

Mémoire n° 113

Octobre 2007

**ILLUSTRATION DE SYSTEMES
DE SURVEILLANCE DE
DEUXIEME GENERATION DU VIH
ET IST A TRAVERS UNE ETUDE
DE COMPORTEMENT ET UNE
ETUDE DE SEROPREVALENCE
DANS LES TERRITOIRES
FRANCAIS DU PACIFIQUE SUD**

Sophie Laroche

*Ce mémoire a été réalisé dans le cadre du DESS
en économie et management de la santé - Master
in Health Economics and Management (MHEM)*

IEMS
Institut d'Economie et de Management
Université de Lausanne

Master en Economie et Management
de la Santé (MHEM)

2005-2007

ILLUSTRATION DE SYSTEMES DE
SURVEILLANCE DE DEUXIEME GENERATION
DU VIH ET IST A TRAVERS UNE ETUDE DE
COMPORTEMENTS ET UNE ETUDE DE
SEROPREVALENCE DANS LES TERRITOIRES
FRANÇAIS DU PACIFIQUE SUD

Enquête de comportements chez les jeunes de Wallis et Futuna (2006) et Enquête de prévalence du VIH et IST chez les femmes se rendant à de leur première consultation prénatale en Nouvelle-Calédonie (2005-2006)

Auteur: Sophie Laroche

Directeur de mémoire: Dr. Brenda Spencer PD MER IUMSP- Lausanne

Expert: Dr. Jean-Pierre Gervasoni M.Sc IUMSP- Lausanne

Lausanne, 25 octobre 2007

TABLE DES MATIERES

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Acronymes | 5 |
| 2 | Résumé 7 | |
| 3 | Executive Summary | 9 |
| 4 | Remerciements | 11 |
| 5 | Avant Propos..... | 12 |
| 6 | Partie générale | 13 |
| 6.1 | Introduction | 13 |
| 6.2 | Principaux indicateurs de surveillance du VIH..... | 13 |
| 6.3 | Surveillance de deuxième génération (SDG)..... | 15 |
| 6.3.1 | Principes des SDG..... | 15 |
| 6.3.2 | Buts et Objectifs des SDG..... | 15 |
| 6.3.3 | Rôle des SDG dans le contexte d'un plan de stratégie nationale..... | 16 |
| 6.3.4 | Suivi et implication des SDG | 16 |
| 6.3.5 | Conclusion | 17 |
| 7 | Situation en Océanie | 18 |
| 7.1 | Géographie | 18 |
| 7.2 | Contexte sanitaire | 19 |
| 7.2.1 | Maladies transmissibles | 19 |
| 7.2.2 | Maladies non transmissibles | 19 |
| 7.3 | Contexte de l'épidémie VIH / Sida | 19 |
| 7.3.1 | Expansion de l'épidémie de 2000 à 2005 | 20 |
| 7.3.2 | Contexte épidémiologique..... | 22 |
| 7.3.3 | Contexte sanitaire | 23 |
| 7.3.4 | Impact économique..... | 23 |
| 7.3.5 | Facteurs de risque associés..... | 24 |
| 7.4 | Outils d'aide internationaux utilisés pour la lutte contre VIH/SIDA dans le Pacifique Sud | 24 |
| 7.4.1 | Indicateurs utilisés dans les enquêtes SDG – (UNGASS / MDG/ FHI) | 24 |
| 7.4.2 | Système d'information sur les ripostes d'un pays (CRISP) | 25 |
| 7.4.3 | Indicateurs relevés par type d'étude en Océanie | 25 |
| 7.5 | Système de surveillance du VIH dans le Pacifique Sud..... | 27 |
| 7.5.1 | Défis majeurs des SDG..... | 27 |
| 7.5.2 | Type d'enquêtes SDG | 28 |
| 7.5.3 | Phase actuelle des SDG | 28 |
| 8 | Exemples de SDG dans les territoires français d'océanie..... | 29 |
| 8.1 | Environnement..... | 29 |
| 8.2 | Sélection des exemples illustratifs..... | 29 |

| | | |
|--------|---|----|
| 8.3 | Enquête sur les connaissances, les attitudes, les croyances et les pratiques sexuelles des jeunes face au VIH/SIDA à Wallis et Futuna (2006) | 31 |
| 8.3.1 | Contexte géographique et culturel | 31 |
| 8.3.2 | Buts et objectifs de l'étude | 33 |
| 8.3.3 | Méthodologie | 33 |
| 8.3.4 | Caractéristiques socio-démographiques | 35 |
| 8.3.5 | Indicateurs UNGASS – Comportements sexuels, Connaissances du VIH/SIDA, Stigmatisation et Discrimination | 36 |
| 8.3.6 | Consommation d'alcool : un autre facteur de risque | 40 |
| 8.3.7 | Discussion et conclusion | 40 |
| 8.3.8 | Comparaison des indicateurs UNGASS avec d'autres pays du Pacifique | 42 |
| 8.4 | Enquête de prévalence du VIH et des IST auprès des femmes se rendant à leur première consultation prénatale en Nouvelle-Calédonie (2005-2006) | 45 |
| 8.4.1 | Contexte géographique et culturel | 45 |
| 8.4.2 | Buts et objectifs | 48 |
| 8.4.3 | Méthodologie | 48 |
| 8.4.4 | Caractéristiques socio-démographiques | 51 |
| 8.4.5 | Caractéristiques de la grossesse | 53 |
| 8.4.6 | Prévalence du VIH et des IST dans l'étude | 54 |
| 8.4.7 | Prévalence des IST (syphilis, chlamydia, gonorrhée) recensées et relation avec les facteurs socio-démographiques | 54 |
| 8.4.8 | Prévalence des IST (syphilis, chlamydia, gonorrhée) recensées et relation avec les comportements sexuels | 56 |
| 8.4.9 | Prévalence des co-infections (chlamydia, gonorrhée) recensées et relation avec les facteurs socio-démographiques et comportements sexuels | 57 |
| 8.4.10 | Discussion et Conclusion | 57 |
| 8.4.11 | Comparaison des prévalences d'IST avec d'autres PICTS | 59 |
| 9 | Conclusion générale | 60 |
| 9.1 | Aspects méthodologiques rencontrés lors des études | 60 |
| 9.1.1 | Mise en place des études | 60 |
| 9.1.2 | Design des études | 60 |
| 9.1.3 | Formulation des questionnaires | 61 |
| 9.1.4 | Collecte des données | 62 |
| 9.1.5 | Logistique | 62 |
| 9.2 | Relation entre les résultats des études dans les territoires français et les tendances observées dans le Pacifique | 63 |
| 9.2.1 | Manque de connaissances | 63 |
| 9.2.2 | Faible taux d'utilisation du préservatif | 64 |
| 9.2.3 | Relations forcées, viols et inceste | 64 |
| 9.2.4 | Facteurs associés: drogue, alcool | 65 |
| 9.2.5 | Accès au dépistage | 65 |
| 9.2.6 | Discrimination et stigmatisation | 66 |
| 9.3 | Harmonisation et stratégies | 66 |
| 9.4 | Futur des SDG dans le Pacifique Sud | 67 |

FIGURES ET TABLEAUX

| | |
|--|----|
| Figure 1.1 Cycle de surveillance du VIH | 14 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| Figure 1.2 Carte géographique de l'Océanie et du Pacifique Sud..... | 15 |
| Figure 1.3 Situation de l'épidémie de VIH/SIDA dans le Pacifique Sud en 1985 | 17 |
| Figure 1.4 Situation de l'épidémie de VIH/SIDA dans le Pacifique Sud en 1990 | 18 |
| Figure 1.5 Situation de l'épidémie de VIH/SIDA dans le Pacifique Sud en 2000 | 18 |
| Figure 1.6 Situation de l'épidémie de VIH/SIDA dans le Pacifique Sud en 2005 | 19 |
| Figure 1.7 Carte géographique de Wallis et Futuna | 19 |
| Figure 1.8 Pourcentage de jeunes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus (2004-2006) | 41 |
| Figure 1.9 Taux d'utilisation du préservatif dans 5 PICTS (2004-2006) | |
| Figure 1.10 Pourcentage de jeunes qui ont effectué un test de dépistage volontaire et qui connaissent le résultat (2004-2006)..... | 42 |
| Figure 1.11 Carte géographique de la Nouvelle-Calédonie | 43 |
| Figure 1.12 Prévalence des infections sexuellement transmissibles parmi les femmes enceintes de 8 PICTS déterminée lors d'études similaires entre 2004-2006 | 56 |
| | |
| Tableau 1.1 Planification des études de surveillances de deuxième génération dans les Territoires français du Pacifique Sud (2005-2006)..... | |
| Tableau 1.2 Méthodologie de l'étude de comportements à Wallis et Futuna | |
| Tableau 1.3 Caractères socio-démographiques révélés parmi les 199 jeunes de l'étude | |
| Tableau 1.4 Indicateurs UNGASS - Comportements sexuels parmi les 199 jeunes de Wallis et Futuna | |
| Tableau 1.5 Indicateurs UNGASS - Connaissances parmi les 199 jeunes de Wallis et Futuna | |
| Tableau 1.6 Indicateurs UNGASS - Stigmatisation et discrimination parmi les 199 jeunes de Wallis et Futuna | |
| Tableau 1.7 Consommation d'alcool parmi les 199 jeunes à Wallis et Futuna..... | |
| Tableau 1.8 Cas d'IST rapportés en Nouvelle-Calédonie en 2005 | |
| Tableau 1.9 Répartition des cas cumulés de VIH (y compris Sida) par mode de transmission de 1994-2006 en Nouvelle-Calédonie | |
| Tableau 1.10 Répartition des cas cumulés de VIH (y compris Sida) par tranche d'âge de 1994- 2006 en Nouvelle-Calédonie | |
| Tableau 1.11 Méthodologie de l'étude de prévalence du VIH et IST chez le femmes enceintes en Nouvelle-Calédonie | 46 |
| Tableau 1.12 Caractéristiques sociales des 160 femmes interrogées en Nouvelle-Calédonie | 49 |
| Tableau 1.13 Caractéristiques de la grossesse des 160 femmes interrogées en Nouvelle- Calédonie | 50 |
| Tableau 1.14 Prévalence du VIH et des IST parmi les 152 femmes interrogées en Nouvelle- Calédonie..... | 51 |
| Tableau 1.15 Prévalence des IST et facteurs socio-économiques parmi les 152 femmes | |

| | |
|--|----|
| interrogées en Nouvelle-Calédonie | 53 |
| Tableau 1.16 Prévalence des IST et comportements sexuels parmi les 152 femmes interrogées en Nouvelle-Calédonie | 54 |

1 ACRONYMES

CPS Secrétariat de la Communauté du Pacifique Sud / **SPC** South Pacific Community
CTV Conseil et test volontaires / **VCCT** Voluntary Confidential Counselling & Testing
CDAG Centre de dépistage anonyme et gratuit
CRISP Plan d'appui à la mise en œuvre de la riposte dans les pays et régions / Country and Regional Implementation Support Plan
FHI Family Health International
FNUAP Fonds des Nations Unies pour la Population **UNFPA** United Nations Population Fund
HSH Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes / **MSM** Men who have sex with men
IST Infection(s) sexuellement transmissible(s)
IPPF : Planning Familial International / International Planned Parenthood Federation
MDG Objectifs du Millénaire pour le développement de l'OMS / Millennium Development Goal
MST Maladie(s) sexuellement transmissible(s)
NC Nouvelle-Calédonie
OMS Organisation Mondiale de la Santé / **WHO** World Health Organisation
ONG Organisation(s) non gouvernementale(s)
ONUSIDA Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
Pf Polynésie française
PNLS Programme(s) National(aux) de Lutte contre le SIDA
PICTS Pacific Islands Countries and Territories / Pays et Territoires du Pacifique Sud
PNG Papouasie Nouvelle Guinée
SDG Etude de Surveillance de Deuxième Génération / **SGS** Second Generation Surveillance
SPS Etude de séroprévalence VIH et IST / STI Prevalence Surveillance
SIDA Syndrome d'immunodéficience acquise
TME Transmission mère-enfant
UNGASS Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies
UNICEF Fonds des Nations Unies pour l'Enfance / United Nations International Children's Emergency Fund (ancien nom dont on a gardé l'acronyme)
VIH Virus de l'Immunodéficience Humaine
W&F Wallis et Futuna

2 RESUME

La région d'Océanie n'est pas épargnée par l'épidémie de VIH/SIDA: en 2005, on estimait à 74 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH, environ 4 000 personnes en sont mortes, et quelques 8200 pourraient avoir contracté l'infection cette même année, parmi elles une grande proportion de jeunes de 15 à 24 ans. La propagation de l'épidémie est en augmentation dans toute la région. Toutefois à l'exception de la Papouasie Nouvelle-Guinée, les Pays et Territoires du Pacifique Sud (PICTS) affichent un taux de prévalence faible.

Dans ces conditions il était urgent de dresser une carte de la situation du VIH dans cette région. La Communauté du Pacifique Sud (CPS) avec l'aide de l'OMS, des ONGs locales et des gouvernements des 22 Etats et Territoires du Pacifique Sud est chargée de la planification et de l'exécution de la stratégie régionale de lutte contre le VIH/SIDA (2004-2008). Ce plan de lutte est réalisé à travers le renforcement de la surveillance sentinelle et la mise en place de systèmes de surveillance de deuxième génération (SDG). Ces études transversales ciblées et spécialement adaptées visent à évaluer la situation actuelle chez des populations distinctes sur le plan de la prévalence du VIH et d'autres IST, ainsi que des comportements qui pourraient contribuer à leur transmission. Ces systèmes de surveillance s'appuient sur des indicateurs de base, élaborés par Onusida.

Le présent rapport expose les principes des SDG, illustrés par deux types d'enquêtes: une enquête de comportements et une enquête de séroprévalence. Elles ont été réalisées lors de stages au sein du département de santé publique, section VIH & IST, au siège du Secrétariat Général de la Communauté du Pacifique Sud (CPS) à Nouméa (Nouvelle-Calédonie) en 2006 et 2007.

L'enquête de comportements intitulée: "Enquête sur les attitudes, comportements et croyance du VIH/SIDA parmi les jeunes âgés de 15-24 ans à Wallis et Futuna", s'est déroulée en 2006. C'est la première étude comportementale réalisée sur le territoire, elle a regroupé 199 jeunes, majoritairement scolarisés au lycée général ou en section professionnelle.

L'enquête de prévalence du VIH et IST parmi les femmes enceintes se présentant à leur première consultation prénatale en Nouvelle-Calédonie s'est étendue sur une année de 2005 à 2006. C'est aussi la première du genre réalisée sur le territoire. Elle a permis d'interroger 160 femmes, réparties dans cinq centres de recrutement

Les conclusions de ces deux enquêtes désignent les jeunes comme étant une population vulnérable au risque d'infection par le VIH. En effet on note :

- **Un manque crucial de connaissances** aussi bien sur les modes de **transmission** que de **prévention** du VIH. L'objectif de l'OMS d'ici 2015 est d'obtenir parmi les jeunes une connaissance exacte sur les modes de prévention et de transmission du VIH proche de 95%. Or, à Wallis et Futuna cet indicateur se situe en dessous de 20% tout comme au Samoa, et entre 25 et 40% aux îles Salomon, au Vanuatu et en Nouvelle-Calédonie. Une solution à envisager consiste à renforcer l'accès aux informations relatives au VIH auprès des jeunes à l'intérieur des établissements scolaires comme à l'extérieur, dans les maisons de quartier par exemple, en organisant des conférences, des émissions de radio, des forums de discussion. Le message est mieux perçu si l'information est donnée oralement. Une information renforcée passe aussi par une formation adaptée des infirmières scolaires, des enseignants et des éducateurs de terrain.

