

Présentation des Corevih des DFA et de La Réunion/ Mayotte

Journées nationales des Coordinateurs de Corevih

Vendredi 05 Juin 2015

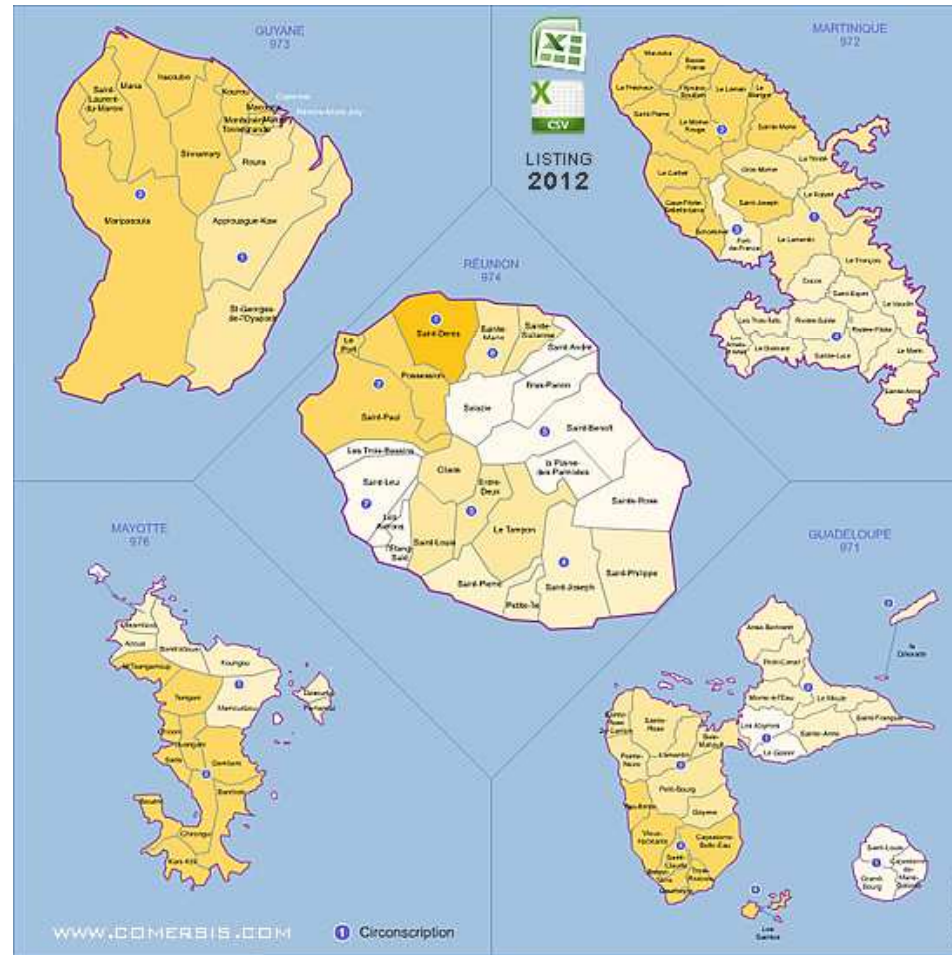


Groupe de Travail

	Guadeloupe/ Saint Martin	Réunion/Mayotte	Martinique
Président	Dr M.-T. Sow	Dr C. Gaud	Pr A. Cabié
Vice-président	Mr R. Toussaint	Mr P. Poubeau Mr A. Domercq	Mme M. Ouka
Coordinateur Médical	Dr I. Lamaury	Dr C. Gaud	Dr S. Abel
Coordinateur Administratif	Mme J. Soizeau/ Mme V. Tressières	Mme I. Rigollier	Mr C. Cerland
Autres	Pr B. Hoen <small>Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, Dermatologie et Médecine Interne CHU de la Guadeloupe</small>		Dr S. Pierre-François <small>Membre du Bureau</small>

	Guadeloupe Saint-Martin	Martinique	La Réunion
Date de création	23 janvier 2008	11 Septembre 2007	9 novembre 2007 *Réunion/Mayotte 29 octobre 2013
Date du dernier renouvellement	20 Janvier 2012	04 Novembre 2011	24 avril 2012
Etablissement siège	CHU de Pointe-à-Pitre	CHU de Martinique	CHU Félix Guyon
Nbre membres (titulaires)	66 (29)	75 (25)	69 (27)
Nbre réunions 2014 plénières (bureaux)	2 (7)	3 (10)	4
Nbre de TECs	4 au total 2 +1*(CHBT) + 1** (CHG St-Martin)	3	2
Nbre d'établissement de santé	2 + 1	4	3
Référent ARS identifié	Oui	Oui	Oui

La situation spécifique du VIH dans les DROM/ COM: le rôle des COREVIH



Dispositions statutaires

- Depuis la **départementalisation de Mayotte**, devenue effective le 31 mars 2011, la France compte 5 collectivités régies par l'article 73 de la Constitution : **4 départements et régions d'outre-mer (DROM)**, la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane et la Réunion.
- **Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon ont été transformées en Collectivités d'outre-mer (COM)** par la loi organique n° 2007-223 du 21 février 2007 portant dispositions statutaires et institutionnelles relatives à l'outre-mer
- Les habitants des collectivités territoriales d'outre-mer sont **citoyens européens**. Cependant, seules La Guadeloupe, la Martinique, la Guyane, La Réunion, Saint-Martin et Mayotte ont le statut de **régions ultrapériphériques (RUP)** de l'Union européenne et bénéficient des mesures spécifiques qui s'y attachent.
- Ces territoires **n'appartiennent pas à l'espace Schengen**.

Les DROM/ COM: des territoires stigmatisés !

- **Eloignement géographique important** de la France continentale (plusieurs heures d'avion et décalage horaire pour s'y rendre), pays du bout du monde...
- **Territoires souvent déconsidérés** par les métropolitains, pays exotiques, pays de langueur « Vous dans les îles... »
- Réputation de territoires **coûtant cher** à la France et rapportant peu.

Une Histoire commune

- **Anciennes colonies** françaises
- Histoire lourde d'**esclavagisme** et parfois d'engagisme qui marque encore la société.
- En 1948, obtention pour les **4 DROM de la nationalité française** pour tous les habitants.
- **Départementalisation par la loi de 1946**, progrès social, mais égalité des prestations après plusieurs années.
- Des français différents des métropolitains : **mélange de populations d'origines différentes avec des cultures, des religions, des croyances spécifiques.**

Les DROM/ COM :

des atouts pour la France

- Permettent une **présence dans tous les Océans**, avec des eaux territoriales faisant de la France d'être le **2^{ème} pays maritime au monde**.
- Des **postes géostratégiques** pour la France dans les régions du monde.
- Une **biodiversité**, une **géologie** et une **géographie uniques** qui en font des laboratoires privilégiés pour la recherche et l'innovation : biodiversité, écosystèmes terrestres et marins, pharmacologie, énergie renouvelable, sciences de l'espace, maladies émergentes.
- Une **ressource touristique** incontestable.

Les DROM/ COM :

une situation difficile

- **Handicaps structurels:** territoires éloignés, exigus, à l'économie fragile, aux marchés restreints.
- **Une situation sociale plus grave qu'en France continentale :** pourcentage de chômeurs plus important, nombreuses personnes dépendant des minima sociaux, population généralement, plus jeune, plus d'illettrisme, transition démographique très rapide
- **Coût de la vie plus élevé qu'en France continentale,** grand écart entre les plus pauvres aux minima sociaux et des travailleurs sur rémunérés : deux mondes sur le même territoire

Et pour le VIH?

- **Des croyances et des représentations plus négatives** qu'en France continentale (les sorts, les ancêtres, les punitions...);
- Le poids de la **religion**
- **Une stigmatisation et une discrimination plus importante** qu'en métropole;
- **Une confidentialité plus difficile à obtenir**, du fait de l'insularité;
- Des **patients plus précaires** (VESPA);
- Une **prévalence importante** dans les DFA.
- Une **baisse de l'utilisation du préservatifs chez les jeunes**
- Un **contexte de multipartenariat avéré**

La coopération régionale

- Ces territoires sont naturellement inscrits dans un environnement **propice à la coopération régionale** (îles ou territoires étrangers très proches);
- **Importante problématique de la prise en charge du VIH dans ces territoires** (Haïti, Madagascar, Guyana, Brésil...);
- **Crédits dédiés pour ces pays** (FEDER COOPE, BAD, fonds mondial, GIP ESTHER...).

En résumé

- Les DROM/ COM : une **présence de la France dans le monde**, mais une France **différente**, aux **identités fortes**, source de **diversités enrichissantes**, de **postes avancés** de la France à l'étranger.
- Mais des territoires **plus pauvres**, souvent **très touchés par le VIH**, une **stigmatisation forte**, une **confidentialité plus problématique**.

Un peu d'histoire...
Données sociodémographiques
Données épidémiologiques

Réunion/Mayotte



	Guadeloupe Saint-Martin	Martinique	Réunion	Mayotte
Peuplement	300 avt JC par des amérindiens	300 avt JC indiens	Ile vierge, aucun natif originel	A partir de 700 ans après JC par les Swahilis (ensemble de peuples d 'Afrique de l ' Est)
Découverte	4 novembre 1493 par Christophe Colomb	15 juin 1502, par Christophe Colomb	<ul style="list-style-type: none"> • 1507 par les Portugais • 1649, possession par les français 	<ul style="list-style-type: none"> • Vers 1500, par l ' aristocratie Fani (islam) , • 1843, possession par les français
Abolition de l ' esclavage	Mai 1848	4 mars 1848	27 avril 1848	9 décembre 1846
Départementalisation Française	19 mars 1946	19 mars 1946	17 mars 1946	Mars 2011

Un peu d'histoire | La Réunion

- Île vierge à sa découverte : aucun natif originel à la Réunion
- Découverte par les portugais en 1507
- Prise de possession en 1649 par les Français : Ile Bourbon
- En 1794 sous la 1^{ère} république, l'île devient La Réunion
- Deux siècles d'esclavage jusqu'en 1848
- Un siècle d'engagisme essentiellement avec une population originaire de l'Inde
- 17 mars 1946 : départementalisation pour rattrapage et égalité
- Égalité sociale effective depuis quelques années seulement

Un peu d'histoire | Mayotte

- 1^{ère} migrations au VIII^e siècle vers l'archipel des Comores
- Islamisation massive au 12^{ème} siècle
- Aristocratie Fani avec esclavagisme (malgaches et africains)
- Arrivée des princes Shirazi (originaires du golfe persique) au XV^{me} siècle, créant un sultanat indépendant des autres îles des Comores.
- Prise de possession de l'île par les Français en 1843
- En 1947, les quatre îles des Comores obtiennent une autonomie administrative et à la suite du référendum de 1958, reste territoire d'outre-mer
- Le 6 juillet 1975, le président Ahmed Abdallah proclame l'indépendance des Comores
- Le 8 février 1976, 90 % des mahorais votent pour rester français, et se séparent de l'archipel des Comores
- DOM et RUP depuis mars 2011

Caractéristiques sociodémographiques (1/2)

	Martinique	Guadeloupe	Saint-Martin	Réunion	Mayotte
Superficie	1.128 km ²	1.628 km ²	87 km ² (53 excl Sint Maarten))	2 503 Km ²	374 km ²
Nombre d' îles	1	Archipel: 3 dépendances (Les Saintes, la Désirade, Marie-Galante)	1* * Saint Barthélemy	1	2
Population	386.486 (2013)	405 739 (2013)	36 992 (2011)	840 974 (2015)	212 645 (2012)
Langues parlées	Français, Créole	Français, Créole	Français, créoles, anglais, espagnol	Français Créole	Français Shi-mahorais
Caractéristiques démographiques principales	Taux important de vieillissement de la population	<p>↘ Taux Natalité: 12,9° /° °</p> <p>↗ vieillissement: <20 ans = 28% (22% en 2040) >60 ans = 20% (40% en 2040)</p>	Taux Natalité: 26° /° ° <20 ans = 36,7% >60 ans = 8%	Transition démographique non atteinte , <25 ans = 41%	Département le plus jeune de France, <25 ans = 50%

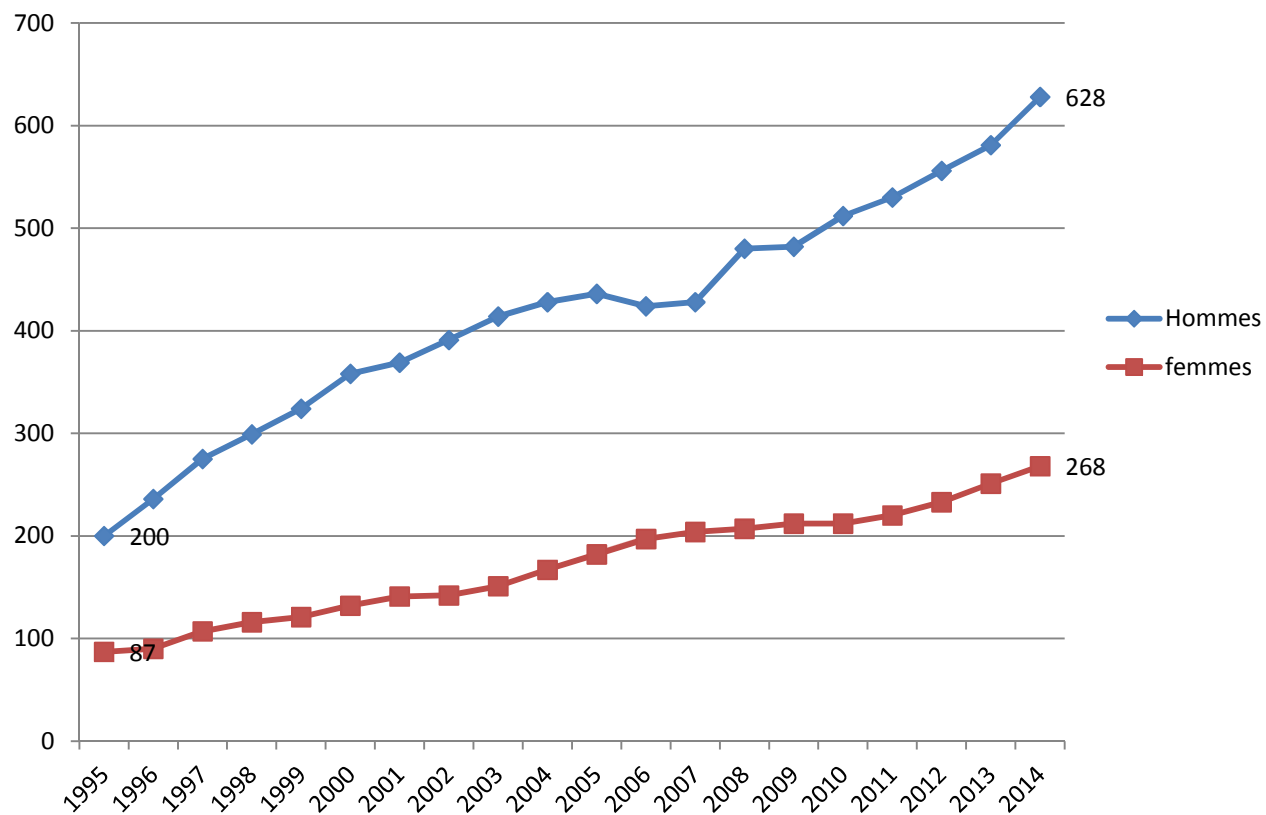
Caractéristiques sociodémographiques (2/2)

	Martinique	Guadeloupe	Saint-Martin	Réunion	Mayotte
Solde migratoire	Négatif	Négatif (-0,5%)	Inévaluable Irréguliers ++	Négatif	Négatif
Population selon le lieu de naissance	85 % nés en Martinique 10% nés en métropole, 1,7% dans un autre DOM/COM 0,3% dans un autre pays de l' UE et 3% dans un autre pays (dont Caraïbe/ Chine/ Inde).	Taux d'étrangers = 4,3% (vs 5,9% en métropole) 2^{ème} taux des DOM (Guyane : 35,5%) 88,4% des étrangers originaires du bassin caribéen (Haïtiens:66%, Dominiquais: 18,4%)	Taux d'étrangers = 33,5% % des étrangers originaires du bassin caribéen (Haïtiens:47%)	15 000 étrangers seulement : taux le plus faible de France (couples mixtes essentiellement)	40 % de population étrangère , essentiellement comorienne et africaine, le plus souvent en situation irrégulière (kwasa)
Bénéficiaire des minimas sociaux	Au 31.12.2011 RSA: 19,2% de la population (vs 6,3% en France continentale) Allocataires de l'Allocation de solidarité Spécifique: 2,6% (vs 0,8%) Bénéficiaires de la CMUC: 23,9% (vs 4,5%)	11,5% de la pop. générale (vs 3,2% en France continentale)	2818 bénéficiaires du RSA	* 42 % de la population vit au dessous du seuil de la pauvreté * 198 500 bénéficiaires du RSA	92% de sa population vivrait sous le seuil de pauvreté métropolitain: le RSA ne se monte qu'à 37,5% du montant appliqué en métropole ou à la Réunion voisine
Taux de chômage	2013 : 22,8 % 15-24 ans : 68,2% 25-49 ans : 23,3%	2013 : 26,2 % F>H (28,3 vs 24,1%) 15-24 ans, 59,7% 25-49 ans, 29,3% 50-64 ans, 13,7% 32,4%(Non diplômés)vs 11%(BAC+2)	* Population générale : 27,3 % Travail illégal+++	* Population générale : 29 % * 15-25 ans : 64 %	19,5 % en population générale, taux encore non validé chez les jeunes

Données épidémiologiques Réunion

Figure 1: Evolution du nombre de patients suivies par année

900 patients suivis, 4 refus Nadis



Données épidémiologiques Mayotte

AVERTISSEMENT : le COREVIH REUNION est devenu le 29/10/2013, le COREVIH REUNION/MAYOTTE. MAYOTTE n'a été équipé de NADIS qu'en décembre 2014. Les Techniciennes d'Etudes Cliniques ont aidé les soignants de Mayotte sur les premières saisies qui demeurent cependant parcellaires. C'est pourquoi certaines données, signalées dans le rapport doivent être prises avec circonspection et d'autres ne figurent pas dans ce rapport car n'étaient pas interprétables. **127 patients suivis**

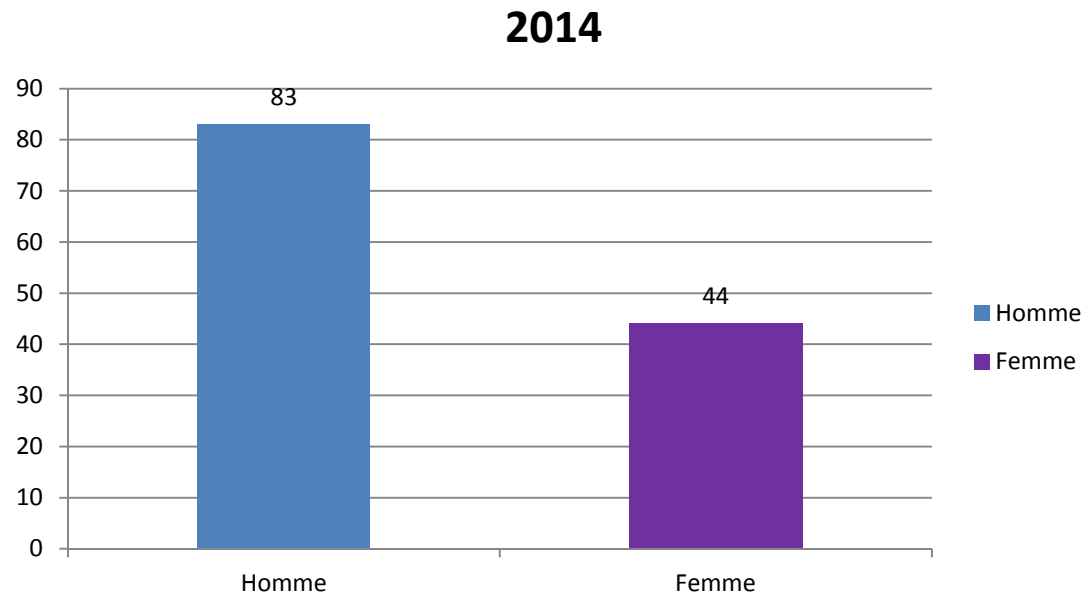


Figure 2: Description des patients par âge et par sexe

	Effectif	Age minimum	Age médian	Age moyen	Age maximum
F	348	4.00	44.00	43.24	87.00
H	670	2.00	48.00	48.16	83.00
Global	1018	2.00	47.00	46.48	87.00

Les patients Mahorais sont en moyenne beaucoup plus jeunes que les patients réunionnais : 37 ans contre 47 ans à la REUNION (34 ans pour les femmes versus 46 ans à la REUNION et 43 ans versus 48.5 ans pour les hommes, pour la REUNION).

