Evaluation formative à mi-parcours de réalisation du plan multisectoriel de prévention du VIH/Sida/IST de la Nouvelle-Calédonie (PMT 5)

Dr Joël LADNER

UFR de Médecine et de Pharmacie, Université de Rouen

Sommaire

1 - Le plan multisectoriel de prévention contre le VIH et les IST 5

2 - La situation du VIH et des IST en Océanie 8

3 - Objectifs de l'évaluation 10

4 - Méthodologie de l'évaluation 12

5 - Résultats 14

Axe stratégique N°1 : Prévention de la transmission du VIH/sida 14

Domaine prioritaire N°1 : La prévention de la transmission sexuelle 14

Améliorer les connaissances et les comportements positifs pour les groupes prioritaires et dans la population générale 14

Renforcer le « counselling » / test de dépistage volontaire, anonyme, accessible géographiquement et financièrement 21

Renforcer la connaissance, la disponibilité et l'accessibilité des préservatifs 28

Domaine prioritaire N°2 : La prévention de la transmission sanguine 32

Domaine prioritaire N°3 : La prévention de transmission mère-enfant 32

Axe stratégique N°2 : Contrôle des IST 33

Axe stratégique N°3 : Prise en charge des personnes vivant avec le VIH 38

Domaine prioritaire N°1 : La prise en charge médicale 38

Domaine prioritaire N°2 : La prise en charge psychosociale 39

Domaine prioritaire N°3 : La prise en charge socio-économique 40

Domaine prioritaire N°4 : La prise en charge juridique 40

Axe stratégique N°4 : La surveillance épidémiologique 43

Domaine prioritaire N°1 : Le renforcement du système d'information 43

Domaine prioritaire N°2 : Le renforcement des connaissances épidémiologiques sur le VIH/sida et les IST 45

Axe stratégique N°5 : Coordination multisectorielle 47

6 - Recommandations 49

7 - Conclusion 51

Annexes 52

Acronymes

ASSNC	Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle Calédonie
CCF	Centre de Conseil Familial
CDAG	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CLCS	association Comité de Lutte contre le SIDA
ESPAS CMP	Centre Médical Polyvalent
CMS	Centre médico-social
CPS	Commission du Pacifique Sud
DACAS	Direction de l'Action Communautaire et de l'Action Sanitaire de la Province des Iles Loyauté
DASS	Direction des Affaires Sanitaires et Sociales
DASS PS NORD	Direction des Affaires Sanitaire et Sociale et des problèmes de société de la Province Nord
DPASS SUD	Direction Provinciale de l'action Sanitaire et Sociale de la Province Sud
HAS	Haute Autorité de Santé
HS	association Homo Sphère
IST	Infections sexuellement transmissibles
NC	Nouvelle-Calédonie
PMI	Protection maternelle et Infantile
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
SS	association Solidarité Sida
SPPS	Service de Prévention et de Promotion de la Santé
TIC	Technologie de l'Information et de la Communication

Remerciements

Mes sincères remerciements à toutes les personnes rencontrées pendant cette mission, qui par leur disponibilité et leur patience ont contribué à la réussite de la mission d'évaluation du PMT 5 à mi-parcours.

Mes remerciements également à tout le personnel de l'Agence Sanitaire et Sociale pour leur accueil et leur disponibilité. Enfin, tous mes remerciements à Mademoiselle Julie DIRHEIMER pour son efficacité à la préparation et à l'organisation sans faille de la mission.

1 - Le plan multisectoriel de prévention contre le VIH/sida et les IST

En Nouvelle-Calédonie, face au problème majeur de santé publique du VIH/Sida et des IST, la lutte et la prévention du VIH/Sida et des IST a débuté dès 1991 se traduisant par la mise en place successive de cinq plans multisectoriels à moyen terme, appelé PMT.

Le PMT 5 est issu en partie d'une évaluation menée sur le PMT 4, d'un vaste travail préparatoire territorial mené selon une méthodologie de concertation multisectorielle et d'un séminaire de synthèse de quatre jours, organisé autour de 18 ateliers thématiques, regroupant plus de 80 personnes appartenant aux secteurs de la santé, du médico-social, de la jeunesse, de la religion, etc.

Les lignes directrices stratégiques du PMT 5 sont d'assurer l'inter-sectorialité, l'inter-provincialité et la coordination territoriale, notamment par le caractère intersectoriel et inter-provincial de la lutte et de la prévention contre le VIH/sida et les IST, les sources de synergie potentielles avec un renforcement de la coordination et un consensus, un dispositif de financement et une volonté politique provinciale et la mise en œuvre de procédures de suivi et d'évaluation.

Le PMT 5 a pour objectif global de prévenir et de lutter contre la transmission du VIH/Sida et des IST en Nouvelle-Calédonie. Ce plan fixe le cadre d'intervention de tous les acteurs de la lutte et de la prévention du VIH/Sida/IST pour la période 2008-2013 autour de sept domaines d'intervention prioritaires :

1. <u>Coordonner et planifier</u> :
   - Le recrutement un coordinateur pour le PMT 5 pour assurer la planification, le suivi et la mise en œuvre du Plan au niveau territorial.
2. <u>Communiquer</u> :
   - Elaborer un plan de communication territorial annuel avec ses déclinaisons provinciales en collaboration avec les acteurs concernés.
   - Privilégier la mise en œuvre d'actions de proximité en direction des groupes prioritaires vulnérables.
   - Cibler tout particulièrement les jeunes, scolarisés ou non, au travers de la mise en œuvre d'un plan d'actions de promotion de l'éducation à la santé sexuelle et affective.

3. Promouvoir le dépistage du VIH/Sida :
   . Faire évoluer les techniques de CDAG mises en œuvre en Nouvelle-Calédonie, en fonction des recommandations de la HAS.
   . Décentraliser l'offre de CDAG vers les centres médico-sociaux et la médecine libérale, accroître le nombre de sites offrant une prestation de CDAG et en faire la promotion auprès de la population générale et des groupes prioritaires vulnérables.
4. Accroître l'accessibilité du préservatif :
   . Renforcer la connaissance, la disponibilité et l'accessibilité géographique, culturelle et financière du préservatif au travers d'actions spécifiques à l'attention de la population générale et des groupes prioritaires vulnérables.
5. Intégrer les IST au plan de prévention du VIH/Sida :
   . Suivre les recommandations faites par l'évaluateur professionnel du PMT 4 en intégrant la problématique des IST dans le PMT 5.
   . Développer le traitement des IST par l'approche syndromique au sein des secteurs de santé public et privé.
6. Améliorer la qualité de vie des PVVIH :
   . Améliorer l'éducation pour la santé des PVVIH.
   . Améliorer les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH au travers d'une aide ciblée dans les domaines psychologique, social, économique et juridique.
7. Suivre et évaluer :
   . Mettre en place des baromètres de santé et un système de surveillance adapté pour être en mesure de suivre l'évolution épidémiologique et comportementale de la population calédonienne par rapport au VIH/Sida et aux IST et aux moyens de s'en protéger.

Pour répondre à ces sept domaines prioritaires, cinq axes stratégiques ont été définis. Prévention de la transmission du VIH/Sida.

1. Prévention de la transmission du VIH/Sida
2. Contrôle des IST.
3. Prise en charge des PVVIH.
4. Surveillance épidémiologique.
5. Coordination multisectorielle.

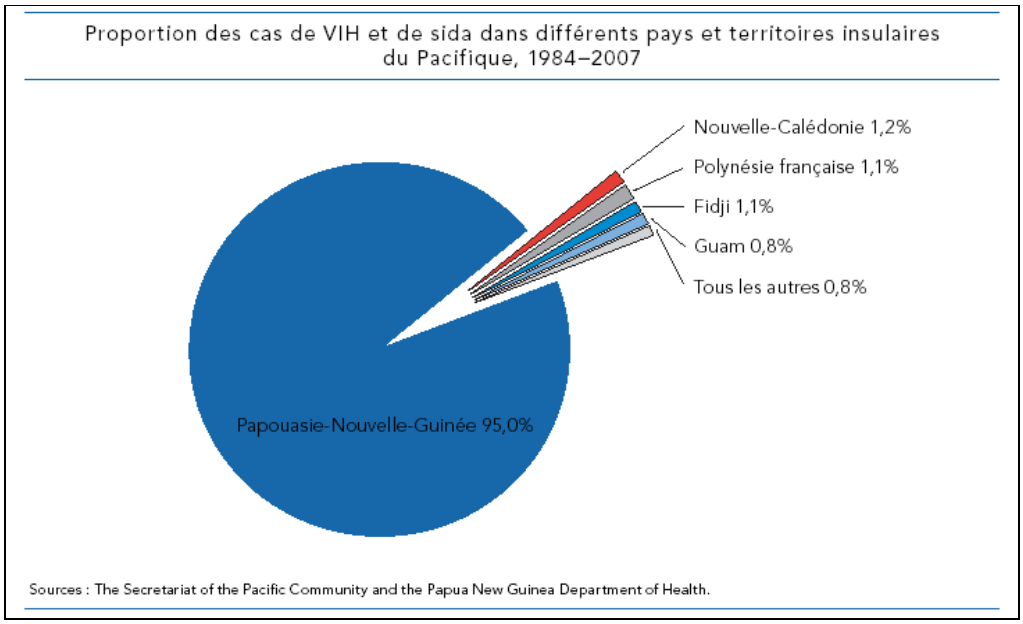
Chaque axe stratégique est décliné en domaines prioritaires, segmentés eux-mêmes en objectifs.

Un suivi et l'évaluation des activités mises en œuvre dans le cadre du PMT5 ainsi que la coordination des acteurs ont été demandés à l'Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie (ASSNC) lors de l'élaboration du PMT 5.

L'évaluation du PMT 4 avait insisté sur l'insert majeur de cette coordination de façon à favoriser la déclinaison opérationnelle d'un tel dispositif. De façon à rendre opérationnelle une telle stratégie, l'ASSNC coordonne les activités menées dans ce domaine tant par les institutions publiques que par les associations. Pour ce faire, des réunions de travail avec l'ensemble des partenaires sont organisées pour définir ensemble les priorités opérationnelles. L'ASSNC finance des projets soumis par les associations de prévention VIH/Sida/IST.

2 - Situation du VIH/Sida et des IST en Océanie

En Océanie, la prévalence du VIH est de manière générale très basse par rapport à d'autres régions du globe. Dans les petits Etats insulaires que sont la plupart des pays de la région, la prévalence du VIH chez l'adulte tend à se situer bien en dessous de 0,1%. Les épidémies nationales sont principalement imputables à la transmission sexuelle du VIH, même si les populations particulières les plus affectées varient énormément à l'intérieur même de la région. Parmi les petits Etats insulaires du Pacifique, la Nouvelle-Calédonie, Fidji, la Polynésie française et Guam représentent la vaste majorité des infections à VIH dans la région hors de la Papouasie-Nouvelle-Guinée. Les cas de Sida représentent en NC 1,2% de la totalité des cas, 95,0% en Papouasie Nouvelle Guinée (cf. figure ci-dessous).

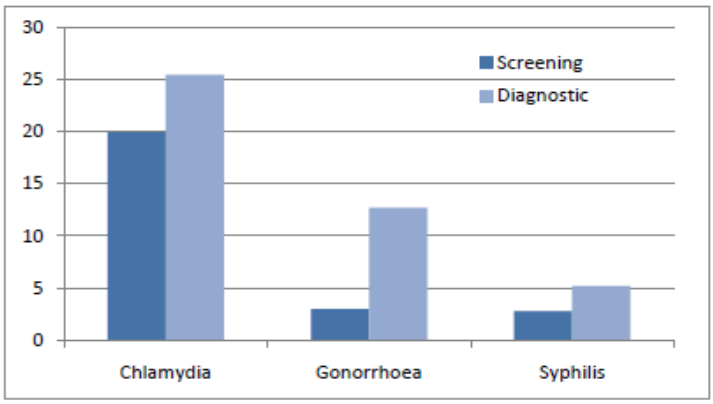


Le suivi des tendances épidémiologiques dans la région est freiné par la faiblesse des systèmes de surveillance du VIH dans de nombreux pays. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes semblent constituer environ la moitié des épidémies nationales dans de nombreux Etats du Pacifique. La proportion des cas contractés par la voie hétérosexuelle est quelque peu inférieure dans les pays mélanésiens, autres que la Papouasie Nouvelle Guinée (59,4%) ainsi qu'en Nouvelle-Calédonie (36,3%). A Guam, environ deux diagnostics cumulatifs sur trois se trouvent parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, qui représentent aussi la plus grande part des cas de VIH en NC (37%).

D'après les études réalisées dans plusieurs pays, les jeunes démontrent des niveaux de connaissance assez bons en matière de VIH, inférieurs à la moyenne mondiale, la vaste majorité des jeunes exposés à un risque accru interrogés ont déclaré savoir que les préservatifs pouvaient offrir une protection contre la transmission sexuelle du VIH.