- **Des comportements à risque importants**: une utilisation faible du préservatif au premier rapport sexuel (moins de un sur quatre) comme au dernier avec des partenaires occasionnels non commerciaux due souvent à un manque d'accès matériel aux préservatifs (approvisionnement difficile et contraintes socioculturelles), mais aussi à une consommation d'alcool en forte hausse aussi bien chez les jeunes filles que les jeunes hommes entraînant des rapports non désirés, des viols et des viols collectifs. Modifier les mentalités et se préparer au passage à "la modernité" passe aussi par une implication multisectorielle regroupant le personnel de santé, les autorités traditionnelles, culturelles et religieuses.

- **Un pourcentage élevé de jeunes présentant des IST.** Les études de prévalence des IST chez les femmes enceintes révèlent jusqu'à 30% de cas de chlamydia dans certaines régions et jusqu'à 10% de cas de gonorrhée. L'étude réalisée en Nouvelle-Calédonie indique tous les cas de co-infection gonorrhée/chlamydia dans la tranche d'âge des jeunes de moins de 25ans, le plus souvent étudiants. Il faudrait envisager un renforcement des informations concernant les IST, instaurer des tests de dépistage lors de contrôle de routine chez les moins de 25ans sexuellement actifs et le proposer systématiquement après la prise de la contraception d'urgence ou d'un diagnostic positif à une IST. Il serait aussi nécessaire de renforcer la présence des infirmières scolaires dans tous les établissements y compris à l'université.

- Ce manque d'information générale sur le VIH induit une distorsion du risque encouru et ceci se manifeste par **le faible taux de dépistages volontaires pratiqués**, à peine 4% à Wallis et Futuna. En cause également le manque d'infrastructures et de confidentialité. Pour y remédier il est urgent d'augmenter le nombre et l'accessibilité aux Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG), mais également d'évaluer à travers une étude qualitative les leviers et motivations des jeunes à se faire tester.

Les conclusions de ces études ont été présentées sous forme de suggestions lors d'une conférence à la CPS en juin 2007. Elle s'adressait aux dirigeants des Agences de Santé de Wallis et Futuna et de Nouvelle-Calédonie, aux représentants des affaires sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie, aux organisations locales de lutte contre le Sida, aux épidémiologistes chargés de l'élaboration du cinquième plan de lutte contre le VIH en Nouvelle-Calédonie et au personnel médical impliqué en santé publique.

Toutes les informations obtenues à partir des systèmes de surveillance sont primordiales pour améliorer les programmes de prévention et d'information au niveau national mais aussi international. Les territoires français s'ouvrent à une coopération régionale: la Nouvelle-Calédonie partage son expérience avec Wallis et Futuna, des programmes de formation communs sont envisagés pour les éducateurs (peer educators) et les infirmières scolaires, ainsi qu'un projet d'émission de radio. Mais seules les idées ne suffisent pas et parfois les pressions politiques, coutumières et religieuses puissantes dans ces pays restés traditionnels sont un frein à l'enrayement de l'épidémie.

3 EXECUTIVE SUMMARY

Oceania has not been spared from the HIV/AIDS epidemic. We estimate that, in 2005, about 74,000 people there were living with HIV, among whom 4000 died as a result of their infection. The prevalence of HIV in most Pacific Island countries and territories, is less than in many other parts of the world. However, the number of people infected and affected is growing and the rate of increase is alarming. Over 98% of reported HIV infections have been from five PICTs — French Polynesia, Guam, New Caledonia, Fiji and Papua New Guinea. Papua New Guinea official statistics suggest there are as many as 14164 cases there (2005), but the World Bank estimates that at least 50,000 people in Papua New Guinea live with the virus, and the disease seems to be spreading rapidly. In addition, there are certainly many unreported cases throughout the region because testing facilities are not available and because there is a generally low level of surveillance.

Under these circumstances, it became urgent to draw up a map illustrating the HIV situation in this region. The South Pacific Community (SPC), helped by the WHO, local NGOs and the governments of the 22 South Pacific States and Territories, is charged with planning and carrying out regional strategies to combat the HIV/AIDS epidemic (2004-2008). This project is being carried out through the reinforcement of sentinel surveillance and the implementation of second generation surveillance (SGS). These transectional studies, well-focused and specially adapted, aim to evaluate the current situation related to the prevalence of HIV and other sexually transmitted diseases (STD) in specific populations, as well as behaviours which could contribute to their transmission. These surveillance systems are based on a system of key indicators drawn up by UNAIDS.

This report describes the SGS principles, illustrated by two kinds of survey: behavioural and HIV seroprevalence. The surveys were carried out in 2005 and 2006 in the course of internships in the HIV & STI section of the Department of Public Health, at SPC Headquarters in Noumea (New Caledonia).

A behavioural surveillance survey in youth (15-24 years) resident in Wallis and Futuna, was made in 2006 and focused on 199 young people who were primarily either in secondary education or in the professional sector. It is the first behavioural study done in this area.

An STI prevalence survey in pregnant women attending their first antenatal check-up was made in 2005-2006 in New Caledonia. It was also the first survey done in this region. Interviews were conducted with 160 women from five recruitment centres.

The conclusions of these two surveys show that young people are the most vulnerable to HIV infection. Indeed, we note:

- **A crucial lack of knowledge** both on the mode of **transmission** as well as on the **prevention** of HIV. The objective of WHO by 2015 is that 95% of young people know and understand the modes of prevention and transmission of HIV. Currently, this awareness level stands at less than 20 % in Wallis, Futuna and in Samoa and at between 25% and 40% on the Solomon Islands, in Vanuatu and in New Caledonia. One solution would be to reinforce access to information on HIV to young people both in and out of school – in the community, for example, – and to organise conferences, radio broadcasts, and discussion forums. In this region, messages are, indeed, better perceived when information is communicated orally. Information may also be reinforced through an adapted training of school nurses, teachers and medical educators.

- **High-risk behaviours**: low use of condoms (less than one in four), at first and most recent sexual intercourse with a casual partner (outside commercial sex), often due to the difficulty of obtaining condoms (poor supply and adverse socio-cultural pressure). Low use is also due to increased alcohol consumption among both young men and women, leading to forced intercourse and collective assault.

- **An increased percentage of young people infected with STIs**. Prevalence studies on STIs on pregnant

women reveal that up to 30% have Chlamydia in certain regions and up to 10% are infected with gonorrhoea. The survey done in New Caledonia shows that all patients with a co-infection gonorrhoea/Chlamydia are less than 25 years old and generally students. A suggestion would be to reinforce the dissemination of information concerning STIs, to establish a screening test each time a sexually active young adult (under 25 years old) goes for a standard check up and to systematically propose screening alongside emergency contraception, or after positive diagnosis of an STI. It would also be necessary to strengthen the presence of school nurses in all educational institutions, including universities.

- This lack of information on HIV also leads to a **low rate of voluntary screening** – barely 4% in Wallis and Futuna; however, lack of infrastructure, of confidentiality at testing sites and the low level of risk perception within the population are also involved. To remedy this, there is an urgent need to increase the number of free, anonymous HIV screening centres and to evaluate through a qualitative study the motivation of young people to be tested

The conclusions of these surveys were presented as suggestions at an SPC meeting in June 2007, which was organised for the public health agency of Wallis&Futuna and New Caledonia, the representatives of health and social agencies in New Caledonia, local organisations dedicated to combating AIDS, epidemiologists in charge of the fifth plan against AIDS in New Caledonia and medical personnel engaged in public health.

All the information obtained from the surveillance system is essential in order to improve the programs of prevention and information at the national and international levels. The French territories are opening themselves to regional cooperation: New Caledonia is sharing its experience with Wallis&Futuna; common educational programs are being considered for the peer educators and school nurses, as well as a radio broadcasts. But ideas are not enough, and sometimes strong traditional, political and religious pressures hinder prevention and monitoring of the spread of the epidemic in these countries.

4 REMERCIEMENTS

Ce travail a été effectué au siège général de la Communauté du Pacifique Sud, qui m'a engagée à deux reprises en tant que stagiaire. Mes superviseurs le Dr Tim Sladden et le Dr Janet Knox m'ont guidée à travers les différentes enquêtes et m'ont initiée au travail de Santé Publique, Gilda Manuel de Condinguy a veillé à la logistique de tous mes déplacements et je les remercie sincèrement.

J'adresse mes remerciements à tous les représentants et les organisations qui ont autorisé la réalisation de ces études ou y ont collaboré à travers les territoires français du Pacifique Sud:

A Wallis et Futuna: tout d'abord un grand merci aux rois coutumiers, Tomasi Kulimoetoke roi de Wallis-et-Futuna, Soane Patita Maituku roi d'Alo, Visésio Moeliku Roi de Sigave, à leurs ministres et au Président de l'Assemblée territoriale qui ont été favorables à la réalisation de cette étude. Au préfet de Wallis et Futuna monsieur Richard Didier.

A l'Agence de Santé de Wallis : son directeur Pierre George, le Dr Laurent Morisse, Isabelle Lisiahi, qui m'ont accueillie et guidée dans les démarches coutumières.

A la directrice de l'hôpital de Futuna Elisabeth Dutaut, qui m'a accueillie chez elle, m'a fourni les guides nécessaires pour me déplacer et aller à la rencontre des habitants et à la sage femme de Futuna.

Au Vice Rectorat qui m'a ouvert les portes des lycées et collèges, ainsi qu'aux enseignants qui ont été sensibilisés à ce problème et m'ont offert leur entière collaboration.

En Nouvelle-Calédonie: Aux membres de l'agence des Affaires Sanitaires et Sociales. Au Dr Françoise Droeto, au Dr Jean-Etienne Demory, au Dr Michel Jorda de l'association lutte contre le Sida qui ont pris sur le temps pour discuter des résultats des différentes études menées sur le territoire.

En Polynésie française: A la Direction de la santé (DS) de la Polynésie française, son directeur le Dr Axel Wiegandt, à Laurence Renou, et plus particulièrement à Christiane Temarii, l'infirmière de liaison, qui m'a accompagnée dans mes visites de la PMI et qui m'a épaulée pour les études pilotes menées sur les femmes enceintes à Papeete.

Je remercie tout particulièrement le Dr Brenda Spencer pour l'intérêt qu'elle a porté à ce travail. Elle m'a permis de le mener à bien, m'a soutenue et guidée à travers les différentes étapes.

Je remercie également le Dr Jean-Pierre Gervasoni qui a accepté de juger ce mémoire et d'en faire de judicieux commentaires.

Merci aussi à tous ceux que j'ai croisés, qui m'ont encouragée, supportée dans les études et dans la rédaction de ce mémoire.

5 AVANT PROPOS

« En juin 1981, nous avons examiné un jeune gay atteint d'une des déficiences immunitaires les plus dévastatrices que nous ayons jamais vues. Et nous nous sommes dit, 'Nous ne savons pas de quoi il s'agit, mais nous espérons que nous ne reverrons jamais plus un cas pareil.' » (OMS, 1994). Ces mots du Dr Samuel Broder, alors au National Cancer Institute des Etats-Unis, nous rappellent à quel point le monde a changé en 25 ans.

Le monde a été lent à reconnaître la gravité de cette nouvelle crise sanitaire et, durant les années pendant lesquelles le Sida est resté absent de l'ordre du jour politique, l'infection a pris une place qu'elle n'est pas près de perdre.

Selon le rapport d'Onusida publié en novembre 2006, 39,5 millions de personnes vivent désormais avec le VIH dans le monde. Parmi elles, 4,3 millions ont contracté la maladie durant l'année 2006 (soit 400 000 de plus qu'en 2004) et près de 3 millions en sont mortes. Il n'y a toujours aucun signe de déclin: 11 000 personnes sont contaminées et presque 8 000 décèdent chaque jour. (Annexe1)

« Cette année, le rapport est pour nous un réel sujet d'inquiétude, puisqu'il montre que l'épidémie progresse partout », a reconnu le directeur exécutif d'Onusida, Peter Piot. Au cours des deux dernières années, toutes les régions du monde enregistrent une augmentation du nombre de personnes vivant avec le Sida. En Asie et en Europe de l'Est, cette augmentation s'élève à 21%. Toutefois, ce phénomène doit être relativisé, estime l'OMS car il s'explique en partie par un meilleur accès aux traitements entraînant un allongement de l'espérance de vie.

Autre signe d'inquiétude : l'épidémie semble rebondir dans certains pays où les taux d'infection étaient autrefois stables ou en déclin. C'est le cas aux États-Unis, en Europe de l'Ouest, en Thaïlande et en Ouganda. Pour Peter Piot, « l'introduction du traitement antirétroviral a provoqué une baisse de la vigilance sur les conduites sexuelles à risque ». (ONUSIDA, 2006c)

Encore plus préoccupant, le dernier rapport 2006 sur le VIH/SIDA met en évidence une ignorance alarmante des jeunes face à l'infection. Dans leur plus grande majorité, les jeunes dans le monde ignorent totalement comment se transmet le virus et comment s'en protéger. Les enquêtes réalisées dans 60 pays indiquent qu'en moyenne plus de 50% des jeunes entre 15 et 25ans ont une conception très erronée des modalités de la transmission du VIH/SIDA. Dans certains pays les plus exposés, la proportion de jeunes sachant véritablement comment se protéger peut descendre jusqu'à 20%. En conséquence, on observe la moitié des nouvelles infections aujourd'hui chez les jeunes de 15 à 24ans. Malgré les avancées obtenues dans l'accès à certains services de prévention, l'épidémie continue de frapper lourdement les femmes et les jeunes. (ONUSIDA, 2000; 2006c)

Pour élaborer, mettre en oeuvre et améliorer des politiques et des programmes de lutte contre le Sida efficaces, il est essentiel de bien comprendre à la fois l'épidémie et la riposte nationale. D'importantes avancées ont été relevées dans le renforcement des capacités nationales de suivi et d'évaluation, mais des lacunes subsistent, notamment l'augmentation du nombre et des types de programmes, la collecte d'informations plus solides ainsi que l'amélioration de l'utilisation et l'analyse des données récoltées. Pour aider les pays dans cette tâche délicate Onusida et ses partenaires ont mis au point des indicateurs de base conçus pour évaluer l'état de la riposte nationale, contribuant aussi à une meilleure connaissance de la riposte mondiale à la pandémie. Ces précieux indicateurs sont récoltés à travers des études de surveillances de routine et des études de deuxième génération. (ONUSIDA, 2000)

Pour la toute première fois, la communauté internationale a les moyens de commencer à inverser le cours de l'épidémie. Mais le succès exige une volonté sans précédent de la part de tous les acteurs de la riposte mondiale, afin qu'ils réalisent leur potentiel, adoptent de nouveaux moyens de collaborer et... poursuivent la lutte sur le long terme.

6 PARTIE GENERALE

6.1 INTRODUCTION

Lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le Sida en 2001, 189 nations ont convenu que le Sida constituait un problème de développement de la plus haute importance à l'échelle tant nationale qu'internationale et ont signé une Déclaration d'engagement historique sur le VIH/SIDA qui promettait des ripostes novatrices, des efforts coordonnés et une obligation de rendre des rapports concernant les progrès accomplis dans la lutte contre l'épidémie.