Figure 3: Répartition par tranche d'âge et selon le sexe

	F		H		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
15-29	59	16.95	25	3.74	84	8.26
30-39	71	20.40	93	13.90	164	16.13
40-49	118	33.91	245	36.47	363	35.59
50-59	65	18.68	220	32.88	285	28.02
60-69	26	7.47	63	9.42	89	8.75
70-79	4	1.15	19	2.84	23	2.26
80 et plus	4	1.15	1	0.15	5	0.49
Moins de 15 ans	1	0.29	4	0.60	5	0.49
Total général	348	100.00	670	100.00	1018	100.00

L'âge moyen chez nous est de 47 ans, la répartition par tranche d'âge, : 80 % de la file active a entre 30 et 59 ans

Données épidémiologiques Réunion/Mayotte

Figure 4: Distribution par mode de contamination et selon le sexe

	F		H		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Hétérosexuel	318	91.38	294	43.95	612	60.18
Homo/bisexuel	2	0.57	327	48.73	329	32.25
IVDU	12	3.45	33	4.93	45	4.42
Materno-fœtale	5	1.44	6	0.90	11	1.08
Transfusé	7	2.01	3	0.45	10	0.98
Inconnu	1	0.29	4	0.60	5	0.49
AES	2	0.57	.	.	2	0.20
Autre	1	0.29	1	0.15	2	0.20
Hémophile	.	.	2	0.30	2	0.20
Total général	348	100.00	670	100.00	1018	100.00

Le mode de contamination des femmes est identique : majoritairement hétérosexuel. Pour les transmissions masculines, on note 11 % de transmissions homosexuelles déclarées à Mayotte contre 51 % à la REUNION. Les soignants de Mayotte soupçonnent une sous déclaration de la bi-sexualité étant donné l'importante discrimination/stigmatisation de l'homosexualité à Mayotte.

60 % des gens sont des hétérosexuels, 33 % des homosexuels,

Données épidémiologiques Réunion/Mayotte

Figure 5: Durée de séropositivité en année des patients suivis dans la cohorte

	Effectif	%	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
F	348	34.22	0.00	11.37	10.00	29.00
H	670	65.78	0.00	12.37	12.00	32.00
Global	1018	100.00	0.00	12.03	12.00	32.00

Nos patients sont infectés depuis une 12ème d'années

Données épidémiologiques Réunion/Mayotte

Figure 7: Evolution du nombre de nouveaux cas de Sida en 10 années

	Effectif	%		Effectif	%
1980	1	0.38	2003	10	3.76
1989	1	0.38	2004	8	3.01
1991	1	0.38	2005	8	3.01
1992	1	0.38	2006	10	3.76
1993	4	1.50	2007	11	4.14
1994	5	1.88	2008	16	6.02
1995	8	3.01	2009	15	5.64
1996	25	9.40	2010	13	4.89
1997	10	3.76	2011	16	6.02
1998	10	3.76	2012	13	4.89
1999	9	3.38	2013	18	6.77
2000	14	5.26	2014	13	4.89
2001	12	4.51	NR	4	1.50
2002	10	3.76	Total général	266	100.00

Elle n' a rien de significative, sinon qu' il y a une certaine stabilité chaque année dans la découverte au stage sida

Données épidémiologiques Réunion/Mayotte

Figure 8: Durée de séropositivité en années des nouveaux cas de Sida

	Effectif	%	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
F	348	34.22	0.00	11.37	10.00	29.00
H	670	65.78	0.00	12.37	12.00	32.00
Global	1018	100.00	0.00	12.03	12.00	32.00

La durée de séropositivité est moindre à Mayotte qu' à la REUNION. 6 ans contre 13 ans à la REUNION.

Données épidémiologiques Réunion/Mayotte

Figure 9: Distribution du mode de contamination présumé des patients diagnostiqués dans l'année

	F		H		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Hétérosexuel	21	95.45	23	62.16	44	74.58
Homo/bisexuel	.	.	14	37.84	14	23.73
Inconnu	1	4.55	.	.	1	1.69
Total général	22	100.00	37	100.00	59	100.00

Deux modes de contamination à la Réunion et à Mayotte hétéro 74 % et homo 24 %

Données épidémiologiques Réunion/Mayotte

Figure 10: Part des diagnostics à un stade avancé et des dépistages tardifs par le les nouveaux dépistés

	NonSida		Sida		Total général	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<200	1	2.70	.	.	1	2.70
200-350	7	18.92	5	13.51	12	32.43
350-500	5	13.51	.	.	5	13.51
>500	9	24.32	.	.	9	24.32
Total général	32	86.49	5	13.51	37	100.00

Diagnostics tardifs = 48,6% des PND ; Diagnostics à un stade avancé =35%

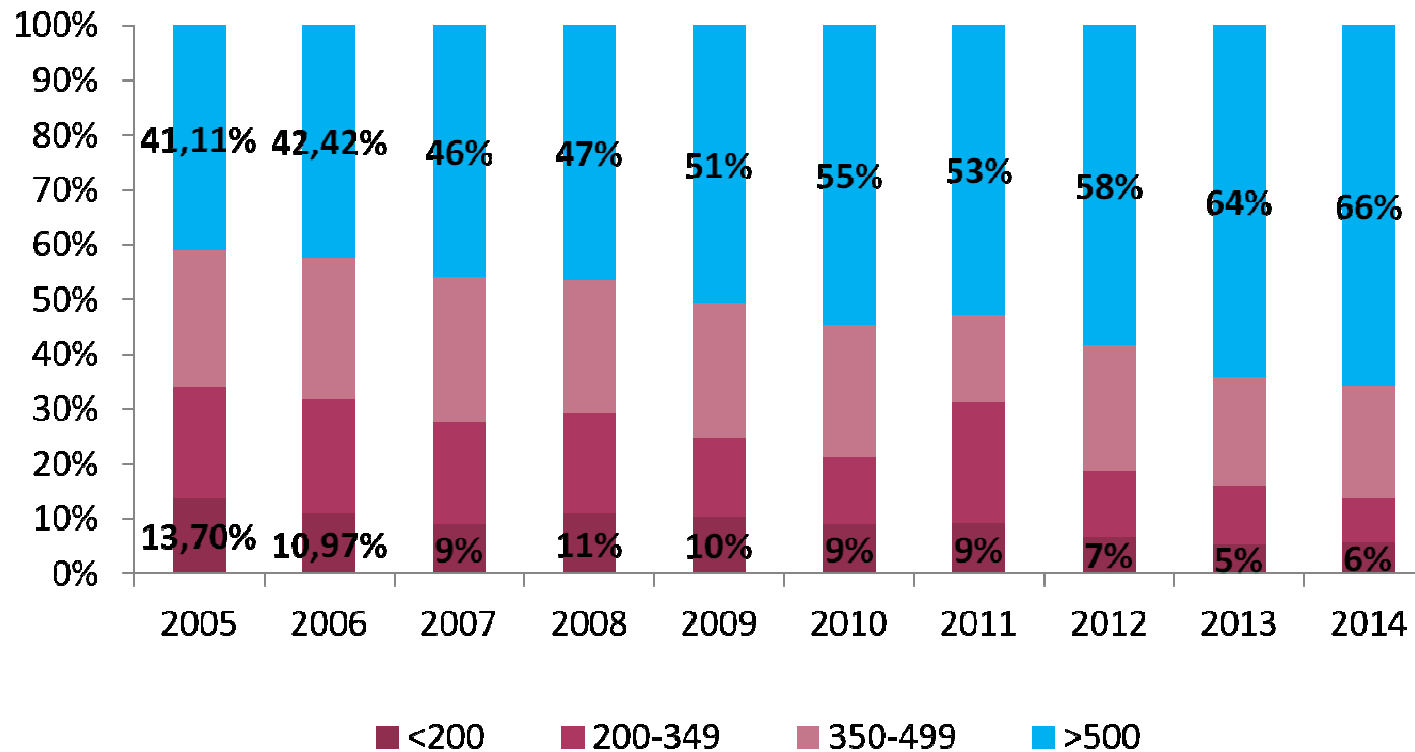
Données épidémiologiques Réunion/Mayotte

Figure 11: Nombre de tests (VIH, VHB, VHC, Syphilis) réalisés en CDAG/ CIDDIST et nombre de résultats positifs

2013	Test	positifs	
Syphilis	4 665	105	2,25%
Chlamydiae	2056	133	6,46%
Gonococque	100	12	12%
VIH	5752	19	0,33%
VHB	3824	5	0,13%
VHC	4366	11	0,25%

Données épidémiologiques Réunion/Mayotte

Figure 13: Niveaux de CD4 et statut thérapeutique des patients en cours de suivi



Données épidémiologiques Réunion/Mayotte

Figure 14: Répartition du taux d'ARN VIH plasmatique (copies/ ml)

	Effectif	%
NR	56	5.58
<= 50	801	79.86
51-400	71	7.08
400-1000	8	0.80
1K-10K	22	2.19
10-30K	14	1.40
>30K	31	3.09

79,86 % des personnes ont atteint l'objectif d'une CV indétectable (84.39 % à la REUNION)

Figure 15: Evolution du nombre de décès 2014

Nombre de décès	7
-----------------	---

Aucun décès à Mayotte en 2014, ces données sont donc comparables à celles du rapport REUNION.

Figure 16: Principaux lieux de dépistage des personnes diagnostiquées

Dans les 3 CIDDIST/CDAG de l'île

Universités Nord et Sud

Bus santé (chaque semaine)

Fondation Abbé Pierre

Groupe Hospitalier Est Réunion

Boutique solidarité Nord et Sud

Evènementiels toute l'île

5 Centres d'antennes (le centre, service d'IVG, antenne du centre social du « cœur de Jésus », antenne du CCAS)

Caravane santé dans les écarts de St Paul

RSMA

Mayotte : dispensaires

Nombre d'études/ cohortes et nombre de patients inclus

- Etude CODEX ANRS : en 2015
- Etude COVERTE ANRS : 3 patients
- Etude STORY : 20 patients
- Etude PRIMO : 3 patients
- Etude CEREDIH : Etude de santé et de la qualité de vie des patients atteints de déficits immunitaires héréditaires diagnostiqués au cours de l'enfance : 2 patients
- Etude INFARCTUS du myocarde de la base hospitalière française INSERM : 3
- Etude FRACTURES dans la base hospitalière française INSERM : 5 patients
- Etude CANCER DU COL DE L'UTERUS dans la base hospitalière française INSERM : 2 patients
- Participation enquête KABP

Conclusion

Comme les autres DOM, la Réunion et Mayotte constituent des phares de la France dans l' Océan Indien.

Si la Réunion a depuis plusieurs années acquis une qualité de santé Européenne identique à ce que l' on trouve en Métropole, Mayotte est en plein rattrapage surtout depuis la départementalisation.

La problématique des deux îles, les caractéristiques épidémiologiques des deux files actives sont très différentes (sexe majoritaire, âge, mode de contamination, nombre de migrants), mais la coopération médicale est quotidienne entre les 2 îles et de nombreux patients se déplacent de l' une à l' autre.

Nadis permet pour la première fois de faire rentrer les patients mahorais dans les statistiques françaises.

Ces îles sont naturellement appelées à travailler avec les pays qui les entourent et avec lesquels les échanges aériens sont très fréquents, dans le cadre d' un co développement mutuellement avantageux en santé comme dans beaucoup d' autres secteurs.

Martinique



	Guadeloupe Saint-Martin	Martinique	Réunion	Mayotte
Peuplement	300 avt JC par des amérindiens	300 avt JC indiens	Ile vierge, aucun natif originel	A partir de 700 ans après JC par les Swahilis (ensemble de peuples d 'Afrique de l ' Est)
Découverte	4 novembre 1493 par Christophe Colomb	15 juin 1502, par Christophe Colomb	<ul style="list-style-type: none"> • 1507 par les Portugais • 1649, possession par les français 	<ul style="list-style-type: none"> • Vers 1500, par l ' aristocratie Fani (islam) , • 1843, possession par les français
Abolition de l ' esclavage	Mai 1848	4 mars 1848	27 avril 1848	9 décembre 1846
Départementalisation Française	19 mars 1946	19 mars 1946	17 mars 1946	Mars 2011

Un peu d'histoire | Martinique

- En l'an **180** l'île de la Martinique est peuplée par des Indiens : les Saladoïdes.
- Découverte le **15 juin 1502**, par Christophe Colomb.
- En **1674**, sous **Louis XIV**, la Martinique est rattachée à la couronne de France. A partir de cette époque la **traite des noirs d'Afrique commence à s'organiser et à se développer**.
- En **1793**, la Convention proclame l'**abolition de l'esclavage**. Cette abolition ne sera pourtant jamais appliquée. Le territoire passera de main en main plusieurs fois avant d'être rendu définitivement à la France en 1815 par le traité de Vienne.
- La principale culture reste celle de la canne à sucre qui gagne de nouveaux espaces.
- **En Mai 1848, abolition de l'esclavage définitive** . Pourtant en 1848 et 1859 acheminement plus de 10 000 Africains prétendument "volontaires" à l'immigration.
- **19 Mars 1946** : La Martinique devient Département français.
- La Martinique par étapes successives change de statut et de **colonie en 1848**, elle devient avec la loi de décentralisation, **une Région en 1982**.
- Migrations successives de personnes nées en Afrique, de personnes nées en Inde et de personnes nées en Chine

Caractéristiques sociodémographiques (1/2)

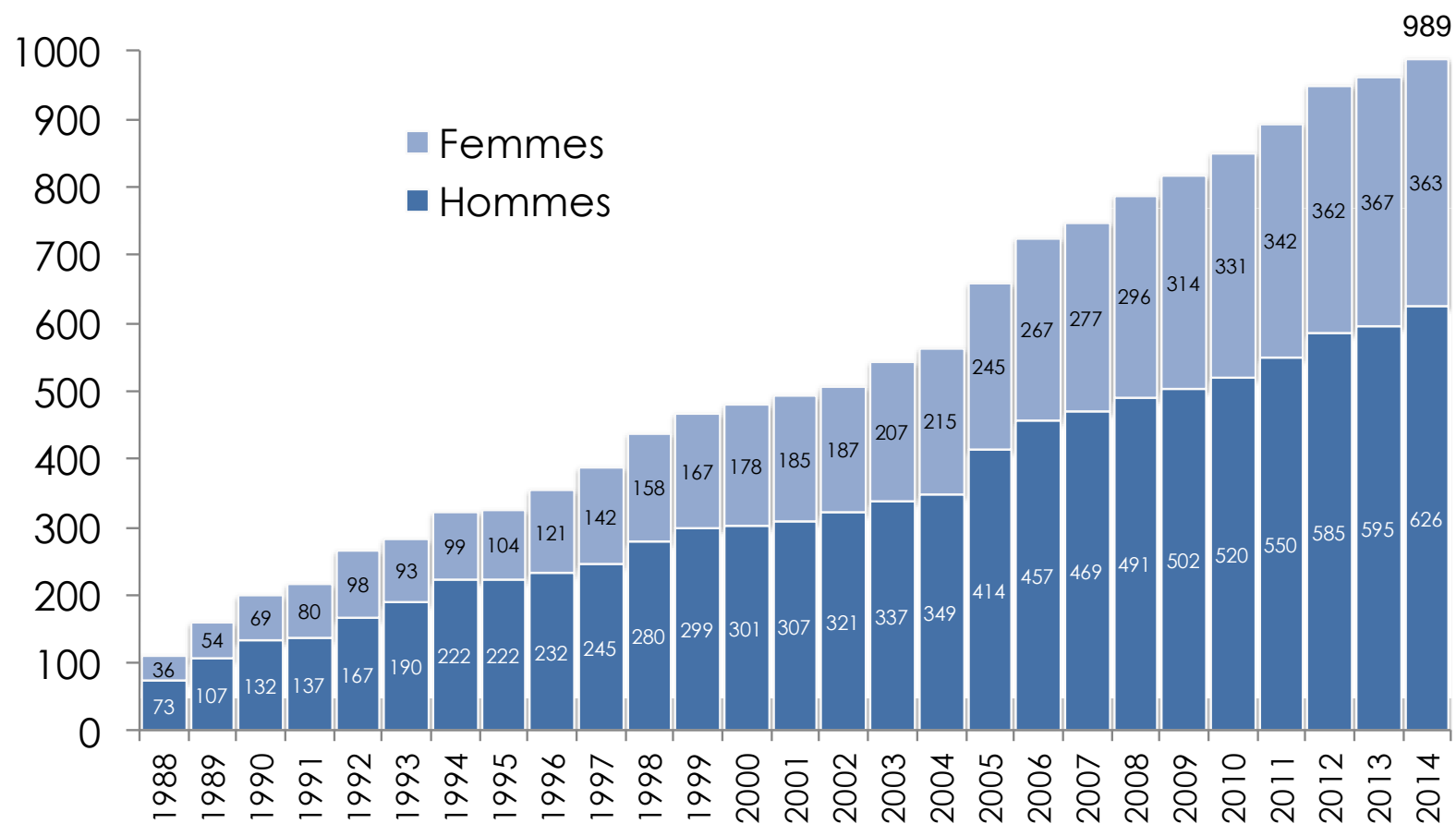
	Martinique	Guadeloupe	Saint-Martin	La Réunion	Mayotte
Superficie	1.128 km ²	1.628 km ²	87 km ² (53 excl Sint Maarten))	2 503 Km ²	374 km ²
Nombre d' îles	1	Archipel: 3 dépendances (Les Saintes, la Désirade, Marie-Galante)	1* * Saint Barthélemy	1	2
Population	386.486 (2013)	405 739 (2013)	36 992 (2011)	840 974 (2015)	212 645 (2012)
Langues parlées	Français	Français, Créole	Français, créoles, anglais, espagnol	Français Créole	Français Shi-mahorais
Caractéristiques démographiques principales	Taux important de vieillissement de la population	<p>↘ Taux Natalité: 12,9° /° °</p> <p>↗ vieillissement: <20 ans = 28% (22% en 2040) >60 ans = 20% (40% en 2040)</p>	<p>Taux Natalité: 26° /° °</p> <p><20 ans = 36,7% >60 ans = 8%</p>	Transition démographique non atteinte , <25 ans = 41%	Département le plus jeune de France, <25 ans = 50%