Les enquêtes réalisées dans différentes populations ont invariablement constaté que les IST étaient endémiques dans les îles du Pacifique comme le montre la figure et le tableau ci-dessous, où la prévalence des Chlamydiae, gonococcies et de la syphilis est très élevée en NC.

Figure 1: Percentage of positive STI results in screening tests versus diagnostic tests 2009



Source : Commission du Pacifique Sud

Table 1: Reported Prevalence of STIs among asymptomatic antenatal women: SGS Surveys, 2005 -2008

	Fiji 2005	Samoa 2008*	FSM 2008	Vanuatu 2008	New Caledonia 2006	Cook Islands 2005	Tuvalu 2007	W&F 2006	Kiribati 2005	Tonga 2008	Solomon Islands 2008
Chlamydia	29.0	27.5	25.8	25.1	23.7	19.8	17.5	15.0	13.0	12.8	10.8
Gonorrhoea	1.7	1.3	1.6	3	7.9	2.2	0.9	4	0	1.2	1.3
Syphilis	2.6	0	0.8	5	3.3	1.2	1.7	1	2.1	0	3

Source : Commission du Pacifique Sud

3 - Objectifs de l'évaluation

L'évaluation a consisté essentiellement à mesurer les **résultats observés par rapport à chacun des objectifs définis du PMT 5 en termes de forces et de faiblesses**, et analyser en quoi les processus initiés sont susceptibles d'avoir un **impact à moyen ou long terme**, **faire des recommandations**, en vue de s'assurer de l'efficacité des interventions planifiées ou de revoir certaines priorités selon les évolutions observées, but intrinsèque de l'évaluation à mi-parcours, de **donner une opportunité d'adapter les stratégies aux évolutions**.

Cinq objectifs spécifiques :

1. Mesurer les résultats observés et les stratégies mises en œuvre, par rapport aux objectifs définis dans le PMT 5.
2. Proposer éventuellement la révision de certaines priorités.
3. Proposer éventuellement une adaptation des stratégies aux évolutions épidémiologiques et de santé publique.
4. Analyser en quoi les processus développés sont susceptibles d'avoir un impact à moyen ou long terme.
5. Proposer des recommandations en vue de s'assurer de l'efficacité des interventions planifiées.

L'évaluation a aussi été conduite en utilisant les critères classiques de l'évaluation :

- La *pertinence* : analyse si les axes stratégiques et les priorités retenus sont pertinents à répondre à la situation et à maîtriser la propagation de l'infection à VIH et les IST en NC. Dans cet esprit, il est très important de mettre en perspective toute information, étude, analyse, qui a contribué à une meilleure compréhension des facteurs de propagation de l'infection à VIH et des IST, à comprendre où se produisent les nouvelles infections, quelles sont les populations les plus concernées, les plus vulnérables, les plus à risque de s'infecter, et de voir en quoi le PMT 5 tel que défini répond à cette situation. C'est l'approche « *know your epidemic, know your response* », afin de promouvoir des approches à la fois très spécifiques des réponses nationales ou territoriales, et sous la forme d'une combinaison d'interventions de prévention.
- *La cohérence* : s'intéresse aux relations entre les différents domaines et axes stratégiques du PMT 5 et à leurs interrelations dans la mise en œuvre du PMT 5
- *L'efficacité* : analyse les réalisations à mi-parcours par rapport aux objectifs quantitatifs et qualitatifs initialement définis, par axe stratégique et par priorité, selon le calendrier du plan opérationnel de mise en œuvre du PMT 5. La promotion du dépistage de l'infection

à VIH apparaît comme une priorité dominante du PMT 5. Le programme de mise en œuvre du diagnostic et du traitement précoce des IST et son intégration au programme VIH, de même que l'intégration de ces programmes avec ceux relatifs aux addictions et conduites à risques des jeunes ont été aussi analysés.

- *La pérennité* : il s'agit de la mesure de l'appropriation des priorités et des stratégies du PMT 5 par les institutions, les groupes concernés, les partenaires multisectoriels. Il s'agit aussi d'étudier comment les interventions s'inscrivent-elles dans la durée d'une part, mais surtout comment les populations peuvent-elles se prémunir contre les infections à VIH et les IST dans la durée, selon les messages qu'elles reçoivent, les interventions et services proposés, et le contexte dans lequel elles sont exposées au VIH et aux IST.
- L'évaluation à mi-parcours a été conduite à un peu plus de 2 ans et demi du début de mise en œuvre du PMT 5. Il est sans doute trop tôt pour mesurer un *impact* sur la propagation du VIH et des IST (en termes d'incidence) des interventions réalisées jusqu'ici, à l'échelle nationale ou auprès de certains groupes cibles, cela sera tout de même recherché.
- *Efficience* : il s'agit de voir très partiellement à quel coût le PMT 5 est mis en œuvre à mi-parcours.

4 - Méthodologie d'évaluation

D'un point de vue de santé publique, il s'agit à la fois d'une évaluation pragmatique et formative :

- Pragmatique : l'évaluation a cherché à mesurer sur le terrain, notamment en rencontrant de nombreux partenaires du PMT 5 impliqués dans les actions, évaluer les performances du PMT 5, les actions fortes et porteuses et celles qui ont besoin d'être renforcées et priorisées.
- Formative : il s'agit d'une démarche d'évaluation intégrée à un apprentissage, elle s'apparente à un processus d'accompagnement (pédagogique) qui rend visible les variables en jeu dans la mise en œuvre.

Les méthodes utilisées :

- Revue documentaire : les documents et les études d'analyse de la situation épidémiologique, sociale et comportementale utiles à l'évaluation, et documents de la réponse (rapports d'activités de réalisation du PMT 5, rapports des acteurs impliqués, notes d'analyses…). Une recherche spécifique documentaire sur Internet, en particulier sur Medline et Google Scholar, a été faite.
- Interviews sur place : la mission a rencontré les acteurs de mise en œuvre du PMT 5 de différents secteurs : publics, privés et associatifs. Le planning de la mission et la liste des personnes rencontrées sont présentés en annexe 1.
- Visites de sites
- Les lieux de prévention et de prise en charge des IST et de l'infection à VIH ont été visités, les professionnels sur les sites rencontrés.
- Analyse de données : des données quantitatives, remises par les partenaires rencontrés, ont été analysées. Les études qualitatives ont été aussi prises en compte.

L'évaluation a été conduite en Nouvelle Calédonie pendant deux semaines (23 août - 4 septembre 2010).

Le PMT 5 est structuré en cinq axes stratégiques (cf. section 1), eux-mêmes déclinés en domaines prioritaires. Chaque domaine prioritaire est structuré en objectifs spécifiques. Le rapport d'évaluation suit la structuration du PMT 5.

Toutes les actions conduites par les acteurs ne sont pas systématiquement citées dans le rapport d'évaluation. Les plus importantes, pertinentes et illustratives d'un point de vue des objectifs de l'évaluation sont présentées dans ce rapport. Ce choix, certes arbitraire, n'enlève rien à la qualité du travail conduit dans les interventions par les différents partenaires du PMT 5.

5 - Les résultats

Axe stratégique N°1 : Prévention de la transmission du VIH/sida

Domaine prioritaire N°1 : La prévention de la transmission sexuelle

Objectif spécifique 1.1.1 : Améliorer les connaissances et les comportements positifs pour les groupes prioritaires et dans la population générale

Les campagnes de communication visant au changement des comportements font partie des interventions pour le changement des comportements.

Différentes actions d'information et de sensibilisation ont été conduites et sont en cours vers différentes populations vulnérables et vers la population générale. Différents acteurs institutionnels et associatifs sont fortement impliqués dans ces actions d'éducation.

Interventions vers la jeunesse scolarisée

La Cellule de Coordination Action et Prévention Sexualité a développé une action large sur la Province Sud, essentiellement sur Nouméa (et le Grand Nouméa). L'éducation à la sexualité est un des thèmes prioritaires. La Cellule centralise toutes les demandes d'action d'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires surtout publics (et privés), les établissements à vocation professionnels (CFA, MIJ…) et les projets communautaires (associations de parents d'élèves). Après une analyse, ces demandes sont attribuées à un intervenant. Elle joue aussi un rôle de lien entre les « prestataires d'interventions » et les « demandeurs ». Un « pool » d'intervenants formés est disponible.

Les partenaires de cette action sont le SPPS, ESPAS CMP et le CCF de la DPASS Sud et deux associations, le CLCS et SS. La mutualisation est forte, puisque les objectifs sont de réunir et renforcer les compétences, centraliser les demandes, coordonner la demande et évaluer le dispositif. En pratique, une réunion hebdomadaire est organisée, une demande formelle et standardisée est faite, un échange, si besoin est organisé entre la cellule et le « demandeur ». Une formation à la demande des enseignants est également offerte.

Parmi les 19 collèges de la Province Sud, les interventions ont été conduites dans 14, essentiellement publics. Plus 110 interventions ont été conduites.

Les interventions sont évaluées par la mesure de la satisfaction des élèves. Sur une population de plus de 4000 collégiens et lycéens, 70% se sont déclarés satisfaits. L'analyse par secteur géographique ou par genre ne montre pas de résultats particuliers, mais le système d'évaluation, tel qu'existant ne permet pas d'interprétation ou d'explications.

En prolongement de cette activité de coordination, les « Matinales » du SPPS (autour d'un petit déjeuner) ont pour objectif d'enrichir les pratiques des différents intervenants autour de l'éducation à la sexualité, de développer de nouveaux outils et méthodes d'éducation à la santé et offrir une mise à jour des connaissances. Le public cible est celui de la Cellule de coordination et de façon plus générale tous les acteurs institutionnels et associatifs impliqués dans l'éducation à la sexualité.

La DASSPS Nord a une grande expérience en éducation pour la santé en milieu scolaire avec un dispositif intéressant associant huit éducateurs sanitaires intervenant en secteur. Les thématiques et les interventions ciblent le niveau primaire et secondaire, différents outils sont utilisés.

Le CLCS a une activité importante d'interventions en milieu scolaire depuis plusieurs années. Les interventions par le CLCS sont délocalisées dans les trois provinces, des approches méthodologiques ont été développées et des outils thématiques et de formation sont également disponibles. Le CLCS a une activité importante d'éducation à la sexualité. Il collabore également avec la DASSPS Nord, où un appui a été offert aux interventions pilotées par la DASSPS Nord dans quatre établissements scolaires. Le CLCS soutient également la DACAS Iles où chaque années depuis 5 ans, des forums santé sont organisés dans les établissements scolaires (32 interventions, dont 8 séances de théâtre forum en 2009). Une distribution de kits est faite lors des interventions. Il apparaît aussi une volonté d'évaluer les interventions.

Interventions vers les populations à risque et vulnérables

Une étude socio anthropologique préalable (« diagnostic de terrain ») à la mise en œuvre des actions communautaires a été conduite par le CLCS.

Une nouvelle orientation adaptée au profil et attentes des populations spécifiques permettra à priori une meilleure implication et adhésion de ces populations. L'analyse rapide des besoins et des attentes en santé sexuelle de la population ciblée, entendues comme la prévention du VIH/sida et des IST ou de façon plus large l'éducation à la sexualité, en amont

de toute politique de prévention, permet de récolter des informations qui seront utiles à des messages de prévention plus ciblés, structurés et efficaces. De plus, cette étude est d'autant plus importante qu'une politique de prévention s'inscrit dans le contexte social et économique dans lequel elle se déploie.

Les quatre populations vulnérables identifiées sont les femmes (via les associations de femmes), les étudiants à l'université, les jeunes déscolarisés et jeunes travailleurs et les populations vivant en squats. Différentes activités de proximité (identification de médiateurs communautaires relais) ont été ciblées par le CLCS auprès de ces différentes populations à risque. Une première évaluation des besoins a été menée. L'accélération des interventions d'éducation auprès de ces populations vulnérables devra être conduite dans la seconde partie du PMT 5. Ces interventions, très pertinentes d'un point de vue de santé publique et par une approche populationnelle spécifique, constituent aujourd'hui une priorité.

Interventions vers la population LGBT

La population LGBT, mais surtout homosexuelle, semble être une population à risque en Nouvelle Calédonie, même si les données épidémiologiques sont encore parcellaires.

L'association Homo-Sphère occupe depuis plus de 10 ans le champ de l'éducation dans la population homosexuelle à Nouméa. Elle a conduit de nombreuses actions, adaptées à la population homosexuelle. Une enquête socio-anthropologique est en cours sur les représentations de l'homosexualité en Province Nord et Iles. Homo-Sphère a acquis des compétences spécifiques d'intervention auprès de la population homosexuelle. Elle a aussi acquis une reconnaissance territoriale. Son financement n'est pas exclusivement attribué par l'ASSNC, elle a su obtenir un financement de la CPS.

Des actions originales recourant aux TIC, comme la diffusion de messages de prévention sur les sites Internet calédoniens de rencontre, renforcent l'information et la communication au sein de la population homosexuelle et hétérosexuelle à partenaires multiples.