La Déclaration souhaitait une évaluation des progrès faits pour la combattre à l'échelle nationale, régionale et mondiale à la fin des années 2003, 2005 et 2010, au moyen d'une série d'indicateurs de base élaborés par l'Onusida et divers partenaires. Ces indicateurs de base sont pris en considération à travers les systèmes de surveillance de deuxième génération (SDG). Ils fournissent ainsi, de manière systématique, des informations sur les populations les plus exposées au risque évalué, les services offerts et les améliorations mises en place. Ces rapports provenant des différents pays constituent l'une des évaluations les plus complètes des progrès réalisés et des obstacles à surmonter dans la riposte engagée. (ONUSIDA, 2000; 2002)

6.2 PRINCIPAUX INDICATEURS DE SURVEILLANCE DU VIH

Cette Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, reflète un consensus mondial sur un cadre de travail complet pour atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement, à savoir "stopper la propagation du VIH/SIDA et commencer à inverser le cours de l'épidémie d'ici 2015". En vertu des dispositions de la Déclaration d'engagement, les progrès de la riposte au Sida sont évalués par la réalisation d'objectifs concrets dans des délais prescrits.

Pour la réalisation de ce grand projet, le Secrétariat de l'Onusida a collaboré en 2002 avec les Coparrainants du programme commun et d'autres partenaires (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des Etats-Unis, Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID), Family Health International (FHI), Agence britannique pour le Développement international (DFID), Communauté Européenne, Banque Mondiale) pour élaborer une série d'indicateurs de base destinés à évaluer les progrès de l'application de la déclaration d'engagement. Les indicateurs de base ont été regroupés en quatre grandes catégories i) actions et engagements nationaux ii) connaissances et comportements nationaux iii) impact national iv) actions et engagements mondiaux. Il y a donc des indicateurs " globaux" et "nationaux".

1. **Les indicateurs de base globaux** sont une combinaison de cinq indicateurs qui donnent des informations sur les tendances internationales en matière de contrôle du VIH/SIDA. Grâce à ces informations Onusida et ses partenaires sont en mesure d'évaluer les tendances mondiales relatives à l'épidémie de VIH/SIDA.
2. **Les indicateurs de base nationaux** sont divisés en trois catégories:
 - 2.1. **Actions et engagements menés au niveau national.** Ces indicateurs s'articulent autour des contributions politiques, stratégiques et financières destinées à la prévention de la propagation de l'infection à VIH, aux soins et au soutien des personnes séropositives, et à l'atténuation des conséquences socio-économiques de niveaux élevés de morbidité et de mortalité dus au Sida. Ils permettent également d'apprécier les retombées, la couverture et les résultats des programmes, notamment en matière de prévention du risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant, de

distribution de traitements antirétroviraux à ceux qui en ont besoin, et de services en faveur des orphelins et des enfants vulnérables.

2.2. **Connaissances et comportements nationaux.** Ces indicateurs couvrent un éventail de résultats spécifiques relatifs aux connaissances et aux comportements, y compris des connaissances précises sur la transmission du VIH, l'âge du premier rapport sexuel, les comportements sexuels et la scolarisation des enfants rendus orphelins.

2.3. **Impact des programmes au niveau national.** Ces indicateurs évaluent à quel point les autres activités du programme national sont parvenues à réduire les taux d'infection à VIH et leur impact sur les adultes et les enfants recevant un traitement antirétroviral.

Une fois ces indicateurs élaborés, le département de l'évaluation de l'Onusida a établi des définitions claires pour chaque indicateur et des mécanismes permettant une collecte régulière des informations. (Annexe 2)

Pour les épidémies concentrées ou à faible prévalence (ce qui est le cas du Pacifique Sud), les directives pour l'élaboration des indicateurs de base (nationaux et internationaux) sont au nombre de neuf. Ces neuf indicateurs ont été déterminés comme essentiels à relever et identifiés pour connaître l'évolution du VIH et mettre en place le suivi et l'évaluation de la riposte nationale face au VIH. Ils peuvent être complétés par d'autres indicateurs plus caractéristiques de l'épidémie dans le pays concerné. (ONUSIDA, 2007a)

Neuf indicateurs de base pour les épidémies concentrées ou à faible prévalence

- Montant des fonds nationaux versés par les gouvernements dans les pays à faible et moyen revenu
- Indice composite des politiques nationales
- Parmi les [populations les plus à risque], pourcentage de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat
- Parmi les [populations les plus à risque], pourcentage de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre
- Parmi les [populations les plus à risque], pourcentage de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus
- Pourcentage de professionnel(le)s du sexe indiquant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client
- Pourcentage d'hommes mentionnant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin
- Pourcentage de consommateurs de drogues injectables ayant adopté des comportements propices à une diminution du risque de transmission du VIH, c'est-à-dire qui évitent d'employer un matériel d'injection non stérile et utilisent des préservatifs, au cours du dernier mois (Applicable uniquement aux pays dans lesquels la consommation de drogues injectables est un mode avéré de transmission du VIH)
- Parmi les [populations les plus à risque], pourcentage de personnes infectées par le VIH

Note : La dénomination « populations les plus à risque » mentionnée dans les indicateurs ci-dessus doit être remplacée par le segment spécifique de population (ex : professionnel(le)s du sexe, consommateurs de drogues injectables, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) faisant l'objet de l'évaluation.

S'agissant des pays où l'on a dénombré plusieurs groupes de « populations les plus à risque », les indicateurs doivent être communiqués pour chacun de ces groupes.

Source : Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base, Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Août 2005

Note: Dans les directives pour l'élaboration des indicateurs de base avant 2008, les indicateurs essentiels étaient regroupés en deux catégories différentes selon la nature de l'épidémie. A partir de 2008, la distinction entre les épidémies généralisées d'une part et les épidémies concentrées et à faible prévalence d'autre part n'a plus été retenue. Il n'est en effet pas possible de classer les épidémies dans des catégories au profil trop net. Onusida attend des pays qu'ils mesurent l'importance de chaque indicateur à la lumière de la dynamique de l'épidémie dont ils sont frappés.

6.3 SURVEILLANCE DE DEUXIEME GENERATION (SDG)

Comme nous l'avons décrit ci-dessus, les indicateurs de base une fois établis, sont à introduire dans les systèmes de surveillance de chaque pays. Ces systèmes renforcés sont des études transversales ciblées et spécialement adaptées qui visent à évaluer la situation actuelle chez des populations distinctes sur le plan de la prévalence du VIH et d'autres IST, ainsi que des comportements qui pourraient contribuer à leur transmission. Elles fournissent des informations primordiales pour envisager la meilleure riposte et procurer des soins aux personnes touchées. (ONUSIDA, 2002)

6.3.1 Principes des SDG

Les principes des SDG visent à améliorer la qualité des informations recueillies par les programmes nationaux de lutte contre le Sida (ONUSIDA, 2000; 2005c)

Mise au point par l'OMS, Onusida et FHI, cette méthode sert à surveiller le VIH, les IST, et les facteurs de risques comportementaux liés à la propagation de ces infections. C'est actuellement la meilleure méthode: une approche à la fois souple et ciblée, qui permet de surveiller les populations présentant des niveaux différents d'exposition et de risque d'infection au VIH. Elle associe la collecte systématique de données (fournies, par exemple, par des programmes de dépistage du VIH) à des enquêtes répétitives auprès de groupes à risque ou vulnérables. Les données ainsi recueillies servent à mettre au point des interventions et à évaluer le succès des efforts déployés pour réduire la propagation du virus. (Annexe 3)

6.3.2 Buts et Objectifs des SDG

Le but de ces études qui sont de deux types, soit de séroprévalence soit comportemental, est de procurer une information sur la situation épidémique actuelle, de générer des preuves permettant de fixer des priorités parmi les interventions et d'évaluer leurs impacts finaux.

| <i>Buts des systèmes de surveillance de deuxième génération</i> | |
|---|----------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Mieux comprendre les tendances de l'épidémie• Mieux comprendre les comportements qui sous-tendent l'épidémie dans un pays• Axer davantage la surveillance sur les sous-populations à risque maximal d'infection• Etablir une surveillance souple qui s'adapte aux besoins et au niveau épidémique• Mieux utiliser les données de la surveillance pour améliorer la connaissance de l'épidémie et planifier la prévention et les soins | <i>En bref</i> |

Source : Surveillance de deuxième génération du VIH: les dix prochaines années, ONUSIDA, OMS, 2000.

Le principal objectif des SDG consiste à établir un suivi de l'infection à VIH et des tendances, sur la durée, des comportements à haut risque afin de fournir des informations essentielles nécessaires à la préparation d'interventions et à l'évaluation de leur impact. Par conséquent, une coordination efficace entre les programmes de surveillance et les programmes de prévention est nécessaire.

À l'échelle mondiale, on a observé trois types d'épidémies de VIH :

- **Les épidémies généralisées**, lorsque le taux de prévalence du VIH parmi la population générale est supérieur à 1%. C'est le cas de certains pays africains. L'infection est également très répandue en Papouasie-Nouvelle-Guinée, où 1 à 2,7% des femmes enceintes se rendant à la consultation prénatale sont diagnostiquées séropositives.

Dans ce cas les systèmes de surveillance doivent mettre l'accent sur le suivi de l'infection à VIH et des comportements à haut risque au sein de l'ensemble de la population; les groupes tels que les professionnel(le)s du sexe doivent également être pris en compte.

- **Les épidémies concentrées**, lorsque le taux d'infection à VIH est supérieur à 5% parmi les groupes à risque, alors que ce taux reste faible parmi la population générale. Ce type d'épidémie concentrée est observé en Australie, parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les travailleuses du sexe, ainsi que dans certains pays asiatiques, parmi les toxicomanes recourant aux injections intraveineuses. Les personnes établissant des liens entre les groupes exposés à un risque élevé d'infection et la population générale forment ce que l'on appelle des « populations relais ». Ces catégories «relais» de la population peuvent être à l'origine d'épidémies généralisées, en l'absence de soutien et de lutte contre l'infection.

Dans ce cas les systèmes de surveillance doivent suivre l'évolution de l'infection et observer le comportement de ces groupes, en attachant une attention particulière aux liens comportementaux existant entre les membres de ces groupes et la population générale.

- **Les épidémies à faible niveau**, lorsque le taux de prévalence est inférieur à 1% de la population générale et qu'il n'est supérieur à 5 % dans aucun groupe particulier. C'est ce cas qui semble prévaloir dans la majorité des États et Territoires insulaires océaniques. Dans ce cas les directives des systèmes de surveillance attachent une grande importance aux comportements et à l'infection à VIH dans les groupes à risque élevé, observant les changements de comportements susceptibles d'entraîner une augmentation du taux d'infection.

6.3.3 Rôle des SDG dans le contexte d'un plan de stratégie nationale

Pour améliorer la riposte face au VIH, plusieurs pays ont mis en œuvre **des plans de stratégie nationale**. Cette planification stratégique est un outil conçu pour s'adapter aux situations changeantes (cas du VIH), à leurs objectifs et par conséquent aux activités à mettre en œuvre. Ces plans suivent trois étapes fondamentales:

- **L'analyse de la situation**. Pour ce faire il faut savoir quelle est la prévalence (qui est séropositif), quels sont les groupes vulnérables face à l'infection, et comment définir les principaux facteurs qui déterminent l'épidémie de VIH. Toutes ces informations sont recueillies au moyen des SDG. Ce type d'analyse permet de connaître les contextes socio-économiques et culturels de la transmission du VIH.

- **Formulation d'un plan de surveillance nationale** qui permettra à toutes les parties prenantes d'acquérir une compréhension globale de la stratégie adoptée par le ministère de la santé. Il servira à définir de quelle manière elles peuvent participer (techniquement ou financièrement) à ces efforts et mener des actions complémentaires organisées. De plus ce plan de surveillance nationale confère au programme une légitimité.

- **Mobilisation des ressources et riposte**: orientation des campagnes de prévention de façon à toucher les groupes les plus vulnérables.

Le plan de surveillance nationale englobe généralement l'étude du VIH, des IST et des comportements. Le but étant d'établir un lien entre la prévalence du VIH (déterminée par les études de routine et SDG de séroprévalence) et les données sur les enquêtes de surveillance de comportements parmi les populations vulnérables au VIH. Ce lien permettra de savoir si les modifications de la prévalence du VIH parmi les groupes à risque peuvent être attribuées à des changements de comportements sexuels, et si ces changements ont été induits par des interventions. (CPS, 2005b)

6.3.4 Suivi et implication des SDG

Le recueil de données n'est pas une fin en soi. Le principal but du suivi d'une épidémie est de fournir les informations nécessaires pour en modifier le cours. Les SDG fournissent des informations pour identifier les personnes à risque d'infection et déterminer les comportements qui les exposent à ces risques. Mais, si l'on n'utilise pas ces informations pour mettre au point des programmes de prévention axés sur les personnes les plus à risque ou les plus à même de bénéficier d'une intervention, ou pour prévoir les besoins en soins et en appui liés à l'épidémie, ces efforts ne servent à rien.

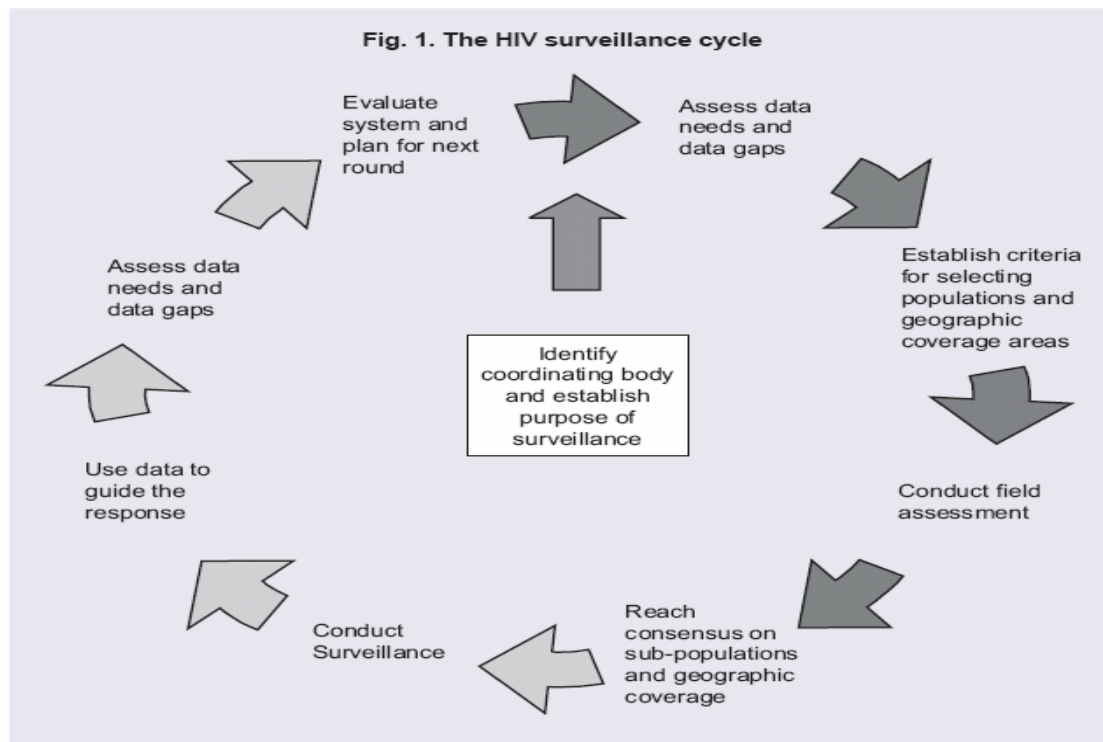
De plus, l'utilisation des données varie également selon le niveau épidémique. Lorsque le VIH est peu répandu, les données de la surveillance biomédicale, et surtout celles de la surveillance comportementale,

peuvent constituer une alerte précoce à l'éventualité d'une épidémie. Lorsque l'épidémie est concentrée dans des sous-populations ayant un comportement à haut risque, ces données peuvent fournir d'utiles informations pour la mise au point d'interventions ciblées. En cas d'épidémie généralisée, elles peuvent contribuer à indiquer le succès de la riposte et fournir l'information indispensable pour la planification des soins et de l'appui. Quel que soit le niveau épidémique, les systèmes de surveillance visent à fournir des informations qui renforceront et amélioreront la riposte à l'épidémie de VIH.

