

Plan national

de lutte contre le

VIH/SIDA

et les

IST

2010

2014



En direction
des populations
des départements
d'outre-mer

Plan national de lutte
contre le VIH/SIDA et les IST
2010-2014

En direction
des populations
des départements
d'outre-mer

Sommaire

Introduction • 5

Axe 1 • Prévention, information, éducation pour la santé • 11

Contexte et objectifs • 11

Mesures • 12

Axe 2 • Dépistage • 17

Contexte et objectifs • 17

Mesures • 19

Axe 3 • Prise en charge médicale • 23

Contexte et objectifs • 23

Mesures • 23

Axe 4 • Prise en charge sociale et lutte contre les discriminations • 25

Contexte et objectifs • 25

Mesures • 25

Axe 5 • Recherche et observation • 27

Contexte et objectifs • 27

Mesures • 28

Axe 6 • Coopération • 31

Contexte et objectifs • 31

Mesures • 32

Annexes • 35

Annexe 1

Fiches actions • 35

Annexe 2

Participants au groupe de travail DOM en 2009 • 53



Introduction

Le plan en direction des populations d'outre-mer (départements d'outre-mer, Mayotte, Saint-Martin, Saint-Barthélemy) est complémentaire du plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les autres IST 2010/2014 qui s'applique également dans les grandes lignes sur ces territoires. Il vient confirmer et appuyer les actions locorégionales déjà mises en place par les plans régionaux ou locaux. L'objectif est de coordonner les stratégies entre les territoires, d'impliquer les différents ministères concernés, les agences régionales de santé (ARS) et les associations pour aider à la mise en œuvre des projets et programmes régionaux de santé. Il est également prévu de développer des actions de communication adaptées, conformément aux conclusions du conseil interministériel de l'outre-mer (CIOM) du 6 novembre 2009.

Les départements français d'Amérique (Guadeloupe¹, Martinique et Guyane) avaient déjà été définis territoires prioritaires dans la lutte contre l'infection à VIH/SIDA en France dans le "Plan national de lutte contre le VIH/SIDA 2001-2004" et réaffirmés comme tels dans le programme couvrant la période 2005-2008.

Principes de construction du plan

Méthode

L'élaboration de ce programme a été réalisée en concertation et en associant les représentants des ARS de tous les DOM, les différents ministères impliqués dans les DOM, les agences et les associations nationales qui interviennent dans les DOM (cf. les membres du comité de pilotage en annexe).

Le présent plan tient compte

- Des avis du Conseil National du SIDA sur la lutte contre le VIH aux Antilles de juin 2008, et de mars 2008 pour la Guyane ;
- des recommandations de la HAS sur les modalités de réalisation du dépistage de l'infection par le VIH (1^{re} partie octobre 2008) et sur les stratégies de dépistage (2^e partie octobre 2009) ;
- des recommandations de décembre 2009 du rapport "Mission RDRs, prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST" de Mme F. Lert et du Pr. G. Pialoux, dont certaines concernent les DOM et les populations migrantes venant des pays d'épidémie généralisée ;
- des recommandations relatives au dépistage figurant dans la partie intitulée "la politique de lutte contre le VIH/SIDA" du rapport public de la Cour des comptes (février 2010) ;
- des recommandations du rapport IGAS (Claire AUBIN et Danièle JOURDAIN MENNINGER) d'octobre 2009 sur l'évaluation de la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'éducation à la sexualité, à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse en Outre-mer ;
- des recommandations du rapport du conseil économique, social et environnemental de 2009 sur l'offre de santé des collectivités ultramarines ;

1. La Guadeloupe est un archipel qui comprend, outre la Guadeloupe, les îles de Marie-Galante, des Saintes, de la Désirade et, au Nord, Saint-Barthélemy et la partie française de l'île franco-hollandaise de Saint-Martin.

- des recommandations du rapport d'information sur la situation des départements d'outre-mer du sénateur Éric Doligé de juin 2009 ;
- des mesures territoriales du Comité interministériel de l'outre-mer du 6 novembre 2009 relatives à la prévention du VIH dans les DFA.

Structuration permettant le déploiement du plan dans les ARS

La lutte contre le VIH/SIDA a déjà été identifiée dans les objectifs prioritaires des programmes régionaux de santé publique de certains territoires. C'est ainsi que des programmes régionaux de lutte contre le VIH/SIDA ont été élaborés en Guadeloupe (2005-2008), en Martinique (2004-2009) et en Guyane (2008-2010) (où celui-ci s'intègre dans une programmation incluant la prévention des risques sexuels) et ont déjà permis la mise en place d'actions ciblées.

Avec la nouvelle structuration en ARS, il convient de mobiliser la société civile et les acteurs des DOM autour de l'ARS et des projets régionaux de santé.

Un plan territorial en lien avec le plan national

Le nouveau plan national VIH/SIDA/IST 2010-2014 décline pour la première fois un plan complémentaire pour les DFA qui est étendu aux deux territoires français de l'océan indien (Réunion et Mayotte qui est actuellement une collectivité départementale), à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy.

L'inscription de ces nouveaux territoires dans le programme DOM se justifie au regard :

- de l'évolution récente de l'épidémie du VIH dans l'océan indien (OI) avec augmentation des cas dans les îles limitrophes de La Réunion et de Mayotte (Maurice et Seychelles) ;
- des mouvements de population entre les îles de l'océan indien ;
- du principe d'égalité d'accès à la prévention et aux soins entre les départements et les territoires les plus éloignés.

Les enjeux actuels

Épidémiologie du VIH

En France, ce sont les régions des Antilles et de la Guyane qui sont les plus touchées par l'infection à VIH/SIDA. En 2008 les taux de découvertes de séropositivité s'échelonnent de 31 à 83 par million d'habitants en métropole avec de grandes disparités régionales.

Ces taux sont en effet largement plus élevés pour la Guyane (1 146), la Guadeloupe (425) et la Martinique (223), par million d'habitants.

La transmission y est à large dominante hétérosexuelle. La transmission homosexuelle ou bisexuelle est présente notamment en Martinique et à La Réunion. Il existe un multipartenariat fréquent chez les adultes, avec utilisation insuffisante des préservatifs.

Les personnes domiciliées dans les départements d'outre-mer représentent près de 10 % de l'ensemble des personnes ayant découvert leur séropositivité pour le VIH en France en 2007-2008 (4 % en Guyane, 3 % en Guadeloupe, 1 % en Martinique et à la Réunion).

Dans les DOM, les deux départements qui comptent le plus de découvertes de séropositivité pour le VIH sont la Guyane et la Guadeloupe.

Les DOM présentent des différences importantes entre eux. D'une part, la Guadeloupe et la Guyane qui ont un profil épidémiologique proche : prédominance de la transmission hétérosexuelle (et donc proportion importante de femmes), forte proportion de personnes étrangères et proportion élevée de diagnostics tardifs (au stade sida) et, d'autre part, la Martinique et la Réunion où les caractéristiques des personnes infectées se rapprochent de celles des régions métropolitaines hors Île-de-France. Globalement, en 2007-2008, le principal mode de contamination est hétérosexuel : 87 % en Guyane, 84 % en Guadeloupe, 78 % en Martinique et 74 % à la Réunion, alors qu'il ne représente que 57 % des cas en métropole.

Du fait de la prédominance de la transmission hétérosexuelle, la proportion de femmes parmi les découvertes de séropositivité est particulièrement élevée en Guyane (49 %) et en Guadeloupe (41 %). Elle est de 38 % à la Réunion et de 33 % en Martinique, comme en métropole. La répartition hommes-femmes a fluctué sans tendance particulière dans les différents DOM entre 2003 et 2008, alors qu'elle a diminué en métropole.

La proportion de transmission mère-enfant n'est pas négligeable (3 % en Guyane et 4 % à la Réunion) contre moins de 1 % en métropole.

La contamination par usage de drogues injectables est plus fréquente à la Réunion (6 %) et en Martinique (3 %) que dans les deux autres départements (moins de 1 %).

Parmi les hommes, la proportion de contaminations par rapports homosexuels est comprise entre 20 et 29 % pour les quatre DOM, ce qui est nettement moindre qu'en métropole (59 %).

Sur la période 2003-2008, la proportion de jeunes de 15 à 24 ans découvrant leur séropositivité est plus élevée en Guyane et en Martinique que dans les autres DOM et qu'en métropole : 14 % en Guyane et en Martinique, 10 % en métropole, 8 % en Guadeloupe et à La Réunion.

Parmi celles dont la nationalité est renseignée, environ les deux tiers des personnes découvrant leur séropositivité en 2007-2008 en Guyane sont de nationalité étrangère, environ la moitié en Guadeloupe et entre 10 % et 15 % en Martinique et à La Réunion. Les personnes étrangères sont principalement de nationalité haïtienne ou d'un pays d'Amérique du sud (Surinam, Guyana et Brésil) pour la Guyane et originaires d'Haïti, de la République Dominicaine ou de la Dominique pour la Guadeloupe. La proportion de personnes de nationalité étrangère a peu varié depuis 2003 pour chacun des DOM. En comparaison, la proportion d'étrangers est de 41 % en métropole, très contrastée avec un taux de 52 % en Île-de-France et 28 % dans les autres régions.

En 2007-2008 en Guadeloupe, une part très importante (48 %) des découvertes de séropositivité se fait en raison de signes cliniques ou biologiques. Ce motif représente environ un tiers des découvertes en Guyane, à La Réunion et en Martinique. La grossesse représente une circonstance de diagnostic moins fréquent en Martinique (6 %) que dans les 3 autres départements (environ 25 %).

Les cas de sida diagnostiqués chez des personnes domiciliées dans les DOM depuis 2000, représentent 10 à 13 % de l'ensemble des cas de sida domiciliés en France, l'Île-de-France représentant 38 % des cas. En 2007-2008, la Guadeloupe totalise 5 % de l'ensemble des cas, la Guyane 4 %, la Réunion 2 % et la Martinique 1 %. La Guyane et la Guadeloupe totalisent sur cette période plus des trois quarts des cas dans les DOM.

Les données épidémiologiques concernant Mayotte sont partielles. Le VIH touche essentiellement des femmes et des personnes étrangères² dans un contexte d'immigration clandestine et de forte natalité. Les flux de personnes entre Mayotte et le reste de l'archipel ou vers l'Afrique, Madagascar, La Réunion et la métropole, ont connu une forte croissance. L'augmentation de ces flux migratoires est susceptible d'engendrer une augmentation de la prévalence de la séropositivité au VIH à Mayotte. Or, la prise en charge des PVVIH à Mayotte se situe dans un contexte insulaire particulier avec une centralisation des soins sur un seul hôpital à Mamoudzou et un poids de la stigmatisation important. En décembre 2009 la file active de cet hôpital était d'environ 90 patients. En ce qui concerne la déclaration obligatoire (DO) du VIH, la délégation territoriale de Mayotte, qui dépend de l'ARS "Océan indien" (Réunion-Mayotte), a transmis des DO pour la première fois en juin 2010. Néanmoins, l'INVS a reçu depuis 2008 des DO VIH pour des personnes domiciliées à Mayotte, transmises par la DDASS de la Réunion.

La situation des IST

Comme en métropole, notamment en Île-de-France, des cas de syphilis ont été diagnostiqués, tout d'abord en Guadeloupe dès 2001 puis en Martinique en 2004. L'épidémie de Guadeloupe était circonscrite à la zone de Pointe-à-Pitre et concernait principalement des personnes hétérosexuelles consommatrices ou trafiquants de crack, en situation de précarité et pour plus du quart d'entre elles infectées par le VIH. L'épidémie de Fort-de-France de 2004-2005 semblait limitée aux personnes infectées par le VIH et/ou aux hommes homos ou bisexuels et à leurs partenaires (hommes ou femmes). Après une diminution des cas en 2006, une nouvelle augmentation du nombre de cas en 2007-2008 a été observée avec une modification des caractéristiques des personnes atteintes puisqu'il s'agit le plus souvent de personnes en situation précaire et usagères de crack. Cette épidémie, bien que limitée, reste active en Martinique et une hypothèse serait que la bisexualité aurait joué le rôle de lien entre les différentes populations pour les épidémies d'infection par le VIH et pour la syphilis³.