La prévention du VIH et des IST chez les LGBT est une priorité. L'incidence et la prévalence semblent montrer que tous les moyens utiles pour augmenter le niveau de prévention dans cette population doivent être intégrés dans une approche combinée (traitement, dépistages VIH et IST, promotion du préservatif, autres méthodes de réduction des risques disponibles…). Ces différents outils doivent être utilisés, hiérarchisés, et promus par la

communauté elle-même. Homo-Sphère devra avoir un rôle pilote dans ces actions prioritaire de prévention d'ici 2013.

A l'instar des recommandations de la mission «Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST » (mission RDRs, rapport 2010), la création d'au moins un centre de santé sexuelle LGBT qui offrirait la prévention, le dépistage et le traitement du VIH et des IST pour les personnes les plus fragiles devrait être discuté en NC. Un Centre de santé sexuelle LGBT n'a pas pour vocation d'être un centre de soins primaires, mais d'être un centre de santé sexuelle qui coopère avec les médecins généralistes en ville (ou à l'hôpital), comme toute autre structure. Ces centres ont aussi une vocation de participer aux actions de formation à la santé sexuelle LGBT (ex : partenaire au DU santé sexuelle en cours de discussion).

Interventions vers la population générale

Diverses interventions de sensibilisation et d'information ont été conduites par les acteurs associatifs et institutionnels. Les interventions faites sont très nombreuses. Les trois associations ont développé des actions diversifiées, le plus souvent seules, parfois en se regroupant comme lors de JMS entre CLCS et SS.

Les supports d'information utilisés sont variables, adaptés aux populations cibles ; certaines campagnes d'information ont été larges et ambitieuses. Une offre de dépistage est mise à disposition dans certaines manifestations, même si le recours au dépistage dans ces circonstances demeure faible, son importance à la sensibilisation et à sa pratique est indéniable.

L'émission de radio « Sexualité, parlons en » sur Radio Djiido est un bel exemple de collaboration réussie entre le CLCS et SS. C'est une émission hebdomadaire, qui capte surtout une population de jeunes, animée par des professionnels de santé formés en sexologie, ayant un langage adapté pour un public jeune. Son impact en termes d'éducation est certainement important, même si aucune évaluation n'a été faite.

Points forts

1 - Diversité des actions d'éducation à la santé sexuelle vers :

- La population générale.
- Des populations cibles plus spécifiques, connues pour leur précarité, leur risque vis-à-vis du VIH/sida et des IST, leur marginalisation, ou difficultés d'intervention.

2 - Diversité des acteurs :

- Institutionnels
- Associatifs, avec un investissement majeur du secteur associatif communautaire. Reconnaissance et compétences du travail des associations dans le processus d'éducation.

3 - Spécificité du travail et « valeur ajoutée » des trois associations, chacune ayant su développer, depuis de nombreuses années, ses propres domaines d'intervention. Des compétences et des savoirs-faire nécessaires pour investir au-delà du milieu scolaire.

4 - Fort investissement à ce jour par les différents acteurs des actions d'éducation en milieu scolaire, essentiellement pour deux raisons : historique, par tradition les interventions d'éducation à la santé ont surtout concerné les enfants scolarisés (ce n'est pas une spécificité calédonienne), une population « captive » réceptive aux messages de prévention et outils de disponibles.

5 - Forte expérience et savoir faire des acteurs.

6 - Culture de l'évaluation se développant, le concept d'évaluer les actions est admis par de nombreux acteurs, la nécessité (volonté) d'évaluer est présente. Par contre, les approches méthodologiques possibles et les outils utilisés pourraient être mieux appréhendés.

7 - Coordination des actions pour une meilleure efficacité et efficience : La coordination est inter-associative, mais aussi entre les institutions et les associations. Pertinence des initiatives de coordination.

8 - Approche pragmatique associée à une démarche de santé publique, notamment avant la mise en oeuvre d'actions sur le terrain, des études préalables socio-anthropologiques ont été

conduites, dont l'objectif était d'obtenir une meilleure connaissance pour définir au mieux le périmètre, les besoins et les stratégies d'intervention.

Activités à développer et à renforcer

1 - Vu la solide expérience acquise par l'ensemble des acteurs d'éducation auprès des populations scolarisées, **d'autres populations à risque, ayant eu très peu d'actions jusqu'à ce jour devraient bénéficier de programmes spécifiques d'éducation à la santé sexuelle en priorité** :

- Populations scolarisées en lycées professionnels
- Des populations vulnérables ont été identifiées par le CLCS : jeunes travailleurs, jeunes déscolarisés, populations en situation précaire (squats).
- Les détenus.
- Les femmes, via les associations de femmes.

2 - Des **expérimentations d'interventions en communauté**, avec évaluation des actions, constituent une priorité à conduire dans la seconde partie du PMT 5.

3 - Renforcer l'approche évaluative des interventions d'éducation. Il s'agit « d'outiller » les intervenants à la méthodologie de l'évaluation. Au-delà de l'objectif immédiat, de mieux évaluer les actions, une recherche évaluative associée aux interventions permettrait d'aboutir à une meilleure valorisation des interventions, comme demandé dans l'axe stratégique 4.

4 - Pour les associations, notamment pour SS et HS, conduire une réflexion pour plus **« décentraliser » certaines actions vers les provinces du Nord et des Iles**.

5 - Engager la démarche de prévention en recourant aux outils actuels de communication (TIC)

- Parallèlement aux sources d'informations habituelles (TV, presse écrite, brochures…), les nouvelles Technologies d'Information et de Communication (TIC), en premier lieu Internet (sites d'information, sites de rencontres, media communautaires)
- La téléphonie mobile (SMS) dans ses multiples usages prend aujourd'hui une place prépondérante dans le partage de l'information auprès de publics jeunes, ce qui est le cas en NC. Des expérimentations pourraient être testées.

6 - Renforcer la transversalité des actions d'éducation au sein de l'ASSNC. Le Service d'Addictologie de l'ASSNC possède des compétences et des ressources importantes. Il a développé des actions de prévention primaire importante autour des addictions (tabac, alcool, cannabis…) auprès de populations identiques à celles ciblées par le PMT 5 : jeunes en milieu scolaire, populations de femmes, populations étudiantes. Une mutualisation des méthodes, des outils et des ressources humaines entre ces deux programmes de l'ASSNC est devenue indispensable. De plus auprès de populations, comme les jeunes et les étudiants, l'approche préventive est devenue globale, où les comportements à risque sont fortement liés (ex : consommation d'alcool ou de cannabis et comportement sexuel à risque).

7 - Prendre en compte dès maintenant le changement de paradigme de la prévention du VIH qui s'opère actuellement (cf. encadré ci-dessous). Cette évolution internationale des stratégies de prévention du VIH doit être prise en compte dès maintenant, elle sera renforcée dans le PMT 6.

8 - Engager des réflexions et des démarches pour associer d'autres partenaires, issus de la société civile (artistes, les hommes et femmes des cultes, les chefs de tribu...) aux actions d'éducation, et non seulement limités aux acteurs socio-sanitaires et associatifs. Un travail préalable sur les représentations sociales du VIH/sida et surtout des IST est nécessaire, notamment auprès de populations, où les perceptions sociales sont peu documentées (femmes, en brousse, jeunesse en situation précaire….). Le partenariat avec d'autres acteurs de la société civile serait pertinent. Dans le cadre de la lutte de la prévention contre les IST, ce travail préalable pour une meilleure connaissance est nécessaire. Cette première démarche permettra d'aboutir à une démarche plus soutenue et vers un meilleur maillage social territorial (au delà du« Grand Nouméa ») des acteurs et des actions, non seulement pour le VIH/sida, mais surtout pour les IST, voir ultérieurement vers d'autres problématique de santé publique (alcool, drogue, violence…).

Un paradigme d'approche globale de la prévention, du dépistage et du soin qui s'appuie sur l'existence de moyens de prévention très efficaces et possiblement à bas prix (préservatifs), de tests de dépistage très fiables et faciles à mettre en œuvre d'un point de vue technique, des traitements antirétroviraux très efficaces qui allongent l'espérance de vie, réduisent les complications et le risque de transmission.

Toutefois, dans chaque domaine des progrès scientifiques sont encore nécessaires dans le domaine des médicaments, des microbicides, des prophylaxies médicamenteuses et de la vaccination préventive. Ces résultats futurs amèneront des mises à jour des stratégies de prévention comme c'est le cas aujourd'hui des stratégies thérapeutiques ou de la politique de dépistage. De plus, ces moyens actuels et futurs, ne sont/seront utilisables que si les barrières sociales liées aux systèmes de santé, aux contraintes socioéconomiques, aux

discriminations, aux normes sociales qui régissent les rapports de genre ou la sexualité s'abaissent de façon significative. Il s'agit aujourd'hui de réaliser l'intégration à laquelle appelle cette nouvelle donne, c'est-à-dire d'ajouter à l'existant et de proposer des nouvelles combinaisons de ces moyens, des services de santé et des acteurs de terrain.

Source : Rapport de la mission de réduction des risques, mars 2010.

Objectif spécifique 1.1.2 : Renforcer le « counselling » / test de dépistage volontaire, anonyme, accessible géographiquement et financièrement

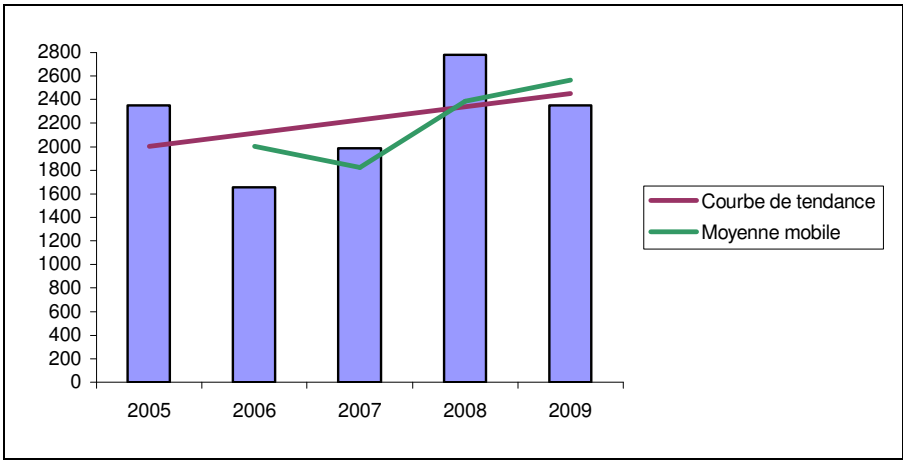
Une offre de dépistage

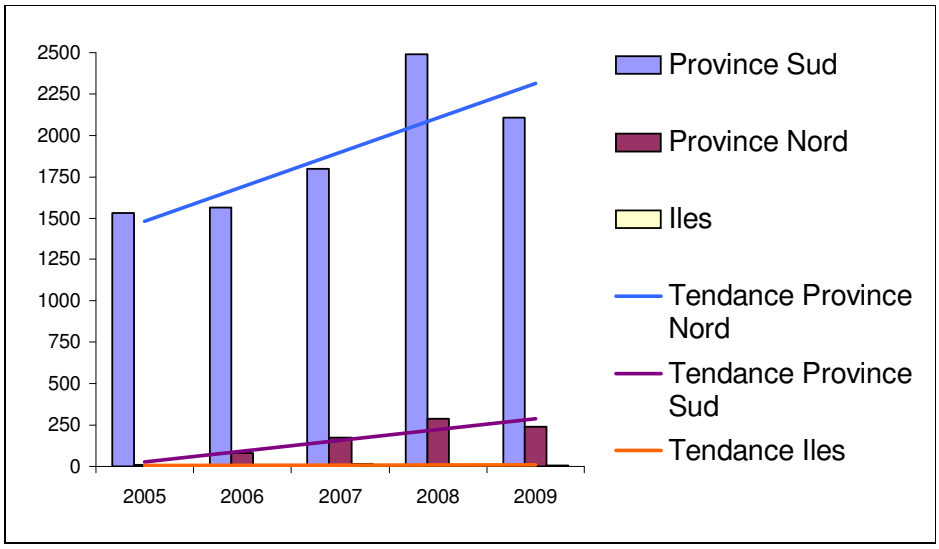
Depuis 2005, une offre de CDAG a été mise en place au niveau du territoire. L'agrément est donné à une personne (un professionnel de santé) et non à une structure, ce professionnel est appelé « dépisteur ». En 2010, 56 médecins et 31 sages femmes ont un agrément CDAG. Parmi ces 87 professionnels agréés, 13 sont en cours d'agrément (5 médecins et 8 sages femmes). Par ailleurs, 6 médecins (dont 2 en cours d'agrément) sont formateurs agréés et ont la compétence validée pour assurer la formation des nouveaux agréments.

