

P PENOT<sup>1</sup>, A GUERIZEC<sup>1</sup>, G JACOB<sup>1,2</sup>, AL DOHO<sup>1</sup>, A DESGREES DU LOU<sup>3</sup>, R HARICH<sup>4</sup>, S NDIAYE<sup>5</sup>, S SANYAN<sup>2</sup>, B RENEVIER<sup>2</sup>

Contact : [gaelle.jacob@chi-andre-gregoire.fr](mailto:gaelle.jacob@chi-andre-gregoire.fr)

<sup>1</sup> service de médecine interne, maladies infectieuses et CeGIDD, hôpital intercommunal André Grégoire, Montreuil ; <sup>2</sup> service de gynécologie-obstétrique, hôpital intercommunal André Grégoire, Montreuil ; <sup>3</sup> centre population et développement (CEPED) ; <sup>4</sup> service de laboratoire de biologie, hôpital intercommunal André Grégoire, Montreuil ; <sup>5</sup> Association Ikambere

CONTEXTE ET RATIONNEL

L'épidémie VIH et l'épidémie cachée sont concentrées en Ile de France où plus de 10 000 personnes ignorent leur séropositivité [1]

Les hommes hétérosexuels sont diagnostiqués tardivement, souvent au stade évitable de SIDA [2-3 et figure 1]

La plupart des nouvelles infections tiennent à l'ignorance de son statut par la personne source [4] car les personnes sous traitement efficace ne sont pas contagieuses [5]

Temps médian en années entre les étapes de la prise en charge du VIH en France en 2013

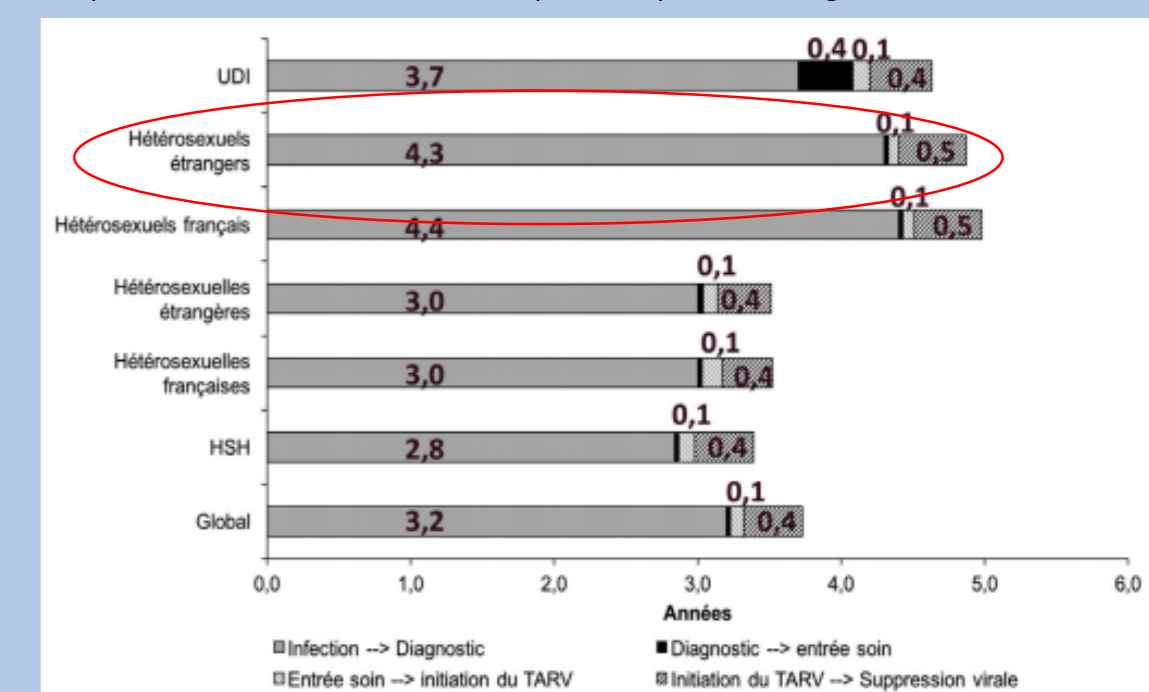


Figure 1 : Marty L., Cazein F., Panjo H., Pillonel J., Costagiola D., Supervie V., PROJET ANRS INDIC et HERMETIC

