, **316**, 259-261.
8. HUDSON CN, BERGENSTRÖM A, BELL E, McCANN E & SHERR L - The dilemma of antenatal HIV testing: what goes on in the European Community? *J R Soc Med*, 1999, **92**, 273-276.

9. LINDGREN S, BOHLIN AB, FORSGREN M, ARNEBORN M, OTTENBLAD C *et al.*- Screening for HIV-1 antibodies in pregnancy: results from the Swedish national programme. *BMJ*, 1993, **307**, 1447-1451.
10. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE - VIH/SIDA, Région OMS du Pacifique occidental, estimations révisées pour 1999. *Rel épidémiol hebd*, 2000, **33**, 266-268.
11. PRADIER C, MESSIAH A, CARRIER P, REY D, OBADIA Y & MOATTI JP -Evolution entre 1992 et 1994 du dépistage prénatal du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en Provence-Alpes-Côte d'Azur (France). *Rev Epidém Santé Publ*, 1998, **46**, 176-182.
12. ROYCE RA, WALTER EB, FERNANDEZ MI, WILSON TE, ICKOVICS JR & SIMONDS RJ - Barriers to universal prenatal HIV testing in 4 US locations in 1997. *Am J Public Health*, 2001, **91**, 727-733.
13. SIMPSON MW, JOHNSTONE FD, BOYD MF *et al.*- Uptake and acceptability of antenatal HIV testing: randomised controlled trial of different methods of offering the test. *Brit Med J*, 1998, **316**, 262-267.