Parmi les 87 « dépisteurs », 51 sont professionnels dans le secteur public, 30 sont issus du privé et 6 seraient remplaçants, soit un tiers issus du secteur privé (sans différence entre les médecins et les sage-femmes). La répartition géographique montre que 54 exercent dans la province Sud (62%), 21 dans celle du Nord (24%) et 6 dans celle des Iles (7%), et 6 remplaçants. Rapporté à la population, la densité des « dépisteurs » est de 3,3 pour 1000 habitants dans le Sud, 2,2 dans celle du Nord et 3,8 dans les Iles, pour une moyenne territoriale de 3,0 pour 1000 habitants. La carte en annexe 3 présente la répartition géographique des CDAG pour le territoire.

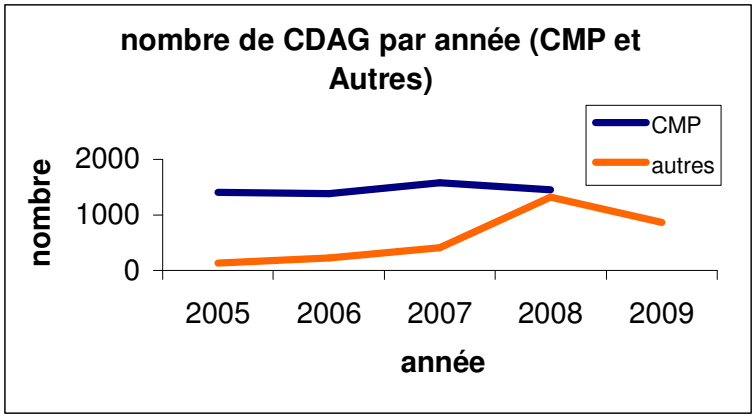
Depuis 2005, en moyenne 2225 dépistages sont réalisés annuellement, avec une tendance à la progression pour les cinq années, comme le montre la courbe de tendance calculée sur les 5 années ci-dessous.

L'analyse par province montre des différences, l'activité est soutenue dans la Province du Sud, plus mitigée dans celle du Nord et des Iles (cf. figure ci-dessous). Rapporté à la population, l'activité de dépistage est très différente : 1 dépistage pour 84 habitants en Province Sud, 192 en Province Nord et 2821 dans la Province des Iles.





Le CDAG est offert dans des structures publiques de santé, dans les CMS et dans des structures autres, privées et associatives. L'activité dans les structures privées est en forte progression depuis 2008 (cf. figure ci-dessous), ce qui est un argument en faveur pour accélérer l'offre de dépistage et plus impliquer le secteur libéral.



Source : DASS NC

Le tableau ci-dessous présente les activités de dépistage réalisées par les CDAG selon leur année d'ouverture. Pour la première vague de CDAG ouverts entre 2005 et 2007, seulement 2 « dépisteurs » n'ont pas réalisé de test ; plus des trois-quarts ont réalisé plus de 20 tests (en prenant en compte que la moyenne annuelle territoriale est de 2225 dépistages). Pour les 40 CDAG ouverts en 2008 et 2009, près de la moitié d'entre eux n'ont pas démarré l'activité de dépistage, seulement 20% ont réalisé plus de 20 tests. Ces résultats montrent que les premiers CDAG étaient « convaincus » par la démarche. Dans un second temps, il apparaît une « perte » importante de « dépisteurs » formés et agréés, qui au final n'ont jamais pratiqué de CDAG. Une étude qualitative par entretien individuel (comme par exemple par une socio-anthropologue de la santé) devrait être conduite par l'ASSNC auprès de cette vingtaine de « dépisteurs » qui ont immédiatement ou rapidement abandonné : pour quelles raisons ? Quelles difficultés ? Quels besoins ? Quelles perspectives pour eux ?
Ce résultat pose aussi la question importante de la pérennité du dispositif CDAG dans son format actuel.

	CDAG agréés sur la période 2005-07	CDAG agréés sur la période 2008-09
Nombre	35	40
Dépistages réalisés :		
Aucun	2 (5,7%)	17 (42,5%)
Plus de 20	27 (77,1%)	8 (20,0%)

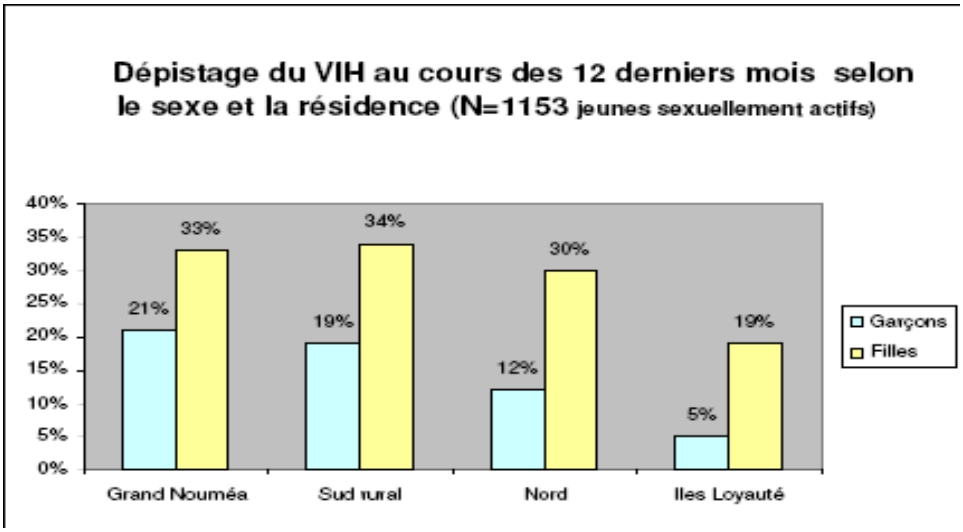
Un dispositif d'agrément et de ré-agrément à réviser

Chaque « dépisteur » est formé pendant 3 jours, ce qui lui offre normalement son agrément. Une procédure de réagrément validante doit être reconduite dans les 3 ans.

Autant la procédure initiale d'agrément est licite et paraît justifiée, les objectifs de la procédure de ré-agrément ne paraissent pas suffisamment clairs pour une majorité de professionnels rencontrés, cette procédure parait aussi lourde en terme de disponibilité pour les « dépisteurs ».

L'offre de CDAG insuffisamment visible pour la population

Dans le rapport de l'INSERM sur la situation et le comportement de santé des jeunes en Nouvelle Calédonie (2008), l'accès au CDAG est organisé dans chaque région de résidence dans des dispensaires, mais les conditions pratiques du dépistage et en particulier de confidentialité apparaissent différentes selon qu'il s'agit de la ville ou de régions rurales. Sur l'ensemble des jeunes sexuellement actifs de l'échantillon, près d'un sur quatre (24%) a été testé au cours de l'année, les filles beaucoup plus que les garçons (31% versus 17%).



Source : INSERM. la situation et le comportement de santé des jeunes en Nouvelle Calédonie (2008)

Dans le rapport diagnostic de terrain sur la santé sexuelle auprès de quatre populations cibles de Nouméa par Fatou Leïty MBODJ-BLOT (2010), il est rapporté que quelque soit la population considérée, le dépistage du sida est rarement pratiqué. Les femmes des associations qui ont des enfants ont, pour certaines, subi un test de dépistage lors de leurs grossesses. Les jeunes étudiants, jeunes travailleurs, les personnes rencontrées dans les squats, avouent soit ne pas se sentir concernés par le dépistage du sida, soit craindre l'issue des résultats. Chez un couple qui fait usage du préservatif, l'arrêt de l'utilisation de celui-ci

ne se fait pas en règle générale après le dépistage des deux partenaires. Pour le dépistage du sida, la prise de sang est régulièrement citée, mais quelques fois avec quelques idées fausses par exemple : *« je pensais qu'il fallait qu'on prenne beaucoup de sang dans le corps pour le dépistage du sida »*. D'autres idées subsistent notamment le dépistage du sida par les analyses d'urine.

La liste des lieux pour se faire dépister anonymement et gratuitement a été diffusée sur les sites de la DASS NC, de l'ASS-NC et des sites de rencontres. Mais une médiatisation et une information à large échelle de toute la population sur l'ensemble du territoire n'a pas été conduite.

Problématiques du dépistage à l'heure actuelle

Comme en métropole, il persiste un retard au dépistage de l'infection par le VIH en NC, qui concerne plus particulièrement certains groupes de populations ou individus. Ce retard au dépistage se reflète dans la prévalence de l'infection par le VIH non diagnostiquée.

Alors que les bénéfices individuels du dépistage de l'infection par le VIH ont longtemps été limités en l'absence d'interventions efficaces, l'apparition de nouveaux moyens thérapeutiques ou prophylactiques a renforcé l'intérêt d'un diagnostic précoce de l'infection par le VIH au niveau individuel comme au niveau collectif. Les bénéfices individuels du dépistage de l'infection par le VIH sont apparus très clairement depuis la mise à disposition de multithérapies antirétrovirales hautement efficaces. En particulier, l'impact sur la mortalité d'une prise en charge tardive (définie comme un diagnostic d'infection par le VIH au stade sida et/ou avec un taux de lymphocytes CD4 inférieur à 200/mm^3) a été mis en évidence : le risque de décès associé à une prise en charge tardive est multiplié par 13 pendant les 6 premiers mois.

Au niveau collectif, les bénéfices du dépistage de l'infection par le VIH ont également été soulignés. Le dépistage pourrait ainsi réduire les taux de transmission de l'infection par le VIH par deux biais : directement par une diminution des pratiques à risque ; indirectement par l'identification de personnes infectées supplémentaires remplissant les critères de mise sous multithérapie antirétrovirale, elle-même à l'origine d'une réduction de l'infectivité des personnes contaminées

Le développement de nouveaux moyens thérapeutiques et prophylactiques, les progrès technologiques concernant les méthodes de dépistage et de diagnostic biologique, la persistance d'un retard au dépistage affectant en particulier certains groupes se considérant souvent comme moins « à risque » et les modifications du contexte épidémiologique constituent autant d'enjeux rendant plus nécessaire une évolution des stratégies et du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH. Toutes ces évolutions ont suscité l'émergence de réflexions, au niveau international et en France, concernant les fondements des stratégies de dépistage de l'infection par le VIH.

Source : Dépistage de l'infection par le VIH en France Stratégies et dispositif de dépistage. Synthèse et recommandations, octobre 2009.

Points forts

9 - Une volonté d'obtenir une couverture et une accessibilité territoriale du CDAG.

10 - Une mise en oeuvre centrée sur le professionnel et non la structure, ce qui permet une gestion plus souple pour la procédure de ré-agrément.

11 - Une volonté, par la mise en place de la procédure d'agrément et de ré-agrément, de veiller à offrir une consultation de conseil pré et post-test de qualité.

12 - Une activité de dépistage en progression depuis 2005, malgré une forte diversité d'activité selon la province.

Devant la persistance d'un retard au dépistage affectant de façon plus particulière certains groupes de population ne se considérant pas comme « à risque », et parce que l'épidémie d'infection par le VIH continue d'atteindre plus particulièrement certains groupes de la population et certaines régions, une stratégie de dépistage en deux volets est recommandée par la HAS :

- L'un répond à l'objectif d'améliorer la détection précoce de l'infection par le VIH et de réduire le retard au dépistage. Il consiste en la proposition du test de dépistage de l'infection par le VIH à l'ensemble de la population âgée de 15 à 70 ans, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière. Elle repose sur la mobilisation active des médecins généralistes et autres acteurs de santé. Les résultats et l'impact de cette stratégie sur la diminution du retard au dépistage devront faire l'objet d'une évaluation après une première période de 5 ans. Cette recommandation vise également à modifier le regard porté sur le dépistage de l'infection par le VIH et à promouvoir l'idée que l'amélioration de la connaissance du statut sérologique vis-à-vis du VIH de la population peut être à l'origine de bénéfices importants au niveau individuel comme à l'échelle collective.
- L'autre tient compte de l'hétérogénéité de l'épidémie d'infection par le VIH en France et de la persistance de groupes de population plus particulièrement affectés. Il consiste en la proposition ciblée et régulière du test de dépistage de l'infection par le VIH pour certaines populations (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des derniers

12 mois, usagers de drogues injectables (UDI), personnes originaires d'une zone de haute prévalence, personnes en situation de prostitution, personnes dont les partenaires sexuels sont porteurs du VIH) et dans certaines circonstances.

Par ailleurs, la HAS considère que le recours volontaire au dépistage doit être encouragé et facilité. La démarche volontaire de dépistage doit ainsi demeurer un des piliers du dispositif, reposant notamment sur les médecins généralistes et les CDAG/CIDDIST. Dans cette perspective, sur le fondement de la revue de la littérature et à l'issue des discussions au sein du groupe de travail, plusieurs pistes d'amélioration sont proposées concernant certains dispositifs dédiés et non dédiés.

Enfin, la HAS recommande que la proposition de dépistage en population générale s'accompagne d'une information adaptée afin d'obtenir un consentement éclairé et d'une appréciation de la capacité de la personne à recevoir le résultat du test. En dehors de ce cadre, une information-conseil personnalisée devra être adaptée aux différents contextes de l'offre de dépistage.
Source : Dépistage de l'infection par le VIH en France Stratégies et dispositif de dépistage. Synthèse et recommandations, octobre 2009.