Pendant la grossesse, le risque d'acquérir le VIH est multiplié par un facteur 2 (début de grossesse) puis 3 (fin de grossesse) [6]

Une contamination qui survient pendant la grossesse peut échapper à la sérologie pratiquée vers le 4<sup>ème</sup> mois. Le risque de transmission au fœtus est élevé.

31% des nouvelles infections concernent des personnes nées en Afrique subsaharienne [3]

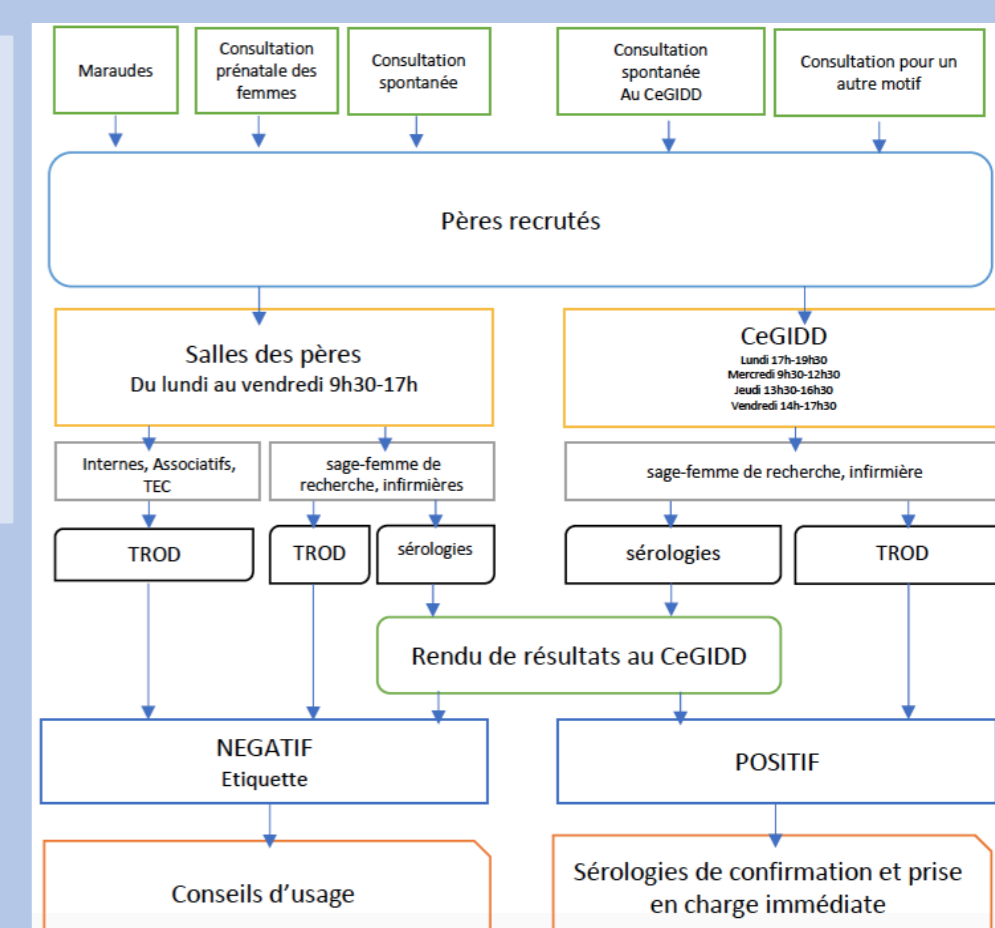
Dans cette population, la précarité des premières années d'installation sur le sol français est un facteur de risque majeur de contamination [3]