Caractéristiques sociodémographiques (2/2)

	Martinique	Guadeloupe	Saint-Martin	La Réunion	Mayotte
Solde migratoire	Négatif	Négatif (-0,5%)	Inévaluable Irréguliers ++	Négatif	Négatif
Population selon le lieux de naissance	85 % nés en Martinique 10% nés en métropole, 1,7% dans un autre DOM/COM 0,3% dans un autre pays de l' UE et 3% dans un autre pays (dont Caraïbe/ Chine/ Inde).	Taux d'étrangers = 4,3% (vs 5,9% en métropole) 2^{ème} taux des DOM (Guyane : 35,5%) 88,4% des étrangers originaires du bassin caribéen (Haïtiens:66%, Dominicains: 18,4%)	Taux d'étrangers = 33,5% % des étrangers originaires du bassin caribéen (Haïtiens:47%)	15 000 étrangers seulement : taux le plus faible de France (couples mixtes essentiellement)	40 % de population étrangère , essentiellement comorienne et africaine, le plus souvent en situation irrégulière (kwasa)
Bénéficiaire des minimas sociaux	Au 31.12.2011 RSA: 19,2% de la population (vs 6,3% en France continentale) Allocataires de l'Allocation de solidarité Spécifique: 2,6% (vs 0,8%) Bénéficiaires de la CMUC: 23,9% (vs 4,5%)	11,5% de la pop. générale (vs 3,2% en France continentale)	2818 bénéficiaires du RSA	* 42 % de la population vit au dessous du seuil de la pauvreté * 198 500 bénéficiaires du RSA	92% de sa population vivrait sous le seuil de pauvreté métropolitain: le RSA ne se monte qu'à 37,5% du montant appliqué en métropole ou à la Réunion voisine
Taux de chômage	2013 : 22,8 % 15-24 ans : 68,2% 25-49 ans : 23,3%	2013 : 26,2 % F>H (28,3 vs 24,1%) 15-24 ans, 59,7% 25-49 ans, 29,3% 50-64 ans, 13,7% 32,4%(Non diplômés)vs 11%(BAC+2)	* Population générale : 27,3 % Travail illégal+++	* Population générale : 29 % * 15-25 ans : 64 %	19,5 % en population générale, taux encore non validé chez les jeunes

Données épidémiologiques Martinique

Figure 1: Evolution du nombre de patients suivies par année (depuis 1988), selon le sexe



Données épidémiologiques Martinique

Figure 2: Description des patients par âge et par sexe

Tranche d'âge	Homme 51 ans		Femme 48 ans		Total 49 ans	%
	Nombre	%	Nombre	%		
15-19	2	0,32	1	0,28	3	0,30
20-29	43	6,87	35	9,64	78	7,89
30-39	72	11,50	61	16,80	133	13,45
40-49	174	27,80	110	30,30	284	28,72
50-59	211	33,71	91	25,07	302	30,54
60-69	85	13,58	45	12,40	130	13,14
70-79	32	5,11	19	5,23	51	5,16
80 et plus	7	1,12	1	0,28	8	0,81
Total général	626		363		989	

1,7

Données épidémiologiques Martinique

Figure 4: Distribution par mode de contamination et selon le sexe

Transmission	Homme		Femme		Total	%
	Nombre	%	Nombre	%		
Hétérosexuel	329	52,56	342	94,21	671	67,85
Homo/bisexuel	262	41,85	3	0,83	265	26,79
IVDU	16	2,56	3	0,83	19	1,92
Transfusé	1	0,16	4	1,10	5	0,51
Inconnu	9	1,44	7	1,93	16	1,62
Hémophile	6	0,96	2	0,55	8	0,81
Materno-fœtale	2	0,32	1	0,28	3	0,30
AES	1	0,16			1	0,10
Autre			1	0,28	1	0,10
NR	0			0	0	
Total général	363		626		989	

Figure 5: Durée de séropositivité en année des patients suivis dans la cohorte

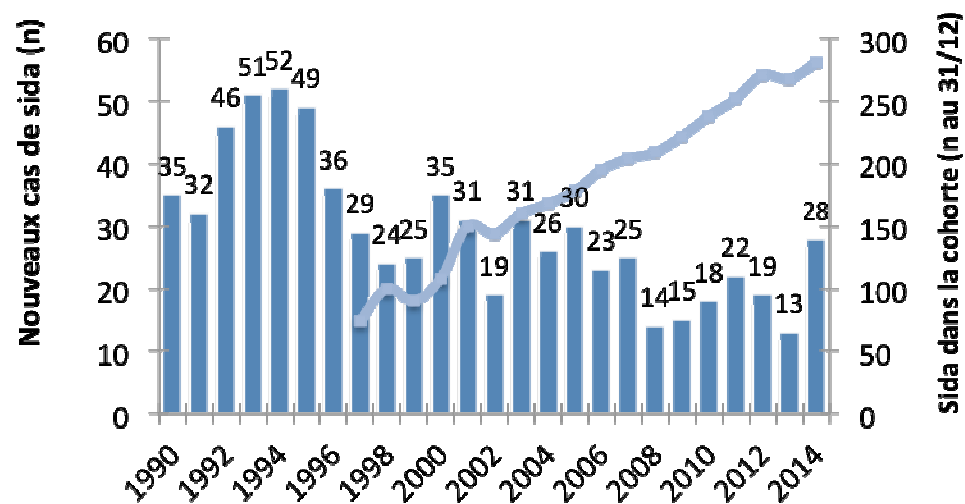
Médiane: 11 ans, Q1: 5 ans, Q3: 19 ans

Données épidémiologiques Martinique

Figure 6: Distribution des patients selon le pays de naissance

Pays	Homme		Femme		Total	%
	Nombre	%	Nombre	%		
FRANCE	545	87,06%	279	76,85%	824	83,06%
HAÏTI	37	5,91	49	13,50	86	8,70
SAINTE-LUCIE	7	1,12	8	2,20	15	1,52
REPUBLIQUE DOMINICAINE	1	0,16	9	2,48	10	1,01

Figure 7: Evolution du nombre de nouveaux cas de Sida



Données épidémiologiques Martinique

Figure 8: Durée de séropositivité en années des nouveaux cas de Sida

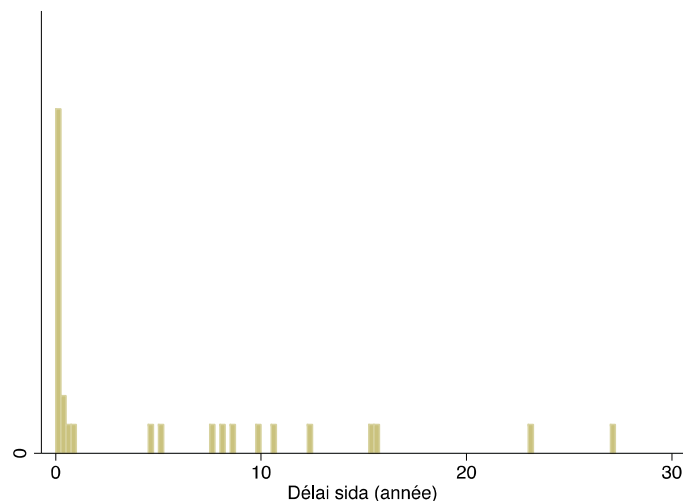
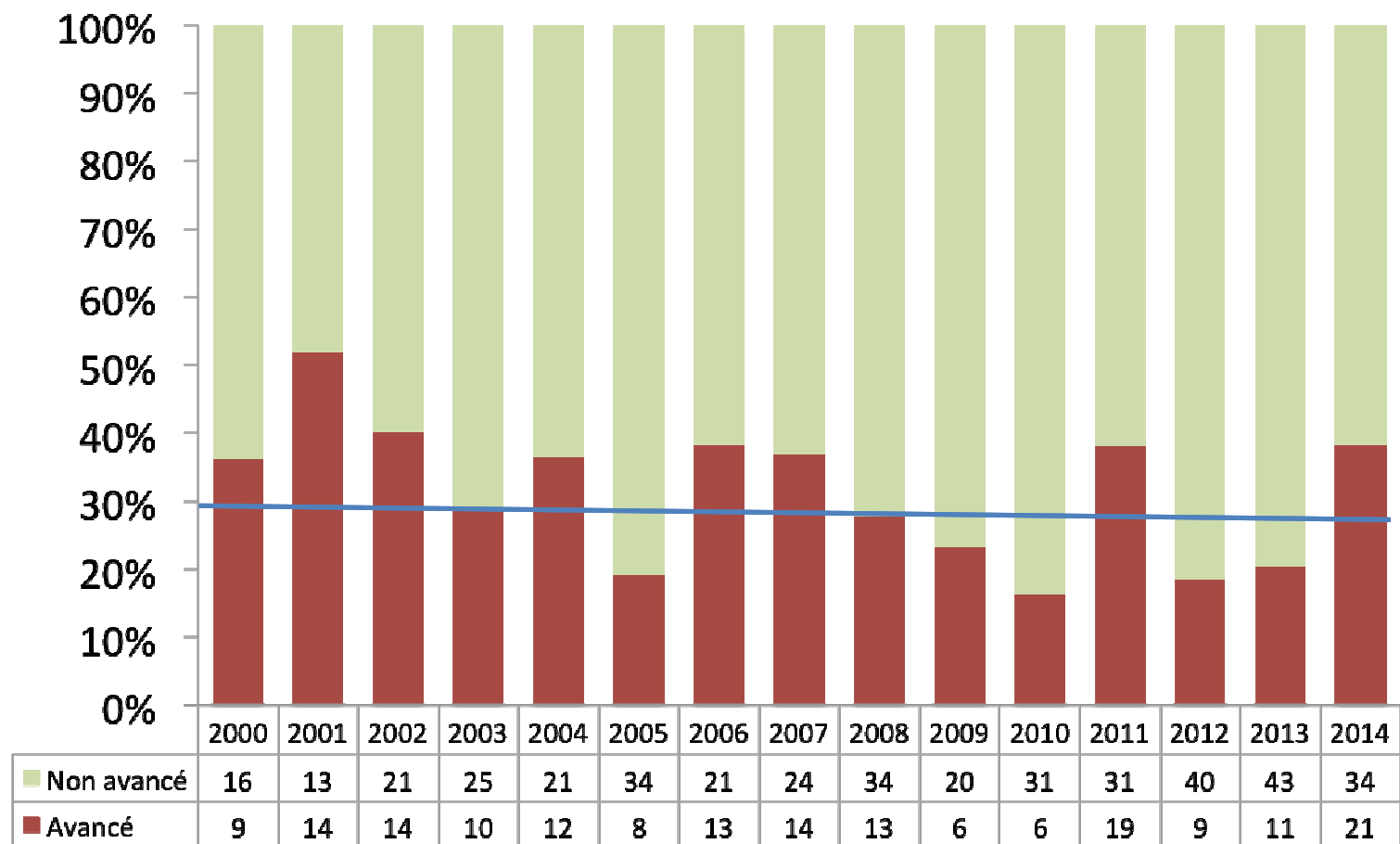


Figure 9: Distribution du mode de contamination présumé des patients diagnostiqués dans l'année

Transmission	Homme		Femme		Total	%
	Nombre	%	Nombre	%		
Hétérosexuel	15	41,67	18	90,00	33	56,93
Homo/bisexuel	17	47,22	0		17	30,36
Autre	4	11,11	2	10,00	6	10,71
Total général	36		20		56	

Données épidémiologiques Martinique

Figure 10: Part des diagnostics à un stade avancé* chez les nouveaux dépistés



* CD4<200/mm³ et/ou Sida au diagnostic ou dans les 3 mois suivants

Données épidémiologiques Martinique

Figure 13: Niveaux de CD4 et statut thérapeutique des patients en cours de suivi

	Traitement en cours	En arrêt de traitement	Jamais traité	Total
>500	593 (96%)	15 (2%)	11 (2%)	619 (100%) 65%
350 - 500	172 (93%)	12 (6%)	2 (1%)	186 (100%) 19%
200-350	91 (89%)	6 (6%)	5 (5%)	102 (100%) 10%
< 200	62 (82%)	10 (13%)	4 (5%)	76 (100%) 6%
Total	918 (94%)	43 (4%)	22 (2%)	983 (100%) 100%

Données épidémiologiques Martinique

Figure 14: Répartition du taux d'ARN VIH plasmatique (copies/ml) (patients traités ou non)

copies/ml	n	%
> 30 000	42	4
10 000 – 30 000	19	2
1000- 10 000	44	4
400 - 1000	16	2
51 - 400	55	6
< 50	807	82

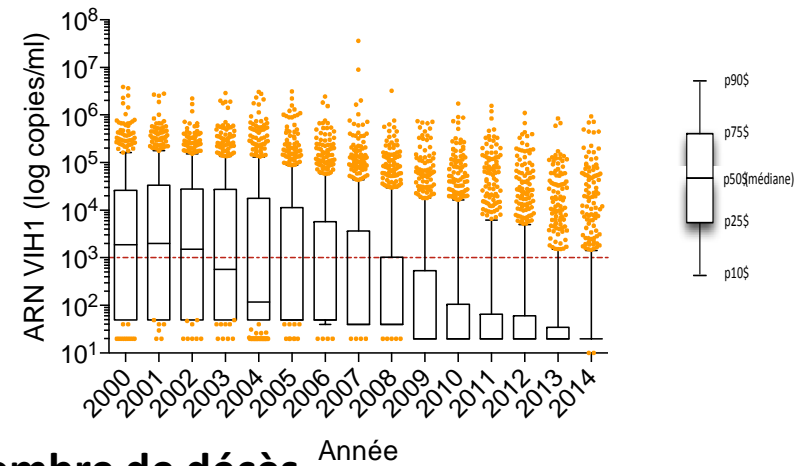
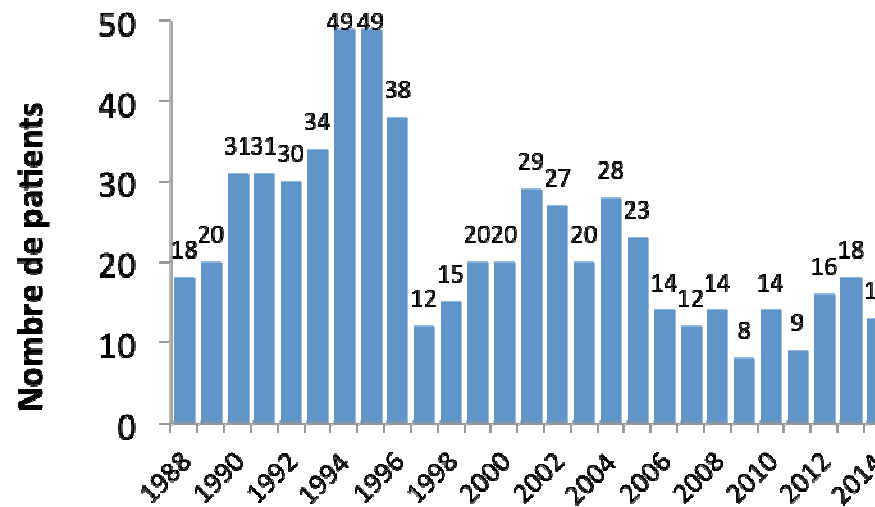


Figure 15: Evolution du nombre de décès



Données épidémiologiques Martinique

Figure 11: Nombre de tests (VIH, VHB, VHC) réalisés en CDAG et nombre de résultats positifs

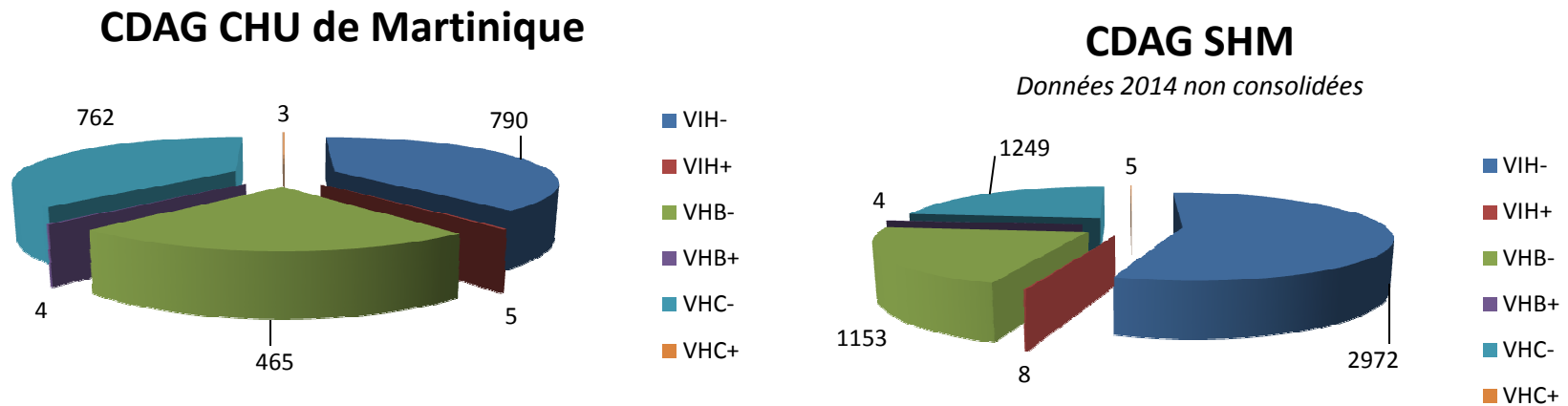


Figure 12: Nombre de Trods réalisés par année et nombre de résultats positifs, depuis 2 années par AIDES territoire d'action Martinique

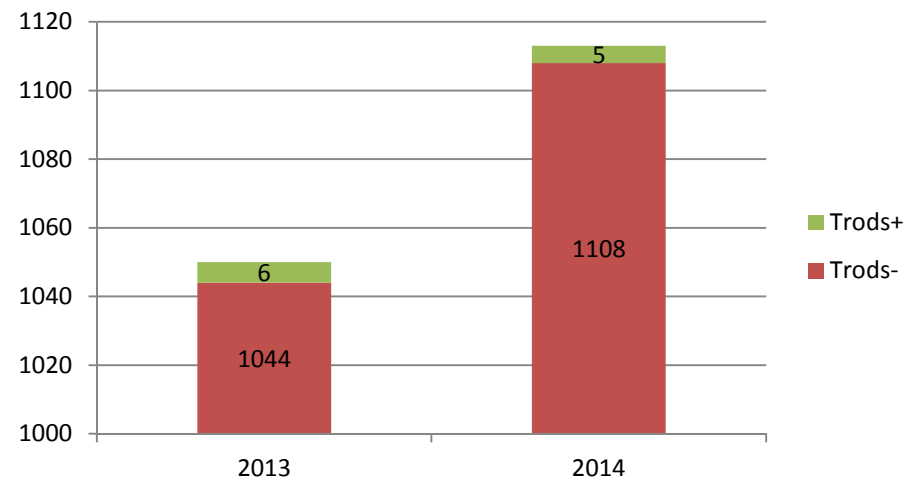


Figure 16: Principaux lieux de dépistage des personnes diagnostiquées

- CDAG du CHU de Martinique (centre) + antenne CDAG à l'unité sanitaire
- CDAG/ CIDDIST de la Société d'hygiène de la Martinique (centre)
- Permanence « Trod » au local de l'association AIDES territoire d'action Martinique (centre)
- Bus de prévention et de dépistage de l'association AIDES territoire d'action Martinique
- Ouverture en 2015, d'une antenne CDAG/ CIDDIST à la ville de Saint-Pierre (Nord) et à la ville du Marin (Sud)
- Dépistage du VIH, des hépatites virales, HTLV1 et de la Syphilis à l'unité sanitaire du CHU de Martinique, au Centre pénitentiaire de Ducos.