Activités à développer et à renforcer

9 - Faire le point sur les CDAG aujourd'hui fonctionnels (et non fonctionnels), reprendre contact avec les CDAG n'ayant pas eu d'activité de dépistage (et ceux ayant une activité réduite) depuis leur agrément : faire le point sur le souhait de poursuivre, les difficultés rencontrées, les besoins et les perspectives.

10 - Activer le réseau CDAG. Le réseau de tous les « dépisteurs », serait chargé de définir les missions et conditions d'exercice du CDAG et faire des propositions techniques et stratégiques au COTEC et à la DASS NC. **Notamment, le réseau CDAG pourrait travailler sur** :

- Le point sur les CDAG fonctionnels (et responsables de l'enquête citée ci-dessus),
- La procédure d'agrément et de ré-agrement (peut être l'inscrire dans une perspective plus d'évaluation des pratiques),
- Réfléchir aux évolutions des CDAG et l'adaptation de la politique calédonienne aux tendances internationales (« *dépister plus et traiter plus et plus tôt* »).

11 - Renforcer rapidement la visibilité de l'offre CDAG sur tout le territoire par une campagne d'information auprès de la population générale. Profiter de cette campagne

pour insister sur les intérêts du dépistage aujourd'hui. La thématique de la JMS 2010 pourrait être autour du dépistage (offre territoriale disponible, accessibilité au dépistage, intérêts collectifs et individuel).

12 - Informer aussi les professionnels de santé de l'offre de dépistage disponible et son intérêt, en adressant à chaque professionnel un flyer avec les coordonnées des CDAG aujourd'hui fonctionnels.

13 - Face aux problèmes de santé publique majeure qu'est la prévalence et incidence des IST en NC, il convient de **conduire dès maintenant une réflexion sur la place des CDAG dans la prévention et la lutte contre les IST**. Autrement dit, quelle place et quels rôles pour les CDAG dans cette lutte ? Ce choix de santé publique devra être aussi discuté au sein du réseau CDAG.

14 - Renforcer la participation des médecins libéraux dans la politique de dépistage. La mise en oeuvre d'une proposition de dépistage en population générale nécessite la mobilisation de tous les acteurs de santé, en particulier des professionnels et structures de santé impliqués dans la délivrance des soins primaires. Les principaux relais de cette stratégie de proposition du test de dépistage à l'ensemble de la population sont constitués par les médecins généralistes. D'autres professionnels et structures de santé sont également invités à participer à la mise en oeuvre de cette stratégie de dépistage : les gynécologues médicaux et gynécologues-obstétriciens, les services de médecine universitaire, les centres de planification et d'éducation familiale, les centres de protection maternelle et infantile…

Objectif spécifique 1.1.3 : Renforcer la connaissance, la disponibilité et l'accessibilité des préservatifs

Disponibilité et utilisation du préservatif en Nouvelle Calédonie

Les différentes enquêtes montrent que le préservatif est globalement accessible et disponible sur le territoire :

- L'enquête Omnibus conduite en mars 2010 montre que 90% des personnes interrogées savent que le préservatif protège contre les IST, 75% seulement contre le VIH. L'accessibilité au préservatif est estimée facile pour 90% des individus sondés. Les deux principaux points de distribution cités sont les structures médicales privées et les commerces. La marque « Caillou Kaoutchou » est la plus connue. Elle est citée

spontanément par 1 personne sur 2. D'après les personnes interrogées, il semble plus facile de trouver des préservatifs aujourd'hui (94%, contre 84% en 2006) ; 93% des personnes interrogées sont conscientes du danger que représentent les IST pour la santé.

- Dans le rapport de l'INSERM sur la situation et le comportement de santé des jeunes en Nouvelle Calédonie (2008), lors du premier rapport sexuel, trois quarts des jeunes (73%) ont utilisé un préservatif. Les jeunes ne l'ayant pas utilisé sont plus souvent des garçons (32% versus 21% des filles) et sont plus nombreux chez les plus âgés de l'échantillon : 34% des jeunes de 22-25 ans sont dans ce cas contre seulement 17% des 16-18 ans. Il existe donc un phénomène générationnel marquant un changement en cours et une amélioration des pratiques dans toutes les régions de résidence, y compris dans la province des Iles. La diffusion du préservatif apparaît cependant incomplète, surtout chez les Polynésiens.
- Dans le rapport diagnostic de terrain sur la santé sexuelle auprès de quatre populations cibles de Nouméa par Fatou Leïty MBODJ-BLOT (2010), il est dit que dans la pratique, l'usage du préservatif est peu fréquent chez toutes les populations vulnérables rencontrées, même si ce dernier est cité comme premier moyen de contraception. Chez les jeunes des squats, les étudiants ou les jeunes travailleurs, l'usage du préservatif apparaît insuffisant, voir inexistant quand la partenaire est sous une autre contraception. Les personnes rencontrées soulignent également avoir des rapports sexuels sous l'emprise d'addictions (alcool, cannabis) qui limitent leur vigilance et l'usage d'un préservatif qu'ils n'ont pas toujours « sous la main ». Les femmes des quatre populations rencontrées peinent à imposer à leurs partenaires l'usage du préservatif.

Organisation de la politique territoriale d'accès au préservatif.

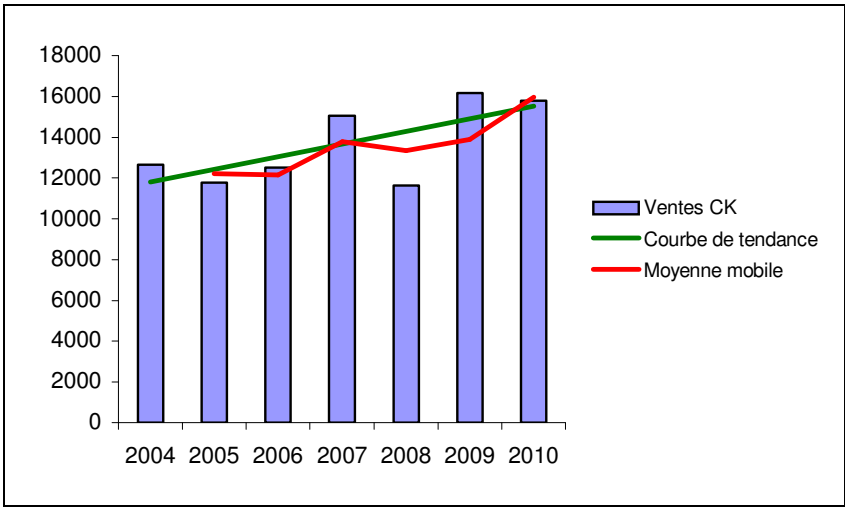
Depuis neuf ans, Solidarité Sida regroupe les commandes de préservatifs pour les provinces du Nord et des Iles, afin de bénéficier d'une baisse de tarifs. Depuis trois ans, la Province Sud s'est jointe à ce dispositif à la demande de l'ASSNC. Les commandes des préservatifs des associations Homosphère, CLCS et Objectif Prévention ont été intégrées. Solidarité Sida est ainsi la **Centrale d'achat pour l'ensemble des préservatifs gratuits du territoire.**

Quelques chiffres de commandes pour 2009 :

- 235 224 préservatifs « Sure » commandés
- 23 616 préservatifs « Sure Grande taille »
- 55 000 dosettes de lubrifiants
- 17 000 préservatifs « Aspélia » avec gel
- 17 000 préservatifs féminins commandés.

Depuis 2002, le marketing social du préservatif masculin en Nouvelle Calédonie par la promotion du « Caillou Kaoutchou » est assuré, une boite de 12 préservatifs est vendu 100 CFP la boîte, grâce à des subventions de l'ASSNC.

La figure ci-dessous montre une évolution positive des ventes de préservatifs Caillou Kaoutchou depuis 2004.



Points forts

13 - Le préservatif demeure la méthode référence pour la prévention de la transmission du VIH.

14 - Un marketing social important aboutissant à une excellente visibilité du préservatif Caillou Kaoutchou en NC.

15 - Une organisation pragmatique pour l'achat des préservatifs, avec constitution d'une centrale d'achat, gérée par Solidarité Sida, et une excellente adhésion des deux autres associations à la démarche, fortement soutenue par l'ASSNC.

16 - Un prix très abordable du préservatif pour l'immense majorité de la population (100 FCP les 12).

17 - Des distributeurs automatiques de préservatifs sont disponibles, un nouveau parc de distributeurs est mis en place.

Activités à développer et à renforcer

15 - Dans la mise en œuvre de la généralisation du préservatif, **des zones d'ombre géographique semblent persister** : en brousse, dans la province des Iles. D'autres canaux pour rendre plus disponibles les présentatifs, et adaptés au contexte local, doivent être identifiés et testés (en brousse, commerces locaux, maisons de jeunes ou associatives…)

16 - Intensifier l'usage du préservatif dans certains groupes à risques (jeunes des squats, jeunes travailleurs, étudiants).

17 - Les ventes de préservatifs ne sont pas connues géographiquement, voir par type de structures achetant des préservatifs. L'évolution des ventes de préservatifs, qui est gérée par Solidarité Sida, permettrait d'obtenir facilement des informations utiles pour évaluer la couverture géographique des ventes. **Un système d'information de type « mapping » facile à mettre en oeuvre répondrait à ce besoin pour une meilleure connaissance.**

18 - Dans le cadre de la politique de lutte contre les IST, **intensifier les messages d'utilisation du préservatif pour la prévention des IST**. Dans les messages de prévention, le préservatif masculin ou féminin reste la méthode de référence. Chaque garçon ou fille doit savoir l'utiliser dès l'entrée dans la sexualité. Il reste le pilier de la norme préventive dans la prévention des IST et du VIH et sa promotion via les campagnes générales et ciblées doit être renforcée.

19 - Le préservatif féminin semble peu connu en NC. Même s'il est cher, il présente une image peu valorisée, une promotion inconstante et timorée. Le préservatif féminin justifie une promotion renouvelée, portée par des images positives de la sexualité, de ses utilisateurs, hommes et femmes. **La promotion du préservatif féminin** doit être aussi conduite.

Domaine prioritaire N°2 : La prévention de la transmission sanguine

Domaine prioritaire N°3 : La prévention de transmission mère-enfant (PTME)

Autant pour la prévention de la transmission sanguine (transfusion, nosocomiale) que pour la PTME, les référentiels et les bonnes pratiques utilisés sont les mêmes que ceux recommandés et utilisés actuellement en métropole. Il n'y a pas de mesure spécifique propre au PMT 5 sur ces deux domaines.

Axe stratégique N°2 : Contrôle des IST

Domaine prioritaire N°1 : La prévention des IST
Domaine prioritaire N°2 : La prise en charge des IST

Ces deux domaines seront traités ensemble dans le rapport, car d'une part il est difficile de séparer prévention et prise en charge qui sont liées ; d'autre part, très peu d'actions ont été conduites sur cet axe stratégique.

Des données épidémiologiques très parcellaires

Surveillance des IST par le système MDO

- En 2009, 803 notifications d'IST ont été faites, dont 91,5% proviennent des structures publiques de santé, avec une très forte sous-déclaration du secteur libéral. Par ailleurs, il apparaît une diminution au cours de ces dernières années du nombre de déclarations des IST, alors qu'en parallèle les demandes d'examens au laboratoire et les résultats positifs sont en progression.
- Le ratio F:H=4, avec ainsi une forte prévalence des IST chez les femmes.
- Parmi les 809 IST déclarées, les prévalences les plus élevées sont retrouvées pour les infections à Chlamydiae (25%), les infections à mycoplasmes (20%) et les infections à Trichomonas (19%). La prévalence de la syphilis est de 6%, celle des gonococcies de 10%.