La Haute Autorité de Santé recommande de dépister les deux parents pendant chaque grossesse mais, en pratique, on se limite à dépister les femmes [7]

OBJECTIF : Evaluer la faisabilité d'une offre systématique de dépistage du VIH adressée aux pères d'enfants à naître au centre hospitalier de Montreuil

METHODES

**Offre de dépistage** du VIH directe au père par le soignant des consultations ou lors de maraudes dans les salles d'attente du service de consultations prénatales. Plusieurs modalités pour améliorer l'acceptabilité : TROD ou sérologie, sur place ou au centre gratuit d'information, dépistage et diagnostic du VIH et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD). Lors de dépistages par sérologie, une sérologie des hépatites B et C était proposée à tous les hommes nés à l'étranger et un test moléculaire pour rechercher Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae était réalisé sur autoprélèvement urinaire pour tous les hommes de moins de 30 ans consultant au CeGIDD. Plusieurs intervenants mobilisés : internes, sages-femmes, infirmières, partenaires associatifs, conseillère conjugale et familiale, technicienne de recherche clinique.



RESULTATS

Entre le 1<sup>er</sup> octobre 2018 et le 10 août 2019 : 420 futurs pères ont été dépistés pendant le suivi de grossesse de leur partenaire. Aucune infection par le VIH n'a été nouvellement diagnostiquée.

8 hépatites B chroniques ont été découvertes ou remises dans un parcours de soins. Une hépatite C a été découverte (spontanément guérie) ainsi que 3 portages urétraux de chlamydia trachomatis et un portage urétral de Neisseria gonorrhoeae, tous asymptomatiques.