Nombre d'études/ cohortes en cours et nombre de patients inclus

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| - ANRS 162 4D: 3 | - Inserm Fracture FDH: 26 |
| - ANRS C021 Codex: 3 | - ANRS C06 Primo: 51 |
| - ANRS C09 Copana: 5 | - GX-FR-177-0135 Story: 8 |
| - ANRS C019 Coverte | - ChikVIH: 128 |
| - ANRS 147 Optiprim: 3 | |

Données épidémiologiques - Conclusion Martinique

- Transmission principalement **hétérosexuelle**. 47% **des transmissions sexuelles** sont des **relations homo/ bisexuelles**
- File active essentiellement **masculine** - Tranche d'âge la plus touchée: **50 – 59 ans**
- 94% de la file active est traité
- File active principalement composée de **personnes nées en France** (83%), peu d'effet des flux migratoires sur la transmission du VIH en Martinique
- Part encore **trop élevée de diagnostics à un stade avancé (21%)** chez les nouveaux dépistés. Nécessité de **renforcement de l'offre et de l'accès au dépistage** en population générale et dans les publics ciblés
- **50 à 60 personnes dépistées positive** pour le VIH annuellement en moyenne
- Grande vulnérabilité sociale des PVVIH en Martinique
- Le sida reste une maladie « **honteuse** » et les personnes atteintes continuent a souffrir de **rejet, de discrimination, de stigmatisation et de solitude**
- La prise en charge multidisciplinaire, l'éducation thérapeutique, et l'accompagnement psychologique et social sont plus que jamais indispensables pour une prise en charge efficace et de qualité

Guadeloupe/ Saint-Martin



Un peu d'histoire | Guadeloupe

- **≅ 300 av JC** : premiers amérindiens puis **les Arawaks**, peuple pacifique de chasseurs cueilleurs, exterminés durant le IX^e siècle par les **Caraïbes**, originaires d'Amazonie; ces derniers baptisent l'île du nom de **Karukera**, « l'île aux belles eaux ».
- Découverte le **04 novembre 1493**, par **Christophe Colomb**
- La Guadeloupe redevient administrativement française de 1763 à 1794. Elle est dotée d'une assemblée coloniale acquise aux intérêts des planteurs en 1787, provoquant ainsi une forte croissance du nombre **d'esclaves** (près de 9 000) dans les années qui suivent.
- **Abolition de l'esclavage définitif en mai 1848.**
- **Le 19 mars 1946**, La Guadeloupe devient un département français d'Outre-mer (DOM).
- Suite à la **loi du 31 décembre 1982**, la Guadeloupe obtient le statut de **région monodépartementale**. **En mars 2003**, la loi constitutionnelle relative à l'organisation décentralisée de la République instaure la possibilité d'évolutions statutaires des collectivités ultra-marines.: **Saint-Martin et Saint-Barthélemy** optent pour devenir des **Collectivités d'Outre-mer (02/2007)** = COM alors que la Guadeloupe continentale avec ses dépendances conserve son **statut de DROM** (référendum 2003).

Caractéristiques sociodémographiques (1/2)

	Martinique	Guadeloupe	Saint-Martin	La Réunion	Mayotte
Superficie	1.128 km ²	1.628 km²	87 km² (53 excl Sint Maarten))	2 503 Km ²	374 km ²
Nombre d' îles	1	Archipel: 3 dépendances (Les Saintes, la Désirade, Marie-Galante)	1* * Saint Barthélemy	1	2
Population	386.486 (2013)	405 739 (2013)	36 992 (2011)	840 974 (2015)	212 645 (2012)
Langues parlées	Français	Français, Créole	Français, créoles, anglais, espagnol	Français Créole	Français Shi-mahorais
Caractéristiques démographiques principales	Taux important de vieillesse ment de la population	↘ Taux Natalité: 12,9° /° ° ↗ vieillissement: <20 ans = 28% (22% en 2040) >60 ans = 20% (40% en 2040)	Taux Natalité: 26° /° ° <20 ans = 36,7% >60 ans = 8%	Transition démographiq ue non atteinte , <25 ans = 41%	Départemen t le plus jeune de France, <25 ans = 50%

Caractéristiques sociodémographiques (2/2)

	Martinique	Guadeloupe	Saint-Martin	La Réunion	Mayotte
Solde migratoire	Négatif	Négatif (-0,5%)	Inévaluable Irréguliers ++	Négatif	Négatif
Population selon le lieux de naissance	85 % nés en Martinique 10% nés en métropole, 1,7% dans un autre DOM/COM 0,3% dans un autre pays de l' UE et 3% dans un autre pays (dont Caraïbe/ Chine/ Inde).	Taux d'étrangers = 4,3% (vs 5,9% en métropole) 2^{ème} taux des DOM (Guyane : 35,5%) 88,4% des étrangers originaires du bassin caribéen (Haïtiens:66%, Dominicains: 18,4%)	Taux d'étrangers = 33,5% % des étrangers originaires du bassin caribéen (Haïtiens:47%)	15 000 étrangers seulement : taux le plus faible de France (couples mixtes essentiellement)	40 % de population étrangère , essentiellement comorienne et africaine, le plus souvent en situation irrégulière (kwasa)
Bénéficiaire des minimas sociaux	Au 31.12.2011 RSA: 19,2% de la population (vs 6,3% en France continentale) Allocataires de l'Allocation de solidarité Spécifique: 2,6% (vs 0,8%) Bénéficiaires de la CMUC: 23,9% (vs 4,5%)	11,5% de la pop. générale (vs 3,2% en France continentale)	2818 bénéficiaires du RSA	* 42 % de la population vit au dessous du seuil de la pauvreté * 198 500 bénéficiaires du RSA	92% de sa population vivrait sous le seuil de pauvreté métropolitain: le RSA ne se monte qu'à 37,5% du montant appliqué en métropole ou à la Réunion voisine
Taux de chômage	2013 : 22,8 % 15-24 ans : 68,2% 25-49 ans : 23,3%	2013 : 26,2 % F>H (28,3 vs 24,1%) 15-24 ans, 59,7% 25-49 ans, 29,3% 50-64 ans, 13,7% 32,4%(Non diplômés)vs 11%(BAC+2)	* Population générale : 27,3 % Travail illégal+++	* Population générale : 29 % * 15-25 ans : 64 %	19,5 % en population générale, taux encore non validé chez les jeunes

**Données épidémiologiques
annuelles 2014 par Corevih**

Guadeloupe/ Saint Martin

Données épidémiologiques Guadeloupe/ Saint-Martin

Figure 1a: Evolution du nombre total des patients suivis par année selon le sexe depuis 1988
(données Nadis)

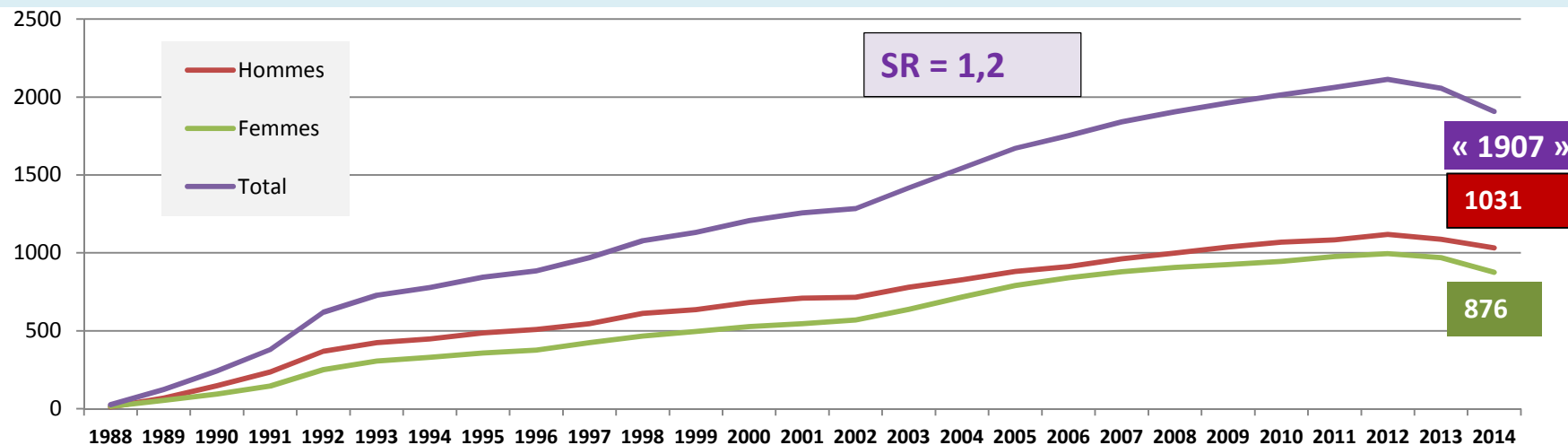


Figure 1b: cohorte CHU PAP

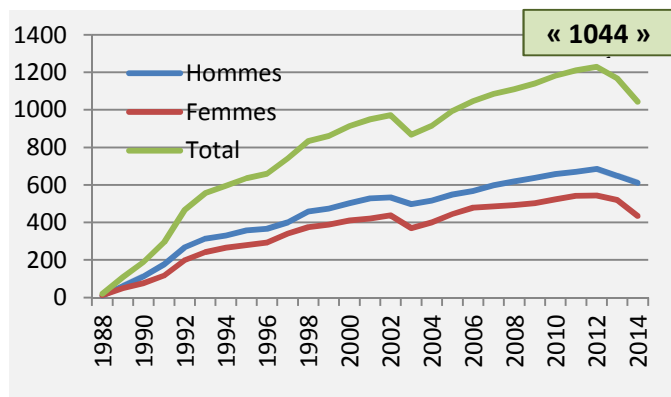


Figure 1c : cohorte CHG BT

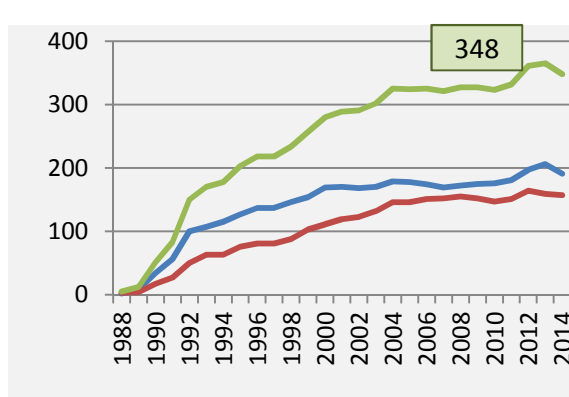
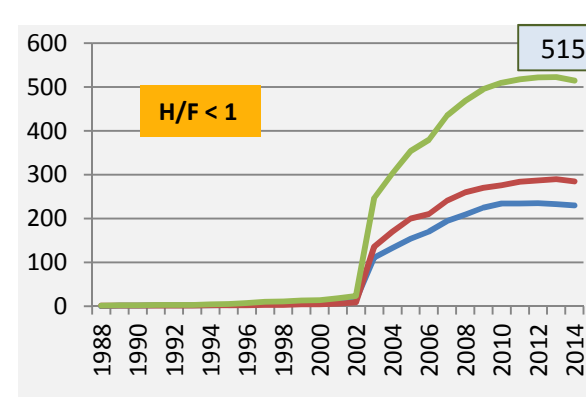
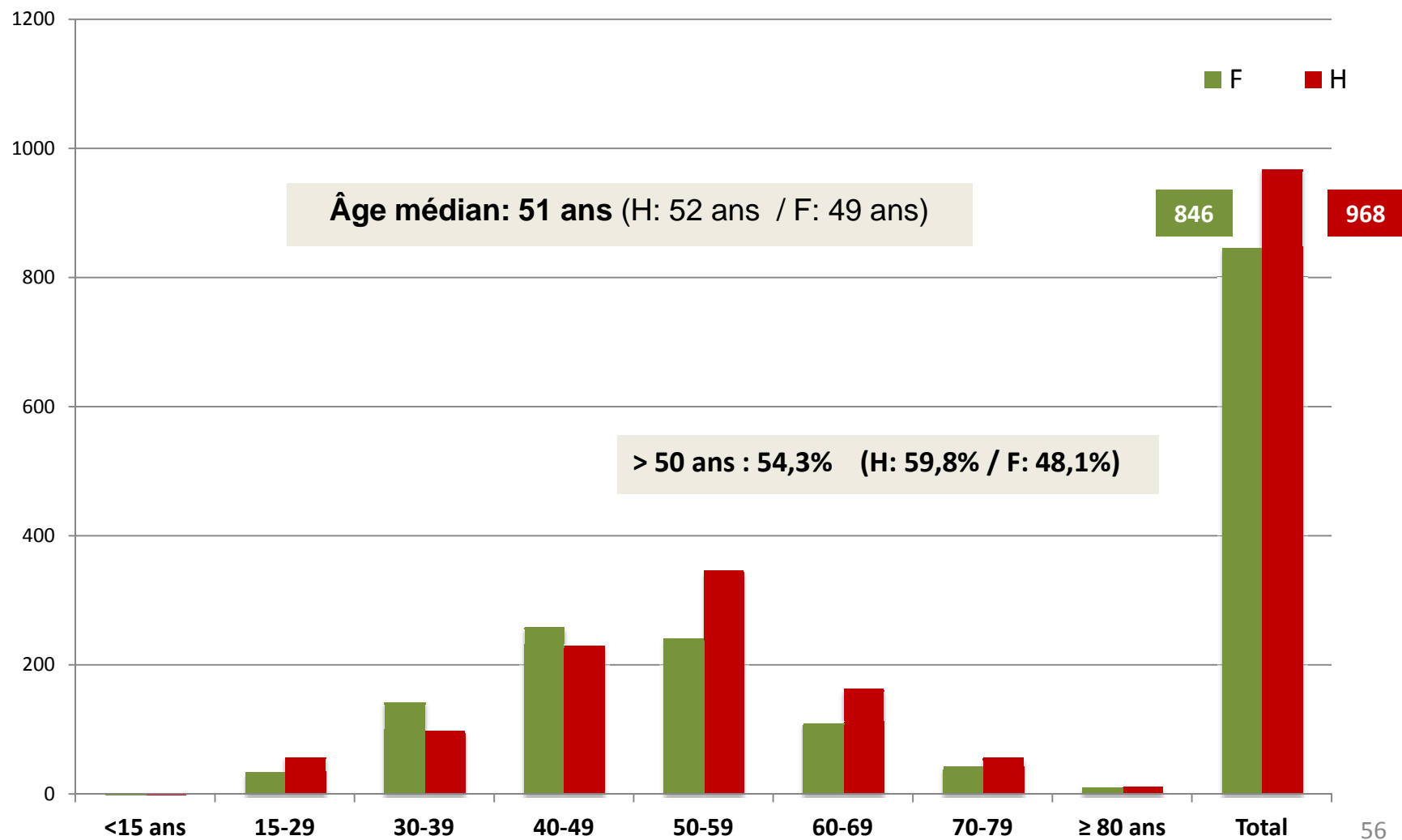