À la Réunion, une enquête épidémiologique a confirmé une recrudescence des cas de syphilis précoce en 2008 concernant quasi exclusivement des hommes, en majorité homo ou bisexuels, souvent séropositifs pour le VIH. En 2009, ont été notifiés des cas de syphilis précoce touchant la population hétérosexuelle, particulièrement des femmes en cours de grossesse et des enfants nés avec une syphilis congénitale.

Conclusion

Les stratégies d'intervention doivent être adaptées en raison des caractéristiques suivantes :

- l'extrême diversité des populations au sein de chacun des départements d'Outre-mer, de Saint-Martin et de Mayotte et la forte proportion de personnes migrantes originaires de pays où les IST et le VIH ont une prévalence mal connue ;
- les rapports de genre comme facteur déterminant de la transmission du VIH et des IST (VESPA 2005) ;

2. Lartigau-Roussin C, Receveur M. C, Giry C et Al. Le VIH à Mayotte, Med Trop 2007 ; 67 : 119-122.

3. Cabié A, Rollin B, Pierre-François S, et al. Reemergence of Syphilis in Martinique, 2001-2008. Emerging Infectious Diseases. 2010 ; 16 : 106-9 www.cdc.gov/eid

- la stigmatisation et la discrimination dont sont particulièrement victimes les personnes vivant avec le VIH (PPVIH). Pour ces personnes qui se sentent isolées et rejetées, les professionnels de santé sont souvent les seuls recours ;
- les échanges d'expériences et de savoirs entre les différents DOM (Caraïbes et Océan indien) nécessaires pour une meilleure connaissance de la situation des personnes migrantes.

Objectifs généraux

La mise en œuvre du présent plan devra contribuer à atteindre les objectifs suivants :

- réduire, en 5 ans, l'incidence des infections par le VIH de 50 % dans les DFA ;
- réduire de 50 % en 5 ans, la proportion de personnes découvrant leur séropositivité VIH au stade sida.

Les stratégies opérationnelles doivent particulièrement être soutenues par les ARS, en lien avec les COREVIH (comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH ; cf. fiche action gouvernance), afin de :

- renforcer le dépistage pour traiter tôt et pour casser la transmission et augmenter les chances thérapeutiques notamment en Guyane où l'épidémie atteint un taux inacceptable ;
- informer sur la prévention du VIH et des IST pour aider à l'adoption de comportements favorables (prévention combinée) ;
- traiter précocement, prendre en charge et accompagner les personnes atteintes dans leur insertion socioprofessionnelle, le sida étant devenu aujourd'hui une maladie chronique ;
- avoir une approche populationnelle complémentaire afin d'adapter les actions de terrain ;
- faire évoluer les représentations de la maladie, poursuivre la déstigmatisation et lutter contre les discriminations afin de favoriser la mise en œuvre de la prévention combinée au dépistage et au traitement précoce et permettre une meilleure intégration des PPVIH dans la société ;
- maintenir l'implication de la France dans les politiques de santé mises en œuvre dans les zones Caraïbe et Océan Indien.



Axe 1 → Prévention, information, éducation pour la santé

Contexte et objectifs

Cet axe visant à infléchir l'évolution épidémiologique du VIH/SIDA nécessite une mobilisation collective impliquant de façon coordonnée l'ensemble des services de l'État aux côtés des professionnels sanitaires et sociaux, des collectivités territoriales, des associations et de la société civile. Seule une telle prise de conscience et des actions concertées pourront répondre à l'enjeu de santé publique que représente l'infection par le VIH/SIDA dans les DOM.

Le VIH est une infection transmissible par voie sexuelle, sa prévention doit s'appréhender dans une démarche globale de prévention de l'ensemble des risques liés à la sexualité qui est préconisée par le Conseil national du Sida (CNS). Dans son avis rendu le 26 juin 2008, le CNS recommande de développer un programme global et transversal d'actions de prévention des risques liés à la sexualité et l'élaboration d'outils adéquats de communication et de formation.

Ces programmes devront être accessibles sur l'ensemble des territoires tant en termes de proximité géographique mais aussi linguistique et culturelle. Le développement d'équipes mobiles doit aussi être soutenu, et les supports de prévention devront prendre en compte la diversité culturelle.

L'objectif est de permettre à la population générale et aux populations les plus exposées d'adopter des comportements favorables pour lutter contre la transmission du VIH et des IST.

Mesures

Mesure 1 • Informer la population générale sur les risques et la prévention combinée (préservatifs, dépistage VIH et IST)

Dans le contexte de l'épidémie de VIH/SIDA, les données de KABP 2004 ont montré une **vulnérabilité importante des femmes** de ces régions face à l'infection. Le multipartenariat les expose au risque de contamination et cela d'autant qu'il s'agit fréquemment d'un multipartenariat simultané et engageant des relations durables. Or, les préservatifs sont d'autant moins utilisés dans ce type de multipartenariat⁴. De plus, les données relatives à l'utilisation des préservatifs montrent qu'aux Antilles et en Guyane, les femmes ont moins la maîtrise de la prévention que les hommes : moindre protection lors du premier rapport sexuel et moindre protection chez les femmes multipartenaires.

Les femmes séropositives sont plus nombreuses que les hommes à ne pas avoir révélé leur séropositivité à leur partenaire (20 % contre 12 %)⁵. De plus, la précarité des femmes accroît leur vulnérabilité face à l'épidémie dans un contexte de différenciation sexuelle et de domination masculine particulièrement marquées⁶.

La vulnérabilité économique accroît la vulnérabilité face au VIH.

Les populations les moins diplômées sont particulièrement vulnérables au VIH et ont des risques plus élevés d'être contaminées⁷. Dans l'enquête VESPA⁸, 38 % des patients n'avaient pas été scolarisés ou avaient un niveau primaire (proportion variant de 15 % en Martinique à 47 % en Guyane) et 40 % avaient un niveau collège (proportion variant de 33 % en Guyane à 50 % en Martinique). Chez les personnes actives de moins de 25 ans, par exemple, le chômage touche, en moyenne dans les DFA, 53 % des femmes contre 22 % de celles de métropole⁹. Cette situation de fort chômage est associée à une proportion d'allocataires du revenu minimum d'insertion¹⁰ et de personnes affiliées à la couverture médicale universelle¹¹ très supérieure dans les DFA à celle observée en métropole. Une large proportion des ménages dans les DFA est constituée de familles monoparentales, entre 23 et 25 % des ménages selon le département contre 8 % en métropole¹². La proportion de personnes à "bas revenus" est dans les familles monoparentales, de 25 % en Guadeloupe, 32 % en Martinique et 32 % en Guyane contre, en moyenne, respectivement 18 %, 20 % et 26 % dans l'ensemble des ménages.

4. Cobat A., Halfen S., Grémy I. Déterminants de l'utilisation du préservatif et multipartenariat hétérosexuel aux Antilles et en Guyane françaises. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2008 ; Vol 56, n° 3 : pp. 143-157.

5. Masse V., Dray-Spira R., Spire B. et al. Vie de couple, vie sexuelle et prévention chez les hétérosexuels vivant avec le VIH/SIDA aux Antilles et en Guyane, Résultats de l'enquête ANRS-VESPA, 2003. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2005 ; n° 46-47 : pp. 243-244.

6. On pourra notamment se référer à l'ouvrage déjà ancien de Alibar F., Lembeye-Boy P. *Le couteau seul... Sé Kouto sèl...*, La condition féminine aux Antilles, Volume II : Vies de Femmes. Éditions Caribéennes, Paris, 1982, ainsi qu'au rapport de Cottias M., Lefaucheur N., Mulot S. *Enquête sur les violences envers les femmes dans les DFA, rapport de l'enquête pilote*, décembre 2002.

7. Beltzer N., Halfen S. Les facteurs sociaux de vulnérabilité au VIH à partir des enquêtes métropole et Antilles-Guyane. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2008 ; Volume 56, n° 65 : p. 375.

8. Bouillon K., Lert F., Michelot F. et al. Les patients vivant avec le VIH/SIDA dans les départements français d'Amérique : résultats de l'enquête ANRS-VESPA, 2003. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2005 ; n° 46-47 : pp. 240-242.

9. Le taux est de 49 % en Martinique, 54 % en Guyane, 56 % en Guadeloupe. Source : Insee, RP2006 exploitation principale, <http://www.recensement-2006.insee.fr> [site consulté le 24 juillet 2009].

10. La proportion d'allocataires du RMI au 31 décembre 2008 parmi la population de 20-64 ans est de 13 % dans les DOM versus 3 % en métropole. Drees. *Le nombre d'allocataires du RMI au 31 mars 2009. Études et résultats*, n° 693, juin 2009.

11. Dans les DFA, 15 % de la population bénéficie de la CMU de base et 36 % de la CMU complémentaire contre respectivement 2 % et 7 % de la population résidant en métropole. Source : Drees. *La CMU au 31 mars 2002. Études et résultats*, n° 179, juillet 2002.

12. Source : Insee, RP2006 exploitation principale, <http://www.recensement-2006.insee.fr> [site consulté le 24 juillet 2009].

Les résultats de l'enquête VESPA ont également montré que, chez les **personnes séropositives**, les phénomènes d'isolement, déjà très importants chez les personnes vivant avec le VIH dans les DFA, étaient renforcés parmi celles de nationalité étrangère souffrant alors d'une double stigmatisation (en tant que séropositif et en tant qu'étranger)¹³. **Les étrangers** apparaissaient aussi plus souvent diagnostiqués à un stade tardif de l'infection¹⁴ et se trouvaient plus souvent en échec immunovirologique¹⁵.

Depuis le milieu des années 2000, les campagnes télévisuelles incitant à la prévention, au dépistage du VIH et à la lutte contre les discriminations mettent en scène des personnes appartenant à des groupes de population particulièrement atteints par le VIH (migrants, homosexuels et habitants des DFA). Cependant, elles conservent un caractère discontinu (2002, 2005 et 2008), ce qui affaiblit l'appropriation des messages.

La Réunion quant à elle, élabore de façon indépendante des actions médias. Les campagnes médias nationales sont visibles sur les chaînes mais ne sont pas toujours adaptées aux réalités réunionnaises.

Mayotte ne dispose pas d'actions médias d'envergure sur la prévention du VIH/SIDA et des IST.

Action 1 : Maintenir un dispositif de communication adapté et intégrant les facteurs de vulnérabilité en direction des populations des DFA et soutenir la communication à Mayotte et La Réunion.

13. Par exemple, une proportion élevée de personnes séropositives vivent dans le secret de leur séropositivité (28 % dans les DFA vs 5 % en métropole). Celle ayant un conjoint sont 22 % à être dans ce cas dans les DFA vs 2 % en métropole, celles sans conjoint, 41 % vs 9 %. Bouillon, K., Lert F., Sitta R. & al. Factors correlated with disclosure of HIV infection in the French Antilles and French Guiana : results from the ANRS-EN13-VESPA-DFA Study. *Aids*, 2007 ; 21 Suppl 1 : S89-94.

14. CD4 \leq 200 cellules ou sida dans l'année du diagnostic ou l'année suivante.

15. CD4 \leq 200 cellules et charge virale > 400 copies.

Mesure 2 • Mettre en place des actions d'éducation pour la santé

Le risque VIH s'inscrit globalement dans des prises de risques liés à la sexualité.