6.3.5 Conclusion

Les systèmes de surveillance doivent permettre de dégager les indicateurs de base importants de type UNGASS, MDG, et/ou FHI. Ils sont construits par étapes successives formant un cycle à répéter plus ou moins fréquemment en fonction de l'évolution de l'épidémie. Couplées à la surveillance de routine (surveillance sentinelle) ces méthodes permettent de prévoir et planifier au plus juste la riposte à entreprendre dans chaque pays.

Figure 1.1 Cycle de surveillance du VIH



OMS, ONUSIDA, The pre-surveillance assessment: Guideline for planning serosurveillance of HIV prevalence of sexually transmitted infections and behavioural components of second generation surveillance of HIV, 2005

7 SITUATION EN OCEANIE

7.1 GEOGRAPHIE

L'**Océanie** est le plus petit des continents et compte 33 millions d'habitants (2005). Elle est décrite comme la région du monde qui se situe entre l'Asie du Sud-Est et l'Amérique du Sud. L'Océanie est divisée en trois sous-régions : la Mélanésie (ouest), la Polynésie (sud est) et la Micronésie (nord) (Annexe4)

Dans ce rapport le terme « Pacifique Sud » désigne les pays et territoires auxquels la CPS apporte aide et soutien. Ce terme n'inclut pas trois pays et territoires de cette région qui sont, avec la France, membres fondateurs, à savoir Hawaii (USA), l'Australie (et la Tasmanie) et la Nouvelle-Zélande.

La géographie, la topographie, les populations, les cultures, les économies et les systèmes politiques des **22 États et territoires insulaires** sont très variés. Il existe une grande diversité géographique entre les îles elles-mêmes. La Papouasie-Nouvelle-Guinée (PNG) représente 83 pour cent de la superficie terrestre tandis que Nauru, Pitcairn, Tokelau et Tuvalu mesurent toutes moins de 30 km². Certains États et territoires, comme Niue et le Samoa-Occidental, sont compacts et ne comprennent qu'une île ou deux; d'autres, comme la Polynésie française et les États fédérés de Micronésie, comportent plus de cent îles, dispersées sur d'immenses distances. Les populations et les tendances démographiques de la région sont toutes aussi variées que la géographie des îles du Pacifique, même si l'on exclut les extrêmes, c'est-à-dire la Papouasie-Nouvelle-Guinée (5 millions d'habitants) et Pitcairn (47 habitants).(www.wikipedia)

Figure 1.2 Carte géographique de l'Océanie et du Pacifique Sud



Source CPS (www.spc.int)

7.2 CONTEXTE SANITAIRE

Ces pays semblent amorcer une transition épidémiologique, alimentaire et nutritionnelle, à l'instar de celle des pays industrialisés aux siècles précédents. Cette transition, accentuée par les changements démographiques en cours, est en grande partie le fait de sociétés urbaines qui combinent une alimentation énergétiquement dense à une vie de plus en plus sédentaire.

La possibilité d'une plus grande prédisposition à l'obésité et aux maladies chroniques associées fait craindre une véritable explosion à venir de ces problèmes de santé. Le cumul de pathologies infectieuses et de maladies chroniques non transmissibles, d'une part, et de problèmes de malnutrition par carence et d'obésité, d'autre part, pose un véritable problème aux services de soins, peu préparés à cette évolution. (Delpeuch & Salem, 2002)

7.2.1 Maladies transmissibles

Les maladies transmissibles continuent d'entraîner des taux élevés de morbidité et de mortalité dans la région du Pacifique Sud. Les maladies comme le choléra, la typhoïde, le paludisme, la dengue, la grippe, la tuberculose, la leptospirose et le VIH/SIDA, sont présentes dans la région tout entière.

Il existe pour chacune d'entre elles des traitements antimicrobiens efficaces et bon marché. Toutefois la résistance aux médicaments de première intention s'accroît dans toute la région.

Ces dix dernières années, des flambées de fièvre typhoïde ont été déclarées aux Îles Fidji, au Samoa, au Tonga, à Nauru, à Vanuatu, aux Îles Marshall et en PNG. Ainsi, en 2005, une flambée épidémique a touché plus de 180 personnes aux Îles Fidji.

Concernant la tuberculose, on estime en Océanie que, chaque année, 16 000 personnes la contractent mais que seulement 6 000 cas sont dépistés. Plusieurs pays océaniques font état de taux de déclaration de cas de tuberculose supérieurs à 100 pour 100 000 habitants, ce qui les classe parmi les pays les plus touchés dans le monde. Le risque de co-infection tuberculose/VIH est actuellement élevé dans au moins sept pays insulaires océaniques. (Lambert, 2005)

Grâce aux efforts communs réalisés ces dernières années, les États et Territoires insulaires océaniques se rapprochent à grands pas des objectifs recommandés par l'OMS, à savoir un taux de guérison de 85 % et un taux de dépistage des cas de tuberculose à frottis positif de 70 %. (OMS, 2006a)

7.2.2 Maladies non transmissibles

Dans la région du Pacifique occidental dont s'occupe le Bureau régional de l'OMS, tous les États et Territoires insulaires de la région ont les taux les plus élevés de mortalité due à des ischémies cardiaques, à des maladies cérébrovasculaires et au diabète. Ces taux sont souvent beaucoup plus élevés que ceux de pays plus développés de la région (NZ, AUS).

En dix ans la prévalence du diabète a rapidement augmenté chez les peuples indigènes du Pacifique Sud (les polynésiens, les mélanésiens et les micronésiens) (Folaki & al, 2003). Des évidences épidémiologiques indiquent que la prévalence est généralement plus basse parmi les personnes vivant dans un environnement traditionnel et plus élevée chez ceux ayant adopté les modes de vie occidentale. On observe une prévalence plus élevée du diabète chez les peuples indigènes parmi lesquels une plus grande morbidité et plus de complications que chez les blancs. Ceci ne serait pas dû uniquement à des différences génétiques mais aussi à un changement trop rapide des modes de vie menant à l'obésité, à une alimentation déséquilibrée et à une inactivité physique.

7.3 CONTEXTE DE L'ÉPIDÉMIE VIH / SIDA

Les Pays et Territoires du Pacifique Sud (PICTS) ont adopté en 2004 le Plan Stratégique Régional de lutte contre le VIH/SIDA, qui propose les lignes directrices des activités nationales et régionales subventionnées. Ceci démontre une forte volonté de leur part d'éviter les désastreux effets causés par le VIH/SIDA dans

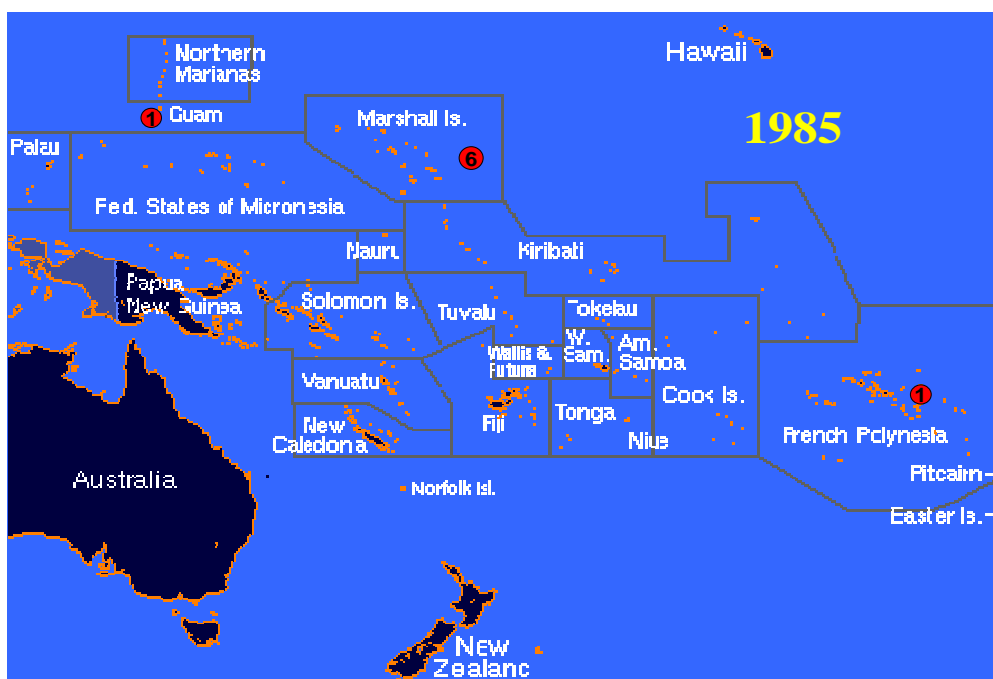
plusieurs régions du monde. L'épidémie est déjà bien généralisée en PNG, mais le reste du Pacifique est encore dans un environnement de faible prévalence. (Annexe 5)

Les comportements à risque face au VIH/SIDA sont très présents, de plus les IST (qui ne sont pas fatales en elles-mêmes, mais qui sont des cofacteurs de la transmission du VIH) sont à un stade endémique. Et les infrastructures nécessaires pour mener une réponse adaptée à la situation sont souvent inexistantes ou faibles. Le contexte de chaque pays est différent et ces différences déterminent les systèmes de surveillances du VIH à mettre en place. Leurs réalisations dépendent comme on l'a vu du type d'épidémie mais aussi des caractéristiques de chaque région, pays ou territoire.

7.3.1 Expansion de l'épidémie de 2000 à 2005

A travers cette modélisation, réalisée grâce aux données recueillies lors d'études de surveillance de routine et SDG, on note la propagation rapide de l'infection VIH, qui touche plus lourdement certains pays et s'étendant inexorablement.

Figure 1.3 Situation de l'épidémie de VIH/SIDA dans le Pacifique Sud (1985)



Légende: "●" En rouge est indiqué le nombre de cas cumulés de VIH/SIDA enregistrés et déclarés auprès de la CPS et de d'Onusida. (Source Sladden Tim, CPS 2005)

Figure 1.4 Situation de l'épidémie de VIH/SIDA dans le Pacifique Sud (1990)

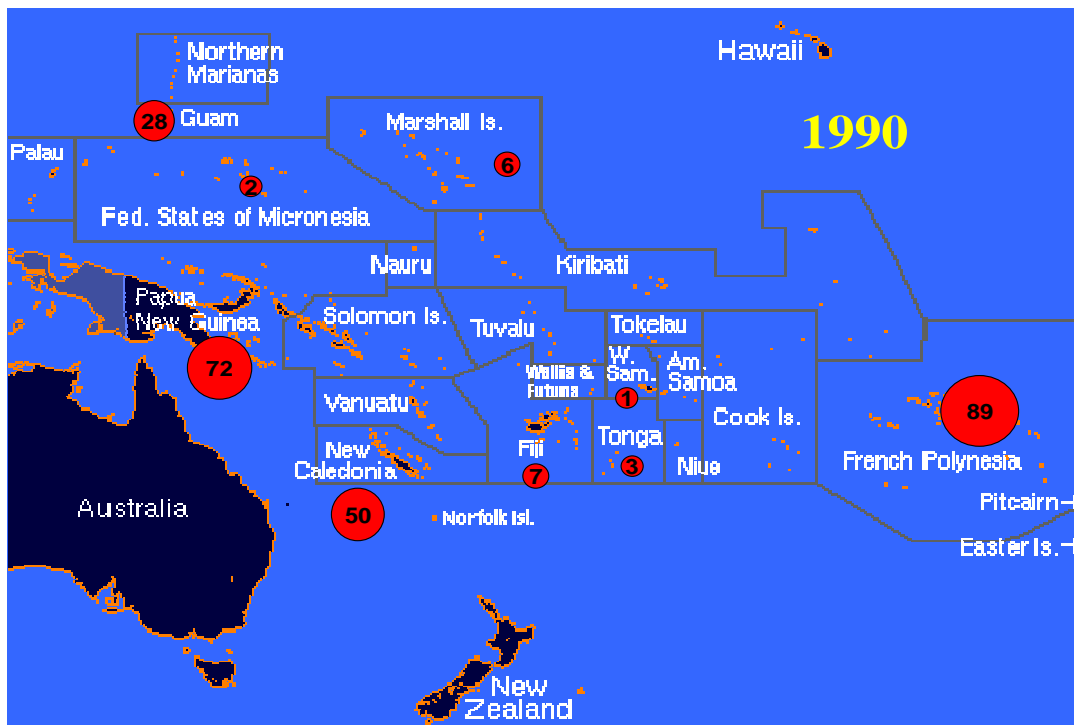


Figure 1.5 Situation de l'épidémie de VIH/SIDA dans le Pacifique Sud (2000)