Figure 1d: cohorte CHG St Martin



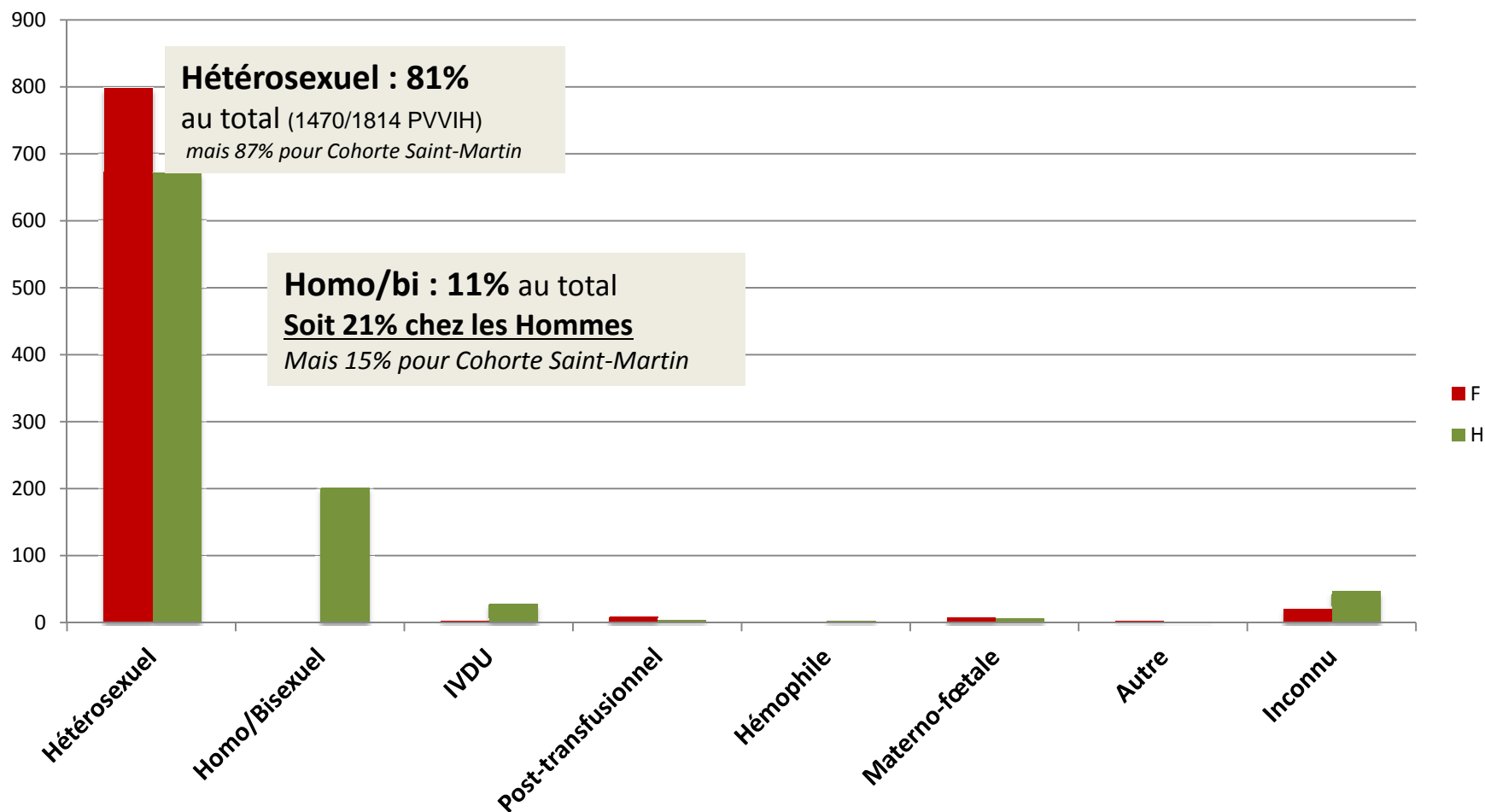
Données épidémiologiques Guadeloupe/ Saint-Martin

Figure 2: Répartition des patients de la cohorte 2014 par tranche d'âge et selon le sexe (N = 1814*pts)



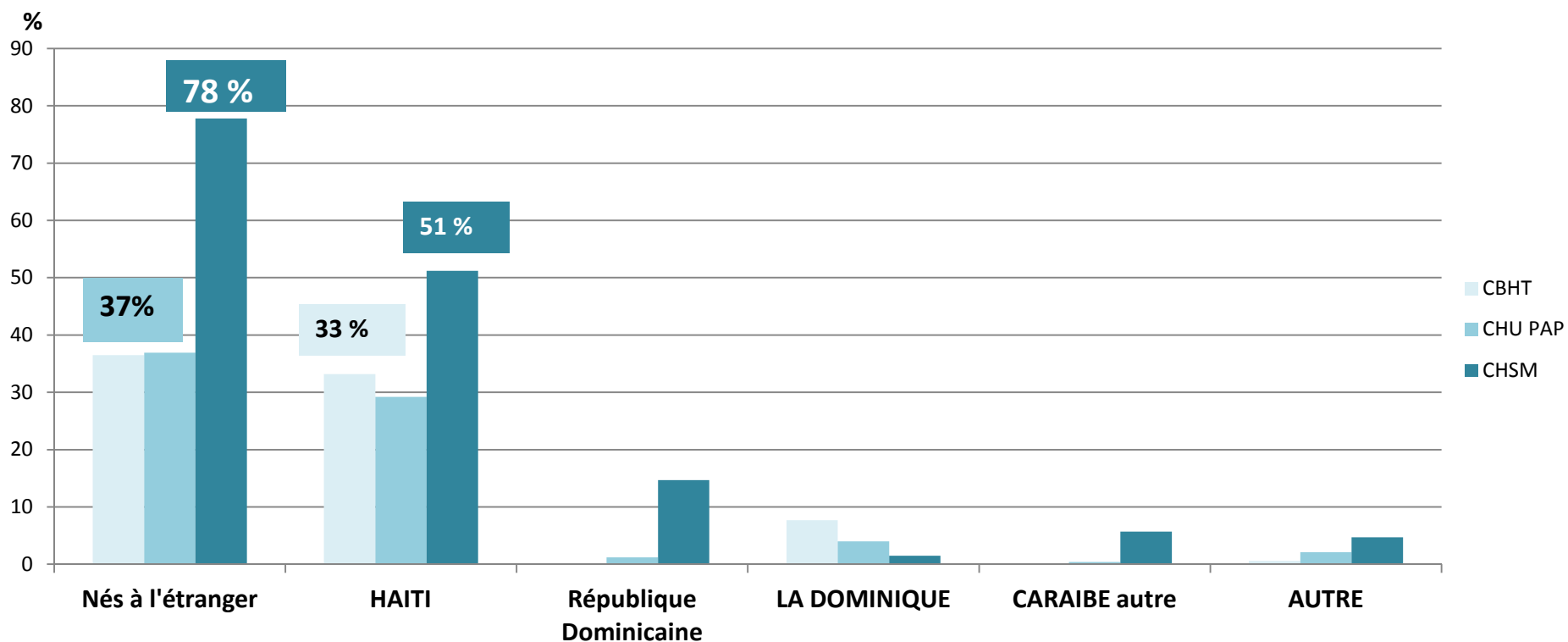
Données épidémiologiques Guadeloupe/ Saint-Martin

Figure 3 : Distribution par mode de contamination et selon le sexe



Données épidémiologiques Guadeloupe/ Saint-Martin

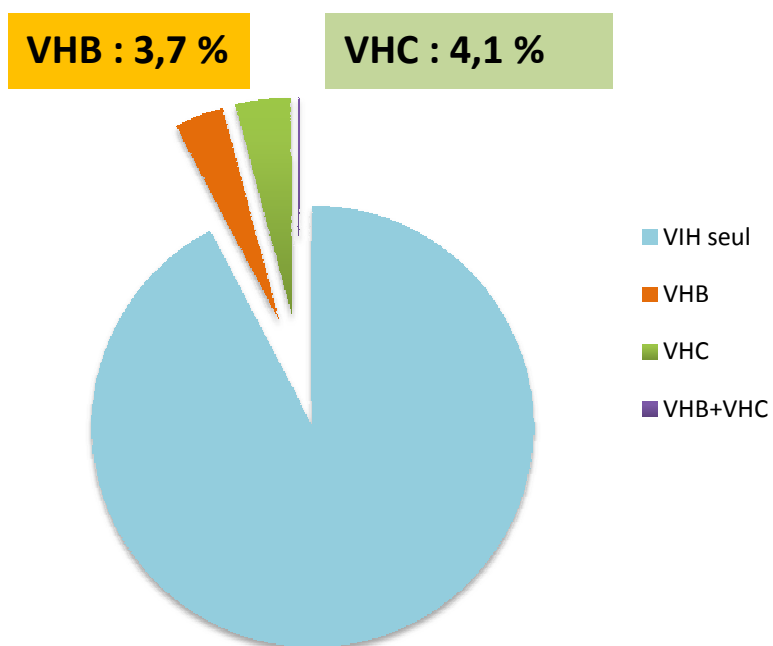
Figure 4 : Distribution des patients selon le pays de naissance



Durée de séropositivité en année des patients suivis dans la cohorte :
Médiane pour les PVVIH-H = 11 ans (« 0 » à 31 ans)
Médiane pour les PVVIH-F = 10 ans (« 0 » à 29 ans)

Données épidémiologiques Guadeloupe/ Saint-Martin

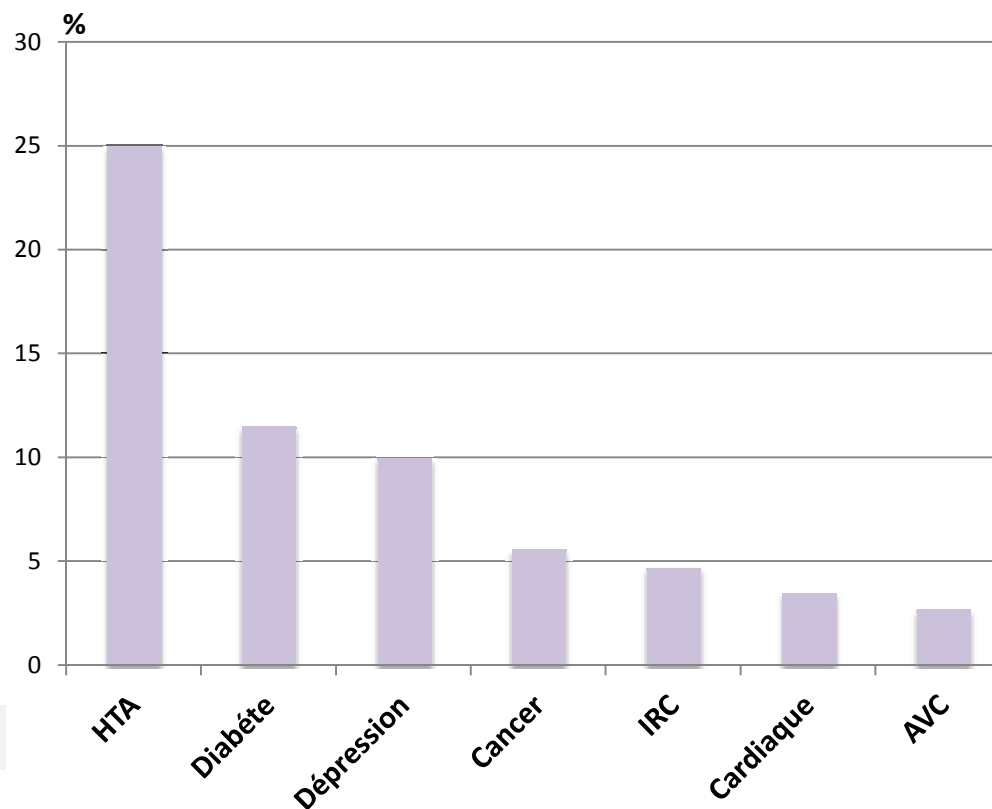
Figure 5 : PVVIH co-infectés VHB et/ou VHC :



Co-infectés HTLV1 : 81 PVVIH soit 5,8%

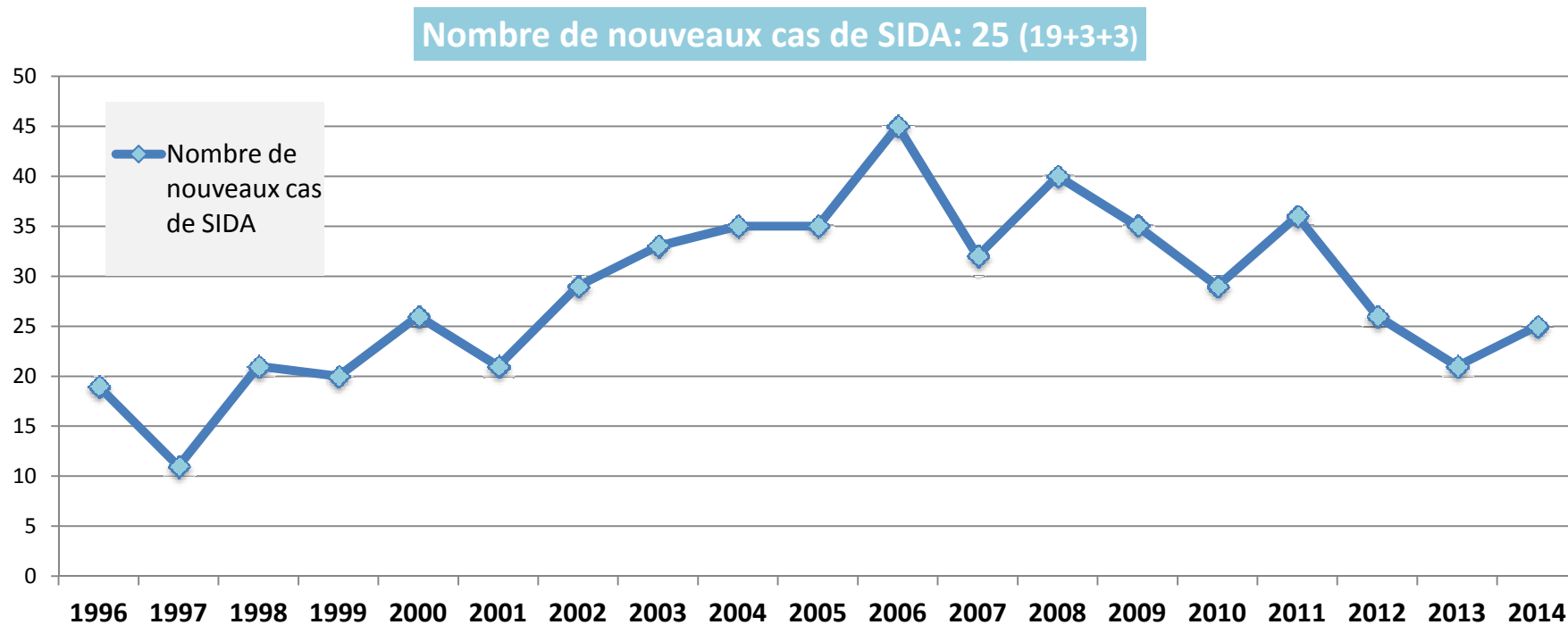
St-Martin: VHB = 3,3%, VHC = 2% et HTLV-1 = 5,3%

Figure 6 : Part des comorbidités prévalentes en 2014:



Données épidémiologiques Guadeloupe/ Saint-Martin

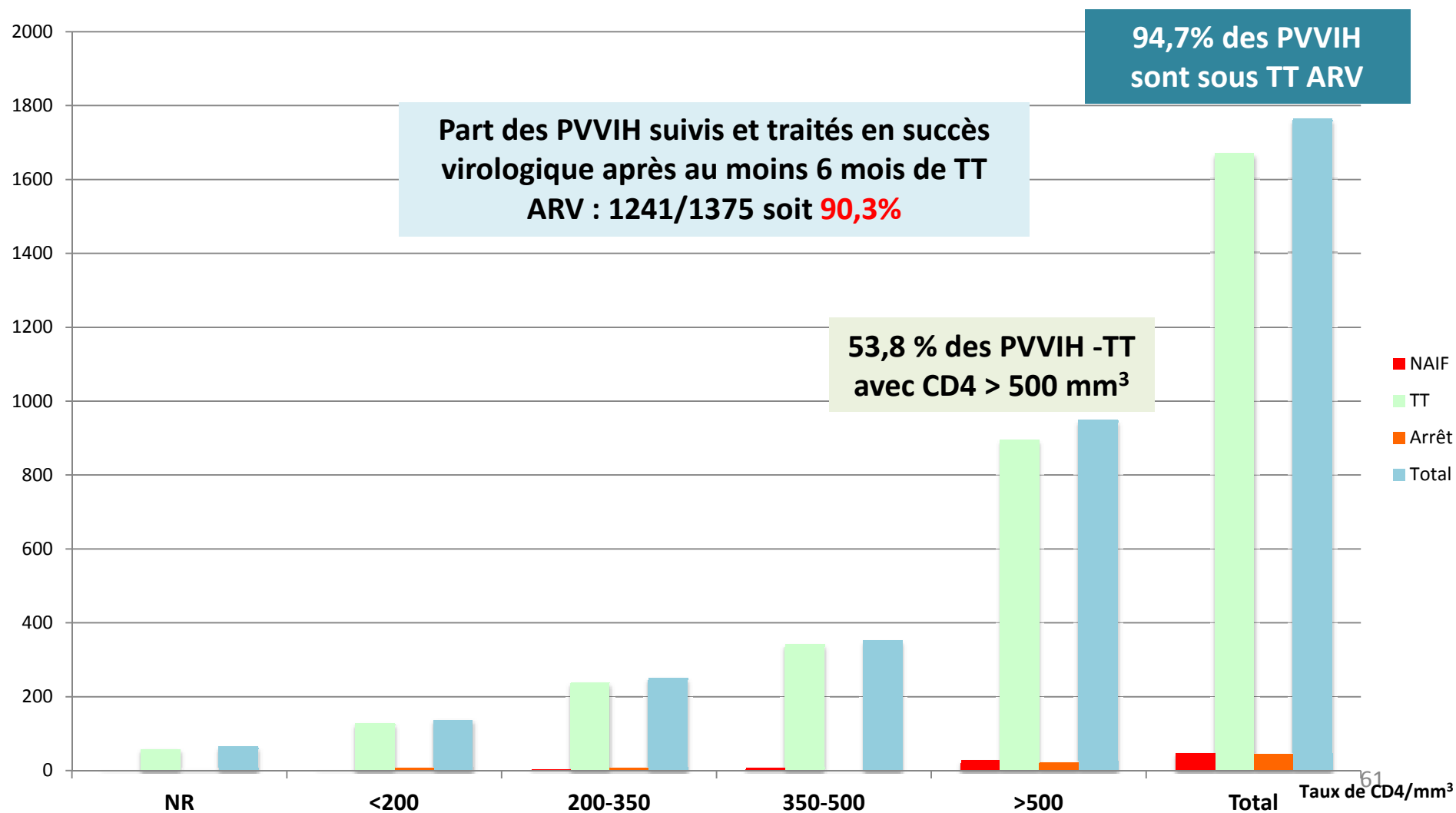
Figure 7: Evolution du nombre de nouveaux cas de Sida en 10 années



Nombre de décès en 2014 (d'après Nadis): 32 (20+7+5)