Les études menées dans les DOM depuis dix ans¹⁶ montrent une stabilité des constats dont certains sont communs aux trois départements français d'Amérique :

- les premières relations sexuelles ont lieu plus tôt qu'en métropole : 14 ans en Guadeloupe en moyenne pour les garçons et les filles (15 ans en Martinique), le taux d'élèves de classe de 4^e déclarant avoir eu des rapports sexuels est de 47 % pour les garçons et 15 % pour les filles ;
- les familles acceptent la sexualité des adolescents mais le sujet, difficilement abordé, reste tabou dans plus d'un cas sur quatre ;
- le taux de contraception est faible, inférieur aux chiffres métropolitains, les idées reçues et les idées fausses sur la contraception sont nombreuses, les tabous sur la sexualité aussi¹⁷, les sous-déclarations d'IVG sont non négligeables ;
- les naissances chez les jeunes et très jeunes filles sont importantes, parfois non désirées, parfois assumées car génératrices d'un certain statut social ;
- le poids des religions¹⁸ et mouvements sectaires hostiles à la contraception et à l'IVG est important, leur influence est non négligeable sur les positions vis-à-vis de la contraception et de l'IVG^{19 20}.

Dans les DOM, la précocité des premières relations sexuelles et l'insuffisante adhésion aux programmes de contraception, nécessite d'inscrire globalement le risque VIH/IST dans les prises de risques liées à la sexualité, et d'avoir des programmes à destination des jeunes.

En milieu scolaire, différentes actions de prévention sont organisées : séance d'information et d'éducation à la sexualité rendues obligatoires depuis la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception ; prévention des conduites addictives ; informations sur les violences en particulier routières. Mais ces actions sont de qualité et de contenu inégaux et restent bien souvent sectorielles (cf. fiche T3 du plan national).

Hors milieu scolaire, les actions sont hétérogènes et ne touchent pas l'ensemble des populations telles que les missions locales, les foyers de jeunes travailleurs, les associations de jeunesse, les structures accueillant les jeunes handicapés et ceux de la protection judiciaire de la jeunesse (cf. fiche T4 du plan national).

Action 2 : Développer la prévention du VIH et des IST pour les jeunes dans une approche globale d'éducation à la sexualité.

Mesure 3 • Utiliser de nouveaux outils de promotion de la santé en fonction des publics (cf. plan national)

16. "La contraception, les grossesses à l'adolescence, les IVG et la sexualité en Guadeloupe", COGES, DSDS, 2003, et "étude des modes de vie des adolescents aux Antilles-Guyane", et SESAG, op. cité, et Arline T Geronimus, "teenage childbearing as cultural prism", *British medical bulletin*, 2004, et P. Faucher, S. Dappe, P. Madelenat "maternité à l'adolescence, analyse obstétricale et revue de l'influence des facteurs culturels, socio-économique et psychologique à partir d'une étude rétrospective de 62 dossiers", in *Gynécologie, obstétrique et fertilité*, 30, 2002. et enquête KABP VIH/IST 2004

17. Quéliier C. Le recours à l'interruption volontaire de grossesse en Martinique. Approche sociologique. Rapport réalisé pour la DSDS de la Martinique, août 2004.

18. En 2004, 36 % des individus interrogés dans les DFA avaient indiqué que la religion était très importante dans leur vie contre 7 % de ceux interrogés en métropole.

19. Parmi les femmes ayant eu leur premier rapport sexuel entre 1996 et 2004, 74 % de celles interrogées dans les DFA (64 % en Guyane, 72 % en Guadeloupe et 79 % en Martinique) indiquaient avoir utilisé une méthode contraceptive contre 86 % des femmes interrogées en métropole.

20. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2006. Études et résultats, 2008 ; n° 659.

Mesure 4 • Mettre en place des environnements favorables à l'adoption de comportements préventifs

Dans les DFA, les groupes les plus exposés au risque de transmission semblent particulièrement difficiles à atteindre. Ces difficultés relèvent d'un cumul de plusieurs facteurs qui se conjuguent. On peut citer, le tabou pesant sur le sida, la stigmatisation et la discrimination dont font l'objet les personnes qui en sont atteintes, les modes de vie socioaffectifs caractérisés par un multipartenariat, l'homophobie, les flux migratoires importants entre les îles limitrophes ou l'épidémie de sida n'est pas contenue et, enfin, une conjoncture socio-économique difficile. Face à cela, le tissu associatif peine à se structurer, les professionnels de santé sont souvent les seuls interlocuteurs face à la maladie et certains territoires sont difficilement accessibles.

Quant à Mayotte, au vu de l'évolution récente de l'épidémie VIH dans l'Océan Indien, des mouvements de population entre les îles, de la connaissance partielle tant en termes épidémiologique, que sociocomportementale mais aussi des forces et faiblesses locales, il convient de faire dans un premier temps un état des lieux permettant de dégager les axes stratégiques pour une véritable politique de prévention du VIH/SIDA/IST.

Les associations de lutte contre le sida ont depuis le début de l'épidémie une place primordiale dans la prévention du VIH/SIDA en métropole. Dans les DOM, les associations communautaires locales de prévention du VIH/SIDA peinent à émerger et à s'organiser pour être de véritables relais de prévention. La stigmatisation à l'égard des personnes exposées aux risques, la honte et le tabou existant sur le sida participent de cette faiblesse du maillage local des acteurs de prévention. Plusieurs leviers sont identifiés pour pallier ces difficultés. Certaines associations nationales têtes de réseau (Mouvement français pour le planning familial - MFPF, Chrétiens et sida, AIDES et Sidaction) ont déjà engagé un processus d'identification de porteurs de projets locaux et de formation de relais. Les COREVIH dont l'une des missions est la coordination des actions de prévention du VIH/SIDA mais aussi l'organisation de concertations entre les acteurs et l'échange de savoirs doivent jouer un rôle important dans ce domaine. Trois rencontres inter COREVIH ont eu lieu en 2004, 2006, 2008. Dans la mesure où certaines expériences méritent d'être transférées, il semble utile de développer le principe des réunions inter-COREVIH et intersociatives en vue de consolider les relations entre les DOM qui s'inscrivent dans le même cadre administratif. De plus, au cours des journées Sidaction de juin 2010, l'ensemble des associations ultramarines invitées a souhaité que ces réunions interassociations aient lieu régulièrement et elles ont sollicité le ministère chargé de la santé afin de soutenir ces rencontres.

Action 3 : Soutenir et renforcer les projets outre-mer des associations nationales, les rencontres interassociatives et inter-COREVIH dans les départements et dans les inter-régions

Mesure 5 • Mettre en place des actions de prévention combinée ciblée en direction des populations se trouvant dans des situations à risque (migrants, populations HSH et LBT, personnes qui se prostituent, usagers de drogue...)

La réorganisation du système sanitaire français, notamment la mise en place des ARS, représente une opportunité pour coordonner l'ensemble des acteurs nécessaires à la définition de stratégies de prévention adaptées aux réalités de chaque territoire.

Des actions relatives à chacune des populations précitées sont déclinées dans les programmes populationnels spécifiques.

Action 4 : Mobiliser autour des projets régionaux de santé la société civile et les acteurs des DOM sur la prévention VIH/SIDA/IST chez les populations se trouvant dans des situations à risque

Mesure 6 • Former les professionnels de santé et associatifs aux différentes approches de prévention en population générale, spécifique et celles ayant des comportements à risque (cf. plan national mesure 4)

Axe 2 → Dépistage

Contexte et objectifs

L'activité de dépistage (nombre de sérologies VIH effectuées en 2008 rapporté à la population), est plus élevée dans les DFA (163 pour 1 000 en Guyane, 155 en Guadeloupe et 146 en Martinique), qu'à la Réunion (86) et qu'en métropole (entre 51 et 82 pour 1 000).

Les données concernant le dépistage du VIH à Mayotte sont très partielles. Les lieux de dépistage dépendent de la maternité et du CDAG de l'hôpital de Mamoudzou. Deux laboratoires (un à l'hôpital et un laboratoire de ville) participent depuis 2008 au réseau LaboVIH. En 2009, 18 027 sérologies ont été effectuées, soit 97 pour mille habitants, ce qui est supérieur à la moyenne nationale (77‰).

Dans l'enquête KABP DFA²¹, la proportion de personnes indiquant avoir fait un test de dépistage du VIH dans l'année était, en 2004, chez les hommes comme chez les femmes, deux fois plus élevée dans les DFA qu'en métropole.

Le taux de sérologies positives est particulièrement élevé en Guyane (1 833 par million d'habitants) et en Guadeloupe (663 par million d'habitants). La Martinique (403 par million d'habitants) a un taux proche de celui d'Île-de-France (458 par million d'habitants), plus élevé que les autres régions (entre 33 et 153 par million d'habitants). La Réunion a un taux de sérologies positives de 87 par million d'habitants.

En 2007-2008, en Guadeloupe, une part très importante (48 %) des découvertes de séropositivité se fait en raison de l'existence de signes cliniques ou biologiques. Ce motif représente environ un tiers des découvertes en Guyane, à la Réunion et en Martinique.

La grossesse est une circonstance de diagnostic moins fréquente en Martinique (6 %) que dans les trois autres départements (environ 25 %). En 2007-2008, les découvertes de séropositivité VIH sont plus tardives, au stade sida, en Guadeloupe (25 %), en Guyane (21 %) et à la Réunion (19 %) qu'en Martinique (15 %) et en métropole (13 %). À l'inverse, les découvertes très précoces au stade de primo-infection ne représentent que 3 % des découvertes en Guyane et environ 5 % dans les trois autres départements.

Chez les femmes des trois départements français d'Amérique, comme chez celles de métropole, le recours à un test de dépistage du VIH, durant l'année précédant l'enquête (KABP Antilles-Guyane 2004), est très nettement associé aux caractéristiques de leur activité sexuelle. Dans les DFA, les proportions sont de 7 % de femmes testées dans l'année parmi les abstinences, 19 % parmi les monopartenaires et 35 % parmi les multipartenaires (en métropole, respectivement, 3 %, 10 % et 31 %).

En revanche, dans la population masculine des Antilles, et à la différence de ce qui est observé en Guyane ou en métropole, cette association entre le recours au dépistage et les caractéristiques de l'activité sexuelle n'apparaît pas. Il existe donc un déficit de recours au dépistage parmi les hommes multipartenaires des Antilles qui peut s'expliquer par le fait que, parmi les multipartenaires, ceux qui vivent dans un multipartenariat stable se font moins dépister. Les circonstances du recours au test sont également différentes.

21. Halfen S. Recours au dépistage du VIH dans la population générale adulte des Antilles et de la Guyane en 2004 et comparaison avec la population vivant en métropole. Bull Epidemiol Hebd. 2008 ; (7-8) : 55-8.

Ainsi parmi les hommes, la proportion de personnes ayant indiqué avoir effectué le dernier test dans le cadre d'un bilan sanguin est deux fois plus élevée dans les DFA qu'en métropole (21 % contre 11 %) et trois fois plus chez les femmes (13 % contre 4 %).

L'enquête KABP DFA précise que les patients dépistés tardivement représentent, aux Antilles et en Guyane, une population davantage exposée au risque que les autres (notamment, moins fréquemment engagés dans une relation stable²²) à l'inverse de ce qui est observé dans la population française métropolitaine, où le retard au dépistage est notamment associé au fait d'être en couple stable.

Il semble donc que, bien que l'activité de dépistage soit importante, elle ne bénéficie pas forcément aux publics les plus à risque. Ces constats amènent à repenser l'offre de dépistage en termes d'accessibilité (géographique, connaissance du dispositif gratuit, culturelle) mais aussi dans le cadre d'une politique plus volontariste de dépistage des publics les plus exposés au risque.

Cette stratégie de dépistage s'appuie sur les recommandations d'octobre 2009 de la Haute autorité de santé (HAS) relatives au dépistage du VIH en France.

Concernant la Guyane, la HAS insiste sur la nécessité de mettre en œuvre des stratégies de dépistage spécifiques et volontaristes reposant sur une proposition régulière du test de dépistage à l'ensemble de la population.

Les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) sont un outil précieux pour mettre en œuvre ces stratégies. Ils peuvent déjà être utilisés par des professionnels de santé dans certaines situations d'urgence²³.