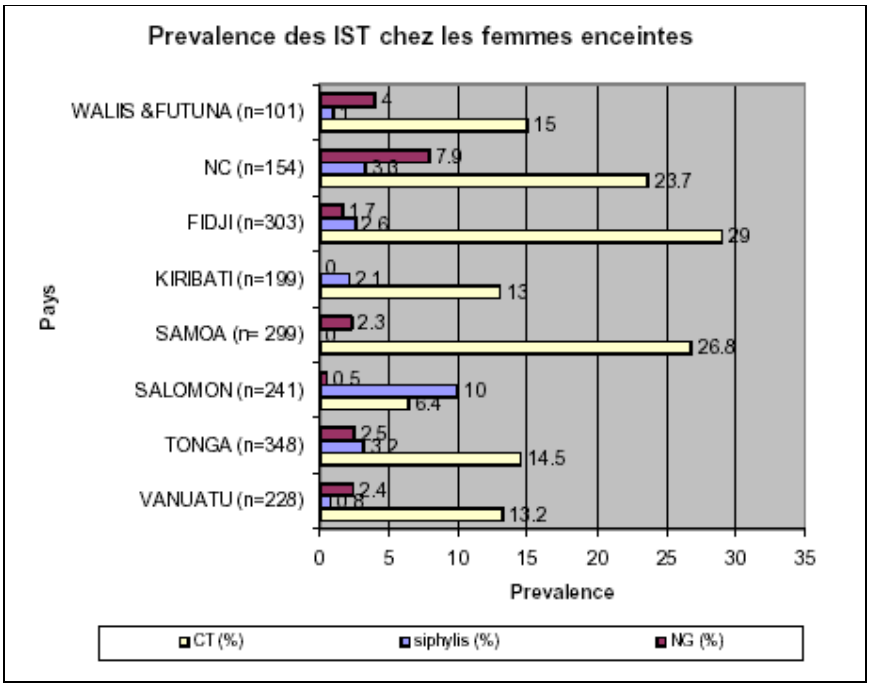
Surveillance des IST par l'ESPAS-CMP

- En 2008, 607 personnes ont été vues pour une symptomatologie d'IST, avec un sexe ratio F:H=1,6 ; 116 personnes ont été adressées par leur partenaire, 45% avaient au moins un antécédent d'IST, une personne sur deux avait déjà réalisé un test de dépistage du VIH, plus de trois quarts des personnes présentait un ou plusieurs germes.
- Les germes les plus fréquemment retrouvés étaient les infections à mycoplasme (33%), les infections à chlamydiae (31%) et les gonococcies (15%). Trente deux cas de syphilis (5%) ont été diagnostiqués.

Enquête de surveillance du VIH et des IST réalisée en 2007 par la CPS.

- Même si la méthodologie de cette enquête peut être discutée, les résultats confirment la prévalence et l'incidence élevées des IST en NC.

- La prévalence de la syphilis : 3,2% (IC à 95%=1,1%-7,5%), avec 5 cas de séroprévalence positive. Ceci confirme une persistance de la transmission de la syphilis dans la population, même si elle s'effectue à bas bruit.
- Prévalence des infections à Chlamydiae : 23,7% (IC à 95%=17,2%-31,3%)
- Prévalence de la gonococcie : 7,9% (IC à 95%=4,1%-13,4%).



Source : CPS – Enquête de 2ème génération du VIH et IST en NC, 2007.

<u>Rapport diagnostic de terrain sur la santé sexuelle auprès de quatre populations cibles de Nouméa</u>

- Les symptômes des MST sont peu connus des personnes rencontrées, sauf des personnes qui ont déjà présenté une IST.
- Parmi les personnes rencontrées en entretien individuel chez les étudiants, 4 sur 8, ont affirmé avoir déjà contracté une IST.
- Au niveau des squats également, sur les 8 personnes rencontrées lors d'entretiens individuels, 4 ont déclaré avoir eu une IST.

Mise en œuvre de l'approche syndromique : nécessité d'un consensus préalable

Dans certains contextes, l'OMS recommande la prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles chez les sujets qui présentent des signes et symptômes régulièrement observés, à l'aide de tableaux simples qu'il est possible d'utiliser au niveau des soins de santé primaires.

Une politique de santé publique pour la mise en œuvre d'une approche syndromique pour la prise en charge des IST a été décidée en NC. Un premier séminaire a été organisé en septembre 2007, un groupe de travail a été constitué pour préparer la mise en œuvre de l'approche syndromique : principes et stratégies pour la NC, détermination des algorithmes syndromiques et de traitement, surveillance (notification) et test de faisabilité sur quatre sites.

Après discussion avec les professionnels de santé rencontrés par la mission, les avis sont très partagés sur la pertinence de l'approche syndromique pour l'ensemble du territoire Calédonien. Schématiquement, les professionnels installés en brousse ont une approche plutôt favorable sur le recours à l'approche syndromique ; ceux du Nouméa (ou du Grand Nouméa) ont un avis très réservé sur la pertinence de l'approche syndromique dans un contexte où l'accès aux laboratoires (publics et privés) est facile. Il semble aussi exister une « incompréhension » sur les algorithmes de traitements retenus.

Insuffisances de l'approche syndromique pour la prise en charge de la trichomonase et de la vaginite bactérienne chez la femme enceinte

Le diagnostic et le traitement des infections à TV et des VB chez les femmes enceintes d'Afrique subsaharienne présentent des difficultés majeures. Cette étude a conduit à diagnostiquer une infection à TV ou une VB chez la moitié des femmes enceintes, mais ces affections n'ont été ni détectées, ni traitées, par la prise en charge syndromique appliquée lors des visites prénatales. De même, le personnel soignant ne suivait par les recommandations thérapeutiques. Ces résultats témoignent de la nécessité d'une révision du Guide pour la prise en charge des IST à TV et des VB dans le cadre des soins prénatals.

Source : Bulletin de l'OMS 2007, 85

La lutte contre les IST est une action de santé publique prioritaire en NC. Les principales étapes de la lutte sont : - cibler les populations les plus à risque et leur offrir des services de proximité ; - promouvoir l'usage des préservatifs et d'autres moyens de prévention et fournir ces moyens ; - mettre en œuvre des interventions cliniques efficaces ; - créer un environnement favorable ; - disposer de données fiables.

Points forts

18 - La problématique des IST est unanimement reconnue par tous les professionnels de santé et acteurs rencontrés par la mission.

Activités à développer et à renforcer

20 - La prévention et la lutte contre les IST est une activité prioritaire pour le PMT 5.

21 - Paradoxalement, l'axe stratégique n°2 est peu développé dans le PMT 5**. Il s'agira dans un premier temps d'écrire un plan de lutte et de prévention contre les IST au sein du PMT 5.** Il ne faut surtout pas créer un programme prévention et lutte contre les IST indépendant du PMT 5, la politique de santé publique de lutte contre les IST fait partie entièrement du PMT 5.

22 - La mise en place de l'approche syndromique requière aujourd'hui un consensus et une adhésion de tous les professionnels de santé. Une approche **mixte**, à la fois syndromique et étiologique pourrait être discutée. Les éventuels critères pour décider d'un recours à l'approche syndromique qui pourraient être géographiques (accessibilité au laboratoire), retour du partenaire et aussi la conviction (aisance) du professionnel à l'utilisation de l'approche syndromique, doivent être aujourd'hui discutés et décidés de façon collégiale.

23 - A ce stade, un **Groupe de travail spécifique IST devrait être constitué au sein du PMT 5**. Ses missions seront de préparer le contenu de l'axe stratégique n°2, réfléchir et trouver un consensus professionnel sur l'approche syndromique, de suivre et piloter les stratégies et activités jusqu'au terme du PMT 5 en 2013.

24 - En parallèle de ces actions, **il y un a aujourd'hui un fort besoin pour une meilleure connaissance des IST en NC, notamment épidémiologique et comportementale** :

- Epidémiologique :
  - Enquête de prévalence (et d'incidence) en population générale et surtout sur des populations à risque (rôle clef de l'ESPAS-CMP). Cette enquête de prévalence concernera à des enquêtes avec des échantillons représentatifs au sein de la population générale ou de groupes cibles spécifiques. Ces enquêtes portent sur la prévalence des IST et sur les comportements.
  - Apport potentiel des CDAG (« dépisteurs ») dans le dispositif de dépistage et de surveillance épidémiologique
  - Mise en place d'une surveillance sentinelle dans des structures comme l'ESPAS-CMP d'autres CMS, PMI, autres structures dans les trois provinces.

- Surveillance sentinelle en médecine libérale, dont les principes pourraient être : médecins volontaires, surveillance de symptômes [ex : urétrite] en continue ou en discontinue dans le temps, déclaration semi-active hebdomadaire sur un site Internet.
- Implication de laboratoires (IPNC, privés) : surveillance de la résistance des germes.

- Comportementales : enquêtes comportementales en population générale ou dans des populations à risque afin de mieux connaître les noyaux de transmission, les groupes passerelles, les comportements, les attitudes face à la prise en charge médicale.

Axe stratégique N°3 : Prise en charge des personnes vivant avec le VIH

Domaine prioritaire N°1 : La prise en charge médicale

Objectif spécifique 3.1.1 : Renforcer les connaissances des professionnels de santé sur les stratégies et les activités mises en place NC
Objectif 3.1.2 : Améliorer la prise en charge nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH

Un dispositif adapté pour la prise en charge. Une prise en charge médicale assurée selon les dernières recommandations internationales.

Dépister plus précocement les personnes infectées est d'autant plus nécessaire qu'un tiers des patients n'accèdent à une prise en charge qu'au stade tardif de Sida. Ce retard est d'autant plus dommageable que nous profitons aujourd'hui pleinement des progrès thérapeutiques spectaculaires qui ont été accomplis ces dernières années avec la mise à disposition de nouveaux médicaments y compris dans des classes thérapeutiques nouvelles. Les traitements ne sont pas seulement plus nombreux, ils sont devenus plus simples à prendre et mieux tolérés par les patients, également plus actifs sur les virus résistants. Aujourd'hui, plus de 80 % des patients pris en charge reçoivent une trithérapie et au moins les trois-quarts d'entre eux ont une charge virale indétectable dans le plasma. La conséquence en est la diminution constante du nombre de nouveaux cas de Sida, et l'infection par le VIH est passée du statut de maladie rapidement mortelle à celui d'une affection chronique.
Source : Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport Yéni.

A l'instar de la prévention de la transmission sanguine du VIH et de la PTME, la prise en charge médicale des patients est bien organisée. Le système de référence vers des soins spécialisés est assurée (Assurance Maladie CAFAT). La prise en charge médicale est faite selon les mêmes référentiels et recommandations (protocoles) qu'en métropole.

En NC, la file active compte 145 patients. La prise en charge est assurée à la fois au CHT Gaston Bouret et dans quelques CMS. Au total huit médecins sont référents pour les PVVIH. Une commission anti-rétrovirale se réunit une fois par mois, elle assure un suivi des patients, les dossiers qui posent des difficultés y sont discutés. L'institut Pasteur de NC réalise les examens biologiques soit à Nouméa, soit les examens très spécialisés sont adressés en métropole. L'accès aux soins est garanti par le système CAFAT (maladie ALD). D'un point de vue épidémiologique, le profil des PVVIH est bien connu dans le système de surveillance MD (DASS)

Domaine prioritaire N°2 : La prise en charge psychosociale

Objectif spécifique 3.2.1 : Renforcer et décentraliser l'éducation du patient et le conseil et la prise en charge psychosociale.

Le rôle des associations, plus particulièrement de Solidarité Sida dans l'accompagnement des PVVIH

Les associations jouent un rôle important dans l'éducation du patient, sa prise en charge psycho-sociale ainsi que les structures de santé qui suivent des PVVIH, qui au delà des aspects cliniques, ont acquis une expérience médico-sociale envers les patients.

Les personnes vivant avec le VIH continuent à solliciter le soutien de Solidarité SIDA-NC. L'association écoute leurs difficultés de vie, les accompagne dans leurs démarches administratives et les soutient dans leurs problèmes financiers après l'analyse de leur situation.

La consultation qualité de vie : une initiative pertinente, qui connaît des difficultés

Une Consultation Qualité de Vie (CQV) a été ouverte en 2010. Elle offre aux PVVIH et à leurs proches la possibilité d'avoir une consultation avec différents professionnels de santé, infirmier, diététicienne, psychologue et assistante sociale. Elle est prescrite par le médecin traitant. De nombreux thèmes peuvent être abordés lors d'une consultation qualité de vie.

Depuis son ouverture en mars 2009, l'activité CQV est très faible : 13 patients adressés par leur médecin, 9 patients s'étant présentés à la CQV et un total de 65 consultations. Le suivi de l'activité montre une diminution de la fréquentation : 8 patients suivis au cours de six premiers mois de fonctionnement, 5 PVVIH au cours de neuf mois suivants. Une baisse d'activité est enregistrée. Les PVVIH qui ont bénéficié d'une prestation de la CQV ont été très satisfaits du service.

Malgré une pertinence et une demande attendue (pressentie) fortes, comment expliquer la sous-fréquentation de la CQV ? Très certainement plusieurs raisons (plus ou moins intriquées) ?

- La référence obligatoire par un médecin. La raison de cette référence n'est pas très claire, ni évidente. Il est certain que si elle était rediscutée, de nombreux patients

pourraient être référés par une association ou encore mieux venir spontanément à la CQV.

- Informations sur l'existence de la CQV et ses prestations de la CQV insuffisante auprès des PVVIH et de leurs proches.
- (Fausse) « impression de redondance » de l'intervention pour les médecins qui prennent en charge des PVVIH et qui dispensent des conseils thérapeutiques (observance, nutrition…).