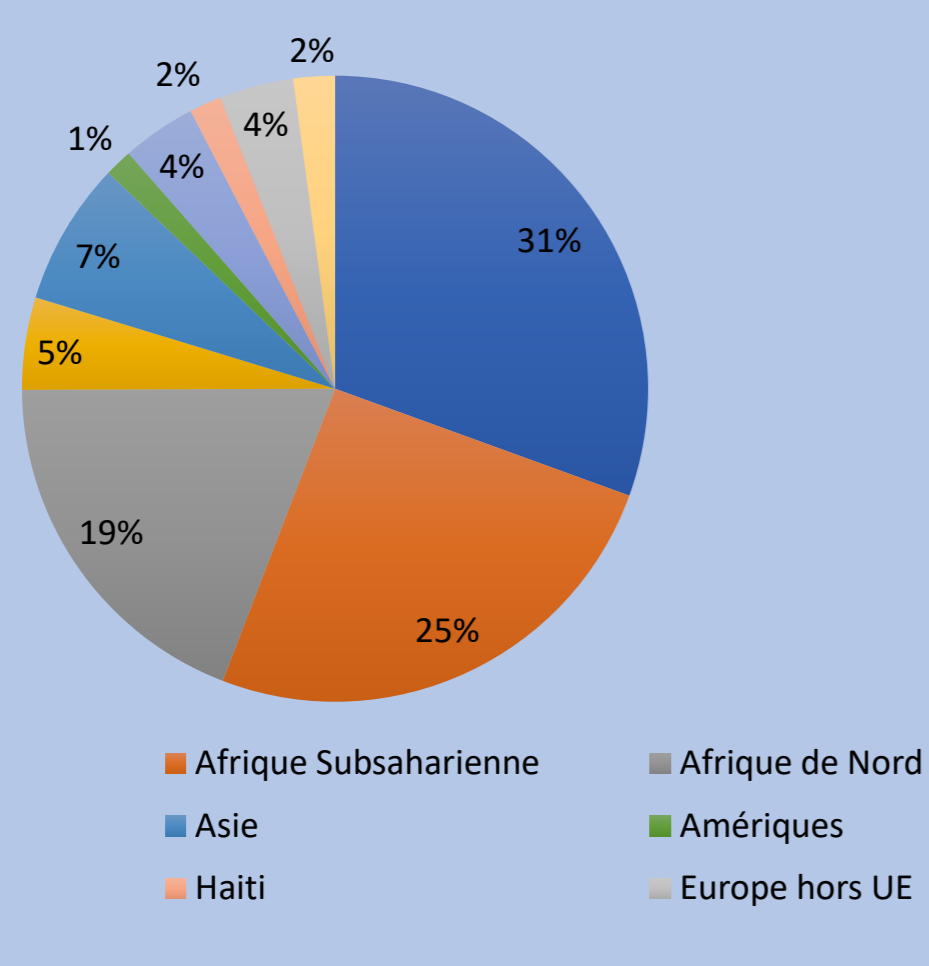


Figure 2 : Région de naissance des futurs pères dépistés au CHI André Grégoire entre le 1<sup>er</sup> octobre 2018 et le 1<sup>er</sup> août 2019