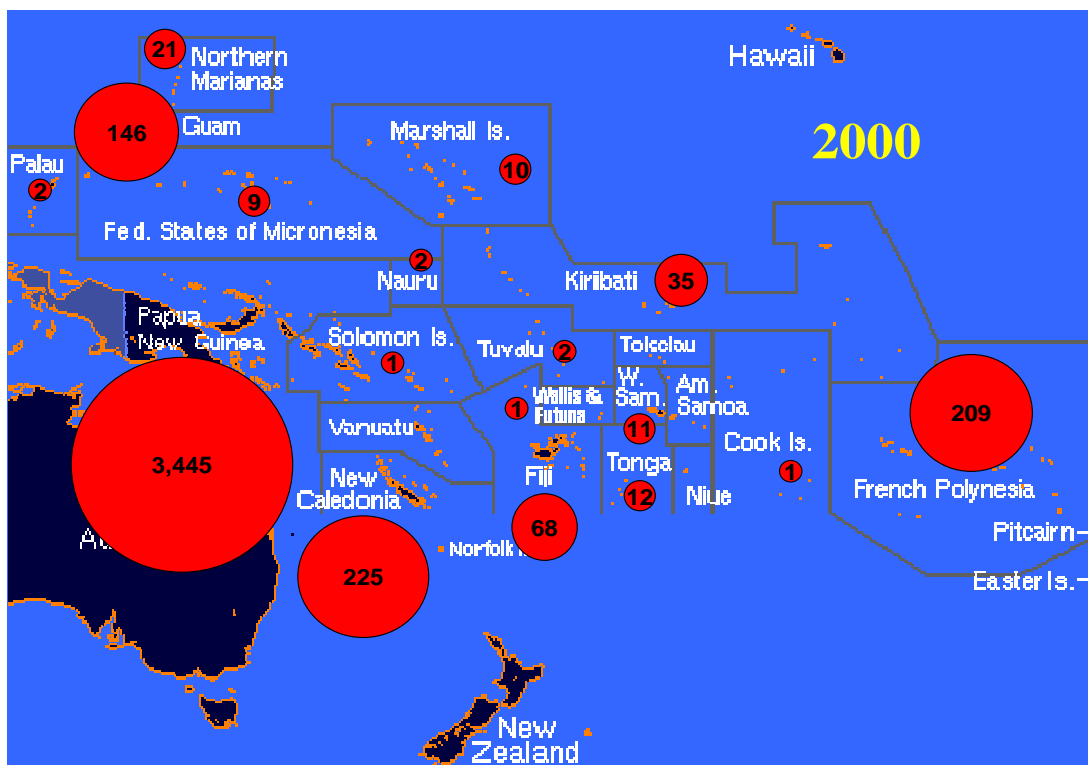
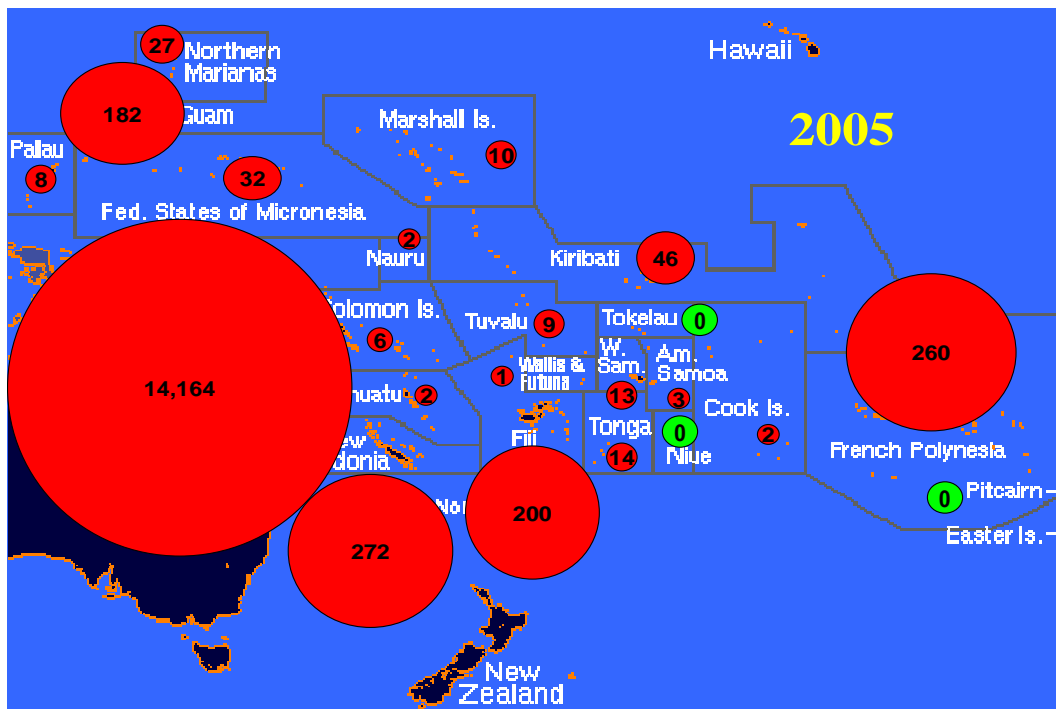


Figure 1.6 Situation de l'épidémie de VIH/SIDA dans le Pacifique Sud (2005)



La **Papouasie Nouvelle-Guinée (PNG)** compte 14'164 cas pour 5'887'000 habitants, la Nouvelle-Calédonie 272 cas pour 232 258 habitants Fidji 200 cas pour 848 000 habitants, la Polynésie française 260 cas pour 260 338 habitants et Guam 182 cas pour 168 564 habitants. Trois PICTS ne déclarent aucun cas de VIH Pitcairn qui compte 47 habitants, Tokelau qui en compte 1405 et Niue 2166 habitants.

7.3.2 Contexte épidémiologique

En **PNG**, une épidémie relativement récente mais déjà préoccupante représente plus de 90 % de tous les cas d'infection à VIH enregistrés à ce jour en Océanie—Australie et Nouvelle-Zélande exclues. Plus de 98 % des cas d'infection proviennent de cinq pays du Pacifique à savoir : **Polynésie française, Guam, Nouvelle-Calédonie, Fidji et PNG**. (Secrétariat général de la Communauté du Pacifique Sud, 2005). En Océanie, 78000 personnes [48 000–170 000] vivaient avec le VIH au terme de l'année 2005, dont 7200 [3500–55 000] infectées au cours de cette année-là. Les données rassemblées pour l'année 2005 indiquent un taux de prévalence régional de 0,3 % environ [0,2 %–0,8 %], principalement attribuable au processus épidémique rencontré en **Papouasie Nouvelle-Guinée**. On estime que moins de 3400 décès [1900–5500] sur l'ensemble de ceux enregistrés dans la région au cours de l'année 2005 sont imputables au Sida —ce qui peut être un effet de l'accès relativement aisé au traitement dans les pays où l'épidémie est parvenue à sa phase d'état. (OMS, 2006c)

Dans le reste de l'Océanie, les taux de prévalence de l'infection à VIH sont très faibles, mais cela pourrait changer. En de nombreux endroits, les comportements propices à la transmission d'infections sexuelles sont suffisamment communs pour entraîner une propagation extrêmement rapide de l'infection si le virus s'installe. Au **Vanuatu** par exemple, plus de 40 % des femmes enceintes présentent au moins une infection sexuellement transmissible; il en est de même pour 43 % des femmes enceintes dans la capitale de **Samoa**, Apia (Sullivan & al, 2003 ; Sullivan & al, 2004).

De plus on peut dire que ces chiffres sont certainement sous-estimés ou du moins que certains cas ne sont pas enregistrés et rapportés. Ceci est dû d'une part au fait que les infrastructures où l'on réalise les tests ne sont pas toujours présentes et d'autre part que le niveau de surveillance est bas dans la région.

7.3.3 Contexte sanitaire

Mode de transmission du VIH: La région du Pacifique est une région où la prévalence du VIH est faible. Le VIH est surtout transmis par voies sexuelles, c'est pourquoi il est important de surveiller l'évolution du VIH et des IST en parallèle et de mener des actions et des programmes de prévention qui soient coordonnés. L'évolution des IST est un co-facteur ou un indicateur de comportements à risque et leur évolution précède souvent celle du VIH. Le suivi et le traitement des IST sont une part importante des stratégies de prévention.

La qualité des services de santé diffère beaucoup selon les pays du Pacifique. Dans certains pays des avertissements sur les dangers du VIH et des connaissances sur ses différents modes de transmission seront suffisants pour que les gens adoptent un comportement responsable face au VIH. En effet, cela requiert de changer ses habitudes et certains pays ont besoin de plus de soutien et de plus d'interventions afin de réussir à modifier leurs comportements. Mais le fait que les comportements à risque se multiplient et/ou continuent, même dans les pays les mieux informés, démontre que l'offensive doit se poursuivre.

L'accès au préservatif est inadéquat soit du fait d'un environnement médiatique inapproprié (pas de spot TV, pas d'affichage publicitaire, pas d'information dans les journaux), soit à cause de barrières culturelles et religieuses puissantes, ainsi que d'un manque de volonté politique. Tout ceci empêche une bonne distribution des préservatifs au niveau local.

Le dépistage anonyme et gratuit n'est pas disponible dans tous les pays du Pacifique Sud, pour des raisons logistiques le plus souvent (laboratoires, personnel qualifié et matériels pour tests non disponibles).

Les soins médicaux procurés aux personnes vivant avec le virus VIH est une priorité. Beaucoup reste à faire, mais des efforts ont été accomplis pour permettre l'accès à un traitement de type « trithérapie » aux malades. L'accès universel à la trithérapie est une pierre angulaire de la réponse au VIH dans le Pacifique. En principe l'accès aux soins fait partie des droits de l'homme. Or, le dépistage et l'accès au traitement du VIH sont indissociables. En effet, il faut pouvoir avoir accès au traitement pour convaincre les gens de se faire dépister gratuitement. Dans le cas contraire le fait de se faire dépister n'apportera que stigmatisation et discrimination. L'accès au traitement permet de réduire la transmission entre partenaires, la transmission mère-enfant : réduire la contagion en réduisant la charge virale.

Et enfin, les données recueillies à travers le dépistage et le traitement servent d'indicateurs qui permettent de cartographier la propagation du virus, et procurent ainsi des informations essentielles à la prise de décision et à la mise en place de campagnes de prévention ciblées. (CPS, 2005)

Co-infection tuberculose- VIH/SIDA. Les co-infections sont fréquentes en présence de l'infection à VIH. L'OMS estimait en 2003 que 16.000 personnes étaient infectées par la tuberculose (TB) dont 50% de tuberculose virulente (active). Une approche commune a été mise en place entre les programmes nationaux de lutte antituberculeuse et de lutte contre le VIH/SIDA. Un dépistage systématique de la tuberculose en cas de VIH positif et vice versa est appliqué le plus souvent. Cependant, l'accès au traitement antirétroviral par les patients tuberculeux infectés par le VIH est encore très limité du fait que les programmes VIH/SIDA n'intègrent pas encore complètement l'association VIH-TB comme un élément clé de leur stratégie. (Lambert, 2005)

7.3.4 Impact économique

L'impact économique et social du coût de l'épidémie de VIH est énorme dans la région du Pacifique et ceci pour deux raisons. Tout d'abord l'infection touche la partie de la population la plus productive. A Kiribati, par

exemple le plus grand nombre de cas est concentré dans le groupe des "gens de la mer" (essentiellement des pêcheurs) qui représente une force économique importante pour le pays.

Non seulement les personnes actives sont les plus touchées mais aussi les plus pauvres.

7.3.5 Facteurs de risque associés

Plusieurs facteurs sont associés à la progression de l'épidémie.

La prévalence du VIH dans la région est faible mais le taux d'IST est élevé particulièrement chez les adolescents ce qui indique des comportements à risque et un faible taux d'utilisation de préservatifs. De plus on sait que les ulcères génitaux et la gonococcie, par exemple, augmentent considérablement le risque de transmission du VIH. A l'inverse, des études ont montré que la prévention des IST curables faisait chuter considérablement les risques de transmission du virus. (OMS, 2006g)

D'autres facteurs de risque facilitent la propagation du VIH comme certaines traditions socioculturelles telles que la pratique des tatouages, la polygamie ou encore la discrimination à l'égard des femmes, les violences faites envers celles-ci. Cet état de fait est encore accentué par la consommation d'alcool, souvent excessive chez les hommes. De plus les opportunités économiques faibles et le taux de chômage ou d'inoccupation important poussent les jeunes vers la prostitution. Dans certaines régions où le climat social et économique est peu sûr on assiste à un taux élevé d'agressions sexuelles, de viols organisés ou d'incestes.

A Wallis et Futuna, on estime à 28.6% le nombre de jeunes (hommes et femmes confondus) forcés à avoir des relations sexuelles alors qu'ils ne le désiraient pas et en Nouvelle-Calédonie à 8.9%. (Secrétariat général de la Communauté du Pacifique Sud – enquête de comportements 2005). En Nouvelle-Calédonie environ une grossesse sur trois, menée à terme, est non désirée (11.3%) ou non planifiée (38.1%).

Les tabous culturels encore très présents empêchent souvent des discussions franches sur l'éducation sexuelle. De plus les croyances et coutumes traditionnelles encore bien ancrées régissent la vie sociale et parfois augmentent la propagation du virus comme l'encouragement à avoir plusieurs partenaires sexuels, l'allaitement par des nourrices, le découragement à utiliser des préservatifs. (CPS, 2005)

Lorsque l'on regarde de plus près ces facteurs de risque on se rend compte que les hommes et les femmes sont inégaux face au virus du VIH. Les femmes y sont plus vulnérables pour des raisons biologiques, épidémiologiques et sociales (OMS, 2005b). Cette vulnérabilité est due à des disparités dans la prise de décision (mettre un préservatif) et dans les relations de force (viols et violences). Ajoutée à cela, la pauvreté qui pousse plus fréquemment les femmes à se prostituer. Tous ces phénomènes conjugués, ont contribué à une précocité de plus en plus importante de l'âge de la contamination. A Fidji en 1989 on constatait 25% de cas positifs dans la tranche d'âge 19-29ans, en 2003 il y en avait plus de 40%. (Rapport annuel du ministère de la Santé Fidjien 2003).

7.4 OUTILS D'AIDE INTERNATIONAUX UTILISES POUR LA LUTTE CONTRE VIH/SIDA DANS LE PACIFIQUE SUD

7.4.1 Indicateurs utilisés dans les enquêtes SDG – (UNGASS / MDG/ FHI)

Les systèmes SDG mis en place dans le Pacifique respectent scrupuleusement la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA présentée à la 22eme session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies, ainsi que les objectifs de développement pour le millénaire (OMS) concernant le VIH/SIDA. Les indicateurs qui mesurent la nature et le degré des comportements à risque, révélés durant ces études, proviennent essentiellement de ces deux documents:

1. **Monitoring the Declaration of Commitments on HIV/AIDS Guidelines on construction of core indicators**, United Nation General Assembly Special Sessions on HIV/AIDS (UNGASS). Les indicateurs UNGASS sont des outils qui permettent de mesurer l'efficacité d'une réponse nationale face au VIH/SIDA. Concernant le Pacifique, les indicateurs choisis sont ceux regroupant une prévalence épidémique généralisée, concentrée ou à faible prévalence.
2. **Millennium Development Goal (MDG)**. Le sixième but du MGD est de « Combattre le VIH/SIDA, Malaria et autres maladies » dont la cible est « d'avoir arrêté d'ici 2015 et commencé à renverser la tendance de propagation du virus »

7.4.2 Système d'information sur les ripostes d'un pays (CRISP)

Mis au point par Onusida, ce système contient une base de données qui permet de suivre les progrès réalisés dans chaque pays dans l'accomplissement des objectifs fixés par la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies et d'autres objectifs fixés à l'échelle locale. Le CRISP sert aussi à suivre un programme de lutte contre le VIH/SIDA ou la mise en œuvre d'un projet et à enregistrer les résultats d'enquêtes et d'études sur le VIH/SIDA effectuées dans un pays.

7.4.3 Indicateurs relevés par type d'étude en Océanie (CPS, OMS 2000b)

7.4.3.1 Indicateurs utilisés dans les enquêtes de surveillance de prévalence des IST chez les femmes enceintes

Huit indicateurs de bases utilisés dans l'étude des femmes enceintes

1. Pourcentage de femmes enceintes âgées de 15-19 ans et 20-24 ans ayant un test VIH positif et confirmé.
2. Pourcentage de femmes enceintes âgées de 15-19 ans et 20-24 ans ayant un test positif à la syphilis
3. Pourcentage de femmes enceintes âgées de 15-19 ans et 20-24 ans ayant au moins un test positif à une IST
4. Pourcentage de femmes enceintes âgées de 15-19 ans et 20-24 ans ayant un test positif et confirmé à l'infection Chlamydia
5. Pourcentage de femmes enceintes âgées de 15-19 ans et 20-24 ans ayant un test positif et confirmé à l'infection gonorrhéique
6. Age moyen du premier rapport
7. Pourcentage de rapports commerciaux durant les 12 derniers mois
8. Pourcentage de femmes ayant eu plusieurs partenaires durant la même période au cours des 12 derniers mois.