Données épidémiologiques Guadeloupe/ Saint-Martin

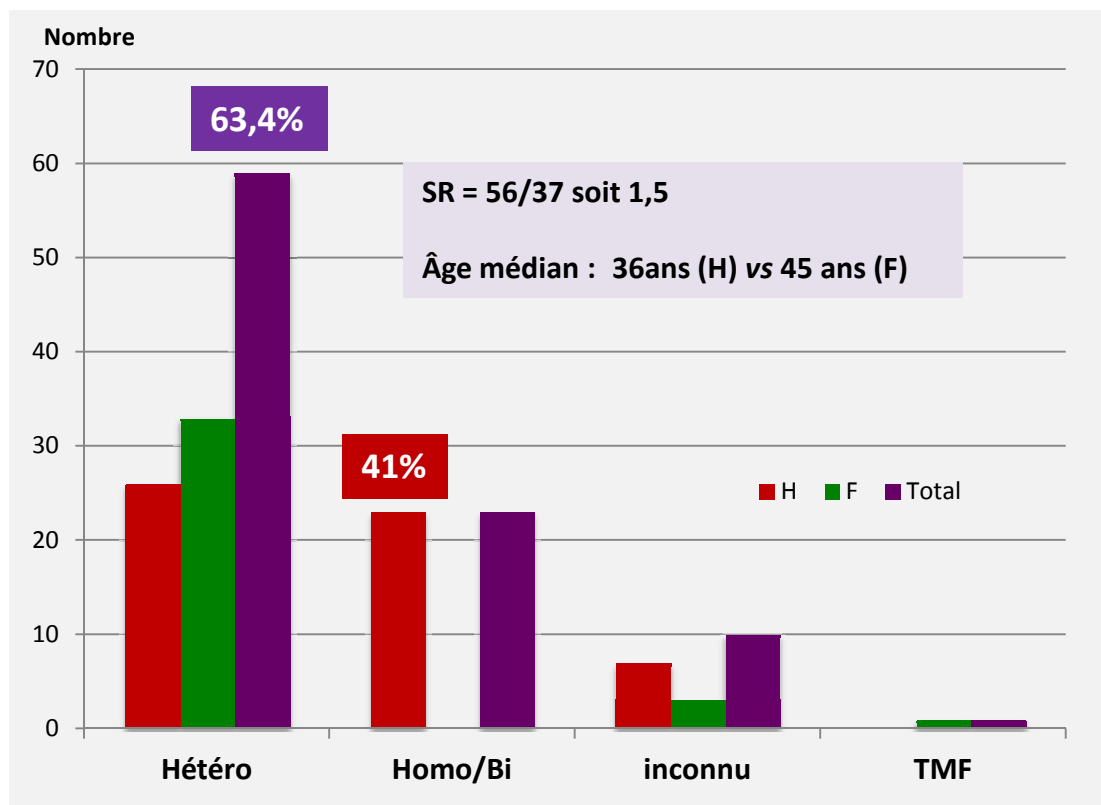
Figure 8 : Niveaux de CD4 et statut thérapeutique des patients en cours de suivi (FA: 1764 PVVIH)



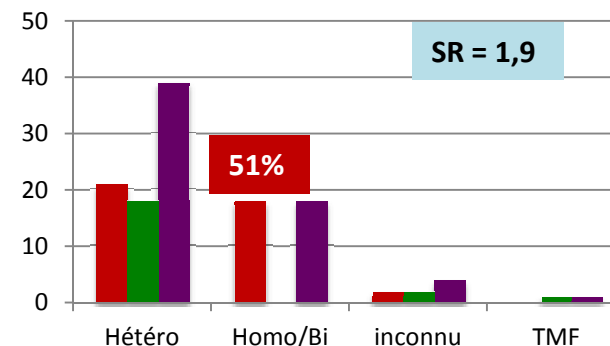
Données épidémiologiques Guadeloupe/ Saint-Martin

Figure 9 : Distribution du mode de contamination des patients nouvellement dépistés (PND):

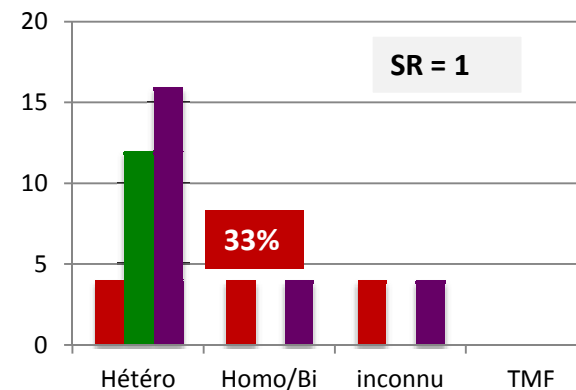
PND = 93 au TOTAL :



CHU PAP : PND = 62 (21F + 41H)



CH St-Martin : PND = 24 (12F + 12H)

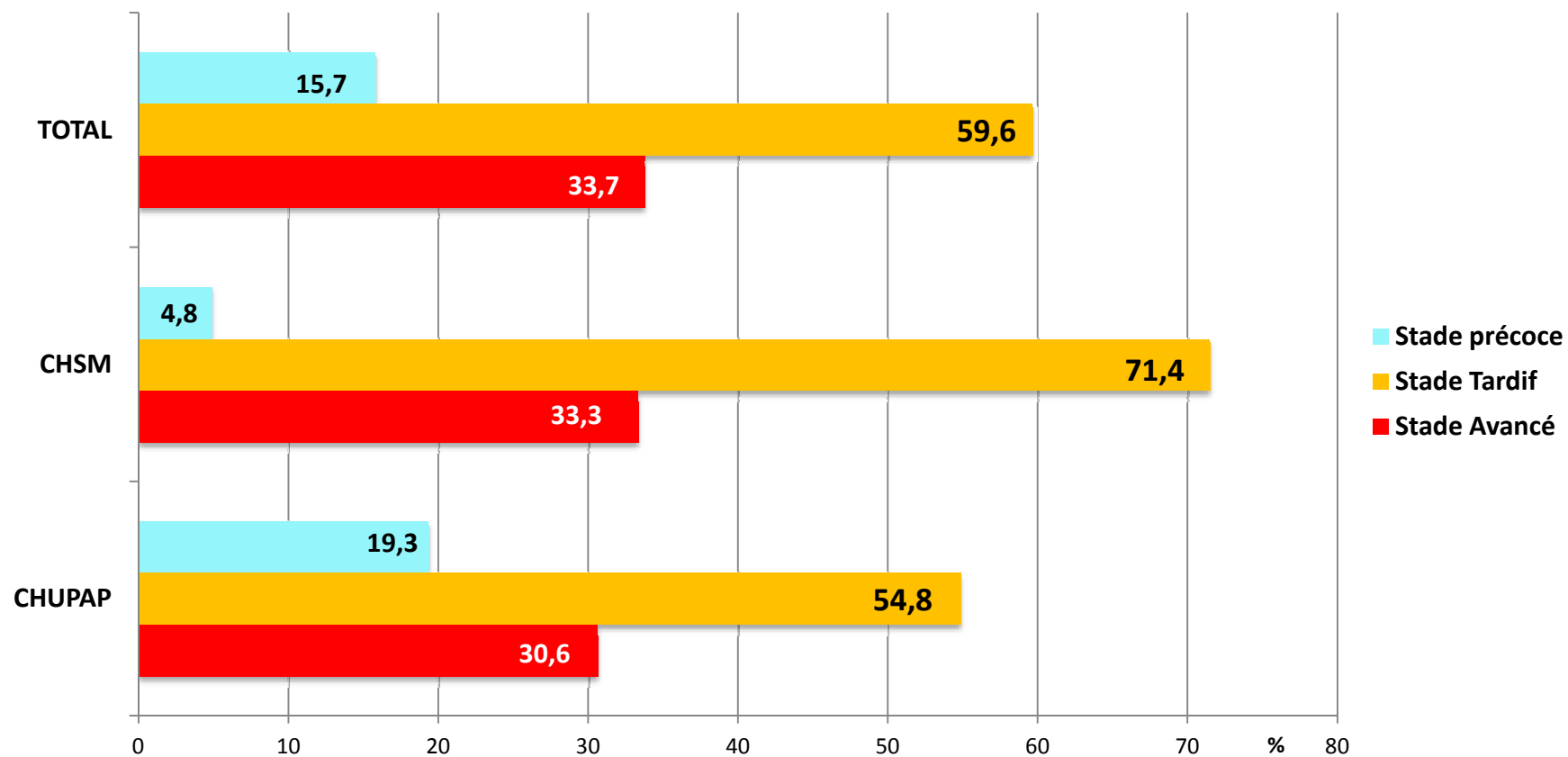


CH BT : PND = 7 (4F + 3H)

62

Données épidémiologiques Guadeloupe/ Saint-Martin

Figure 10: Part des diagnostics à un stade avancé et des dépistages tardifs parmi les PND (n = 89/93*)



Stade avancé : Sida et/ou CD4 <200/mm3
Stade Tardif : CD4 < 350/mm3
Stade précoce : CD4 ≥ 500/mm3

| Tableau 2 |

Caractéristiques cliniques et sociodémographiques des nouveaux cas d'Infection VIH* en Guadeloupe de 2005 à 2013

	Guadeloupe		France
	2005 - 2012 (n= 968)	2013** (n=53)	2013** (n=3484)
Age (année)			
<30	18%	15%	26%
30-39	27%	19%	31%
40-49	27%	17%	24%
>50	27%	49%	18%
Sexe			
Hommes	56%	57%	68%
Femmes	44%	43%	32%
Pays de naissance			
France	44%	48%	55%
Haiti	43%	35%	2%
Autres	13%	16%	44%
Non précisé	26%	42%	39%
Stades cliniques de dépistage			
Primo-infection	3%	3%	10%
Asymptomatique	53%	68%	65%
Symptomatique non sida	18%	13%	13%
Stade sida	26%	16%	12%
Non précisé	29%	42%	38%

* Découvertes de séropositivité, données brutes au 31/12/2013 non corrigées pour la sous-déclaration -

** Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

Nombre d' études / cohortes et nombre de patients inclus

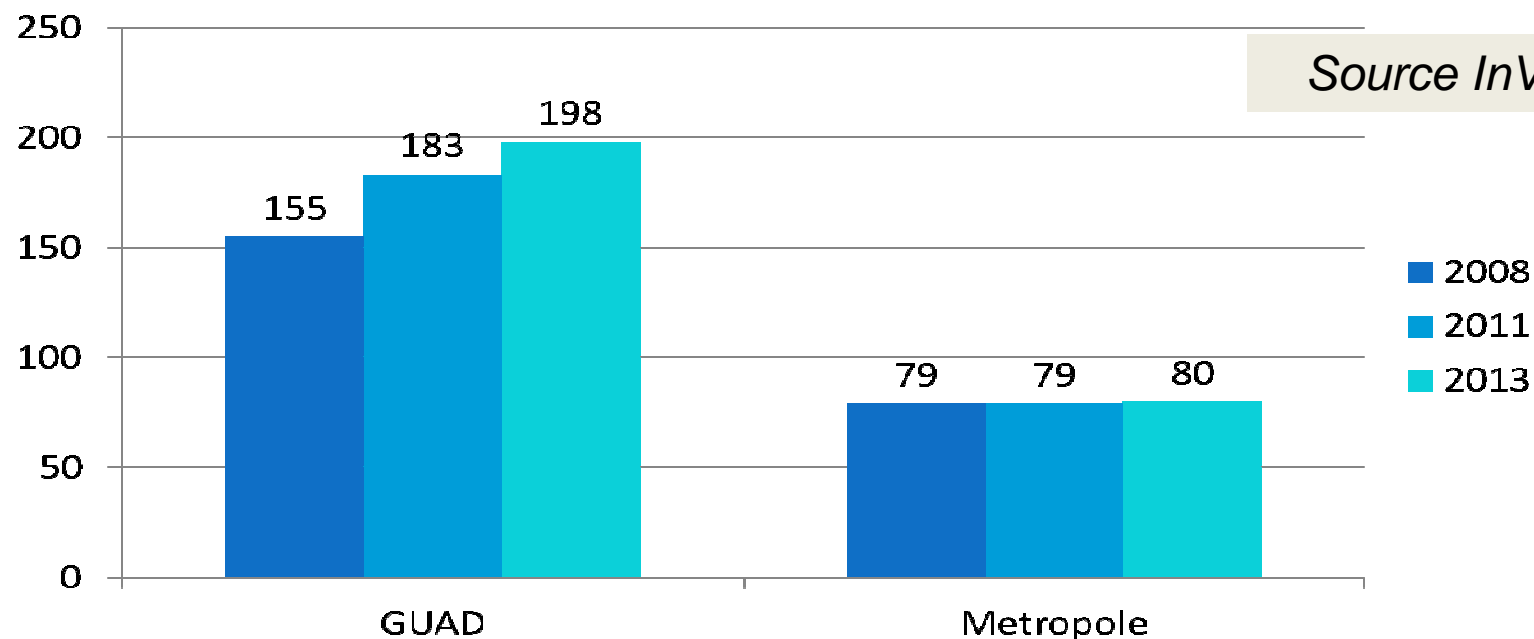
Vespa 2 ANRS	40
INNOVE (Roche)	2
PHRC TOXO	20
Opportunités	18
RACING (MSD)	3
Nouveaux patients CHU PAP	100
odyssée 2010	29
VESPA2 ANRS	232
OPTIPRIM	
Mortalité 2010 ANRS	
toxos 2006-10	2
DORISS	2
STORY	1
MULTIVIR2014	14
enquête SMS	18

Etude ETP/SMS/MAIL	
ChikVIH	93
FAST-TB	
Enquête péri-natale EPF ANRS CO1	
PRotovHB	
ASDXSZSA	
Etude DIVA - CRBC 01	
LYMPHOVIR ANRS CO 16	
Etude ANRS - OPPORTUNITES	32
Etude PREVENANCE	12
COVERTE ANRS CO 19 Enfants nés de mère VIH+	
Enquête Cancer anal DMI2 (Inserm U943)	
Enquête Insuffisance rénale (Inserm U720)	
Vespa 2	59
Etude HP2V	154

Dépistage en Guadeloupe

En 2013 la Guadeloupe est le département qui a le plus fort taux de dépistage

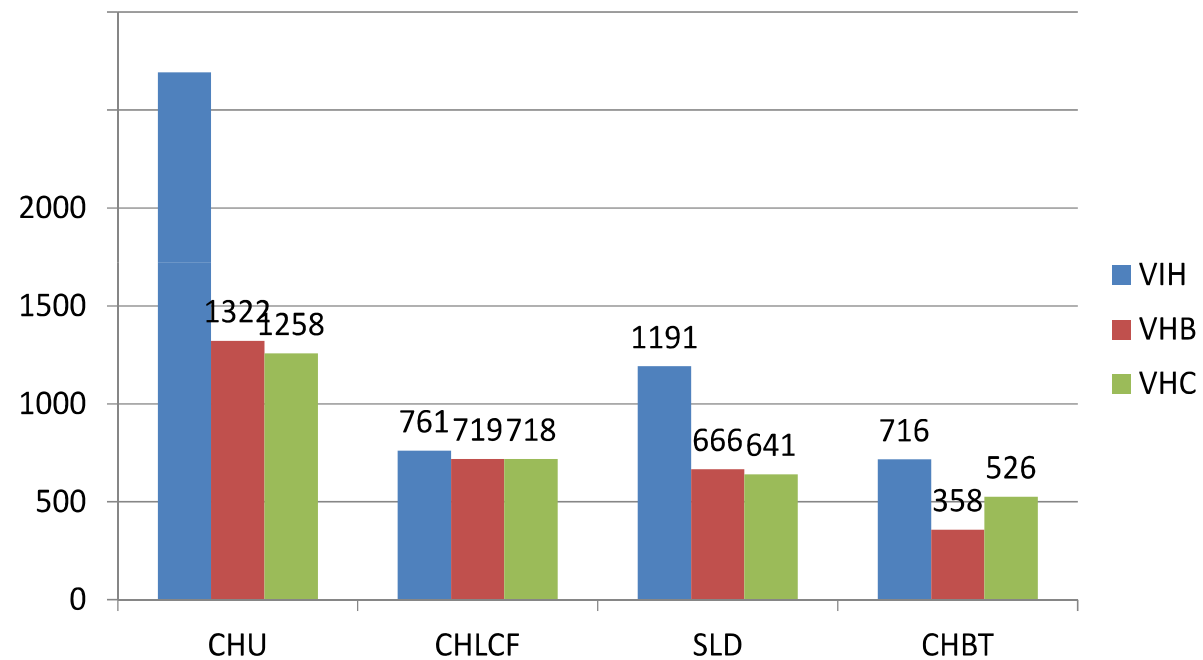
taux de tests VIH pour 1000 habitants



Guadeloupe	Saint Martin
<p>CIDDIST CHU et ses antennes (ucsa)</p> <p>CIDDIST CH Basse Terre et son antenne</p> <p>Association AIDES</p> <p>Permanences des PMI</p> <p><i>Association Maternité Consciente (nouvelle habilité)</i></p> <p><i>*Grands évènements de l'année (carnaval, tour cycliste...)</i></p>	<p>CIDDIST CH LC Fleming et dispensaires</p> <p>Centre de prévention santé Liaisons Dangereuses</p> <p>Association AIDES et bus dans les quartiers</p>

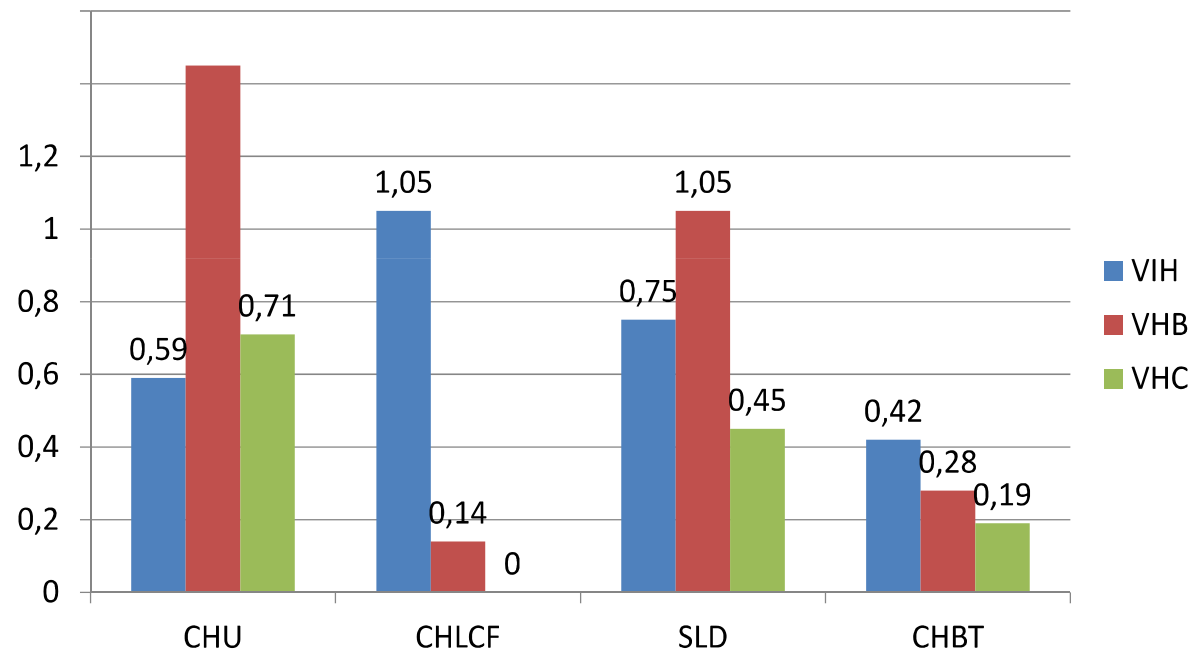
VIH-VHB-VHC en 2014

Nombre de tests par site



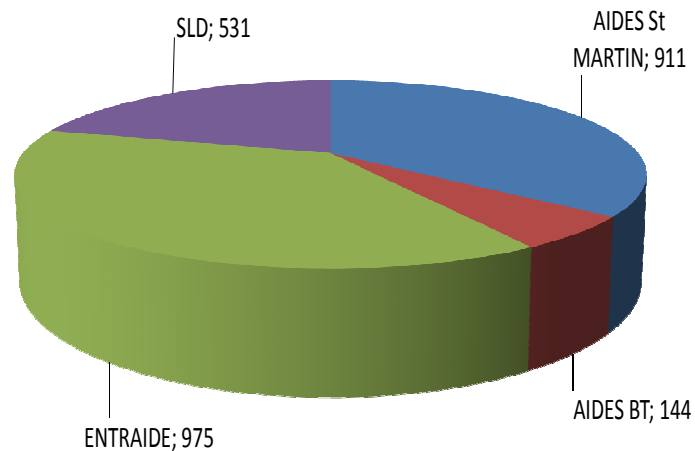
Pour le VIH les tests sont des tests ELISA sauf au CHBT: 600 TROD/716 tests