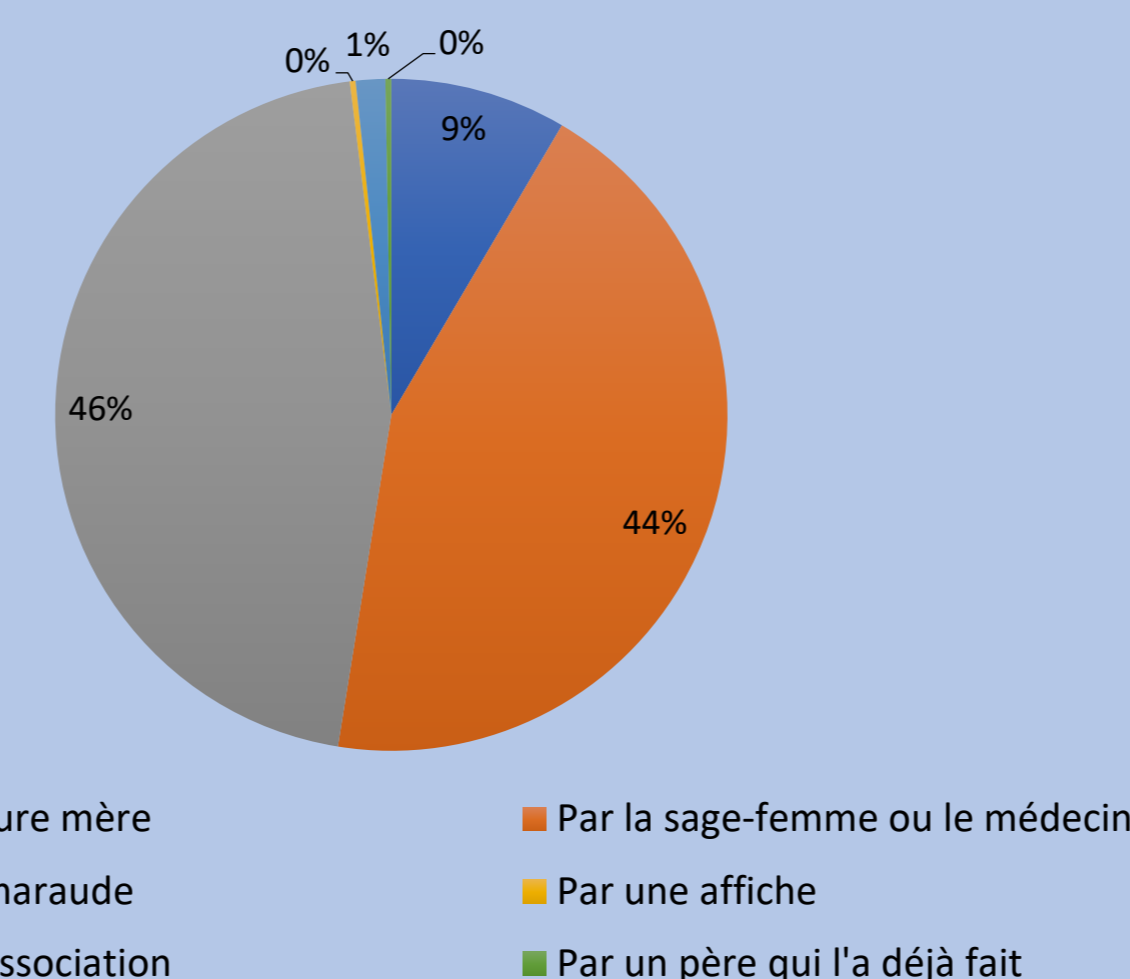


Figure 3 : Mode de connaissance de l'offre par les pères dépistés entre le 1<sup>er</sup> octobre 2018 et le 1<sup>er</sup> août 2019 au CHI André Grégoire

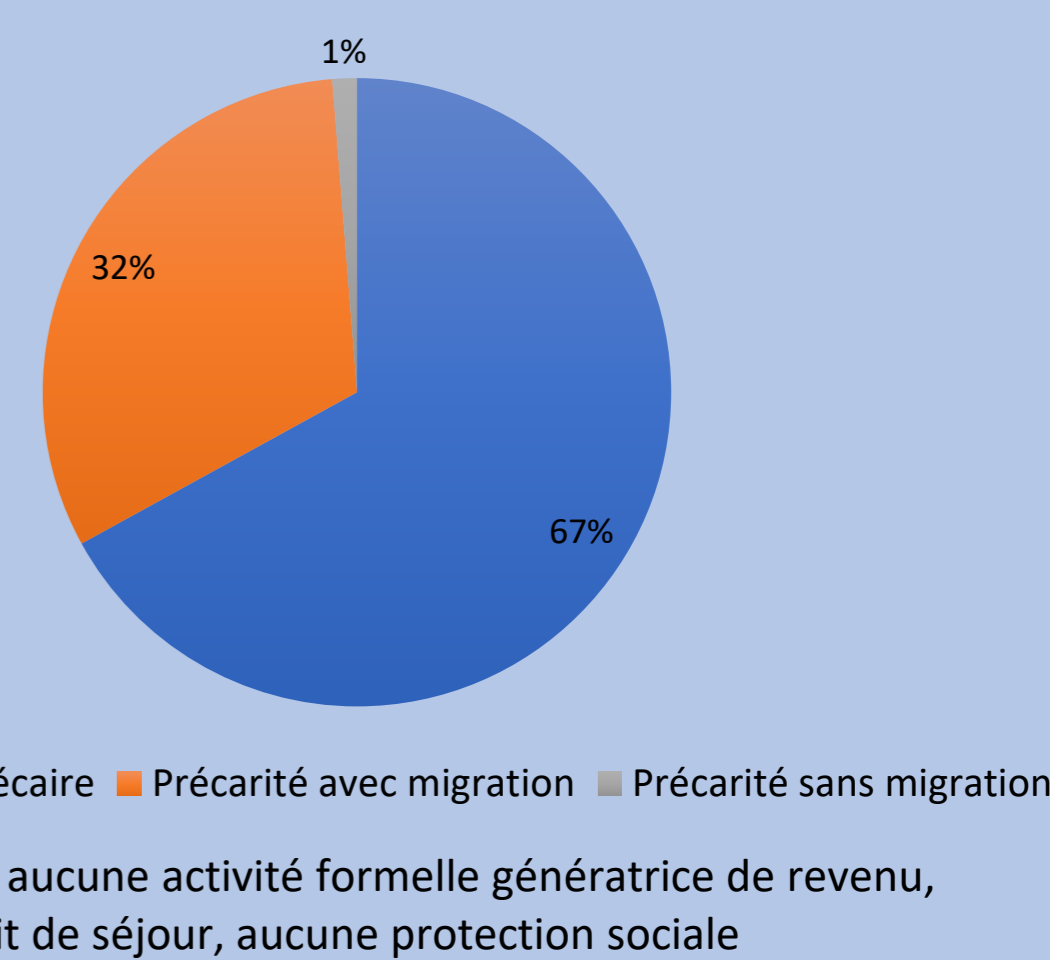


Figure 4 : Proportion de futurs pères en grande précarité parmi ceux dépistés entre le 1<sup>er</sup> octobre 2018 et 1<sup>er</sup> août 2019