Dans les autres situations, les modalités d'utilisation de ces tests et les catégories de personnes pouvant les réaliser devraient être fixées par un arrêté ainsi que le prévoit l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 portant réforme sur la biologie médicale.

L'objectif est de renforcer le dépistage du VIH par des stratégies adaptées au contexte dans les DOM.

22. Bouillon K, Lert F, Michelot 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. Bull Epidemiol Hebd. 2005 ; 46 47 : 240 2.

23. Arrêté du 28 mai 2010 fixant les conditions de réalisation du diagnostic biologique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et les conditions de réalisation du test rapide d'orientation diagnostique dans les situations d'urgence

Mesures

Mesure 7 • Mettre en œuvre un dépistage élargi à toute la population et intégré au système de soin de premier recours

Afin de pallier le retard au diagnostic, la HAS (octobre 2009) a recommandé :

- une proposition de dépistage au moins une fois au cours de la vie, à la population générale âgée de 15 à 70 ans indépendamment d'une notion d'exposition à un risque de contamination par le VIH, à l'occasion d'un recours aux soins (cf. action T17 du plan national) ;
- une proposition d'un dépistage ciblé et annuel pour certaines populations, notamment les personnes multipartenaires originaires des régions à forte prévalence (Afrique et Caraïbes) ;
- et, en raison des caractéristiques de l'épidémie en Guyane, une stratégie volontariste de dépistage sur ce territoire impliquant la proposition de dépistage régulier (chaque année) du VIH à l'ensemble de la population sexuellement active et un recours possible également au dépistage rapide. Cet objectif est en cohérence avec les recommandations de l'OMS qui préconise une proposition systématique de dépistage à toutes les personnes fréquentant un établissement de santé dans les régions en situation d'épidémie généralisée.

Action 5 : Mettre en place dans les DFA des actions favorisant un dépistage du VIH des personnes multipartenaires, répété tous les ans

Action 6 : En Guyane, déployer une stratégie de dépistage volontariste reposant sur une proposition régulière à l'ensemble de la population sexuellement active, répétée tous les ans

Mesure 8 • Réorganiser le dispositif actuel des CDAG/CIDDIST et expérimenter des centres de santé sexuelle

Bien que le recours au dépistage soit élevé dans les DOM, le pourcentage de diagnostic tardif y est plus élevé qu'en métropole. Le problème de l'accessibilité aux lieux de dépistage peut en être une des causes. Il se pose en particulier en Guyane, où une partie de la population est éloignée des structures médicales de dépistage et de prise charge.

Les données épidémiologiques révèlent un dépistage plus fréquent dans les DFA qu'en métropole. Toutefois, la crainte d'être rejeté en cas de séropositivité, la discrimination et l'exclusion représentent toujours en 2005 un frein majeur au dépistage précoce et à l'accès aux soins.

Pour les personnes diagnostiquées, l'accès aux soins est aussi rendu difficile en raison d'une grande précarité, des difficultés de régularisation des situations administratives et des obstacles culturels et linguistiques.

L'accès à la contraception est également problématique puisque le taux d'IVG pour 1 000 femmes est de 27,8 dans les DOM versus 11,5 en métropole (rapport IGAS 2010).

Action 7 : Articuler les actions des consultations de dépistage des centres de planification ou d'éducation familiale et des services de prise en charge et expérimenter des centres de santé sexuelle ayant compétence pour réaliser des activités autour de la sexualité, de la contraception, du dépistage et du soin

Mesure 9 • Mettre en œuvre un dépistage en milieu communautaire

La complexité guyanaise de la prise en charge (80 % de migrants parmi les patients, infections opportunistes différentes des autres départements, géographie difficile, faible démographie médicale...) incite à adopter des stratégies adaptées en matière de santé publique et d'offre de dépistage. Ainsi que le recommande le CNS, une offre hors les murs semble nécessaire tant pour atteindre les groupes les plus exposés que pour répondre de manière équitable aux besoins de l'ensemble de la population, les villes ne devant pas être les seuls lieux de dépistage et le rendu des résultats devant être rapide pour éviter les perdus de vue.

Action 8 : Adapter les différentes offres de dépistages et de soins aux personnes en grande précarité, aux migrants et assurer leur suivi

Mesure 10 • Former les professionnels aux différentes approches transculturelles et au counseling (cf. plan national)

Mesure 11 • Améliorer le lien entre dépistage et prise en charge : dispositif d'accueil rapide et coordonné dans les services dans un contexte de "post-annonce" afin de rapprocher dépistage et soins (cf. plan national, action T33)



Axe 3 → Prise en charge médicale (cf. Plan national)

Contexte et objectifs

Au 1^{er} janvier 2009, le tableau de l'Ordre recense 6 448 médecins inscrits en outremer. En Guadeloupe et en Martinique, la démographie médicale est dans la moyenne de l'hexagone. La Guyane avec 115,6 médecins pour 100 000 habitants et encore plus Mayotte avec 45,6 médecins pour 100 000 habitants, sont sous-dotés en professionnels de santé. Les actions recommandées dans le plan national doivent donc être mises en œuvre et adaptées à la situation de la démographie médicale rencontrée plus particulièrement à Mayotte et en Guyane.

Au-delà du nombre de professionnels de santé, il semble important d'adapter leur formation aux spécificités du territoire, à la fois dans la formation initiale, mais aussi par des cycles de formation continue. Il s'agit notamment de favoriser, dès leur formation, la polyvalence des personnels plus que leur spécialisation.

Outre l'éloignement de la métropole, les patients sont souvent à distance des lieux principaux d'exercice des spécialistes et des lieux d'implantation des hôpitaux. Les difficultés de transport peuvent aussi impacter la continuité des soins. Les mesures et actions du plan national doivent tenir compte de cette spécificité.

Les objectifs sont d'améliorer la qualité et la globalité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH dans un but d'amélioration de la santé individuelle et collective (traitement comme outil de prévention).

Mesures

Mesure 12 • Étudier la possibilité et l'encadrement nécessaire à la proposition d'un traitement précoce

Mesure 13 • Maintenir et développer les structures de coordination et de prise en charge sur les territoires, en ville et à l'hôpital

Mesure 14 • Améliorer la qualité des soins en renforçant les approches pluridisciplinaires et les programmes d'éducation thérapeutique (avec une spécificité pour les Migrants : la médiation et l'interprétariat, cf. actions M2 et M10 du programme migrants du plan national)



Axe 4 → Prise en charge sociale et lutte contre les discriminations (cf. Plan national)

Contexte et objectifs

Les DOM, notamment la Guadeloupe et la Guyane, se caractérisent par un niveau important d'immigration, expliquant qu'une partie de la population est - ou se retrouve - sans titre de séjour.

Pour les PVVIH, la discrimination a de nombreuses facettes. Elle est principalement due à la séropositivité mais elle peut provenir aussi des caractéristiques socio-économiques de la personne et du fait qu'elle bénéficie d'un dispositif CMU ou AME, de son orientation sexuelle, du fait d'être toxicomane... Il existe également un problème d'accès aux droits dû à un manque d'information sur les dispositifs existants.

Les objectifs sont de favoriser l'accès aux soins, aux droits et une meilleure intégration dans la société.

Mesures

Mesure 15 • Favoriser une prise en charge précoce et continue en améliorant les conditions d'hébergement et de logement

Mesure 16 • Faciliter l'accès, le maintien dans l'emploi et l'insertion professionnelle des personnes vivant avec le VIH

Mesure 17 • Améliorer les réponses aux possibles situations de handicap ou de perte d'autonomie liées au VIH/SIDA

Mesure 18 • Réduire les inégalités d'accès aux soins et assurer à tous la qualité de la prise en charge globale permettant une inscription continue dans le soin

Mesure 19 • Permettre une prise en charge administrative de qualité pour les étrangers concernés par le VIH/SIDA/IST

Mesure 20 • Éviter les ruptures dans les moments de vulnérabilité du parcours de vie



Axe 5 → Recherche et observation

Contexte et objectifs

Cet axe vise, d'une part, à améliorer la surveillance épidémiologique du VIH/SIDA par une meilleure exhaustivité, aussi bien en termes de signalement que de contenu des déclarations obligatoires et, d'autre part, à mieux utiliser les sources d'information pour les IST. Les données pour lesquelles des efforts sont nécessaires pour le VIH/SIDA concernent surtout les modes de contaminations.

Une attention particulière sera portée à Mayotte en raison d'une surveillance des IST peu développée et du système de déclarations du VIH encore débutant.

Il convient également de développer les recherches en sciences humaines pour mieux comprendre les connaissances, croyances et représentations au regard de ces infections mais aussi les comportements sexuels afin de mieux adapter les stratégies d'intervention tant en termes de prévention que de dépistage.

Il s'agit de mieux connaître les attitudes socio-comportementales et la situation épidémiologique des IST/VIH dans les DOM pour mieux adapter les stratégies d'intervention.

Mesures

Mesure 21 • Renforcer les connaissances sur l'évolution des comportements sexuels

Le caractère majoritaire de la transmission par voie hétérosexuelle constitue une des particularités de l'épidémie de VIH/SIDA dans les DFA, et a justifié la réalisation en 2004 d'une enquête portant sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/SIDA aux Antilles et en Guyane. Les premiers résultats ont été présentés aux acteurs locaux en 2006²⁴. Ils ont contribué à l'ajustement des politiques publiques et des actions associatives.

On observe un manque de données pour certains types de populations résidant dans ces régions : migrants, haïtiens, personnes se prostituant, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH)...

Plus particulièrement en Guyane, il convient de mieux comprendre les attitudes comportementales des HSH mais aussi les échanges économico-sexuels (voir le programme en direction des personnes qui se prostituent) pour mieux appréhender la dynamique de l'épidémie. Enfin, les événements survenus en Haïti (zone d'immigration historique) en janvier 2010 conduisent à porter une attention particulière aux populations originaires de ce pays.

Une attention particulière sera portée également aux liens entre VIH/SIDA, prostitution et échanges économico-sexuels à la Réunion et à Mayotte en complément du travail déjà réalisé dans les DFA (cf. programme en direction des personnes qui se prostituent : action VC8).

Une enquête spécifique DFA a été réalisée entre septembre et décembre 2004 auprès de 3 014 personnes âgées de 18 à 69 ans, parlant français ou créole et ayant leur résidence principale dans l'ensemble de l'archipel de la Guadeloupe, en Martinique et dans les communes du littoral guyanais, selon les mêmes méthodes qu'en France métropolitaine (KABP).

Devant l'évolution de l'épidémie, il apparaît nécessaire de mesurer les changements survenus depuis 2004 dans ces régions, en termes de représentations sociales du VIH/SIDA, des connaissances des modes de transmission, de la perception du risque de contamination par le VIH, des comportements préventifs face à ce risque et des attitudes à l'égard des personnes atteintes. La réalisation d'une nouvelle enquête permettra ainsi de poursuivre l'adaptation des politiques de prévention dans ces départements, tant sur les aspects portant sur le contenu des messages que sur la définition des populations prioritaires. De plus, compte tenu des analyses déjà produites à partir de l'enquête de 2004, de la revue de la littérature existante dans les DFA mais également de l'évolution des stratégies de lutte contre le VIH/SIDA dans ces trois départements, le renouvellement de l'enquête KABP intégrera la question du VIH/SIDA dans une approche plus globale des comportements sexuels.

La première enquête VESPA réalisée en 2003 a permis de faire des constats qui ont orienté les stratégies de ces dernières années dans les trois DFA. Les principaux constats ont été les suivants :

- difficultés d'appréhender les questions de prévention chez les hommes d'âge mûr ;
- diagnostic plus tardif qu'en métropole ;
- difficultés dans le suivi des traitements associés à un contexte de difficultés sociales ;

24. Halfen S., Féniès 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, 290 p.

- part non négligeable d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes 14 % ;
- poids du secret et de l'isolement des PVVIH.