Prévalence (%tests + VIH, VHB, VHC) par site en 2014



Bilan TROD 2014

2561 TROD 2014
réalisés par associations



Résultats positifs et prévalence

	ENTRAIDE	SLD	AIDES BT	AIDES SXM	TOTAL SXM	TOTAL GPE
N Tests	975	531	144	911	1442	1118
N positifs	0	4*	0	10**	14	0
N indéterminé		1				
Prévalence		0,74%	0	1,09%	0,97%	0

**A AIDES 2 personnes connues séropositives, 2 personnes perdues de vue, 6 nouvelles prises en charge.

*A SLD 1 personne connue séropositive, 3 autres confirmées et nouvelles prises en charge

- Et aussi:
 - CIDDIST/CDAG : ??
 - En PMI: 188 TRODs réalisés (+ : 0)
 - Hors les murs: 384 réalisés au tour cycliste (+ : 0)

Pour rappel: % personnes vulnérables AIDES : 60,7%, SLD: 44,2%; ENTRAIDES 25%

Données épidémiologiques - Conclusion

Guadeloupe/ Saint-Martin

- Stabilisation COHORTE / FA depuis 2012: \approx 2000 -2100 PVVIH
- Deux situations épidémiques différentes : Guadeloupe « continentale » et St-Martin
- Transmission hétérosexuelle demeure prépondérante : **81% mais**
➔ part des Homo/Bi : **21% des hommes** (moins cependant à **St-Martin = 15%**)
- % des PVVIH > 50 ans plus important qu'en France hexagonale: **54% (H>F)**
- % des PVVIH nés à l'étranger important, surtout à St-Martin: **37%** en Guadeloupe continentale vs **78%** à St-Martin
- **95% de la file active traitée** : résultats quasi superposables actuellement à ceux de la France hexagonale : **90%** des PVVIH-TT ont une CV indétectable et **54%** des CD4 >500/mm³ (**2011: 96 /81/50%**)
- Nbre de PND stable : entre 90 et 100/an; ➔ Homo/bi (**CHUPAP:51% vs CHSM : 33%**)
- Part toujours très élevée de diagnostics à un stade tardif, surtout à St-Martin (**CHUPAP = 55% vs CHSM : 71%** vs 50% en « Métropole »)
- **Nécessité d'optimiser l'offre et l'accès au dépistage** en population générale et surtout vers les publics ciblés (précarité, Hommes > 50 ans +++....)

Données épidémiologiques

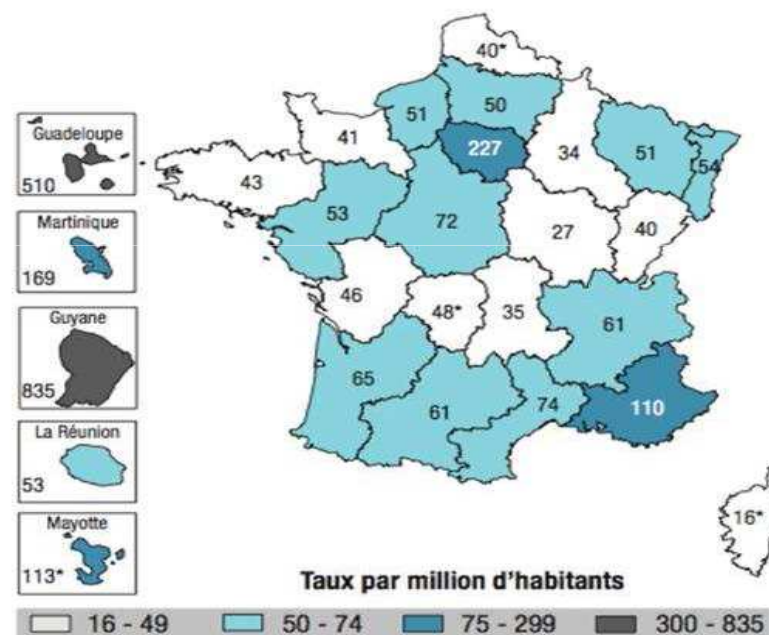
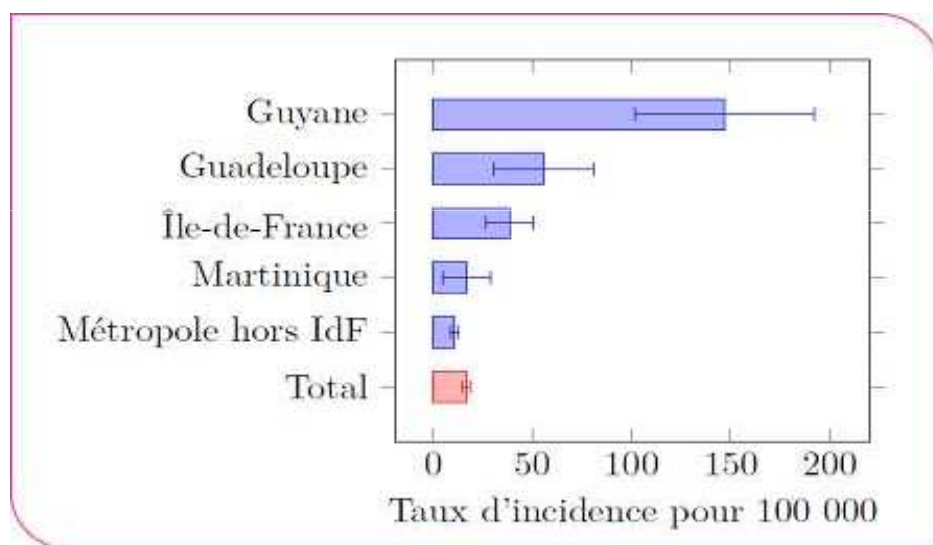
CONCLUSION GENERALE

Discussions



Conclusion générale (1/3)

- **Des différences importantes à prendre en compte +++:**
 - **Poids et évolution des épidémies : « Découvertes de séropositivité VIH par région en France en 2012 »** (InVS : données au 31/12/2012 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes)



Sur l'année 2009-2010, l'incidence du VIH a été estimée à 147 nouvelles contaminations par le VIH pour 100 000 personnes années en Guyane, 56 contaminations pour 100 000 en Guadeloupe et 17 en Martinique (fig. 5).

Globalement dans les DFA, le taux d'incidence est de 59 pour 100 000, plus élevé qu'en Île-de-France (39/100 000) ou dans le reste de la métropole (11/100 000).

Dans les DFA, le plus fort taux d'incidence du VIH est retrouvé parmi les HSH (environ 1000 pour 100 000), mais ceux-ci ne représentent que 18 % des nouvelles contaminations contre 48% au niveau national. Chez les femmes et hommes hétérosexuelles, les taux d'incidence sont respectivement de 55 et 41, taux plus élevés qu'en Île-de-France (20 et 19 pour 100 000) ou dans le reste de la métropole (4 et 6 pour 100 000).

Conclusion générale (2/3)

- ***Des différences importantes à prendre en compte +++:***
 - **Caractéristiques épidémiologiques différentes:**
 - Part des relations homo/ bisexuelles dans les modes de contamination
 - SR, tranche d'âges les plus touchées
 - Proportion de PVVIH d'origine étrangère, l'influence des flux migratoires sur les nouvelles infections par le VIH différente
 - **Hétérogénéité sur le plan socio-économique:**

Exemple : PPVVIH déclarant souffrir de « privation alimentaire » (Vespa2)

Réunion	Martinique	Guadeloupe	Saint-Martin	Métropole
16%	27%	38%	58%	21%

Conclusion générale (3/3)

- ***Mais aussi des similitudes....***

- Organisations de prises en charge/outils de suivi similaires (ARS, COREVIH ...Nadis); évolution vers mêmes directions (intégration « hépatites », « Santé sexuelle ») : **renforcer les échanges COREVIH « ultramarins »**
- DROMs situés dans des zones à forte endémicité pour le VIH (Caraïbe, Afrique ...): **coopération régionale**
- Insularité, éloignement / France continentale: besoins d'échanges, de partenariats ++
- Prises en charge et **indicateurs sanitaires comparables** en terme d'accès aux soins, aux ARV avec des réponses immunovirologiques devenues quasi superposables à celles observées en France hexagonale
- **Forte stigmatisation et discrimination, plus grand isolement et vulnérabilité sociale des PVVIH** (poids des représentations, des religions...)
- Persistance dans les DFA d'un **retard au diagnostic** en dépit d'un dépistage croissant : à optimiser et à réajuster ++

Enquête sur les personnes atteintes par le VIH

VESPA 2 DFA

2003 → 2011

Présentation des principaux résultats

Martinique, Guadeloupe, Guyane et Réunion

Objectifs :

- **Caractériser** la population vivant avec le VIH
- **Disposer d'indicateurs médicaux, sociaux et comportementaux**: étudier leur **évolution depuis 2003**
- **Comparer les indicateurs** entre DROMs et France hexagonale
- **Mettre en évidence les traits particuliers** de la population vivant avec le VIH par rapport à la population générale des DROM (utilisation des données des enquêtes KABP-DFA et KABP Réunion)
- **Comprendre les tendances** de l'épidémie

	Réunion	Martinique	Guadeloupe	SxM	France H
Vit seul ou F monoparentale	39%	65%	57%	73%	49%
Partage connaissance statut VIH	90%	77%	74%	66%	>90%

ORS IDF, ANRS, INSERM *Equipe Vespa*

Rosemary Dray-Spira (Inserm, CESP, Villejuif)

Kayigan d'Almeida Wilson, Margot Annequin, Cindy Aubrière, Christine Hamelin, France Lert, Elise Marsicano, Laure Tron

Bruno Spire (Inserm, SESTIM, Marseille) Patrizia Carrieri, Nicolas Lorente, Fabienne Marcellin, Marion Mora, Marie Préau, Marie Suzan 64

Indicateurs démographiques: ce qu'il faut retenir

+ grande proportion d'étrangers

particulièrement en Guyane (40% en population générale, 70% des PVVIH)

+ d'hommes homosexuels, rapport sexuel avec un homme dans les 12 derniers mois concerne env. 1% des hommes de population générale, entre 7 et 25% parmi les PVVIH selon les départements

- **de femmes** en Martinique, proportion **similaire dans les autres départements**

+ âgés : Très peu de PVVIH de moins de 30 ans, âge moyen de 3 à 5 ans plus élevé

Niveau de diplôme plus faible

Vie sexuelle: ce qu'il faut retenir

- **Comportement hétérosexuel**, reflétant les traits existant en population générale : notamment chez les hommes, multipartenariat et rapports en payant
- **Niveau élevé de secret** entre partenaires stables
- **Fréquence élevée de rapports non protégés**
- **Sexualité entre hommes vécue dans le cadre d'une bisexualité**

Situation sociale: ce qu'il faut retenir

- Plus de personnes **seules et de familles monoparentales, moins de cohabitation parmi les couples**
- L'infection à VIH constitue un **frein à l'emploi**
- **Conditions de vie dégradées mais accès au soin maintenu**
- Dominante **haïtienne parmi les étrangers**
- **Précarité des situations administratives malgré une immigration ancienne**

Indicateurs médicaux: ce qu'il faut retenir

- **Une ancienneté de diagnostic variable** selon les départements qui reflète les tendances différentes de l'épidémie au sein des DFA
- **Un niveau élevé de diagnostics tardifs** parmi de nouveaux patients pris en charge, plus marqué en Guyane
- **Augmentation du niveau de traitement**
- **Forte amélioration des paramètres biologiques** mais un léger décalage par rapport à la métropole

Globalement: ce qu'il faut retenir

- **Une amélioration des résultats thérapeutiques depuis 2003** obtenue par l'extension du traitement et malgré la persistance du diagnostic tardif et des contextes de vie difficiles pour les PVVIH
- La nécessité **d'envisager une prise en charge qui tiennent compte des problèmes posés par le vieillissement** et le profil particulier des facteurs de risque (obésité)
- **Une situation sociale très défavorable**, sans amélioration au cours du temps et qui traduit pour les PVVIH **une forte accentuation des difficultés sociales** existant en population générale
- **Des comportements sexuels marqués par un fort multipartenariat, la non révélation au partenaire stable, et un niveau élevé de non protection.**
- **Un isolement persistant renforcé par le secret**, à interpréter en regard des attitudes en population générale et qui suggère la nécessité d'un **renforcement du soutien**, notamment de la part des associations et la poursuite de la communication en population.

Questions/ Réponses



Focus actions





Actions COREVIH

Guadeloupe-StMartin-StBarth

(diaporama élaboré par Dr Goerger-Sow)

Mise en place d'un observatoire inter caribéen du VIH

Projet INTERREG 2010-2014 élaboré avec les COREVIH des 3 DFA et de StMartin
porté par le CHU de Pointe-à-Pitre

3 types de projets

Projets structurants

- GPE: Unité d'Aide médicale à la Procréation en contexte viral VIH, VHB, VHC
- MQE: Séquenceur capillaire pour surveillance résistances à partir buvard
- SXM: Unité de virologie clinique réseau de prescripteurs sous région

Projets enquêtes (CIC-EC Antilles Guyane) et études (COIN StDomingue)

- GPE, MQE, GUY SXM: 3721 enquêtés KABP auprès de personnes vulnérables HSH, migrants, TDS, addicts au crack
- GUY : 896 personnes interrogées sur le MARONI

Mutualisation, mise en réseau

- GPE Formation d'équipes de soignants d'HAITI
- MQE Formation d'équipes de soignants de Dominique
- MQE: Formation pour accompagnement à domicile des patients Ste Lucie
- GUY : Mis en réseau de part et d'autre de Oyapock avec Brésil
- GPE: Formation au théâtre de rue de jeunes haïtiens avec FOSREF d'Haïti

Mise en place d'un observatoire inter caribéen du VIH Projet INTERREG prolongation 2015

porté par CHU de Pointe-à-Pitre

Projet structurants

- GPE: Unité d'Aide médicale à la Procréation en contexte viral communication

Réponse aux besoins identifiés dans enquêtes et études groupes vulnérables

- GPE, MQE, GUY SXM projets associatifs pour élaborer outils de com adaptés, mise en place de programmes avec pairs formés, programmes de lutte contre stigmatisation.

Mutualisation, mise en réseau

- St Martin: mise en réseau avec équipe d'Haïti d'où proviennent les migrants et recherche
- GPE: Mise en réseau avec Equipe de Dominique et Haïti

Programme santé sexuelle

COREVIH Guadeloupe Stmartin StBarthélémy

Formations :

- sur sexualité
comment parler de sexualité aux PVVIH,
femmes et VIH
- Formation à utilisation TROD sages femmes de PMI
- Formation à contraception des associations de prévention VIH/SIDA

Coordination tous les 2 ans depuis 2010 des **Assises de la prévention des risques sexuels** avec différents partenaires institutionnels associatifs soignants chercheurs en science humaine, réunissant en 2014, 200 personnes

Sexualité des jeunes

- COREVIH copilote avec l'ARS du programme de santé sexuelle des jeunes avec réseau identifié
- 3 axes en cours d'élaboration: à destination des chefs d'établissements, à destination des parents, à destination des élèves.
- Projet à développer pour jeunes hors circuit scolaire

Koulèv ki vlé viv
pa ka kouri
gran chimen

Le Préservatif

Sauve **IVE**



PROTÈGEONS-NOUS ET
PENSONS AU DÉPISTAGE



PA TINI GRAN MOUN DOUVAN SIDA

Parrainée par monsieur **ERIC MONROSE**

Nous avons décidé d'en parler Et vous ?



LES AMBASSADEURS

Campagne de prévention VIH/IST par les ambassadeurs aînés pour les aînés accompagnée par le COREVIH Guad-StMartin-StBarth



Justificatif

- Sexualité des aînés est tabou, ignorée des études nationales après 69 ans.
- **les aînés se pensent à l'abri** de infection à VIH « maladie des jeunes » ,.
- **Les risques existent:** en Guadeloupe en 2013 on dénombre plus de personnes vivant avec le VIH ayant 70 ans et plus (115) que de personnes de moins de 30 ans (80)
- Le multipartenariat des hommes de 50 à 69 ans est important, non étudié au-delà .

La campagne

- Idées défendues: non au tabou de sexualité chez aînés, oui au choix d'aimer et d'être aimé quelque soit l'âge, oui à la prévention de proximité adaptée
- Les slogans Nous avons décidé d'en parler et vous, un préservatif sauve une vie, pensons au dépistage, koulev ki vle viv pa ka kouri gran chimen
- Les outils: 2 revues à destination des aînés avec 1- romans feuilletons eux mêmes acteurs, 2- réponses à leurs questions sur prévention.

Rencontres débats avec aînés

Communication média plus de 20 émissions radio et TV dont 4 grand public

Evaluation auprès de 100 aînés, très bons résultats.