**DISCUSSION** : Un quart des hommes dépistés étaient nés en Afrique subsaharienne, population dans laquelle 1% des hommes adultes vivant en Seine Saint Denis sont infectés par le VIH sans le savoir (modélisation Inserm). Près de la moitié n'avait jamais fait de test VIH. Un tiers des pères répondait à au moins un critère de grande précarité (aucune activité formelle génératrice de revenu, aucun droit de séjour ou aucune protection sociale).

Sur 10 mois (environ 3300 accouchements dans notre centre hospitalier et 96 % des femmes déclarant un père impliqué dans la grossesse), la mobilisation des hommes est restée faible (420 pères sur 3168 théoriquement visés, soit 13%) au regard de celle des femmes (99 % avaient une sérologie VIH dans leur dossier obstétrical le jour de l'accouchement).

Cette inégalité de genre, déjà observée dans la littérature, est liée à des représentations sociales partagées par les couples et les soignants, et à l'organisation du suivi prénatal.

L'information orale et écrite sur l'importance et les modalités d'un dépistage prénatal pour leur conjoint, délivrée aux femmes en consultation prénatale a mal fonctionné : seuls 9 % des hommes dépistés sont venus par ce biais. Ce sont les offres directes aux hommes (maraudes et accompagnement au lieu de dépistage par le médecin ou la sage-femme assurant le suivi de grossesse) qui ont produit les meilleurs résultats.

Cependant, les soignants sont eux aussi difficiles à mobiliser : dans un contexte de pénurie organisée du système de soins, la santé des hommes n'est pas perçue par les gynécologues et les sages-femmes comme relevant de leur responsabilité, ou comme une priorité.

**PERSPECTIVES** : Une deuxième phase de l'étude s'attachera à étudier les déterminants de l'acceptation du VIH à l'occasion d'une consultation prénatale paternelle élargie, comprenant un rattrapage vaccinal, une consultation sociale d'accès aux droits et le référencement vers les structures de médecine primaire pour les pères qui en sont éloignés. Cette consultation, recommandée par la HAS[4] et remboursée par l'assurance maladie, gagnerait à être réellement adoptée en pratique clinique quotidienne.

**BIBLIOGRAPHIE** : [1] Marty L., Cazein F., Panjo H., Pillonel J., Costagiola D., Supervie V. PROJET ANRS INDIC et HERMETIC. 2016 juil. [2] Marty et al. Revealing geographical and population heterogeneity in HIV incidence, undiagnosed HIV prevalence and time to diagnosis to improve prevention and care: estimates for France. JIAS. 2018 Mar 30. [3] Desgrées du Lou, Annabel, and France Lert, eds. 2017 Parcours. Parcours de Vie et de Santé Des Africains Immigrés En France. La Découverte. Recherches. Paris. [4] Supervie V, Ekouevi DK. Epidémiologie de l'infection par le VIH en France et dans le monde. Rev Prat. 2014;64:1060-66. [5] Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour, MC, Kumarasamy N, Hakim JG, Kumwenda J, Grinsztejn B, Pilotto JHS, Godbole SV, Chariyalertsak S. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. N Engl J Med. 2016 sept 1; 375:830-839 [6] Thomson, Kerry A., James Hughes, Jared M. Baeten, Grace John-Stewart, Connie Celum, Craig R. Cohen, Kenneth Ngunjiri, James Kiarie, Nelly Mugo, Renee Heffron, et Partners in Prevention HSV/HIV Transmission Study and Partners PrEP Study Teams. 2018. « Increased Risk of HIV Acquisition Among Women Throughout Pregnancy and During the Postpartum Period: A Prospective Per-Coital-Act Analysis Among Women With HIV-Infected Partners ». The Journal of Infectious Diseases 218(1):16-25. [7] Haute Autorité de santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Synthèse, conclusions et recommandations. 2017 mars