À Mayotte, très peu d'enquêtes ont été menées sur les comportements sexuels et les connaissances et croyances de la population face à ces pathologies. Ce type d'étude est rendu complexe de par les caractéristiques socioculturelles et environnementales mais aussi de par le manque d'opérateurs. La situation impose donc de procéder dans un premier temps à une enquête de faisabilité. L'absence de données disponibles sur les connaissances, représentations et comportements sexuels à la Réunion et à Mayotte ne permet pas aujourd'hui la définition précise de stratégies d'actions qu'il conviendrait de développer.

Action 9 : Actualiser les données portant sur les connaissances, les croyances et les comportements sexuels pour les DFA et disposer de ces données pour la Réunion et Mayotte

Action 10 : Actualiser les données sur les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH dans les DFA. et mieux les connaître pour la Réunion et Mayotte

Action 11 : Réaliser des enquêtes quantitatives et qualitatives sur les personnes qui se prostituent et les personnes qui pratiquent des échanges économique-sexuels en Martinique, à la Réunion et à Mayotte (cf. programme en direction des personnes qui se prostituent)

Mesure 22 • Avoir une meilleure visibilité de la situation épidémiologique des IST-VIH

La DO (déclaration obligatoire) de l'infection par le VIH et du sida est l'outil de référence pour le suivi épidémiologique. L'efficacité de cet outil repose sur l'exhaustivité et la qualité du remplissage des déclarations. Les données actuellement recueillies ne permettent pas d'analyser finement les contextes et modes de contamination, car les DO sont incomplètes notamment pour ces items. Les données relatives au mode de contamination sont inconnues pour 37 % des DO des DOM (niveau national de 31 %). Cette proportion est encore plus importante pour la Guyane où dans 50 % des cas, cette donnée n'est pas renseignée.

Mayotte n'a commencé à transmettre à l'INVS des DO d'infection par le VIH qu'en juin 2010, alors que les premiers cas de séropositivité y ont été découverts en 1989. Le suivi des femmes enceintes qui est effectif sur tous les territoires peut être aussi une source d'informations primordiales ainsi que les registres des naissances (comme celui existant en Guyane en cours d'exploitation).

En ce qui concerne les IST, des données issues de l'activité des CDAG/CIDDIST existent, mais non exploitées. Les réseaux de surveillance de la syphilis et des gonocoques (Renago) doivent être rendus plus fiables et plus stables. D'autres sources d'information déjà existantes, telles que les données de ventes d'Extencilline ou autres traitements spécifiques des IST pourraient également être utilisées afin d'améliorer la veille sur l'évolution épidémiologique des IST.

Par ailleurs, les épidémies de syphilis en Martinique et à La Réunion ont été déclarées aux directions de la santé et du développement social (DSDS) directement par les centres hospitaliers, le réseau de surveillance des IST étant actuellement insuffisant dans les DOM.

Action 12 : Améliorer le recueil des données épidémiologiques (en termes d'exhaustivité, de qualité et de délai de déclaration)

Axe 6 → Coopération

Contexte et objectifs

Cet axe vise au développement de la coopération régionale avec les autres pays de la zone Caraïbes ou de l'Océan indien. Cette coopération doit concerner les différents champs du programme de lutte contre les IST/VIH, de la réalisation d'enquêtes épidémiologiques, à l'identification des circuits de soins, au projet opérationnel (PO) "Caraïbes", "Amazonie" / PANCAP (Partenariat Pan-Caribéen contre le VIH/SIDA, réseau régional caribéen) et à la mutualisation des moyens, des associations et des échanges d'expériences.

Cette coopération autour des DOM et de Mayotte (PO "Océan Indien"), se justifie au regard :

- de l'existence de liens importants avec les pays voisins ;
- de l'importance du nombre d'étrangers (plus de 40 %) parmi les personnes atteintes ;
- de l'existence d'une culture commune entre les différents pays ;
- de l'existence d'acteurs de proximité communs ;
- des organismes financeurs communs : l'agence française de développement (AFD), la banque française de développement (BFD), la banque africaine de développement (BAD) les fonds de coopération régionale (FCR), l'Union Européenne (UE), l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS), ONUSIDA.

Cette coopération devra s'appuyer sur :

- la mobilisation des différents ministères chargés de la santé, de l'outre-mer qui ont pour mission la coordination de l'action de l'État dans ces territoires, des affaires étrangères et européennes et de ses ambassadeurs (de zone et du VIH et maladies infectieuses) ;
- les actions des COREVIH et des associations dans le cadre offert par le PO "Caraïbes" et PO "Amazonie" du programme INTERREG IV Caraïbes dans son volet lutte contre le VIH "mise en place d'un programme intercaribéen du VIH" (plate forme d'information, d'appui, et d'action, de lutte contre le VIH dans la Caraïbe). Le programme de lutte contre le VIH au niveau de la Caraïbe doit améliorer l'efficacité à lutter contre cette infection en améliorant l'expertise dans le domaine du soin et de la surveillance thérapeutique pour le bénéfice du territoire et celui des pays alentours, structurer et organiser de façon cohérente, concertée et efficiente la prévention, en liaison avec des associations communautaires expérimentées dans la Caraïbe, et à destination de groupes vulnérables identifiés, faciliter les échanges entre les acteurs du soin ou associatifs pour une diffusion des bonnes pratiques à l'efficacité éprouvée.

La France entend donc, au travers de sa coopération dans le domaine de la santé, participer aux objectifs de la communauté internationale de lutte contre la pauvreté et les inégalités. Elle entend aussi promouvoir des valeurs fondamentales et des principes de base de notre système de protection sociale : le droit à l'accès aux soins de santé de qualité, le respect des patients, la couverture des principaux risques fondée sur le principe de la solidarité.

Il s'agit de mobiliser les institutions nationales et territoriales, les acteurs de santé des DOM pour mettre en place la prévention combinée au niveau de la zone Caraïbe et océan Indien.

Mesures

Mesure 23 • Mutualiser les connaissances au niveau des régions Caraïbes, Océan Indien

La coopération au développement, notamment dans le domaine de la santé, est un engagement de longue date de la France. La couverture des besoins essentiels des populations et l'accès du plus grand nombre aux services de santé et d'éducation sont considérés à la fois comme moteurs du développement et sa finalité. L'accès de tous à l'éducation et à la santé est un objectif prioritaire pour lutter efficacement contre la pauvreté et les inégalités et pour permettre aux pays en voie de développement de s'engager dans un projet de croissance durable.

Les programmes soutenus par la France prennent en compte la complexité des implications sociales, culturelles, économiques et juridiques liées à l'infection. Le respect des droits des personnes atteintes et des personnes affectées doit être affirmé et défendu tant en ce qui concerne l'accès aux soins que pour ce qui est du droit au travail, de la famille et du devoir de solidarité à l'égard des personnes atteintes. Une attention particulière doit être portée aux personnes vulnérables ou victimes de discrimination, notamment aux femmes et aux minorités sexuelles.

Les programmes soutenus par la France sont ainsi issus d'une collaboration étroite entre différents intervenants : gouvernements, leaders communautaires, associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA, acteurs socio-sanitaires... Une telle collaboration permet d'appréhender le problème dans sa globalité et de lutter ainsi contre la maladie de manière plus efficace.

La lutte contre le VIH/SIDA est une des premières priorités de la coopération de la France avec les pays en développement.

Action 13 : Soutenir, conseiller et orienter les porteurs de projets associatifs en lien avec le ministère des Affaires étrangères et européennes pour les programmes de coopération (PO "Caraïbes", "Amazonie", "Océan Indien")

Action 14 : Favoriser une mutualisation des connaissances épidémiologiques, des stratégies d'action, des opérateurs entre les DOM et les pays voisins : rencontres de coopération et d'échange entre les pays des zones Océan Indien, Caraïbes, Amérique du Sud, et, mise en place d'une plate-forme d'information, d'actions d'appui et de lutte contre le VIH dans la Caraïbe

Mesure 24 • Contractualiser des réseaux de soins au niveau des régions Caraïbes, Océan indien

L'avis du CNS de juin 2008 demandait le renforcement des échanges au niveau régional Antilles - Guyane et notait l'intérêt des projets de type PANCAP (Partenariat Pan-Caraïbe contre le VIH/SIDA) renommé projet INTERREG "mise en place d'un observatoire intercaribéen du VIH" financé par l'UE ou du développement des réunions inter COREVIH.

La réduction de la stigmatisation et l'amélioration du contexte de la lutte contre le VIH impliquent la mise en place d'un accompagnement des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Cela nécessite de travailler sur les représentations de l'ensemble des acteurs du secteur sanitaire et social aussi bien que celles de la population générale à l'égard des groupes les plus exposés.

Il convient également de faire l'étude des besoins de ces groupes plus vulnérables pour mettre en place des projets répondant à ces besoins et d'identifier des indicateurs de suivi de ces projets. Les indicateurs UNGASS sont bien connus des partenaires de la Caraïbe et sont intégrés dans le programme stratégique du PANCAP 2008-2012.

Élabore à partir de 2007, le projet "mise en place d'un observatoire intercaribéen du VIH" est porté par le CHU de Pointe à Pitre, et implique les COREVIH, les associations et les responsables des hôpitaux des 3 DFA et de Saint-Martin, la préfecture de Guadeloupe et le ministère de la Santé.

La structuration de groupes à vocation communautaire, les résultats de la prise en charge globale à Saint-Martin ou les relations étroites entre acteurs de la santé au sein du réseau sexualité en Martinique démontrent également, parmi d'autres initiatives, une réelle volonté d'action contre l'épidémie qui doit bénéficier d'un soutien sans faille. La concertation entre les acteurs et l'échange de savoirs relèvent des COREVIH.

Actuellement à Mayotte, les actions de coopération régionales avec l'union des Comores n'incluent pas encore le VIH et se réalisent autour de la formation des personnels hospitaliers, des transferts sanitaires, de la prise en charge des brûlés et des produits pharmaceutiques.

L'amélioration de **l'accès aux soins pour les patients**, à la fois pour les habitants des DOM et pour les habitants de ces territoires, est une priorité comme le **développement de programmes de recherche sur des pathologies communes**. Il est donc nécessaire de négocier et de mettre en œuvre :

- des conventions de prise en charge des patients par la mobilité entre établissements hospitaliers, dans des conditions de financement satisfaisantes pour l'ensemble des parties ;
- des études pour souligner l'importance de l'accès aux droits pour améliorer l'accès aux soins
- des conventions de recherche et de collaboration, par exemple au niveau des laboratoires hospitaliers.

Action 15 : Mettre en place des missions d'expertise sur les réseaux de soins et contractualiser les projets de soins et dépistages entre les pays limitrophes ou voisins comme cela est prévu dans le projet INTERREG d'observatoire intercaribéen du VIH



Annexe 1

Fiche Actions

Action gouvernance

Faire des COREVIH les interlocuteurs privilégiés des ARS dans la déclinaison et la coordination régionale de la mise en œuvre et du suivi des mesures du plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST relatives à la prise en charge des patients

Objectif

- Confirmer le rôle de coordination régionale des COREVIH par leur participation aux instances de définition des politiques de prévention et de prise en charge des patients dans les ARS.

Détail de l'action

Cette action vise à :

- positionner les missions des COREVIH dans la gouvernance régionale et préciser leur rôle vis-à-vis de leurs nouveaux interlocuteurs, les ARS et les CRSA ;
- préciser les missions des COREVIH dans la mise en œuvre et le suivi au niveau régional des mesures du plan qui concernent la prise en charge des patients et/ou les acteurs du territoire.

Cette définition comporte une dimension transversale (partagée entre les mesures du plan), qui sera ensuite déclinée et adaptée à chacune des mesures spécifiques du plan. Les mesures du plan peuvent concerner de façon variable chacun des COREVIH selon l'implantation géographique de celui-ci et les populations représentées au niveau régional.