Le concept de prévention positive

Les personnes vivant avec le VIH ont des besoins de prévention spécifiques. Ces besoins justifient un programme de santé sexuelle que nous appelons, à la suite d'autres pays, prévention positive, et qui recouvre dans sa dimension médicale la prévention de la transmission du VIH, le dépistage et le traitement des IST, la prise en charge des troubles sexuels, la contraception, les projets parentaux et la grossesse. Ces actions doivent être intégrées à la prise en charge de l'infection VIH dans les services spécialisés, notamment dans la décision de traitement, le suivi médical et l'éducation thérapeutique. Ce programme a pour corollaire une forte implication associative et communautaire. La remobilisation des soignants dans la « prévention positive » est un élément clé de l'application des présentes recommandations.

Source : Rapport de la mission de réduction des risques, mars 2010

Domaine prioritaire N°3 : La prise en charge socio-économique

Domaine prioritaire N°4 : La prise en charge juridique

Objectif spécifique 3.3.1 : Faciliter l'autonomie financière des PVVIH

Objectif spécifique 3.3.2 : Renforcer l'accès au soutien économique aux PVVIH et à leurs dépendants affectés

Objectif spécifique 3.4.1 : Créer un environnement juridique favorable à la protection des droits et à l'accomplissement des devoirs des personnes infectées par le VIH/sida

De façon identique au domaine précédent, de nombreuses activités de soutien économique et de conseil juridique sont assurées par l'association Solidarité Sida sur des financements PMT 5.

Un dispositif de support et d'aide très intéressant est proposé par Solidarité Sida, avec une référence des PVVIH vers des structures de soins et des autres associations vers Solidarité Sida, qui a cette spécificité et ces compétences reconnues.

Exemples d'aides apportées par Solidarité Sida :

- Un patient a reçu une aide financière pour régler des soins hospitaliers non remboursés par la CAFAT.
- Un patient sans travail a été suivi pour un soutien psychologique, un entretien d'aide et aide à l'achat d'un moyen de transport pour faciliter son insertion professionnelle
- Une femme a eu besoin de renseignements pour l'obtention d'un prêt, avec l'aide d'un juriste mobilités par l'association.
- Prise en charge de séances de coaching à hauteur de 80%, pour un patient ayant des difficultés psychologiques passagères.

Points forts

19 - Prise en charge médicale répondant aux standards de la métropole et internationaux pour la prise en charge clinico-biologique et thérapeutique.

20 - Rôle important de la Commission antirétrovirale pour le suivi des patients et la décision collégiale de conduite thérapeutique.

21 - Spécificité reconnue de l'association Solidarité Sida dans la prise en charge sociale, socio-économique et juridique.

22 - Palette diversifiée de services psycho-sociaux offerts.

Activités à développer et à renforcer

25 - Dans le contexte actuel **la CQV présente des difficultés importantes**, elle n'est pas tenable à court terme. La CQV est une initiative très intéressante, il serait dommage de décider de sa fermeture immédiate avant de supprimer la référence médicale obligatoire. **Il convient donc de lever la référence médicale obligatoire**. Puis ensuite, de diffuser l'information auprès des PVVIH, des associations et les professionnels de santé publics et privés. Un des axes éventuels serait **d'ouvrir la CQV à d'autres pathologies chroniques** (MCV, diabète, cancers…) dans une **perspective d'éducation thérapeutique.**

26 - Une étude sur la satisfaction de leur prise en charge et les besoins des PVVIH serait intéressante à conduire. Cette enquête étudierait les différents volets de la vie des PVVIH : médicale, sociale, économique, regard de la société, vie conjugale et familiale et

sociale, activité professionnelle, discrimination…. Elle inclurait les patients des trois provinces, son approche pourrait être à la fois quantitative (si un nombre suffisant de patients acceptent de participer à l'étude) et surtout qualitative. Le consentement éclairé des patients sera indispensable à recueillir, la confidentialité des données sera garantie.

27 - Dans la prise en charge des PVVIH, **de nouveaux enjeux sociétaux sont aujourd'hui à prendre en compte** : vieillissement, insertion professionnelle et sociale, sexualité, survenue de pathologies chroniques, projets parentaux. Il convient dès à présent d'anticiper ces problématiques, qui très certainement seront abordées dans le PMT 6.

Axe stratégique N°4 : La surveillance épidémiologique

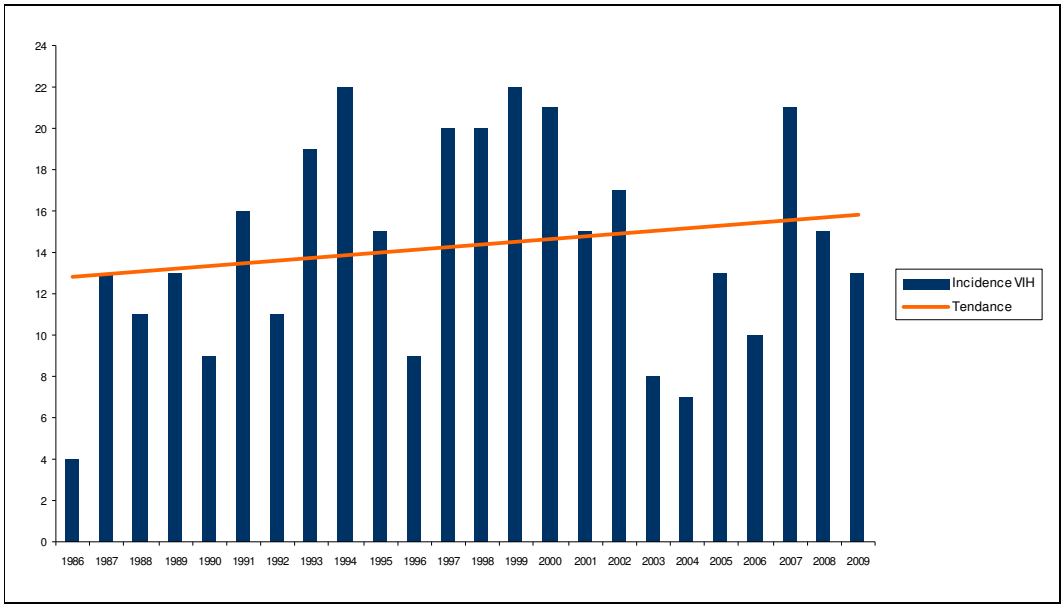
Domaine prioritaire N°1 : Le renforcement du système d'information

Objectif spécifique 4.1.1 : Renforcer la surveillance épidémiologique de routine

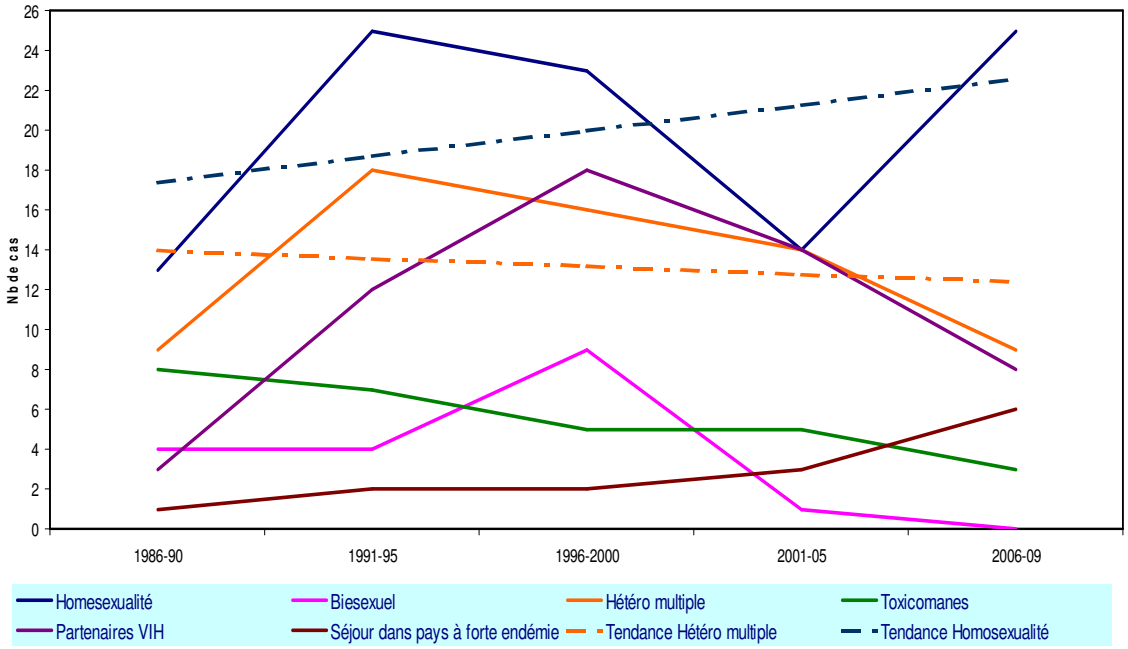
La surveillance épidémiologique du VIH/sida est aujourd'hui assurée par le système de MDO, qui présente plusieurs avantages : - une très bonne exhaustivité pour la surveillance du VIH et du sida (très certainement entre 90 et 100%) ; - un recueil d'informations assez large, qui offre une bonne image de la situation épidémiologique ; - un suivi de l'évolution avec des tendances intéressantes au cours du temps.

Par contre, comme vu précédemment, le système MDO présente d'importantes lacunes pour la surveillance des IST : - mauvaise exhaustivité ; - très faible, et probablement avec des variations importantes, déclaration dans le temps, une interprétation des résultats très difficile.

La figure ci-dessous présente l'évolution de l'incidence de l'infection par le VIH entre 1986 et 2009, avec une tendance légèrement positive de l'incidence. En 2009, 13 nouveaux cas, dont 9 cas déjà diagnostiqués en métropole.



La figure ci-dessous décrit l'évolution des principaux modes de transmission pour cinq périodes. Même si les effectifs sont très réduits, il apparaît une tendance à l'augmentation, pour la transmission homosexuelle (courbe en pointillé bleue), alors qu'il existe une tendance à la diminution de la transmission hétérosexuelle multiple au cours du temps (courbe pointillée orange).



La dernière enquête de prévalence du VIH a été conduite en 2000, elle a été publiée dans le Bulletin de la Société de Pathologie Exotique en 2002 (95 : 109-114). Une prévalence de 0,66 pour mille (IC 95 %: 0,21 à 1,11 pour mille) a été retrouvée.

Il y a un besoin aujourd'hui d'avoir d'autres informations et de développer d'autres systèmes de surveillance épidémiologique.

Domaine prioritaire N°2 : Le renforcement des connaissances épidémiologiques sur le VIH/sida et les IST

Objectif spécifique 4.2.1 : Renforcer la surveillance sentinelle des IST et du VIH/sida
Objectif spécifique 4.2.2 : Renforcer la mis en œuvre d'études épidémiologiques sur le VIH/sida et les IST

Il n'existe pas de surveillance sentinelle des IST en NC.

De nombreuses études ont été conduites, certaines sur l'initiative de l'ASSNC, d'autres à la demande des associations. Quelques études conduites ou en cours :

- Situation sociale et comportements de santé des jeunes (INSERM)
- Diagnostic sur la santé sexuelle auprès de 4 populations vulnérables (étudiants, squat, associations de femmes, jeunes non scolarisés)
- Enquête Omnibus
- Stigmatisation des PVVIH
- Représentations de l'homosexualité (étude en cours).
- Baromètre santé (en cours).

Points forts

23 - Un système de surveillance épidémiologique MDO exhaustif pour la surveillance du VIH, qui permet d'avoir une bonne connaissance de la situation épidémiologique en NC et de suivre les évolutions aux cours du temps.

24 - Un certain dynamisme de la recherche qualitative socio-anthropologique avec diverses études conduites, le plus souvent dans une perspective d'identification et pour un appui à la définition d'un plan d'actions et de stratégies.

25 - Une implication des associations dans la recherche de terrain, puisque certaines études ont été conduites à leur demande et sous leur responsabilité.

Activités à développer et à renforcer

28 - Près de 10 ans depuis la dernière enquête, il est primordial de mettre en œuvre une nouvelle **enquête de prévalence du VIH territoriale en 2011**.

29 - Comme déjà spécifié dans l'axe stratégique n°2, **il est urgent de développer la surveillance épidémiologique des IST par une surveillance sentinelle** : par l'identification de sites sentinelles : ESPAS-CMP, des CMS dans les trois provinces, PMI ; par une implication des médecins libéraux volontaires dans le système de surveillance sentinelle, par la surveillance de la résistance des germes. Cette connaissance permettra de connaître la prévalence des IST dans un premier temps, de les surveiller et suivre l'évolution au cours du temps et d'évaluer l'axe stratégique n°2.

30 - Après la conduite d'études qualitatives, **il apparaît maintenant nécessaire de mettre en œuvre des études épidémiologiques**, de plus grosse envergure. Quelques propositions : études comportementales en population générale ou des populations à risque vis-à-vis des IST, études de cohorte pour suivre l'incidence de problématiques de santé publique (comme les IST), fréquence des comportements à risque (addictions, autres) dans des populations particulières (étudiants lycéens…), attitudes et comportements des professionnels de santé, évaluations de l'incidence et de la prévalence des complications des IST, les estimations du coût économique des IST.