7.4.3.2 Indicateurs utilisés dans les études de surveillance de séroprévalence du VIH

Huit indicateurs de base utilisés dans les enquêtes de séroprévalence du VIH parmi [les populations à risque]

1. Prévalence du VIH parmi la sous-population étudiée
2. Age moyen du premier rapport
3. Pourcentage de personnes ayant eu plusieurs partenaires durant la même période au cours des 12 derniers mois
4. Pourcentage de rapports sexuels commerciaux au cours des 12 derniers mois
5. Pourcentage d'hommes ayant eu des rapports avec d'autres hommes au cours des 12 derniers mois
6. Pourcentage d'utilisation du préservatif au cours de dernier rapport (commercial / non commercial)
7. Proportion d'utilisation du préservatif
8. Prévalence d' IST parmi la sous-population étudiée

7.4.3.3 Indicateurs utilisés dans les enquêtes de comportements des Travailleurs du Sexe Féminin (TSF)

1. Age moyen du premier rapport
2. Pourcentage de TSF qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport avec un client
3. Pourcentage de TSF qui ont utilisé un préservatif avec tous les clients au cours du dernier mois
4. Pourcentage de TSF qui se sont injecté des drogues au cours des 12 derniers mois.
5. Pourcentage rapporté des connaissances correctes sur les modes de prévention du VIH/SIDA
6. Pourcentage rapporté de croyances justes sur les modes de transmission du VIH/SIDA
7. Pourcentage de TSF qui ont cherché à se soumettre volontairement à un test de dépistage du VIH (et qui connaissent le résultat)
8. Pourcentage rapporté d'attitude discriminatoire envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA

7.4.3.4 Indicateurs utilisés dans les enquêtes de comportements des jeunes de 15-24ans

1. Pourcentage de jeunes sexuellement actifs
2. Age moyen du premier rapport
3. Utilisation du préservatif au premier rapport / dernier rapport
4. Nombre de partenaires durant l'année écoulée
5. Age du partenaire sexuel / différence d'âge entre partenaires
6. Pourcentage de jeunes ayant utilisé un préservatif avec un partenaire occasionnel et non commercial
7. Pourcentage de jeunes ayant toujours utilisé un préservatif avec un partenaire occasionnel et non commercial durant l'année écoulée
8. Pourcentage de jeunes hommes rapportant avoir eu des rapports commerciaux durant l'année écoulée
9. Pourcentage parmi les jeunes hommes ayant utilisé un préservatif au cours du dernier rapport commercial
10. Pourcentage parmi les jeunes hommes ayant toujours utilisé un préservatif au cours du dernier rapport commercial
11. Pourcentage rapporté des connaissances correctes sur les modes de prévention du VIH/SIDA
12. Pourcentage rapporté de croyances justes sur les modes de transmission du VIH/SIDA
13. Pourcentage de jeunes qui ont cherché à se soumettre volontairement à un test de dépistage du VIH (et qui connaissent le résultat)
14. Consommation en fréquence et en quantité d'alcool/ drogue et influence sur les prises de décision

7.4.3.5 Indicateurs utilisés dans les enquêtes de comportements chez les adultes masculins [les policiers, les marins, les militaires]

1. Age moyen du premier rapport
2. Nombre de partenaires durant l'année écoulée
3. Pourcentage d'hommes ayant utilisé un préservatif avec un partenaire occasionnel et non commercial
4. Pourcentage d'hommes ayant toujours utilisé un préservatif avec un partenaire occasionnel et non commercial durant l'année écoulée
5. Pourcentage d'hommes rapportant avoir eu des rapports commerciaux durant l'année écoulée.
6. Pourcentage d'hommes rapportant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport commercial.
7. Pourcentage d'hommes rapportant avoir utilisé un préservatif lors de tous leurs rapports commerciaux durant l'année écoulée.
8. Pourcentage rapporté des connaissances correctes sur les modes de prévention du VIH/SIDA
9. Pourcentage rapporté de croyances justes sur les modes de transmission du VIH/SIDA
10. Pourcentage d'hommes qui ont cherché à se soumettre volontairement à un test de dépistage du VIH (et qui connaissent le résultat)

7.5 SYSTEME DE SURVEILLANCE DU VIH DANS LE PACIFIQUE SUD

La surveillance du VIH et des IST dans la région du Pacifique a récemment fait des progrès, grâce à un atelier de formation consacré aux méthodes SDG, tenu en mai 2005 à Nandi (Îles Fidji). Des représentants de 17 États et Territoires insulaires océaniques (PICTS) y ont participé, assistés par des spécialistes de la CPS, de l'OMS et de l'Université de Nouvelle Galles du Sud (AUS)

Les États et Territoires insulaires océaniques mènent des actions de surveillance du VIH avec le concours financier de plusieurs partenaires, notamment le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP) et le Projet régional océanique de lutte contre le VIH/SIDA financé par la France et l'Australie (Annexe 6/7). La surveillance effectuée avec le concours du FMSTP est menée dans six pays sentinelles (Îles Fidji, Kiribati, Samoa, Îles Salomon, Tonga et Vanuatu). Tuvalu et Nauru ont également reçu des fonds de l'OMS pour conduire et renforcer la surveillance. Le Projet régional océanique de lutte contre le VIH/SIDA aide d'autres pays à développer les activités de surveillance du VIH (Samoa américaines, Polynésie française, Guam, Îles Marshall, Nauru, Nouvelle-Calédonie, Îles Mariannes du Nord, Tokelau, Wallis et Futuna). Une enveloppe séparée est allouée à la surveillance en PNG. La surveillance sera renforcée et poursuivie dans l'ensemble de la région du Pacifique, compte tenu des premières leçons tirées des programmes précités.

C'est la situation locale qui dicte les critères de sélection des populations à risque ciblées par chaque enquête. Si les données issues d'un programme de surveillance systématique peuvent donner quelques indications, une évaluation des besoins permet de cerner plus précisément les groupes à risque, dont voici une liste non exhaustive: jeunes chômeurs, jeunes de la rue, marins, personnel en uniforme (police, militaires), travailleuses du sexe (occasionnelles et professionnelles), travestis et transsexuels et hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. On peut envisager de proposer le dépistage du VIH aux patients des consultations IST spécialisées, ou de s'intéresser plus particulièrement à certaines catégories professionnelles, en particulier celles qui rentrent régulièrement en contact avec des étrangers (personnel portuaire, agents travaillant dans la filière pêche, métiers de l'accueil et de l'hôtellerie).

Grâce aux données de surveillance des IST recueillies chez les femmes enceintes, en particulier dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans, on peut formuler une estimation de l'incidence des IST transposable à la population générale. Les taux d'IST signalent également une certaine prévalence de comportements à risque et la possibilité d'une propagation du virus au sein de la population générale. La CPS, l'OMS et ses partenaires se sont entendus pour que les enquêtes soient menées régulièrement, selon une fréquence pouvant aller d'un à trois ans, en fonction des populations ciblées et des résultats des enquêtes précédentes. Un compte rendu du programme de surveillance de deuxième génération de six pays en Océanie a été publié en 2005. (Lambert, 2005)(WHO, 2006 d)

7.5.1 Défis majeurs des SDG

On rencontre plusieurs difficultés dans la mise en place de la lutte contre le VIH/SIDA dans cette région : capacité de surveillance et de monitoring inadéquate à tous les niveaux, difficultés de communication liées à l'éloignement inter-îles, manque de ressources, difficultés à soutenir une réponse nationale cohérente. Mais aussi le besoin d'une coordination au niveau national et régional, le besoin de s'occuper des groupes vulnérables et de lutter contre la discrimination et la stigmatisation, le besoin d'acquérir la capacité de fournir un traitement aux personnes séropositives et le fait que la culture puisse être une barrière à la compréhension des faits et aux initiatives de prévention (y compris une incompréhension sur les relations hommes femmes). (CPS, 2005b)

7.5.2 Type d'enquêtes SDG

En cas d'épidémie de faible intensité (comme dans la plupart des îles du Pacifique), la détection du virus dans les populations à risque appelle la mise en oeuvre de programmes sanitaires ciblés. Dans ce contexte, les méthodes SDG préconisées par l'Onusida peuvent être appliquées à la surveillance du VIH et des IST au sein des populations à risque. De façon générale, il existe trois types d'enquêtes de surveillance SGS: (Annexe 8)

- **Etude de séroprévalence du VIH** : dépistage du VIH au sein de groupes à risque.
- **Etude de prévalence des IST** : syphilis, gonococcie, chlamydia, hépatite B, plus d'autres IST d'intérêt local.
- **Etude comportementale** : comportements sexuels à risque et autres comportements à risque tels que la consommation d'alcool et/ou de drogue.

La fréquence des enquêtes est aussi déterminée par un protocole et varie en fonction de l'étendue de l'épidémie et des moyens à disposition dans le pays (Annexe 9).

7.5.3 Phase actuelle des SDG

- **Dépistage du VIH dans les groupes à risque et vulnérables.** Les catégories de population jugées à risque sont: les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les travailleuses du sexe, les gens de mer, les malades atteints d'une IST ou de tuberculose, le personnel de police et les militaires. En cas d'épidémie à faible niveau, ce sont logiquement ces catégories qu'il convient de surveiller en priorité. Il est parfois difficile de connaître et d'atteindre ces sous-groupes de population. En 2006, 4 PICTS ont entrepris des études chez les travailleurs du sexe (hommes et femmes). En Nouvelle-Calédonie cette étude a échoué à cause d'un mode de recrutement non adapté. Elle est reprogrammée en 2008. Seuls 2 PICTS ont jusqu'alors accompli une étude de séroprévalence chez les HSH et les "trans-genres".
- **Dépistage des IST dans la population générale** (VIH, gonorrhée, syphilis, chlamydia et hépatite B dans certains pays). Il est surtout fait à travers les études de séroprévalence auprès des femmes enceintes se rendant dans un dispensaire pour leur première consultation prénatale. C'est une population captive facilement atteignable. Les jeunes femmes, en particulier, dont l'activité sexuelle est probablement plus récente, donnent une indication sur les infections incidentes (nouvelles). La prévalence des IST est un bon indicateur des conduites à risque en matière de VIH. En 2006, 17 PICTS sur 22 ont effectué une étude de séroprévalence et des IST chez les femmes enceintes, 4 seulement sur les patients atteints d'IST.
- **Observation des comportements à risque.** Des enquêtes sont menées auprès des groupes à risque (jeunes, travailleuses du sexe, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, personnel de police et militaires, ainsi que les transsexuels) pour déceler les facteurs de risque tels que l'âge au premier rapport sexuel, le nombre et le type de partenaires sexuels, la pratique de la prostitution et le taux d'utilisation du préservatif. Les connaissances, les attitudes et les pratiques associées au VIH sont également examinées, afin de concevoir des stratégies de changement de comportements visant à réduire la transmission, et de lutter contre la stigmatisation et la discrimination attachées au Sida. Fin 2006, 12 PICTS ont réalisé des études comportementales chez les jeunes. Seuls 4 PICTS ont réalisé une étude comportementale chez les policiers/militaires.

8 EXEMPLES DE SDG DANS LES TERRITOIRES FRANÇAIS D'OCEANIE

8.1 ENVIRONNEMENT

Dans les territoires français, les premières enquêtes de surveillance mises en place sont de deux types:

1. Enquêtes de comportements dont la population cible est celle des jeunes âgés de 15-24ans. (Annexe 10). Ces études ont été réalisées entre 2005-2008 à Wallis et Futuna, Nouvelle-Calédonie et Polynésie française
2. Enquêtes de prévalence et séroprévalence du VIH/IST dont la population cible est les femmes enceintes en première consultation prénatale et les travailleurs du sexe (hommes et femmes) (Annexe 11). Ces études ont été réalisées entre 2005 et 2007 à Wallis et Futuna, en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française. L'étude sur la séroprévalence des travailleurs du sexe n'a eu lieu qu'en Nouvelle-Calédonie.

La population des jeunes de 15-24ans et celle des femmes enceintes ont été choisies pour les études mises en place dans tous les pays et territoires du Pacifique. Elles sont simples, facilement réalisables et permettent de connaître les tendances à venir et l'évolution des comportements sexuels de la jeunesse, mais aussi celle de la population adulte féminine non soumise à un risque particulier. Elles forment ainsi un élément de comparaison pour le Pacifique. Les enquêtes de comportements ciblant les policiers et militaires (tendances de population adulte masculine) ont été réalisées dans certains pays mais ne sont pas encore en place dans les territoires français.

Le protocole de ces études repose sur les principes des SDG élaborés par l'OMS et le programme d'Onusida. Cette méthodologie a secondairement été adaptée au Pacifique par l'Université de Nouvelle-Galles du Sud.

Pour mener à bien ces études la CPS a collaboré avec les institutions sanitaires en place dans chacun des territoires, à savoir: la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de la Nouvelle-Calédonie (DASS-NC), l'Agence de Santé de Wallis et Futuna et le Département des Programmes de prévention et le bureau des Pathologies infectieuses (D.S) de Polynésie française.

L'évaluation des résultats de ces études permet de déterminer clairement dans quelle mesure la surveillance du VIH a atteint ses objectifs et ses buts. Elle sert aussi à formuler des suggestions et dresser la liste des modifications à envisager afin d'améliorer d'une part la prévention et l'éducation et d'autre part la qualité de la deuxième vague d'études qui devrait débuter en 2008-2009.

8.2 SELECTION DES EXEMPLES ILLUSTRATIFS

Les zones ombrées dans les différents tableaux correspondent au travail personnel réalisé durant les 6 mois de stages effectués à la CPS entre juillet 2006 et juin 2007. Deux études parmi les cinq auxquelles j'ai pris part sont développées à titre d'exemples illustratifs du processus d'étude SDG. Elles ont été choisies en fonction de la part d'investissement personnel et de la pertinence des résultats analysés. Il s'agit de l'étude de comportement des jeunes à Wallis et Futuna (2006) et l'étude de prévalence du VIH et des IST chez les femmes enceintes lors de leur première consultation prénatale en Nouvelle-Calédonie (2005-2006)

Tableau 1.1 Planification des études de surveillances de deuxième génération dans les Territoires français du Pacifique Sud (2005-2006)

1.1.1 Wallis et Futuna

| | Mise en place de l'étude ¹ | Formation des enquêteurs | Etude sur le terrain | Récolte des données | Analyse des données ⁴ | Rédaction du rapport | Présentation des résultats ⁵ |
|---|---------------------------------------|--------------------------|----------------------|---------------------|----------------------------------|----------------------|---|
| Enquête comportementale chez les jeunes de 15-24ans ² | CPS ^b 2006 | CPS 2006 | CPS 2006 | CPS 2006 | CPS 2007 | CPS 2007 | CPS 2007 |
| Enquête de prévalence du VIH et des IST parmi les femmes enceintes ³ | CPS 2005 | CPS 2005 | CPS 2005 | CPS 2005 | CPS 2007 | CPS 2007 | CPS 2007 |
| Enquête de séroprévalence chez les travailleurs du sexe | CPS 2005 | CPS 2005 | CPS 2005 | CPS 2005 | Abandon: données insuffisantes | | |

- 1 Choix des critères de recrutement, taille des échantillons, lieux de recrutement, rédaction des questionnaires, budgétisation, tests pilotes
- 2 Etude de comportement chez les jeunes (non mariés) âgés de 15-24ans
- 3 Etude de séroprévalence chez les femmes enceintes se présentant à leur première consultation prénatale.
- 4 Analyse des indicateurs de base UNGASS, MDG et FHI réalisée à l'aide du logiciel Epi Info 6.
- 5 Présentation des résultats aux parties impliquées dans la lutte contre le sida (agences officielles et associations) et forum de discussions.
- 6 Secrétariat de la Communauté du Pacifique Sud, siège à Nouméa en Nouvelle-Calédonie.