Dimension transversale

Les COREVIH participeront sur leur territoire au développement et à la mise en œuvre d'outils destinés à :

- la coordination des acteurs pour l'implémentation locale des mesures du plan ;
- la participation au suivi régional de la mise en œuvre des mesures préconisées par le plan notamment en direction des populations particulièrement représentées sur leur territoire ;
- la contribution, à l'échelon régional, à l'évaluation des prises en charges impactées par le plan.

Le plan national s'appuiera sur la première mission originelle des COREVIH, qui consiste à coordonner tous les acteurs de la prise en charge. Les COREVIH pourront à ce titre contribuer à la mise en place, par ces acteurs, des mesures spécifiques du plan destinées à certains groupes de population particulièrement représentées sur leur territoire.

Le plan national s'appuiera sur la seconde mission des COREVIH, d'amélioration de la qualité des prises en charge et d'évaluation des pratiques, pour s'assurer de la bonne mise en place régionale des mesures du plan. Les COREVIH pourront le cas échéant créer des groupes de travail spécifiques puis participer à la remontée d'informations collectées au niveau régional, vers le niveau national.

À l'échelon national, le comité national de suivi piloté par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) pourra constituer un des lieux de partage et de mise en commun des outils ou groupes de travail mis en place par chacun des COREVIH. En parallèle le comité national de pilotage resserré du plan pourra s'appuyer sur les COREVIH pour la collecte et la transmission des informations régionales.

Dans chaque région, un certain nombre de mesures du plan pourront mobiliser les COREVIH.

ACTEURS

Pilote : DGOS

Copilote : DGS

Partenaires : Secrétariat général des ministères des Affaires sociales, ARS, COREVIH, Comité national de suivi des COREVIH

CALENDRIER

2010 : définition des relations COREVIH-ARS.

Les mesures du plan sont déclinées régionalement pas les ARS.

2011-2014 : participation des COREVIH au suivi régional de la mobilisation des acteurs et de la mise en place des mesures, harmonisée par le comité national de suivi des COREVIH et en relation avec le Comité national de pilotage et de suivi du plan.

2014 et clôture du plan : les actions de coordination et de suivi assuré par les COREVIH dans le cadre du plan seront évaluées et mises en perspective avec le bilan national du plan lui-même

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs de suivi

Des indicateurs spécifiques seront proposés pour chacune des mesures du plan par le comité national de pilotage et de suivi du plan. Certains de ces indicateurs nationaux pourraient être utilisés localement par les COREVIH.

Les indicateurs d'activité des COREVIH, utilisés pour leur rapport d'activité annuel, sont destinés à être complétés par des indicateurs de qualité des prises en charges, notamment à l'occasion des travaux du groupe d'experts. Ils pourront comprendre des indicateurs spécifiquement liés au plan et à son exécution ou son suivi régional.

Indicateurs de résultats

Parmi les mesures du plan soutenues par les COREVIH :

- nombre de programmes structurés d'accompagnement et d'éducation thérapeutique créés sur le territoire du COREVIH ;
- nombre de programmes de prises en charge en ville ;
- adaptation des programmes capacitaires SSR aux besoins régionaux : enquêtes sur les séjours de durée extrême ou inadéquat dans les services MCO en amont des SSR ;
- nombre de formations des professionnels réalisées et nombre de professionnels formés dans les champs prioritaires du plan

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

- Plan hépatites 2009-2012.
- Plan "améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques" 2007-2011.
- Plan d'actions stratégiques prise en charge sanitaire des personnes détenues (à venir) 2010-2014.

Action DOM 1

Maintenir un dispositif de communication adapté et intégrant les facteurs de vulnérabilité en direction des populations des DFA et soutenir la communication à Mayotte et La Réunion

Objectif

- Assurer une communication générale régulière sur le VIH/SIDA/IST et sur les dispositifs de prévention, de dépistage et de soins ainsi que lutter contre les discriminations à l'encontre des personnes séropositives.

Détail de l'action

- Maintenir une campagne annuelle dans les DFA.
- Élaborer avec le soutien de l'INPES dans les DFA, à Mayotte et à la Réunion, des actions médias et des outils de proximité adaptés aux différents publics cibles dans le but de faire :
 - d'une part, connaître la réalité de ces maladies et les dispositifs existants,
 - d'autre part, évoluer les rapports de genre et susciter une tolérance à l'égard des minorités sexuelles et des personnes atteintes.
- Viser dans les actions de communication et la création d'outils spécifiques mis en place par l'INPES les axes suivants :
 - les populations prioritaires : jeunes, migrants, populations spécifiques (des fleuves en Guyane, HSH, femmes à Mayotte),
 - le respect des identités de genre et des orientations sexuelles,
 - la capacité à parler et à révéler son statut sérologique.
- Étendre l'appel d'offres des projets INPES à Mayotte et à La Réunion.
- Développer des supports diversifiés et adaptés aux différentes populations et communautés (langage, culture, ethnies...).

ACTEURS

Pilote : INPES

Copilotes : COREVIH, comités d'éducation à la santé, ARS

Partenaires : DGS, ministère chargé de l'outre-mer, ministère chargé de l'éducation nationale, ministère chargé de l'agriculture, ministère chargé de la justice (Protection judiciaire de la jeunesse), Sidaction.

CALENDRIER

2010-2014 : appels à projets

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs de résultats

- Nombre de campagnes ciblées sur les territoires des DOM.
- Nombre de documents réalisés par l'INPES pour les DFA, la Réunion et Mayotte.
- Nombre de projets déposés à l'appel d'offres, nombre de projets financés, répartition des projets en fonction de l'origine géographique des propositions d'actions.

SOURCES DES INDICATEURS

Rapport annuel de l'INPES, ministère chargé de l'outre-mer.

Action DOM 2

Développer la prévention du VIH et des IST pour les jeunes dans une approche globale d'éducation à la sexualité

Objectifs

- Poursuivre l'intégration de la prévention du VIH/IST dans une approche globale de la santé (IST, IVG, violence sexuelle), en intégrant les rapports de genre.
- permettre ainsi aux jeunes de faire des choix éclairés et responsables et leur donner les moyens de prendre soin de leur propre santé et d'améliorer les connaissances, les attitudes et les comportements vis-à-vis des déterminants de la santé et des situations à risques.

Détail de l'action

- Promotion d'actions sur l'éducation à la sexualité en s'appuyant sur des outils élaborés par l'INPES auprès des jeunes hors du milieu scolaire.
- Évaluation des actions actuelles de la politique éducative de santé en milieu scolaire, dans le cadre des indicateurs retenus dans le Plan santé des élèves 2010-2013 du ministre de l'Éducation nationale.
- Expérimentation dans chaque territoire des DOM, dès l'école élémentaire, la mise en place d'une stratégie d'éducation à la santé intégrant la prévention du VIH/SIDA et des IST aux priorités de santé dans les projets d'établissement des collèges et des lycées.
- Organisation au plan régional et sur le mode interinstitutionnel, une formation de formateurs d'intervenants auprès des jeunes.
- Renforcement de l'installation des distributeurs de préservatifs dans les établissements scolaires.
- Poursuite et adaptation des actions éducatives intégrant la prévention et le dépistage du VIH/SIDA et IST dans le cursus universitaire, accompagnées d'indicateurs spécifiques.

ACTEURS

Pilotes : INPES, ministère de l'Éducation nationale et de l'Enseignement supérieur
Partenaires : ARS, Sidaction, ministère de la Santé, ministère chargé de l'outre-mer, ministère chargé de l'éducation nationale, ministère chargé de l'enseignement supérieur, ministère chargé de la justice, ministère chargé de l'agriculture

CALENDRIER

2010 : mission d'évaluation DGS / ministère de l'Éducation nationale

2011-14 : choix des sites expérimentaux d'éducation à la santé intégrant les déterminants de vulnérabilité et mise en œuvre

2014 : mission d'évaluation

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateur de résultats

Nombre de sites expérimentaux des établissements scolaires (primaire et secondaire).

Sources des indicateurs

Rapport annuel INPES, rapport Éducation nationale.

LIEN AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

Plan santé des jeunes 16-25 ans.

Action DOM 3

Soutenir et renforcer les projets outre-mer des associations nationales, les rencontres inter-associatives et inter-COREVIH dans les départements et dans les interrégions

Objectifs

- Renforcer les savoirs et les savoir-faire par les échanges entre les associations nationales et les acteurs de santé locaux.
- faire émerger et conforter des relais de prévention de proximité pour que les actions de prévention soient accessibles auprès des publics cibles et plus particulièrement auprès des jeunes ;
- favoriser l'identification d'une plateforme associative répondant à une charte de qualité et d'éthique.
- favoriser la mutualisation des pratiques.
- mobiliser les professionnels sur les stratégies de prévention, notamment auprès des personnes séropositives.

Détail de l'action

- Mission conjointe DGS/ministère chargé de l'outre-mer pour mobiliser les professionnels de santé à la Réunion et à Mayotte ([Action DOM1](#)).
- Soutien aux associations nationales pour favoriser l'émergence d'un réseau associatif local fédérateur par les échanges de savoirs et savoir-faire.
- Élaboration d'une charte qualité pour les interventions associatives.
- Soutien aux associations locales satisfaisant aux critères de la charte qualité.
- Soutien à l'organisation de réunions inter-COREVIH.
- Création d'un COREVIH à Mayotte.
- Incitation des COREVIH à s'assurer de l'existence des consultations de prévention positive pour les PVVIH ([Action gouvernance et action T36 du programme national](#)) et à coordonner des enseignements sur l'éducation à la sexualité dans les territoires actuellement dépourvus de ce type d'enseignement.

ACTEURS

Pilotes : DGS, ARS, ministère chargé de l'outre-mer
Partenaires : INPES, DGOS, ministère des Affaires étrangères et européennes, Sidaction, COREVIH

CALENDRIER

Mission DGS/ministère de l'Outre-mer en 2010-2011 (Caraïbes, Océan Indien)

Réunions inter-COREVIH 2012, 2013 et 2014

Réunions interassociations : Océan Indien 2011, DFA 2012

Mission d'évaluation en 2014

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs de résultats

Nombre d'inter-COREVIH et de rencontres interassociatives réalisés.

Sources des indicateurs

Rapports des COREVIH et des ARS.

Action DOM 4

Mobiliser autour des projets régionaux de santé la société civile et les acteurs des DOM sur la prévention VIH/SIDA/IST chez les populations se trouvant dans des situations à risque

Objectifs

- Sensibiliser les ARS des DOM aux fortes prévalences de l'infection par le VIH et des IST pour que la prévention de ces risques infectieux soit inscrite en tant que priorité des projets régionaux de santé.
- Mobiliser la société civile et les acteurs locaux sur l'enjeu de santé publique que représente la lutte contre le VIH/SIDA et contre les tabous liés à la sexualité et la maladie.

Détail de l'action

- Organisation d'une rencontre au niveau national avec les représentants des ARS en amont de l'élaboration des PRS (action déjà réalisée en juin 2010).
- Soutien à des assises régionales ouvertes au public afin de faire un état des lieux des forces et faiblesses pour la définition d'un programme de prévention du VIH et des IST.
- Mise en œuvre d'une conférence nationale sur le VIH/SIDA destinée aux populations ultramarines sous l'égide des ministères chargés de la santé et de l'outre-mer.

ACTEURS

Pilotes : DGS, ministère chargé de l'outre-mer
Partenaires : ARS, ministères chargés de l'enseignement, de la justice, de l'agriculture, du travail, collectivités territoriales, associations, CIDDIST, CDAG, INPES, INVS

CALENDRIER

2010 : juin, rencontre avec les ARS DOM dans le cadre d'une conférence nationale
2011-2014 : assises régionales, inscription et suivi dans chaque PRS d'une priorité relative aux VIH/IST
2012 : conférence nationale sur le VIH/SIDA pour les populations ultramarines

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateur de résultat

Existence au minimum d'un volet spécifique VIH/IST dans les PRS.

Source des indicateurs

ARS.

LIEN AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

PRS des DOM.