31 - Les études déjà conduites et celle qui seront conduites devraient être **valorisées sur un plan scientifique international** (communications dans des congrès internationaux, publications d'articles dans des revues internationales référencées).

Axe stratégique N°5 : Coordination multisectorielle

Domaine prioritaire N°1 : Renforcer la réactivité et le suivi institutionnel, et financier du programme par le COTEC
Domaine prioritaire N°2 : Renforcer le dispositif de suivi et de coordination du programme
Domaine prioritaire N°3 : Renforcer le dispositif d'évaluation du programme

Points forts

26 - La mise en place d'une coordination du PMT 5 : une des recommandations du PMT 4.

27 - La place centrale jouée par la Coordination du PMT 5 dans le déroulement du programme, son animation et son rôle fédérateur avec les différents partenaires du programme. Un rôle moteur reconnu par l'ensemble des partenaires.

28 - Un fonctionnement en cluster (ou groupes de travail technique) : semble adapté, une douzaine de clusters, dont la « durée de vie » est en définitive assez courte pour la majorité des clusters, avec un travail important de préparation des dossiers en amont par la coordination.

29 - La place importante du COTEC dans le suivi et les prises de décision. Le COTEC regroupe les partenaires institutionnels et associatifs. La majorité des acteurs rencontrés ont souligné l'importance du COTEC.

30 - La mise en place d'indicateurs de suivi des activités pour les associations, dont l'installation aurait nécessité une formation spécifique à l'utilisation des matrices, mais dont le bénéfice est maintenant double : d'une part pour l'association elle-même, d'autre part pour la coordination et le suivi du PMT 5.

Activités à développer et à renforcer

32 - Vu l'importance de la priorité de la prévention et de la lutte contre les IST, il est recommandé de **créer dès maintenant** un cluster ou mieux un **Groupe de travail technique IST**, qui regroupera différents partenaires et sera chargé de préparer l'axe stratégique N°2, puis de le mettre en oeuvre. Ce Groupe sera opérationnel au moins jusqu'à la fin du PMT 5.

33 - A l'image du séminaire de préparation du PMT 5, **un séminaire de présentation des avancées du PMT 5**, **des résultats et recommandations de l'évaluation à mi-parcours** et des axes stratégiques et activités définis d'ici 2013 pourrait être organisé début 2011. En une journée, il permettrait à tous ceux qui ont participé au séminaire de préparation du PMT 5 d'être informés sur les évolutions du PMT 5 et aussi d'anticiper la préparation du PMT 6.

6 - Recommandations

Les recommandations sont synthétisées (en partie) des 33 propositions présentées dans les sections « activités à développer et à renforcer » pour chaque axe stratégique.

1 - Accélérer la prévention et la lutte contre les IST : c'est la priorité N°1 du PMT 5 à mi-parcours

Rappel des activités clefs :

- Etablir un plan de lutte et de prévention contre les IST au sein du PMT 5. Eviter de créer un plan spécifique IST en dehors du PMT 5.
- Créer dès maintenant un Groupe de travail technique IST qui fonctionnera jusqu'à la fin du PMT 5.
- Conduire une enquête de prévalence des IST. Discuter de l'intérêt de la conduire en même temps que l'enquête de prévalence du VIH dans le cadre de la méthodologie de surveillance de 2ème génération (étude des risques et des comportements).
- Développer la surveillance épidémiologique des IST (système MDO, approche sentinelle, surveillance de l'antibio-résistance).
- Statuer sur la politique de mise en place de l'approche syndromique en NC en obtenant si possible un consensus, qui permettra de mettre en œuvre une politique de santé publique qui sera acceptée par tous les professionnels de santé en NC.

2 - Accélérer l'éducation à la santé sexuelle au-delà du milieu scolaire, vers les communautés et les groupes à risque :

- Jeunesse non scolarisée, jeunes travailleurs, jeunes en brousse, squats, femmes (via les associations de femmes), détenus
- Via des médiateurs et des relais communautaires, des personnes des cultes
- Renforcer l'évaluation des interventions par une meilleure approche méthodologique.
- Engager des réflexions et des démarches pour associer d'autres partenaires, issus de la société civile (artistes, les cultes, les chefs de tribu...) aux actions d'éducation.

3 - Poursuivre la politique d'offre de dépistage du VIH

- Améliorer la performance du système de dépistage (faire le point sur la fonctionnalité actuelle du réseau CDAG).
- Médiatiser l'offre de dépistage auprès de la population.
- Activer le réseau CDAG et lui confier la réflexion et les propositions pour élaborer une politique de dépistage en NC.

- Réviser la procédure de ré-agrement des « dépisteurs » dans une perspective d'évaluation des pratiques professionnelles.
- Prendre en compte dans la politique territoriale les dernières recommandations internationales et celles de la HAS (« *Test and treat* »).

4 - Renforcer la collaboration avec la médecine libérale

- Rôle du médecin de famille dans la prise en charge du PVVIH au long cours et dans l'offre de dépistage.
- Participation de médecins libéraux volontaires à la surveillance sentinelle des IST.

5 - Offrir une perspective à la CQV

- Ré évaluer l'accès à la CQV, après la suspension de la référence médicale obligatoire pour accéder à la CQV et après une campagne d'information auprès des professionnels de santé, des associations et des patients.
- Si échec de ces mesures, réorienter la CQV vers l'éducation thérapeutique pour des pathologies chroniques.

6 - Renforcer la mutualisation des actions d'éducation au sein de l'ASSNC.

Participation du Service d'Addictologie de l'ASSNC aux actions d'éducation à la santé pour des publics cibles, dont les interventions pourraient aisément être communes aux deux services : jeunes en milieu scolaire, étudiants. Les ressources et compétences du Service d'Addictologie permettront de dynamiser les interventions autour des comportements à risque, qu'ils soient addictifs ou sexuels. Participation du Service d'Addictologie aux travaux de la Cellule de Coordination Action et Prévention Sexualité.

7 - Mettre en en oeuvre une enquête de prévalence du VIH sur le territoire de la NC en 2011.

8 - Développer la méthodologie de l'évaluation et inciter à une évaluation systématique de toutes les interventions.

9 - Intensifier le recours au préservatif dans certaines populations vulnérables.

10 - Conduire une étude épidémiologique sur la satisfaction de la prise en charge et les besoins des PVVIH.

11 - Développer les études épidémiologiques sur de grandes populations.

12 - Donner une meilleure visibilité au PMT 5.

7 - Conclusion

Il apparaît une bonne appropriation du PMT 5 par l'ASSNC ainsi que le rôle moteur et reconnu de la coordination. Les volets prise en charge médicale des PVVIH et la prévention de la sécurité transfusionnelle et de la transmission verticale du VIH répondent totalement aux recommandations et aux derniers référentiels internationaux et à ceux de métropole.

Le premier challenge immédiat pour l'ASSNC est de définir, puis de mettre en oeuvre la politique de prévention et de lutte contre les IST d'ici la fin du PMT 5. La poursuite de cette politique sera un des volets phares du PMT 6. La définition de cette politique et sa mise en œuvre sont devenus une priorité au sein du PMT 5.

Un des enjeux aussi est d'anticiper dès maintenant le changement de paradigme dans la prévention du VIH. Jusqu'à présent, la stratégie de dépistage reposait sur la promotion de la démarche volontaire individuelle et sur le dépistage ciblé de populations à risque. Vu les bénéfices thérapeutiques d'un traitement précoce et la réduction du risque de transmission du VIH, les bénéfices individuels et collectifs, chaque personne dans la population générale doit pouvoir connaître son statut sérologique. Le rôle majeur du médecin traitant est d'encourager et de faciliter le recours volontaire et individuel au dépistage.

Annexes

Annexe 1

Programme de la mission et liste des personnes rencontrées en Nouvelle Calédonie du 23 août au 3 septembre 2010

Annexe 2

Diaporama de restitution présenté devant le COTEC en fin de mission

Le diaporama est disponible auprès de Mlle Julie Dirheimer (julie.dirheimer@ass.nc) ou auprès du Dr Joël Ladner (joel.ladner@univ-rouen.fr)

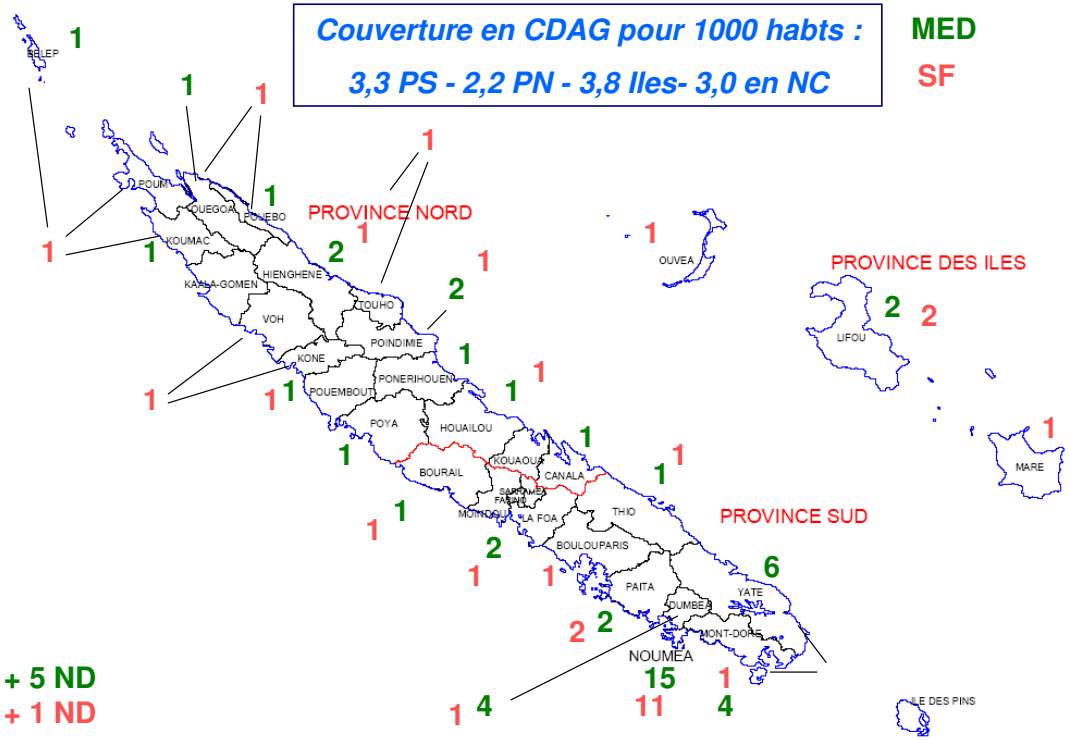
Annexe 3

Répartition géographique des CDAG en Nouvelle Calédonie

Planning Evaluation à mi-parcours du P

	Lundi 23	Mardi 24	Mercredi 25	Jeudi 26	Vendredi 27	Samed	Dimar	Lundi 30	Mardi 31	Mercred	jeudi 2	vendredi 3
8h					CPS T.Jubeau RDV CPS			PROVINCE NORD			RDV M. Noël et JP GRANGEON DASS	
9h			Pasteur Kaemo RDV ASSNC	DPASS-SUD P. Eono RDV à la DPASS					CQV Claire Savoie RDV ASSNC N.Dupra A.Le Martelot S-F libérales RDV ASSNC			
10h		Vice-Rectorat T.Wamytan						DASS-PS P.Domingue	Gwendal BOURSICOT		CHT F. Lacassin Secrétariat de médecine interne à Magenta	
11h			IPNC A-C. Gourinat RDV IPNC	Conseil de l'ordre des médecins M. Rossin RDV ASSNC	DACAS ILES I.de Fremicourt C.Gambey RDV DACAS							
12h	COTEC			F.Bazenet Chef de projet PMT5 RDV ASSNC					CLCS RDV Local association		Parmacie CHT C.Fijalkowski	OTEC restitutio
13h			SPPS T.Lefèvre		CCF B.Lèques RDV au CCF							
14h	Formateurs locaux CDAG	ESPAS CMP F.Droetto C.Lehmann RDV au CMP		Centre pénitencier M.Mercier/SPIP					CAFAT P. Bedon RDV CAFAT Receiving		Addictologie Dr. Michel RDV ASSNC	
15h	I.Monchotte RDV à l'ASSNC				PMI Montravel C.Malbos							
16h		A.C Fernandez Cheveau SMIT RDV ASSNC						Disp. de Bourail C. Boyat O.Thomas	Sœur Yvette Père Apikawa Egli. Catholique RDV chez S.Yvette			
17h			Solidarité SIDA-NC Local de l'association	E. Le Blanc Repr. Syndic medecins lib. RDV Malecon Café				PROVINCE NORD	Fatou Leïty Blot			
18h		Homo-Sphère Local de l'association									Radio Djiido	
19h												

Répartition géographique des CDAG, juin 2010 (N=87)



Source : DASS NC