1.1.2 Nouvelle-Calédonie

| | Mise en place de l'étude ¹ | Formation des enquêteurs | Etude sur le terrain | Récolte des données | Analyse des données ⁴ | Rédaction du rapport | Présentation des résultats ⁵ |
|---|---------------------------------------|--------------------------|----------------------|---------------------|----------------------------------|----------------------|---|
| Enquête comportementale chez les jeunes de 15-24ans ² | CPS 2005 | CPS 2005 | CPS 2005 | CPS 2006 | CPS 2007 | CPS 2007 | CPS 2007 |
| Enquête de prévalence du VIH et des IST parmi les femmes enceintes ³ | CPS 2005 | CPS 2005 | CPS 2005 | CPS 2006 | CPS 2007 | CPS 2007 | CPS 2007 |

1.1.3 Polynésie française

| | Mise en place de l'étude ¹ | Formation des enquêteurs | Etude sur le terrain | Récolte des données | Analyse e des données ⁴ | Rédaction du rapport | Présentation des résultats ⁵ |
|---|--|---|---|---|------------------------------------|----------------------|---|
| Enquête comportementale chez les jeunes de 15-24ans ² | Réalisé par l'INSERM ¹ et Agence de santé | Réalisé par l'INSERM et Agence de santé | Réalisé par l'INSERM et Agence de santé | Réalisé par l'INSERM et Agence de santé | En cours | | |
| Enquête de prévalence du VIH et des IST parmi les femmes enceintes ³ | CPS 2006 | CPS 2006 | En cours | En cours | | | |

- 1 INSERM Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale

8.3 ENQUETE SUR LES CONNAISSANCES, LES ATTITUDES, LES CROYANCES ET LES PRATIQUES SEXUELLES DES JEUNES FACE AU VIH/SIDA A WALLIS ET FUTUNA (2006)

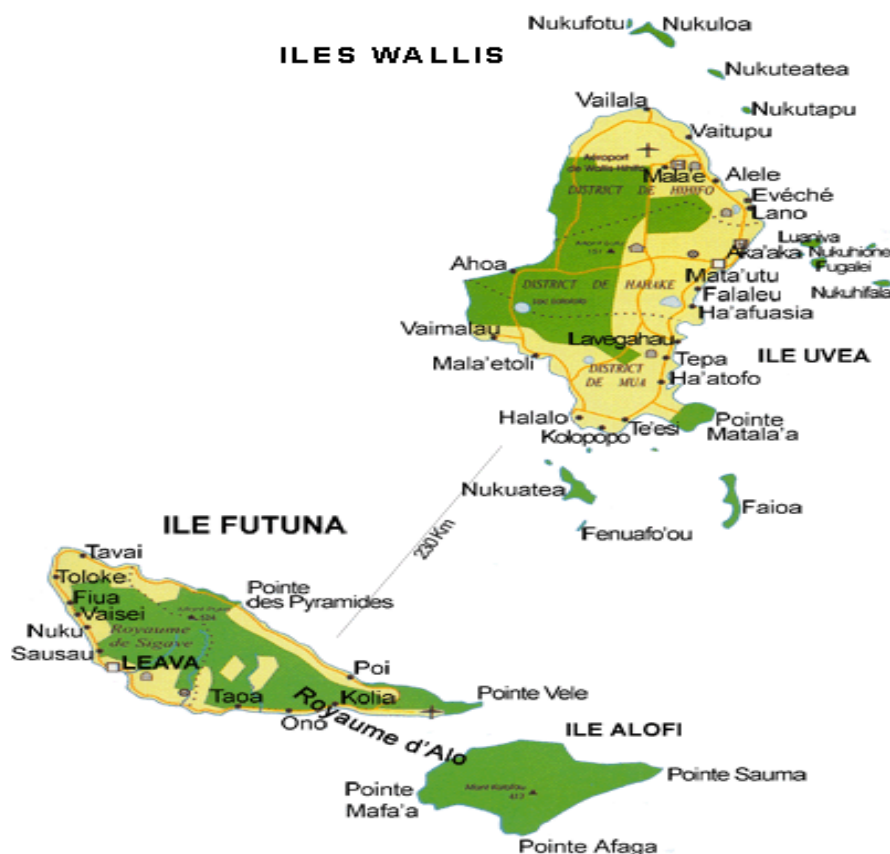
8.3.1 Contexte géographique et culturel

8.3.1.1 Géographie

Le territoire des îles Wallis et Futuna comprend trois îles principales : Wallis, Futuna et Alofi (au sud-est de Futuna) qui n'est pas habitée.

En 2005, la population était de 14 967 habitants, dont 10 088 à Wallis (67,4 %) et 4 879 à Futuna (32,6). La plupart des habitants sont d'origine polynésienne (97,3%). On compte aussi quelques habitants d'origine européenne. La quasi totalité est de confession catholique.

Figure 1.7 Carte géographique de Wallis et Futuna



8.3.1.2 Enseignement

L'enseignement, placé sous l'autorité d'un vice-recteur, est de la compétence de l'état. Le taux de scolarisation s'élève à 40% de la population recensée. Les enfants vont en classe jusqu'à 14 ans dans près de 100% des cas. La scolarisation élémentaire est assurée à 90%. L'enseignement primaire public est concédé à la Mission catholique qui accueille plus de 5.200 enfants.

Comme dans le système scolaire français l'école est obligatoire jusqu'à 16 ans et gratuite. Dans cette étude la majorité des jeunes a été recrutée dans le milieu scolaire : au collège dans les sections professionnelles ou au lycée général et professionnel. L'île de Futuna, n'a pas de lycée, les jeunes désirant poursuivre leurs études sont obligés d'aller à Wallis et logent à l'internat (sauf ceux qui ont de la famille prête à les accueillir). Ces étudiants ne rentrent chez eux que pour les vacances. Le territoire, trop petit n'a pas d'université, les étudiants poursuivent leurs études en Polynésie française (Papeete), en Nouvelle-Calédonie (Nouméa) ou en France.

8.3.1.3 Santé

La santé est entièrement publique et prise en charge par l'Etat. Le Territoire est doté à Wallis d'un hôpital de 60 lits. A Futuna, un hôpital de 21 lits et deux dispensaires offrent chacun des lits d'hospitalisation pour les accouchements et les malades légers. Les malades nécessitant des soins plus importants sont transférés à Wallis, en Nouvelle-Calédonie ou en Australie. (Ministère de l'Outre-mer)

8.3.1.4 Economie

La population très pauvre n'a majoritairement pas accès à l'économie monétaire (70% des actifs), et près de 70% des autres travaillent pour l'administration publique locale. Moins de 1 000 actifs travaillent dans des sociétés semi-publiques ou privées (notamment l'artisanat de la nacre destiné à l'exportation et issu de la pêche de coquillages).

Les îles ont des ressources naturelles limitées, notamment en eau douce pour Futuna, ce qui explique aussi que l'île voisine d'Alofi n'est pas habitée. Cette carence ne permet qu'une économie essentiellement rurale axée sur la pêche lagunaire artisanale et l'agriculture océanienne vivrière pour les besoins locaux. Les îles souffrent aussi de leur éloignement et leur isolement des marchés potentiels, l'environnement régional étant encore plus démuné qu'elles.

8.3.1.5 Epidémiologie du VIH et IST

VIH / SIDA Total des cas rapportés jusqu'en 2006:

VIH: 1
SIDA: 0
Décès dus au SIDA: 0

IST : Cas rapportés durant les 5 dernières années :

Gonorrhée: 0
Chlamydia: 1
Syphilis: 0

Cas rapportés en 2005:

| | |
|-----------------------|--------------|
| VIH: 1 | Gonorrhée: 0 |
| SIDA: 0 | Chlamydia: 1 |
| Décès dus au SIDA : 0 | Syphilis: 0 |

Données recueillies par CPS et Agence de Santé de Wallis et Futuna 2006.

8.3.2 Buts et objectifs de l'étude

- Fournir des données de base sur l'épidémie de VIH dans le sous-groupe de population "jeunes de 15-24 ans", en analysant les facteurs démographiques et de comportements en relation avec le VIH dans cette sous-population vulnérable.
- Etablir un lien entre la prévalence du VIH et les comportements sexuels ou les comportements à risques associés et indiquer si la prévalence au VIH peut être attribuée à un changement dans ces comportements.
- A travers l'analyse déterminer les sous populations les plus vulnérables qui feront l'objet de campagnes de prévention et d'éducation plus ciblées.
- Evaluer si les moyens mis en œuvre jusqu'à présent concernant les connaissances des jeunes sur les modes de transmission de prévention du VIH/SIDA sont suffisants et adéquats.
- Obtenir les données permettant de calculer les indicateurs de base (UNGASS, MDG et FHI) qui permettront de procéder à des comparaisons au cours du temps et entre pays.

8.3.3 Méthodologie

Cette enquête SDG s'est déroulée durant 5 semaines d'août à septembre 2006 à Wallis et à Futuna et a concerné 199 jeunes. 40 questionnaires ont été réalisés à Futuna et 159 à Wallis. Elle s'est concentrée plus particulièrement sur les jeunes scolarisés qui représentent une population captive rapidement accessible en cinq semaines. Ceci a été possible grâce à la bonne volonté du gouvernement face aux enjeux de cette enquête, à la pleine coopération de l'Agence de Santé, du vice-rectorat, des proviseurs des lycées et collèges et à la motivation des professeurs.

Afin d'inclure le plus grand nombre de jeunes, une salle du dispensaire était ouverte tous les matins durant 2 semaines. Des spots à la radio, annonçant les tenants et les aboutissants de l'enquête ont été diffusés (en wallisien et en français). Malgré tous ces efforts peu de jeunes ont participé à l'enquête en dehors des établissements scolaires ou du complexe sportif. Les lieux ou le mode de recrutement n'étaient pas adaptés (Pudeur des jeunes, tabou des questions de sexualité, problème de confidentialité ?).

Les participants recrutés volontairement ont complété un questionnaire auto administré et confidentiel, en français. Ils se présentaient dans la salle réservée à cet effet par petit groupe de même sexe. S'ils rencontraient des difficultés pour compléter le questionnaire, l'enquêteur les aidait. A la fin, une information sur le VIH/SIDA leur était présentée, suivie par un forum de questions.

Le questionnaire comprend deux types de questions :

- D'ordre social: âge, sexe, situation socio-économique, parcours scolaire, lieu de résidence, consommation d'alcool ou de drogue.
- D'ordre médical: anamnèse et connaissances des IST et du VIH/SIDA.

Pour les questions d'éthique, l'accord de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), sous la rubrique « déclaration en conformité à une norme simplifiée » a été demandé par l'Agence de santé de Wallis et Futuna.

Tableau 1.2 Méthodologie de l'étude de comportements à Wallis et Futuna

| Caractéristiques | Description |
|-------------------------------------|--|
| Population | Jeunes gens âgés de 15 à 24 ans |
| Caractéristiques d'inclusion | Participants non mariés, scolarisés ou non |
| Echantillon | 199 jeunes (66 garçons, 129 filles et 4 qui n'ont pas jugé bon de l'indiquer) |
| Design de l'étude | Questionnaires auto administrés comportant 43 questions |
| Mode de recrutement | Volontaire |
| Localisation des sites | A Wallis : au Lycée, SITAS, IUFM, salle de sport A Futuna : au collège et maisons des jeunes de Halo et de Singave, |
| Type de consentement | Ecrit |
| Période | De juillet à septembre 2006 |

Les données recueillies dans le cadre de ce questionnaire ont été introduites avec un logiciel Microsoft Access, Epi6. L'analyse statistique, réalisée avec EpiInfo 09, comprend une analyse descriptive (comparaison de moyennes et de pourcentages) et des régressions logistiques multiples (association de plusieurs facteurs comme l'âge, le sexe, l'activité professionnelle et la variable à expliquer).

8.3.4 Caractéristiques socio-démographiques

Tableau 1.3 Caractères socio-démographiques relevés parmi les 199 jeunes de l'étude

| | Total | Hommes | Femmes |
|---|-------|--------|--------|
| Groupe par âge (ans) | | | |
| 15-19ans | 90.5% | 94.0% | 91.4% |
| 20-24ans | 5.0% | 4.5% | 5.6% |
| Non déterminé | 4.5% | 1.5% | 3,0% |
| Education | | | |
| Jamais scolarisés | 0 | 0 | 0 |
| Ecole primaire | 0 | 0 | 0 |
| Ecole secondaire | 12.1% | 22.7% | 7.0% |
| Lycée professionnel ou général | 85.4% | 74.3 % | 90.7% |
| Université | 1.0% | 0 | 1.6% |
| Autres | 1.5% | 3.0% | 0.8% |
| Statut de vie | | | |
| Seul | 1.5% | 1.5% | 1.6% |
| Avec des membres de votre famille / votre petit ami (e) | 79.4% | 87.9% | 76.0% |
| Avec des amis | 1.0% | 1.5% | 0.8% |
| Avec collègues de travail / avec étudiants | 1.5% | 3.0% | 0.8% |
| A l'internat | 13.6% | 1.5% | 17.8% |
| Ne sais pas / Refus | 3.5% | 4.5% | 3.1% |

- Les caractéristiques de la population étudiée
 - L'échantillon est composé majoritairement de filles, 66.2%. (un biais qui peut provenir du fait que l'enquêteur était une femme)
 - La tranche d'âge la plus importante est celle des 15-19 ans qui représentent 90.5% des jeunes interviewés. Cette étude reflétera donc les connaissances des plus jeunes.
 - La majorité des jeunes sont scolarisés jusqu'au lycée (85.4%).
 - Ils ne vivent ni seuls, ni dans la rue, mais en famille (79.4%) ou à l'internat (13.6%) pour les Futuniens qui fréquentent le lycée.
- Biais de l'étude: (certains points doivent être pris en considération pour l'interprétation des résultats)
 - Période de récolte des données très courte, ce qui n'a pas permis une information et la mise en place d'interventions permettant d'atteindre des jeunes non scolarisés.
 - Majorité des jeunes encore à l'école, caractéristique d'une population essentiellement scolarisée âgée de 16-19ans.
 - Moyenne d'âge de 17ans, population très jeune qui ne pourra pas être représentative de la population des 15-24ans.
 - Seulement 27.1% ont déjà eu des relations sexuelles, majoritairement des garçons. Ils représentent une sous population particulière non extrapolable à la population générale de jeunes de 15-24ans.

- Proportion de filles plus grande (biais de l'interviewer) risque d'influencer ou de fausser les tendances de la population générale.

8.3.5 Indicateurs UNGASS – Comportements sexuels, Connaissances du VIH/SIDA, Stigmatisation et Discrimination

27.1% des jeunes interrogés ont déjà eu des rapports sexuels (53.0% ♂ et 14.7% ♀). Nous avons donc une sous population très petite de 54 personnes, majoritairement masculine, qui peut être définie comme des jeunes « précoces », une population vulnérable face au VIH et aux IST.

On sait par d'autres études (notamment celle portant sur la prévalence des IST parmi les femmes enceintes) que l'âge moyen du premier rapport chez les femmes est de 21ans. Ici, la majorité de la population a entre 15 et 19 ans, et n'a donc pas encore eu de relations sexuelles.