Action DOM 5

Mettre en place dans les DFA, des actions favorisant un dépistage du VIH des personnes multipartenaires, répété tous les ans

Objectif

- Diminuer les retards au dépistage chez les multipartenaires originaires des DFA par l'incitation à un recours annuel au dépistage comme recommandé par la HAS.

Détail de l'action

- Actualiser les différents supports de communication destinés aux professionnels de santé ("Repères pour votre pratique", sites Internet des sociétés savantes) ainsi que ceux pour les publics concernés.
- Mobiliser le public par des campagnes de communication, en partenariat avec l'assurance maladie.
- S'appuyer sur le réseau associatif pour relayer cette stratégie et sur le réseau de dépistage (CDAG/CIDDIST, CAARUD, CSAPA, CPEF) pour la mettre en place.

ACTEURS

Pilotes : INPES (communication), ARS
 Copilotes : DGS, DSS, Assurance maladie
 Partenaires : CDAG/CIDDIST, Associations, INVS

CALENDRIER

2010 : mobilisation des professionnels et des réseaux de dépistage
 2011-2014 : dépistage VIH des personnes multipartenaires proposé tous les ans

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs de suivi

Enquête KABP, bilans CDAG analysés par l'INVS, activités de laboratoires d'analyses biomédicales (INVS).

Indicateurs de résultats

Nombre de personnes dépistées (au stade sida, ou avec un nombre de CD4 de moins de 350/mm³).

Action DOM 6

En Guyane, déployer une stratégie de dépistage volontariste reposant sur une proposition régulière à l'ensemble de la population sexuellement active, répétée tous les ans

Objectif

- Diminuer de 50 % le nombre de diagnostics au stade sida en Guyane.

Détail de l'action

- Il s'agit de mettre en place un dispositif **volontariste** de proposition de dépistage **dans ce département**.

La stratégie reposera notamment sur :

- un accès plus large et systématisé au dépistage du VIH en cas de recours aux soins primaires (urgences, médecins généralistes...),
- l'adaptation et l'innovation de l'offre de dépistage aux besoins de la population sexuellement active (horaires d'ouverture des CDAG, utilisation de moyens mobiles, etc.) en particulier dans les territoires isolés,
- le recours aux tests rapides de dépistage. Ceux-ci peuvent déjà être utilisés dans certaines situations d'urgence (cf. plus haut). Il s'agit de faire évoluer la réglementation relative aux tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pour les utiliser en dehors des contextes d'urgence ; ceux-ci permettront de dépister des populations mobiles, en situation de précarité, dans des territoires isolés. La crainte de discrimination constitue en Guyane un obstacle au recours aux dispositifs spécialisés de dépistage. Grâce aux TROD, le dépistage devrait pouvoir être proposé à l'occasion d'un recours aux soins quel qu'il soit,
- l'implication de tous les professionnels et des structures de santé / ou associatives en capacité de réaliser le dépistage en les mobilisant par une communication adaptée de proposition systématique de dépistage,
- une communication auprès de la population guyanaise et des différents publics les plus concernés pour appeler à une prise de conscience de l'intérêt et du bénéfice tant individuel que collectif de se faire dépister régulièrement.

Cette action sera menée dans le cadre d'un plan régional de prévention et de prise en charge de l'infection à VIH en Guyane, en collaboration avec le COREVIH.

Pour l'évaluation, les indicateurs proposés pour la population générale peuvent être adaptés pour la Guyane (KABP Guyane, VESPA, enquêtes spécifiques, post-tests...).

ACTEURS

Pilotes : ARS, DGS
Copilotes : INPES, INVS, DSS,
Partenaires : CNOM, associations

CALENDRIER

2010-2011 : publication de l'arrêté relatif aux tests rapides, communication et sensibilisation des professionnels
2012-2014 : suivi et réorientation des stratégies de dépistage

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs de suivi
KABP Guyane, VESPA, enquêtes spécifiques, post-tests.

Action DOM 7

Articuler les actions des consultations de dépistage, des centres de planification ou d'éducation familiale et des services de prise en charge et expérimenter des centres de santé sexuelle ayant compétence pour réaliser des activités autour de la sexualité, de la contraception, du dépistage et du soin

Objectif

- Favoriser l'accès aux dépistages des IST/VIH en proposant aux personnes une prise en charge globale pour le dépistage du VIH, des IST et l'accès à la contraception.
- permettre une approche globale des problématiques liées à la sexualité.

Détail de l'action

- Améliorer la filière dépistage-soins (CIDDIST, CDAG, CPEF) en :
 - identifiant les différents acteurs de santé,
 - coordonnant les compétences relevant du VIH avec celles relevant des IST et de la planification ;
 - formalisant l'organisation de ce réseau et de son fonctionnement par voie de convention,
 - favorisant la médiation culturelle et l'interprétariat pour accompagner la personne,
 - organisant une procédure de prise en charge immédiate pour les personnes en situation de précarité,
 - proposant des actions innovantes de dépistage hors les murs (recommandation HAS),
 - réorganisant le dispositif CDAG/CIDDIST/CPEF (cf. action T21 du plan national).
- Expérimenter des centres de santé sexuelle en :
 - définissant le cadre de mise en œuvre, d'exercice et d'évaluation de centres de santé sexuelle,
 - expérimentant avec les ARS et les conseils généraux volontaires l'intérêt d'un dispositif organisé autour de 3 pôles : un pôle infectiologie (dépistage/traitement VIH et IST), un pôle fertilité / contraception et un pôle sexologie (prévention/dysfonctions sexuelles) ([Action T22 du plan national](#)).

ACTEURS

Pilotes : ARS, collectivités territoriales
Copilotes : DGS, COREVIH
Partenaires : DGOS, DGCS, DSS

CALENDRIER

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs de suivi
Nombre de lieux assurant une prise en charge globale.

Action DOM 8

Adapter les différentes offres de dépistages et de soins aux personnes en grande précarité, aux migrants et assurer leur suivi

Objectifs

- Mettre à disposition dans les zones éloignées une offre de soins ou une structure de santé mobile adaptée au dépistage, au diagnostic et au traitement des IST et du VIH ;
- réduire le nombre de perdus de vue entre le dépistage et la prise en charge des soins dans les populations en grande précarité.

Détail de l'action

- Expérimentation de la mise en place des **structures de santé mobiles** auprès des populations éloignées des structures sanitaires : Guyane, Mayotte.
- Organisation de dispositifs spécifiques, en lien avec les COREVIH, utilisant les tests de **dépistage rapide** pour atteindre les groupes qui n'ont pas accès aux dispositifs classiques.
- Mise à disposition de TROD dans les différents lieux de dépistage pouvant être utilisés par des professionnels de santé dans les situations d'urgence suivantes :
 - accident d'exposition au sang : le test rapide d'orientation diagnostique est proposé à la personne "source",
 - accident d'exposition sexuelle : ce test est proposé aux partenaires,
 - au cours d'un accouchement : ce test est proposé à la femme enceinte de statut sérologique inconnu ou ayant été exposée depuis le dernier dépistage à un risque de transmission du VIH,
 - urgence diagnostique d'une pathologie aiguë évocatrice du stade sida.

Élaboration du cadre réglementaire d'utilisation des TROD en dehors des contextes d'urgence pour permettre d'améliorer l'offre de dépistage dans les territoires isolés.

ACTEURS

Pilote : DGS

Copilotes : ARS, DSDS, COREVIH, DGOS

Partenaires : associations

CALENDRIER

2010 : publication de l'arrêté encadrant l'utilisation des TROD en dehors des situations d'urgence

2011-2014 : formation des personnes habilitées à utiliser des TROD et mise à disposition de ces réactifs dans les structures de santé mobiles ou éloignées dans les conditions définies par l'arrêté cité ci-dessus

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs de suivi

Rapports d'activité.

Indicateurs de résultats

Nombre de sites.

Action DOM 9

Actualiser les données portant sur les connaissances, les croyances et les comportements sexuels pour les DFA et disposer de ces données pour la Réunion et Mayotte

Objectifs

- Améliorer les connaissances sur les comportements sexuels et les déterminants à l'origine des épidémies du VIH et des IST notamment à La Réunion et à Mayotte.
- L'enquête KABP 2010 Antilles-Guyane aura quatre objectifs qui répondent aux recommandations du rapport IGAS d'octobre 2009²⁵ :
 - mesurer parmi les populations des DFA les **évolutions dans le temps** des représentations sociales du VIH/SIDA, de leurs connaissances sur l'infection à VIH, de leurs comportements préventifs ou de leurs attitudes vis-à-vis des personnes touchées par le VIH,
 - apporter des éléments de connaissances sur la **problématique des risques sexuels** (telles que les questions relatives à la contraception, aux interruptions volontaires de grossesse, (IVG) aux infections sexuellement transmissibles, aux violences sexuelles) et comprendre comment la prévention du VIH/SIDA s'intègre dans cette problématique des risques sexuels,
 - comparer les facteurs de risque qui peuvent expliquer les différences de niveau de prévalence du VIH et des autres IST ou de certains comportements (IVG, grossesses à l'adolescence, non-recours à la contraception,...) entre, d'une part, les trois DFA, d'autre part, les DFA et la métropole et, enfin, les DFA et certains pays voisins de la Caraïbe ou d'Amérique du Sud,
 - apporter un éclairage spécifique sur les **connaissances, attitudes, croyances et comportements des étrangers/migrants**, en particulier ceux originaires d'Haïti, face au VIH/SIDA et à d'autres risques sexuels.

Les enquêtes KABP à la Réunion et à Mayotte poursuivront les mêmes objectifs.

Détail de l'action

- Renouvellement de l'enquête KABP DFA.
- Étude de faisabilité d'une enquête KABP Réunion/Mayotte par le transfert du savoir-faire à un organisme réunionnais.
- Restitution des données aux acteurs institutionnels et associatifs par l'organisation d'un colloque à l'issue des travaux.

ACTEURS

Pilotes : INPES, ORS Île-de-France, ORS La Réunion
Partenaires : ARS, ANRS, DGS, ministère chargé de l'outre-mer, Sidaction, Fondation de France

CALENDRIER

Pour la recherche KABP DFA

- 2010 : élaboration du questionnaire, préparation du terrain, choix de l'institut de sondage (appel d'offres), enquête pilote (test du questionnaire et de la méthodologie), début du terrain (formation des enquêteurs, suivi du terrain).
- 2011 : finalisation du terrain, mise en conformité des fichiers avec KABP DFA 2004 et KABP métropole 2010, analyse et rédaction.
- 2012 : finalisation de la rédaction, publication et colloque.

Pour la recherche KABP Réunion/Mayotte

- 2010 : transfert de savoir par l'INPES et ORS Île-de-France.
- 2011 : enquête de faisabilité à partir de l'ORS de La Réunion et élaboration du questionnaire, préparation du terrain, choix de l'institut de sondage (appel d'offres), enquête pilote (test du questionnaire et de la méthodologie).
- 2012 : début du terrain (formation des enquêteurs, suivi du terrain), finalisation du terrain, mise en conformité des fichiers avec KABP DFA 2004 et KABP métropole 2010, début de l'analyse des premiers résultats de l'enquête.
- 2013 : Analyse et rédaction, publication et colloque.

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs de résultats

Publication et diffusion des résultats.

Source des indicateurs

ANRS.

25. Recommandation n° 18 du rapport IGAS (Claire AUBIN et Danièle JOURDAIN MENNINGER), octobre 2009 : évaluation de la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'éducation à la sexualité, à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse en outre-mer.