Diffusion en anglais, espagnol et créole haïtien projet cofinancé par INTERREG et ARS GPE

FOCUS ACTIONS

Corevih Martinique



Coordination Dépistage Martinique

	VIH (+)	VHB(+)	VHC(+)
Trods AIDES	1.113 (5)		
Trods Smit CHUM	7 (0)		
CDAG CHUM	795 (10)	469 (4)	765 (3)
CDAG, CIDDIST SHM <i>Données 2014 non consolidées</i>	2.988 (8)	1.153 (4)	1.254 (5)
« Dépistage campus » Action Sida Martinique	144 (0)	144 (0) 10 vaccinations	12 (0)
Caravane Santé Martinique (Stand Corevih)	94 (0)		
Unité Sanitaire (ex Ucsa)	600 (1)	564 (6)	572 (2 – 2 PCR négatives)

Ex: Caravane Santé Martinique

	TOTAL
Nombre total de Visiteurs	400 <i>Estimation</i>
Nombre de Visiteurs total Stand VIH	270
Visiteurs stand VIH/ visiteurs total (%)	67.5
Nombre total de trod réalisés	94
Nbre total trod réalisés/ nbre total visiteurs stand VIH (%)	34.8

- **Points forts:**

- Action d'information/ prévention/ dépistage/ lutte contre les représentations erronées.
- Population générale.
- Plusieurs pathologies représentées (maladies respiratoires, cancers, drépanocytose, affections dentaires, alcoolisme, diabète, hypertension, obésité, insuffisance rénale);
- Excellente fréquentation du stand/ nombre élevé de tests réalisés par rapport au nombre total de visiteurs
- Cohésion des acteurs et structures représentés
- Action bien répartie sur l'ensemble du territoire (Nord/ Sud/ Centre)

- **Point faibles:**

- 0 positifs
- Peu de jeunes
- Nombre important de refus de dépistage sur la première date, cause délai d'attente trop long.
- Uniquement la possibilité de dépister le VIH

Ex: Dépistage Campus Martinique

- Sessions ponctuelles et régulières de CDAG, CIDDIST délocalisée sur le campus universitaire, en faveur des étudiants résidents ou fréquentant les lieux et de leurs partenaires sexuels – Information – prévention/ pec des AEV.
- 141 étudiants dépistés (53% filles) | 134 questionnaires complétés
- $\frac{3}{4}$ des étudiant questionnés ont entre 18 et 22 ans
- 99% d'entre eux trouvent l'action très utile
- 60% d'entre eux réalisent leur test pour la 1ere fois (pour la plupart d'entre eux par manque d'information)
- Vs 40% en ont déjà réalisée au moins un (majoritairement en CDAG)
- Près de la moitié des étudiant seraient favorables à l'organisation mini conférence sur la sexualité au cours des séances de dépistage
- 41 % d'entre-eux déclarent que Facebook serait le moyen privilégié pour promouvoir l'action

Coordination du programme d'Education Thérapeutique

- Consultation d'observance depuis 2001
- En 2010, 1^{er} programme de Martinique habilité par l'ARS de Martinique
- En Mai 2015: Transmission de la nouvelle demande d'habilitation à l'ARS
- Consultations individuelles d'ETP vivant avec le VIH ou une hépatite virale, sur le site de l'hôpital Pierre Zobda Quitman
- Groupes de paroles avec Action Sida Martinique et Aides territoire d'action Martinique
- 5 IDE formées spécifiquement à l'ETP
- EN 2013, 384 patients inclus dans le programme, 545 consultations réalisées, 735 patients en succès

Coordination de la Prévention/ Prise en charge des AEV

- **Réalisation d'une enquête sur l'évaluation des pratiques professionnelles en cas d'AEV professionnels dans tous les établissements de santé de Martinique** – 40 établissements questionnés - L'analyse a permis de définir: Un référent AEV dans les établissements ayant répondu + Connaitre la présente/ date de mise à jour des différents protocoles + Recueillir leurs commentaires et difficultés + Analyser leurs protocoles et CAT en cas d'AEV + Harmoniser les pratiques professionnelles
- **Formation annuelle des urgentistes** de tous les sites de Martinique, **Information semestrielle des internes** du CHU de Martinique , Formation des IDEs lors des journées d'Hygiène de la Martinique
- **Désignation et formation des médecins référents** des sites du CHU de Martinique
- Création/ Actualisation de la **procédure de prise en charge des AEV au CHU de Martinique** + Création d'un **dépliant « information/ prévention/ CAT en cas d'AEV sexuel »** + Création d'un **coupon « CAT en cas d'AEV sexuel »** pour les visiteurs de la **CDAG** du CHU de Martinique + Création et diffusion d'une **affiche CAT en cas d'AEV pro.** pour tous les services de différents sites du CHUM et d'une autre pour les autres éta de santé de l'île
- **Conventionnement** en cours avec un ets de santé hors CHUM pour la prise en charge et le suivi de leurs AEV pro.

Coordination des actions de Coopération

- **Organisation de missions de compagnonnage à Haïti et en Martinique et formation de professionnels de santé de Haïti** à la prévention, au dépistage, prise en charge et suivi pluridisciplinaire des personnes vivant avec le VIH (et collaboration pluridisciplinaire hôpital, ville, association).
- **Organisation de missions de Compagnonnage en Martinique et formation de professionnels de santé de La Dominique et de Sainte-Lucie** à la prévention, au dépistage, prise en charge et suivi pluridisciplinaire des personnes vivant avec le VIH (et collaboration pluridisciplinaire hôpital, ville, association) avec
- **Action Sida Martinique:** Organisation d'une mission de coopération avec des professionnels de santé de Sainte-Lucie
- **Organisation annuelle de conférences sur le recueil des données épidémiologiques** (harmonisation des pratiques pro./ qualité du recueil/ pharmacovigilance/ biologie/ socio-psychologique) à destination des professionnels de santé de Martinique, de Guadeloupe et Saint-Martin et de la Guyane

Coordination de la Prise en charge Sociale 1/2

- **Financement d'un assistant social sur crédits Corevih** dédié à la prise en charge sociale des personnes vivant avec le VIH ou une hépatite virale
- Missions: construction d'un projet de vie pour les patients et leurs familles avec pour objectif principal la sauvegarde d'une vie sociale, familiale et professionnelle. Cet objectif nécessite une organisation de la lutte contre le processus de stigmatisation et l'exclusion sociale vis-à-vis du patient atteint. Partenaire actif dans la prévention, l'information et la formation.
- **241 personnes suivies**, tranches d'âge la plus représentée: **40 - 49 ans**, majoritairement des hommes, les personnes sont **majoritairement célibataires** et elles sont relativement isolées et cumulent les difficultés sociales, **23.46 %** disposent le RSA, **28.57 %** perçoivent l'AAH, **15.30 %** des personnes perçoivent un salaire qui ne dépasse bien souvent pas le SMIC, **8.16 %** ne disposent d'aucunes ressources .
- Patients majoritairement nés en Martinique, les personnes nées en Haïti représentent la population migrante la plus importante.

Coordination de la Prise en charge Sociale 2/2

- La plupart des patients suivis dispose des **minimas sociaux pour vivre**. Leurs faibles ressources les amènent à être en difficulté pour faire face aux charges de la vie courante. Les demandes d'aides concernent **l'eau, l'électricité, le téléphone, le loyer et très souvent l'alimentaire**.
- Les **demandes d'aides alimentaires sont récurrentes** et nécessitent aussi la réalisation d'un rapport d'enquête sociale. Les personnes sont dirigées vers des associations telles que Société Saint-Vincent de Paul, Secours Catholique, Secours Adventiste
- La question du **logement est cruciale pour les personnes suivies**. Sans lui, l'accès aux soins, le suivi médical et social devient très difficile à mettre en œuvre ou à maintenir.
- L'intervention au niveau du logement est multiple. Il peut s'agir d'un accompagnement au niveau de la constitution des dossiers auprès des sociétés HLM, des dossiers liés à l'amélioration ou à la construction de logement, d'aides financières concernant le maintien ou l'accès au logement, d'attribution de centre d'hébergement, d' ACT, de foyer d'accueil médicalisé...

FOCUS ACTIONS

Corevih Réunion/ Mayotte



COOPERATION REGIONALE : HISTORIQUE

Réunion/Mayotte

- Coopération existante depuis 20 ans entre REUNION, MADAGASCAR, COMORES, SEYCHELLES, MAURICE, RODRIGUES
- 2 grands programmes régionaux achevés, 3^{ème} en attente
- 343 médecins, infirmiers, pharmaciens, sages-femmes, préparateurs en pharmacie, laborantins formés
- 157 médecins avec DU français de sidénologie et stages pratiques à la REUNION
- Création de 5 associations dans la zone avec ateliers de formation
- Plaidoyer politiques multiples
- Accueil de 130 patients en péril vital

COOPERATION REGIONALE : HISTORIQUE

Réunion/Mayotte

- Réhabilitation de 5 services hospitaliers
- Création de 11 CDAG
- Formations en éducation thérapeutique
- Formations des journalistes, des religieux, des leaders
- Formations spécifiques chez les pairs homosexuels, prostitués, usagers de drogues
- Equipement en matériel : coulter à CD4 et appareils pour charge virale
- Création d'un réseau permettant la mise en place et la logistique du circuit des prélèvements biologiques pour acheminer les prélèvements de la zone vers le plateau technique réunionnais
- Création d' un fonds de solidarité thérapeutique régional
- Création et réalisation d' un colloque régional annuel de 250/300 personnes par an tournant alternativement dans chaque île

RÔLE DU COREVIH RÉUNION/MAYOTTE DANS L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS DANS LES PAYS DE L'OCÉAN INDIEN

Depuis la création du COREVIH, les actions de coopération régionale sont coordonnées par lui :

- Demandes d'avis hebdomadaires des médecins référents (accueil d'un espace dédié d'échanges sur le futur site du COREVIH REUNION/MAYOTTE)
- Organisation des consultations avancées dans les pays
- Accueil et prise en charge des patients de la zone envoyés par les médecins référents (pour accès au plateau technique Réunionnais, avis d'experts ou situation de péril vital non traitable dans le pays)
- Organisation du colloque annuel VIH/HEPATITES Océan Indien

RÔLE DU COREVIH RÉUNION/MAYOTTE DANS L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS DANS LES PAYS DE L'OCÉAN INDIEN

Colloque VIH-HEPATITES Océan Indien (Comores, Madagascar, Maurice, Rodrigues, Seychelles, Mayotte)

•Ses objectifs sont :

- La formation continue
- Le partage des informations médicales, sociales et épidémiologiques
- L' actualisation des connaissances sur la prise en charge médico-sociale
- L' échange de bonnes pratiques et d'expériences
- L' animation du réseau des médecins référents de la zone Océan Indien, de celui des infirmiers et de l'association de PVVIH de la zone RAVANE Océan Indien.
- le partage sur le niveau des soins et le soutien à apporter aux PVVIH des pays de la zone
- le partage sur des grands sujets liés au VIH tels que la prévention, la banalisation de l' infection, la discrimination des PPVIH, l' homosexualité

•Les participants sont :

- tous les acteurs de la lutte contre le SIDA de la zone : le personnel soignant (médecins, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, pharmaciens etc.), les militants associatifs ainsi que les personnes vivant avec le VIH.
- Des professeurs spécialistes du VIH de Métropole et d'Afrique
- Des décideurs politiques,
- Des représentants des agences onusiennes

RÔLE DU COREVIH RÉUNION/MAYOTTE DANS L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS DANS LES PAYS DE L'OCÉAN INDIEN

- Le COREVIH Réunion/Mayotte intervient comme coordinateur du comité de pilotage qui choisit la date, le thème du colloque, le programme, les intervenants.
- Il supervise tout ce qui concerne l'organisation, la conception, le bon déroulement du colloque.
- Il coordonne les demandes de subvention aux bailleurs
- Il organise les relations avec les pays pour le colloque et les très nombreux échanges mail et téléphoniques nécessaires

C ONCLUSION

- Rôle prépondérant du COREVIH pour l'organisation des soins, du dépistage, de la prévention, du milieu associatif à MAYOTTE avec des avancées majeures
- Prise de relais du COREVIH REUNION/MAYOTTE dans la coopération régionale
- Impression de réelle démocratie sanitaire avec la participation enthousiaste des membres titulaires (ou non) du COREVIH dans la région.

PRINCIPES AYANT PRESIDE A LA CREATION DU CENTRE DE SANTE SEXUELLE DE LA REUNION



- Regrouper en un même lieu les compétences diverses permettant une prise en charge globale et unifiée des problématiques de chacun en matière de sexualité afin de permettre à chacun de pouvoir mener en toute liberté une vie sexuelle libre et responsable, d'être apte à faire des choix et de développer sa responsabilité en matière de santé sexuelle et reproductive.
- Permettre l'accueil de publics prioritaires :
 - Femmes
 - Jeunes
 - PVVIH et leurs partenaires
 - Homo bisexuels, transgenres
 - Personnes handicapées physiques et psychiques
 - Personnes en situation de prostitution
 - Autres: personnes âgées, personnes migrantes...



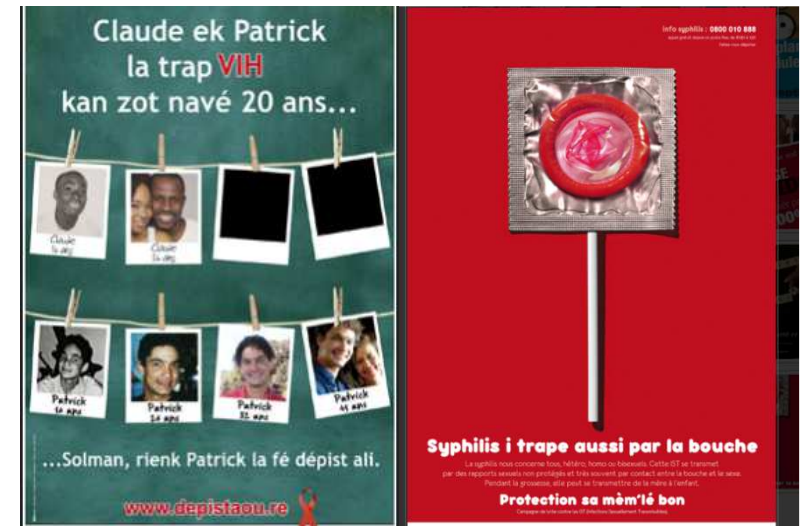
LE CENTRE DE SANTÉ SEXUELLE A LA RÉUNION AU SEIN DU CHU



- Il existe depuis 2002, un groupe de travail « santé sexuelle », qui s'est constitué à l'époque pour élaborer en commun les campagnes de prévention grand public
- À la Réunion, les CIDDIST et les CDAG sont regroupés depuis 2009, dont un au site Nord du CHU
- Une association de PVVIH y est présente quotidiennement depuis 1995
- Les mêmes équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmières, psychologues, assistante sociale...), multi formés à la santé sexuelle, prennent en charge depuis 2009
 - Le suivi des PVVIH
 - Le fonctionnement du CIDDIST/CDAG, avec le bus santé
 - Les séances d'information/prévention (lycées, collèges, associations, grand public)
 - Les testing day,
 - Les événementiels



LE CENTRE DE SANTÉ SEXUELLE DE LA RÉUNION



- En 2009, le COREVIH a proposé l' évolution des services hospitaliers vers la création de centres de santé sexuelle
- Le site Nord du CHU est le 1^{er} à s' être approprié cette proposition
- Une PH du service a débuté des études de sexologie et est maintenant diplômée
- Un rapprochement a eu lieu avec l' équipe de gynéco-obstétrique et la sage femme de la planification familiale
- Une adaptation des locaux CDAG/CIDDIST/service clinique a été effectuée pour y accueillir les différents consultants dont le centre d' orthogénie

QUI TRAVAILLE AU CENTRE DE SANTE SEXUELLE ?



- Médecins, infirmiers du CDAG CIDDIST spécialistes de la santé sexuelle, de la prévention, des IST, du VIH
- Médecins spécialistes de la prise en charge des PVVIH
- Sexologue
- Gynécologue obstétricien (consultations contraceptions, pré et post IVG)
- Sage femme de la planification familiale et conseillère conjugale
- Psychiatre du centre d'orthogénie
- Psychologue du CDAG CIDDIST, psychologue du centre d'orthogénie
- Travailleurs sociaux : assistante sociale, éducateur spécialisé...
- Associatifs



ACTIONS DU CENTRE DE SANTE SEXUELLE DE LA REUNION



- Ouverture de 7h30 à 17h
- Consultations pré et post IVG
- Consultations contraception
- Consultations transexuelles
- Informations éducation sur la sexualité, les IST, les grossesses, la contraception
- Dépistage et soins des IST gratuit
- Dépistage gratuit du VIH
- Conseil individuel
- Groupes de paroles dédiés H, F, Homo/bi
- Consultations de sexologie
- Consultations de psychologues et de psychiatres
- Accès à une assistante sociale
- Accueil associatif : local approprié
- Jardin thérapeutique, entretenu par des patients
- Mise à disposition gratuite de préservatifs masculin et féminin
- Mise à disposition gratuite de brochures et d'informations

LE RESPECT
S'APPLIQUE AUX AUTRES
MAIS AVANT TOUT
À SOI MÊME.

L'ESTIME DE SOI, LE RESPECT DE SES CHOIX, DE SON CORPS, C'EST IMPORTANT.
**POUR ÊTRE RESPECTÉ,
RESPECTE-TOI !**

BUS SANTE



Historique

Le Bus Santé a été créé en Août 2010, à l'exemple de ce qui avait été déjà pratiqué par le CHU de Nantes, dans le but de délocaliser le CIDDIST/CDAG. Ceci a pour but d'atteindre les populations éloignées du soin, socialement et/ou géographiquement, et d'aller au contact des populations à risques (homosexuels, sans domicile fixe, travailleurs du sexe, jeunes en difficultés, publics précaires, etc ...)

Missions

- Action d'information et de prévention des IST.
- Dépistage des IST (VIH, VHB ,VHC, Syphilis, Gonocoque et Chlamydiae)
- Dépistage des principales pathologies réunionnaises (Diabète, Hypertension artérielle, Surpoids et Obésité) qui restent un problème de santé public.
- Orientation des personnes en fonction des troubles dépistés et réinsertion dans le circuit du soin.

Passerelles
Corevih ultramarins



Corevih France continentale
Discussions



COMMUNICATION GRAND PUBLIC

- Besoin de l'appui solidaire des COREVIH continentaux dans notre demande de réaliser une communication spécifique adaptée à notre contexte :
 - Visuel dans lequel la population peut se reconnaître (morphotypes, paysages) pour une appropriation
 - Message en langue créole de chaque île
 - Choix du thème de la campagne en fonction d'une problématique spécifique à chaque île

COOPERATION REGIONALE

- Nos territoires sont des places avancées de la France au sein d'un contexte régional de pays plutôt défavorisés et à forte épidémie
- L'importance de la Coopération dans nos environnements, nous pousse à proposer des actions à partir de nos îles, mais en lien avec des régions de France hexagonale pour une coordination des actions et un renforcement des capacités

ECHANGES D' ACTIONS ORIGINALES

- Cours de civilisations (formation des personnels à l'histoire, à la culture, aux croyances d'une population migrante donnée)
- Humanisation de la prise en charge hospitalière: accueil musical, espace extérieur type jardin thérapeutique (qui casse l'ambiance hospitalière), animations bénévoles : coiffure, massage de bien être, relaxation...

LE CONTACT PATIENTS

- Société créole plus chaleureuse, plus « familiale » entraînant un accueil différent probablement moins hostile
- Une proximité plus importante entre soignants et soignés, toujours controversée, élément du soin
- Une langue identitaire (le créole essentiellement) qui rassemble et fait tomber certaines barrières
- Un modèle de prise en charge transposable ?

Echanges



Contacts

Corevih Guadeloupe/ Saint-Martin

Tel.: 05.90.93.46.64

Fax.: 05.90.89.15.93

secretariat.corevih@chu-guadeloupe.fr

www.corevih971.org



Corevih de Martinique

Tel.: 05.96.55.96.73

Fax.: 05.96.75.21.16

corevih.martinique@chu-fortdefrance.fr

www.corevih-martinique.org



Corevih Réunion/ Océan Indien

Tél. : 02.62.90.52.68

Fax : 02.62.90.55.67

corevih.fguyon@chu-reunion.fr



Merci pour votre attention

Mèci en píl

Créole Martiniquais et Créole Guadeloupéen

Merci zot tout / Marahaba

Créole Réunionnais/Shi-mahorais