Action DOM 10

Actualiser les données sur les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH dans les DFA et mieux les connaître pour la Réunion et Mayotte

Objectifs

- Poursuivre dans les DFA la description des conditions de vie des personnes atteintes par le VIH/SIDA et la relation entre trajectoire de vie et trajectoire de la maladie.
- Connaître l'évolution de la prise en charge des personnes séropositives dans les DFA.
- Mesurer l'évolution des conséquences sociales de la maladie et identifier les inégalités et les déterminants sociaux.
- Comparer l'évolution entre 2003 et 2010 des conditions de vie et des comportements de prévention des personnes séropositives.
- Mettre en perspective avec les changements survenus ces dernières années dans l'épidémiologie, la thérapeutique et les pratiques de prévention.
- Comparer l'évolution entre 2003 et 2010 de certaines dimensions centrales de la vie des personnes séropositives incluant la pauvreté matérielle, l'isolement, la discrimination, la santé mentale et les co-morbidités chroniques.
- Initier une étude sur les conditions de vie des PVVIH à la Réunion et à Mayotte.

Détail de l'action

- Soutien au renouvellement de l'enquête VESPA dans les DFA, et mise en place d'une étude à la Réunion et à Mayotte ;
- présentation des résultats aux publics cibles des DFA, de la Réunion et de Mayotte.

ACTEURS

Pilote : INSERM

Partenaires : ANRS, INPES, DGS, ministère de l'Outre-mer, CIRE Antilles-Guyane

CALENDRIER

2010-2011 : adaptation du questionnaire, formation des enquêteurs

2011-2012 : réalisation de l'enquête, publication

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateur de résultats

Diffusion des résultats en 2012.

Source des indicateurs

INSERM.

Action DOM 11

Réaliser des enquêtes quantitatives et qualitatives sur les personnes qui se prostituent et les personnes qui pratiquent des échanges économique-sexuels en Martinique, à la Réunion et à Mayotte (Action VC8 du plan national)

Objectifs

- Déterminer les facteurs expliquant les conduites sexuelles à risque dans le milieu de la prostitution : Martinique, Réunion, Mayotte.
- Identifier les lieux de prostitution classique et occasionnelle.
- Décrire les connaissances, les attitudes, et les pratiques des personnes prostituées en matière d'IST et de VIH/SIDA (KABP).
- Décrire les caractéristiques démographiques, sociales, migratoires des personnes prostituées et de leurs clients.

Détail de l'action

- Réalisation d'un état des lieux par territoire concerné.
- Réalisation d'enquêtes qualitatives par territoire ; pour la Réunion, l'étude complètera les données de l'étude Prosanté menée en métropole par l'INVS et la FNARS.
- Publication des résultats.

ACTEURS

Pilote : DGS

Partenaires : DGCS, INPES, INVS, associations, ARS

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

Résultats des enquêtes pour les 3 territoires

Action DOM 12

Améliorer le recueil des données épidémiologiques (en termes d'exhaustivité, de qualité et de délai de la déclaration)

Objectifs

- Améliorer la qualité des systèmes de surveillance épidémiologique existants.
- Disposer d'une estimation d'incidence du VIH dans les DOM et en priorité en Guyane.

Détail de l'action

- Sensibiliser les professionnels de santé à l'intérêt et l'utilité d'une veille épidémiologique de qualité par l'organisation de rencontres et d'échanges.
- Étendre le calcul de l'estimation de l'incidence de l'infection par le VIH réalisée pour certaines populations (HSH, UDIV...) aux populations des DOM.
- Étendre les réseaux sentinelles des IST aux DOM pour la syphilis et les chlamydiae, aux CIDDIST et aux laboratoires d'analyses biomédicales.
- Pour Mayotte, avec l'appui de la CIRE Réunion-Mayotte et de son antenne locale à Mayotte, le recueil de données peut s'appuyer en priorité sur les données de l'hôpital de Mamoudzou (et de son laboratoire) qui assure la centralisation de la prise en charge des patients VIH.

ACTEURS

Pilotes : INVS, CIRE pour Mayotte / Réunion
Copilotes : ARS, DGS
Partenaires : DGOS

CALENDRIER

2010-2014 : mobilisation des professionnels de santé déclarants sur l'intérêt des DO
2011 : état des lieux des besoins en épidémiologie à Mayotte : mission conjointe ministère de la Santé/ministère de l'Outre-mer

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs de résultats

- Diminution de 50 % du nombre de DO incomplètes.
- Mise en place d'une veille sur les IST à Mayotte.
- Mesure de l'incidence du VIH dans les DOM.

Source des indicateurs

INVS.

Action DOM 13

Soutenir, conseiller et orienter les porteurs de projets associatifs en lien avec le ministère des Affaires Étrangères et Européennes pour les programmes de coopération (PO "Caraïbes", "Amazonie", "Océan Indien")

Objectifs

- Améliorer la prise en charge globale, la mutualisation des compétences entre les différents partenaires.
- Améliorer le cadre quotidien des PVVIH.

Détail de l'action

À partir de Mayotte et de la Réunion en collaboration avec les six pays de l'Océan Indien : Comores, Djibouti, Madagascar, Maurice, Mozambique et Seychelles :

- soutien des projets (élaboration et mise en œuvre) interassociatifs en s'appuyant notamment sur l'expérience de la Plateforme ELSA ;
- soutien des projets interhospitaliers en s'appuyant notamment sur l'expérience du GIP ESTHER.

À partir de la Guyane en collaboration avec le Brésil, le Guyana, le Surinam :

- soutien des projets (élaboration et mise en œuvre) interassociatifs en s'appuyant notamment sur l'expérience de la Plateforme ELSA²⁶ ;
- soutien des projets interhospitaliers en s'appuyant notamment sur l'expérience du GIP ESTHER ;
- soutien du projet INTERREG IV Caraïbes et présence aux réunions annuelles du PANCAP.

À partir des DFA et de Saint-Martin en collaboration avec Haïti, la Dominique, la République Dominicaine ou Sainte-Lucie :

- soutien de projets interassociatifs / interhospitaliers et du projet INTERREG IV Caraïbes.

ACTEURS

Pilote : ministère des Affaires étrangères et européennes
Partenaires : plateforme ELSA, GIP ESTHER, PANCAP, inter-COREVIH de Guadeloupe, Sidaction, DGS, DGOS, ministère de l'Outre-mer, AFD, CIC-EC Antilles Guyane, OPS (organisme panaméricain de la Santé), ONUSIDA

CALENDRIER

2010 : missions auprès des principaux opérateurs de projets
2010-2014 : suivi du programme PANCAP par la DGS et le ministère chargé de l'outre-mer
2010 -2014 : suivi des projets associatifs et missions

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateur de résultats

Nombre de projets interassociatifs et interhospitalier soutenus et mis en œuvre.

Source des indicateurs

Ministère chargé des affaires étrangères et européennes.

26. Créée en 2002 sur l'initiative de cinq associations françaises de lutte contre le sida, la plateforme "Ensemble, Luttons contre le sida en Afrique" permet de coordonner et développer le soutien à leurs partenaires en Afrique (des associations de prise en charge de personnes touchées par le VIH/SIDA).

Action DOM 14

Favoriser une mutualisation des connaissances épidémiologiques, des stratégies d'action, des opérateurs entre les DOM et les pays voisins : rencontres de coopération et d'échanges entre les pays des zones Océan Indien, Caraïbes et Amériques du Sud (Brésil, Surinam, Guyana).

Objectifs

- Potentialiser les connaissances sur des problématiques semblables entre les pays de la Caraïbe, de l'Amérique du Sud et de l'Océan Indien.
- Favoriser une mutualisation des connaissances épidémiologiques, des stratégies d'action, des opérateurs entre les DOM et les pays voisins.
- Tenir un discours de prévention cohérent entre les différents pays de la zone.

Détail de l'action

- Rencontre des acteurs des DOM dans le cadre des projets de coopération sous l'égide du ministère des Affaires étrangères et européennes :
 - pour Mayotte et la Réunion : rencontre décrite dans l'action 5,
 - pour les DOM et Saint-Martin : séminaires de rencontre sur des thèmes spécifiques en fonction des besoins, et en lien avec le projet INTERREG VIH d'observatoire intercaribéen du VIH.

ACTEURS

Pilote : ministère des Affaires étrangères et européennes

Partenaires : DGS, DGOS, ministère de l'Outre-mer, ministère des Affaires étrangères et européennes, AFD, Sidaction, CIC-EC (Centre d'investigation clinique - Épidémiologie clinique) Antilles Guyane, UE, OPS, ONUSIDA

CALENDRIER

2010 : rencontre pour Mayotte à Paris

2010-2014 : rencontres à thèmes pour les DOM

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateur de résultats

Nombre de séminaires ou de rencontres inter DOM.

Source des indicateurs

Ministère chargé des affaires étrangères et européennes.

LIEN AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

Action DOM 15

Mettre en place des missions d'expertises sur les réseaux de soins et contractualiser les projets de soins et dépistages entre les pays limitrophes ou voisins comme cela est prévu dans le projet INTERREG d'observatoire intercaribéen du VIH

Objectifs

- Mettre en place des missions d'expertises sur les réseaux de soins.
- Contractualiser les projets de soins et dépistages entre les pays limitrophes ou voisins.
- Contractualiser des projets de prise en charge globale des PVVIH.

Détail de l'action

- À partir des six pays de l'Océan Indien (Comores, Djibouti, Madagascar, Maurice, Mozambique et Seychelles). Cette action vise entre autres :
 - la formation de personnels spécialisés compétents, adaptés aux besoins des pays tout en évitant la fuite des cerveaux,
 - l'intégration régionale et l'autonomisation de formations spécialisées par le développement d'un réseau régional des professionnels santé incluant ceux des hôpitaux réunionnais et accessibles aux petits Etats de la région,
 - le développement d'un pôle d'excellence technique francophone dans la région Océan Indien.
- À partir de la Guyane et du Brésil, améliorer la collaboration en matière de prise en charge des PVVIH circulant entre le Guyana, le Surinam, le Brésil et la Guyane en lien avec l'observatoire intercaribéen du VIH.
- À partir des DFA (Martinique, Guadeloupe, Saint-Martin) en collaboration avec Haïti ou les pays ou territoires alentour : améliorer la collaboration pour optimiser la prise en charge des PVVIH circulant entre ces territoires, et à partir de la Martinique, la surveillance de résistances, ou la formation et mutualisation de pratiques professionnelles.

ACTEURS

Pilotes : ministère chargé des affaires étrangères et européennes, DGS, DGOS.

Partenaires : PANCAP, GIP-Esther, ANRS, AFD, ministère de l'Outre-mer, CIC-EC Antilles Guyane, OPS, ONUSIDA, UE

CALENDRIER

2010-2014 : définition des missions au regard des priorités

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateur de résultats

Nombre de conventions signées.

Source des indicateurs

Ministère chargé des affaires étrangères et européennes.

LIEN AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

Annexe 2

Participants au groupe de travail DOM en 2009

Pilotes

Thierry TROUSSIER / Frédérique DELATOUR : DGS

NOM	ORGANISME
AINA STANOJEVICH Elodie / LYDIE Nathalie	Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES)
ANDREO Christian	AIDES
BARBAIL Anne	DSDS Guyane
ODOUL-PIROUE Sandrine	DEGE OM
DAUPHIN Marie-Laure	DEGE OM
VIAUD Frédérique	Sidaction
DIX NEUF Marc	Sidaction
FAURE Odile	DSDS Guadeloupe
PHAETON Alexandra	Act Up Paris
FAVIER Carine	MFPF
GAUDINEAU Patrice	Sida Info Service
HALFEN Sandrine	Observatoire régional de la santé Île-de-France (ORS)
LASSALLE Christian / MEFFRE Dominique	DSDS Martinique
LERT France	INSERM
AUERBACH David	TJENBÉ RÈD
MAYIS Frédérique	Ministère de la Santé et des sports - DGS/DP2
NGUYEN Anh-Dao	DRASS Réunion
FAVREAU Catherine	Chrétiens et Sida
LAJOINIE Guy	DASS de Mayotte
ARSAC Philippe	Société française de lutte contre le sida (SFLS)
BEUCAIRE Gilles Pr.	Société de pathologie et d'infectiologie en langue française (SPILF)

Plus d'informations :
www.sante-sports.gouv.fr