Tableau 1.4 Indicateurs UNGASS - Comportements sexuels parmi les 199 jeunes de Wallis et Futuna

| | Total % (n) | Hommes % (n) | Femmes % (n) |
|---|-------------|--------------|--------------|
| Pour les hommes et femmes | | | |
| Pourcentage de jeunes ayant déjà eu des rapports sexuels | 27.1% (54) | 53.0 % (35) | 14.7% (19) |
| Age moyen du premier rapport sexuel (année) | 16 | 15.5 (12-22) | 16.7 (14-21) |
| Pourcentage de jeunes ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (<15 ans) | 19.5% (8) | 22.2% (6) | 14.3 % (2) |
| Pourcentage de jeunes ayant eu une activité sexuelle au cours de l'année écoulée | 67.9% (38) | 77.1% (27) | 52.4% (11) |
| Pourcentage de jeunes ayant eu plusieurs (≥ 2) partenaires durant l'année écoulée | - | - | - |
| Nombre moyen de partenaires durant l'année écoulée | - | - | - |
| Pourcentage de jeunes ayant utilisé un préservatif au premier rapport (non commercial) | 17.9% (10) | 20.0% (7) | 14.3% (3) |
| Pourcentage de jeunes ayant utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire (non commercial) | 23.2% (13) | 25.7 % (9) | 19.0% (4) |
| Pourcentage de jeunes ayant eu des rapports sexuels commerciaux durant l'année écoulée | 0 | 0 | 0 |
| Pourcentage de jeunes rapportant avoir été forcé(e) à avoir des rapports sexuels alors qu'ils ne le désiraient pas | 28.6% (16) | 28.6% (10) | 28.3% (6) |
| Pourcentage de jeunes qui ont fait un test de dépistage du VIH et qui connaissent le résultat | 4.0% (10) | 6.1% (5) | 3.1% (5) |
| Pour les hommes uniquement | | | |
| Pourcentage de jeunes hommes rapportant avoir déjà eu des relations sexuelles avec un homme | - | 5.6 % (2) | - |
| Pourcentage de jeunes hommes ayant eu des rapports sexuels commerciaux durant l'année écoulée | - | 0 | - |
| Nombre moyen de partenaires commerciaux parmi les jeunes hommes durant l'année écoulée | - | 0 | - |
| Taux d'utilisation d'un préservatif par les jeunes hommes avec un partenaire commercial durant l'année écoulée | - | Manque | - |

L'âge moyen: des jeunes interrogés est de 17 ans (extrêmes 16-23 ans).

L'âge moyen du premier rapport est de 16 ans (15ans ♂ et 16 ans ♀) avec un âge minimum pour les garçons de 12 ans et pour les filles de 14 ans. L'activité sexuelle est importante 67 % d'entre eux, surtout les garçons (77.1%), ont eu des relations sexuelles au cours de l'année écoulée.

L'utilisation du préservatif est faible 17.9% au cours du premier rapport et 23.2% lors du dernier rapport. On parle ici uniquement de préservatifs masculins, 97% des jeunes en ont déjà entendu parler et ils sont 17.9% seulement à l'avoir utilisé. Plusieurs jeunes, surtout des filles, n'en avaient jamais vu ni touché et donc encore moins utilisé. Le préservatif féminin n'est pas disponible sur l'île, 67% en ont déjà entendu parler et un ou deux (européens) l'ont vu, aucun ne l'a utilisé.

Nombre de partenaires: On ne connaît pas le nombre de partenaires occasionnels (questions à rajouter). D'après l'enquête aucun partenaire commercial ni pour les hommes ni pour les femmes, ni aucune faveur sexuelle échangée contre de l'argent, des biens, des cadeaux.

Partenaires masculins: 5.6% des garçons, soit 2 personnes, disent avoir eu des relations sexuelles avec un autre homme au cours de l'année écoulée.

Test de dépistage: Le nombre de jeunes ayant fait le test VIH de manière volontaire est faible: 4.0%, soit 10 personnes. Pour trois d'entre elles il a été inclus dans des tests de routine. Sur les sept jeunes qui ont fait un test de dépistage volontaire un seul est d'origine wallisienne, les autres sont européens (3), métis (2), africain (1). Il serait intéressant de savoir si ces jeunes ont fait le test de dépistage sur le territoire ou ailleurs car la confidentialité reste un problème dans les petites communautés. Seulement 44.7% des jeunes pensent qu'il est possible de faire un test de manière confidentielle sur le territoire.

Rapports forcés: 27.8% des jeunes rapportent avoir été forcés à avoir des relations sexuelles alors qu'ils ne le désiraient pas, aussi bien des filles que des garçons. Ces derniers chiffres ont été rapportés au Bureau de la Femme (SPC) et lors de 10th Conférence sur la Condition de la Femme dans le Pacifique.

Tableau 1.5 Indicateurs UNGASS - Connaissances parmi les 199 jeunes de Wallis et Futuna

| | Total % (n) | Hommes % (n) | Femmes % (n) |
|--|-------------|--------------|--------------|
| Connaissances face au VIH/SIDA | | | |
| Pourcentage qui ont répondu correctement à la Q603 « Peut-on se protéger du VIH en utilisant correctement un préservatif à chaque rapport sexuel ? » | 80.9% | 80.3% | 82.2% |
| Pourcentage qui ont répondu correctement à la Q604 « Peut-on attraper le VIH par une piqûre de moustique ? » | 59.3% | 60.6% | 58.9% |
| Pourcentage qui ont répondu correctement à la Q605 « Peut-on se protéger du VIH en ayant un partenaire unique, non infecté et fidèle ? » | 64.3% | 63.6% | 64.3% |
| Pourcentage qui ont répondu correctement à la Q606 « Peut-on se protéger du VIH en s'abstenant de tout rapport sexuel ? » | 44.7% | 42.4% | 45.7% |
| Pourcentage qui ont répondu correctement à la Q607 « Pensez-vous qu'une personne ayant l'air en bonne santé puisse être infectée par le VIH ? » | 61.3% | 60.6% | 62.0% |
| Pourcentage qui ont répondu correctement à la Q608 « Pensez-vous qu'une femme enceinte puisse transmettre le VIH à son enfant à naître ? » | 78.4% | 69.7% | 82.2% |
| Pourcentage qui, à la fois ont des connaissances exactes des manières de prévenir la transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus. ¹ | 18.4% | 19.7% | 17.1% |

1 Numérateur : Nombre de personnes interrogées (15-24ans) qui ont répondu correctement aux cinq questions figurant dans les tableaux (Q603- Q604- Q605-- Q607- Q701).

Indicateur de connaissance des modes de transmission et de prévention. Cet indicateur permettra d'évaluer les progrès réalisés dans le sens de l'acquisition d'une connaissance globale des éléments relatifs à la transmission du VIH. Les connaissances sur les différents modes de transmission varient entre 59.3% et 61.3% suivant les questions.

Les connaissances sur les différents modes de prévention varient entre 44.7% et 80.9% suivant les questions. D'une façon générale, l'étendue de ces connaissances concernant aussi bien les modes de transmission que de prévention est de 18.4%. (Indicateur sur le nombre de réponses correctes et le rejet des idées fausses). Ce manque de connaissances globales peut entraîner des comportements à risque dans une population vulnérable. Ici, les jeunes interrogés sont à plus de 85% au lycée général ou professionnel. Le manque de connaissances ne peut pas être attribué au fait qu'ils ne sont pas ou peu scolarisés. On peut alors se demander si la thématique du VIH enseignée dans les cours l'est de manière pédagogique et si elle est facilement compréhensible et assimilable ?

Tableau 1.6 Indicateurs UNGASS - Stigmatisation et discrimination parmi les 199 jeunes de Wallis et Futuna

| | Total % (n) | Hommes % (n) | Femmes % (n) |
|--|-------------|--------------|--------------|
| Stigmatisation et discrimination | | | |
| Pourcentage qui ont répondu oui à la Q 701 « Accepteriez-vous de partager un repas avec une personne infectée par le virus VIH ? » | 47.2% | 43.9% | 50.4% |
| Pourcentage qui ont répondu oui à la Q 702 « Accepteriez-vous d'acheter de la nourriture chez un tenancier que vous savez infecté par le virus de VIH | 40.2% | 34.8% | 43.3% |
| Pourcentage d'attitudes rapportées acceptables envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA (répondu de manière favorable aux deux questions) | 31.7% | 27.3% | 34.1% |

Attitude favorable face aux personnes séropositives ou malades du Sida 31.7% des jeunes interrogés ont ou auraient une attitude favorable envers les personnes séropositives. 47.2% se déclarent prêts à accepter de partager un repas avec une personne séropositive et 40.2% à acheter des marchandises chez un épiciers séropositif. Mais la maladie est encore très stigmatisée : ils sont 56.8% à vouloir que cela reste secret si jamais un membre de leur famille était infecté.

8.3.6 Consommation d'alcool : un autre facteur de risque

Tableau 17 Consommation d'alcool parmi les 199 jeunes à Wallis et Futuna

| | Total % (n) | Hommes % (n) | Femmes % (n) |
|--|-------------|--------------|--------------|
| Au cours du dernier mois avez-vous bu de l'alcool? | | | |
| Au moins une fois par jour | 7.5% (15) | 16.7% (11) | 3.1 % (4) |
| Au moins une fois par semaine | 20.6% (41) | 22.7% (15) | 19.4% (25) |
| Moins d'une fois par semaine | 11.1% (22) | 13.6% (9) | 10.1% (13) |
| Pas au cours du dernier mois | 17.6% (35) | 13.6% (9) | 19.4% (25) |
| Ne bois jamais d'alcool | 39.7% (79) | 28.8 % (19) | 45.0% (58) |
| Combien d'unités d'alcool ¹ consommez-vous par soirée quand vous sortez? | | | |
| En moyenne par soirée [tenant compte des extrêmes supérieures] | 5.4 [6.3] | 7.3 [10.2] | 3.6 [3.6] |

1 En France, les messages de prévention diffusés jusqu'ici se fondent sur un « verre standard » contenant environ 10 grammes d'alcool (soit 7cl pour un apéritif à 18°, 10cl pour un vin à 12°, 25cl pour une bière à 5° et 3cl pour un spiritueux à 45°).

Deux jeunes, un Wallisien et un Futunien, ont révélé avoir consommé jusqu'à cinq bouteilles de whisky en une soirée de manière non occasionnelle. Ceci est tout à fait possible sachant que dans le Pacifique les soirées commencent très tôt (parfois dès le matin) et se finissent le lendemain matin. De plus les Wallisiens /Futuniens ont une certaine corpulence qui leur procure une plus grande résistance à l'alcool.

8.3.6.1 Fréquence de consommation d'alcool

Ils sont 7.5% à déclarer boire au moins une fois par jour et 20.6% au moins une fois par semaine, souvent le week-end.

Pour les garçons : 16.7% déclarent boire au moins une fois par jour et 22.7% au moins une fois par semaine. 28.8 % ne boivent jamais d'alcool.

Pour les filles: 3.1% au moins une fois par jour, 19.4 % au moins une fois par semaine. 45.0% ne boivent jamais d'alcool.

8.3.6.2 Quantité d'alcool consommée

Le nombre d'unités standards bues au cours d'une soirée est de : 5.4 [6.3] unités/soirée

Pour les garçons: Le nombre d'unités bues en moyenne 7.3 [10.2] unités/ soirée (extrêmes: 1 et 50).

Pour les filles: Le nombre d'unités bues en moyenne 3.1 unités / soirée (extrêmes: 1-11)

8.3.7 Discussion et conclusion

La prévalence du VIH à Wallis et Futuna est encore très faible. Le VIH se transmet essentiellement par voie sexuelle et peut toucher ainsi toutes les classes de population (hétérosexuelles ou homosexuelles). Mais la plupart des jeunes wallisiens et futuniens sont souvent amenés à voyager, soit pour poursuivre leurs études soit parce que leur famille a émigré dans d'autres îles du Pacifique ou en France où la prévalence du VIH et des IST est plus élevée. De par ce fait il est important qu'ils aient une connaissance parfaite des modes de transmission et de prévention liés au VIH/SIDA

8.3.7.1 *Connaissances des modes de transmission et prévention du VIH/SIDA*

L'objectif de l'OMS d'ici 2015 est d'obtenir parmi les jeunes une connaissance exacte sur les modes de prévention et de transmission du VIH proche de 95%. A Wallis et Futuna cet indicateur se situe à 17.6%, bien en dessous des autres pays du Pacifique. De plus nous avons à faire ici à une population scolarisée: il faut donc améliorer grandement l'information. Comment? D'après l'enquête, la faire passer plutôt de manière orale qu'écrite : émission de radio, télévision, débats.

En milieu scolaire:

- Mettre au programme de la semaine de la santé un programme large touchant au VIH, aux IST, à la sexualité, aux méthodes de contraception
- Mettre au programme de toutes les classes une information sur le VIH et les IST (un cours d'éducation sexuelle)
- Une infirmière est enfin arrivée en juillet 2006 à Futuna. Elle devrait contribuer à l'amélioration de l'information médicale.

Mais aussi diversifier les sources d'information afin qu'elles soient accessibles à tous en dehors du milieu scolaire (aux plus jeunes ainsi qu'aux plus âgés).

8.3.7.2 *Le taux d'utilisation du préservatif*

Le taux d'utilisation du préservatif au dernier rapport non commercial est de 23.2%. Encore une fois il s'agit ici d'une sous population très petite, jeune et scolarisée et les résultats sont à prendre comme indicateurs.

Les préservatifs sont disponibles gratuitement dans les dispensaires et les lycées sur demande à l'infirmière scolaire ou au personnel médical. Il serait plus aisé de mettre à disposition des préservatifs en self-service à l'entrée de l'infirmerie comme c'est le cas dans les lycées de Nouméa (NC).

Le poids de la culture reste toutefois un obstacle majeur pour l'acceptation du préservatif et ceci est un obstacle à leur introduction dans certains lieux publics (bars, restaurants, discothèques).

Pour un accès universel et un choix diversifié, il serait urgent de mettre des préservatifs en vente dans les supermarchés (par exemple les préservatifs masculins subventionnés fabriqués en Nouvelle-Calédonie).

8.3.7.3 *Dépistage du VIH*

Le taux de dépistage sur le territoire est très faible: 4%. Bien qu'il soit possible d'effectuer un test de dépistage gratuit à l'hôpital de Mata'Utu, il n'y a pas de centres de CDAG, et seule la moitié des jeunes pense que l'on ne peut pas faire un test de manière anonyme, ce qui ne les encourage pas.

La taille de l'échantillon n'est pas importante mais on voit bien que se faire tester reste une pratique marginale. On note aussi que le taux de VIH est très faible ce qui n'incite pas à se faire tester. Pour des questions de confidentialité, ils le feront plus volontiers, lors de voyage en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française ou en France. Mais il reste à déterminer quelles sont les autres barrières (Non implication? Méconnaissance? Tabou? Culture?...) qui les retiennent.

8.3.7.4 *Autre facteur de risque l'alcool*

L'usage d'alcool chez les jeunes de Wallis et Futuna est important surtout parmi les garçons. Ce qui est alarmant c'est que l'on est face à une population très jeune, en moyenne 17ans (89.9% entre 16-19ans), dont 100% ou presque suit des cours (soit au lycée, soit au collège)

En plus du problème que pose l'alcool en lui-même, une consommation abusive entraîne des comportements à risque et ceux-ci ont un impact sur la propagation des IST y compris le VIH (oubli du préservatif, non consentement des partenaires, rapports forcés).

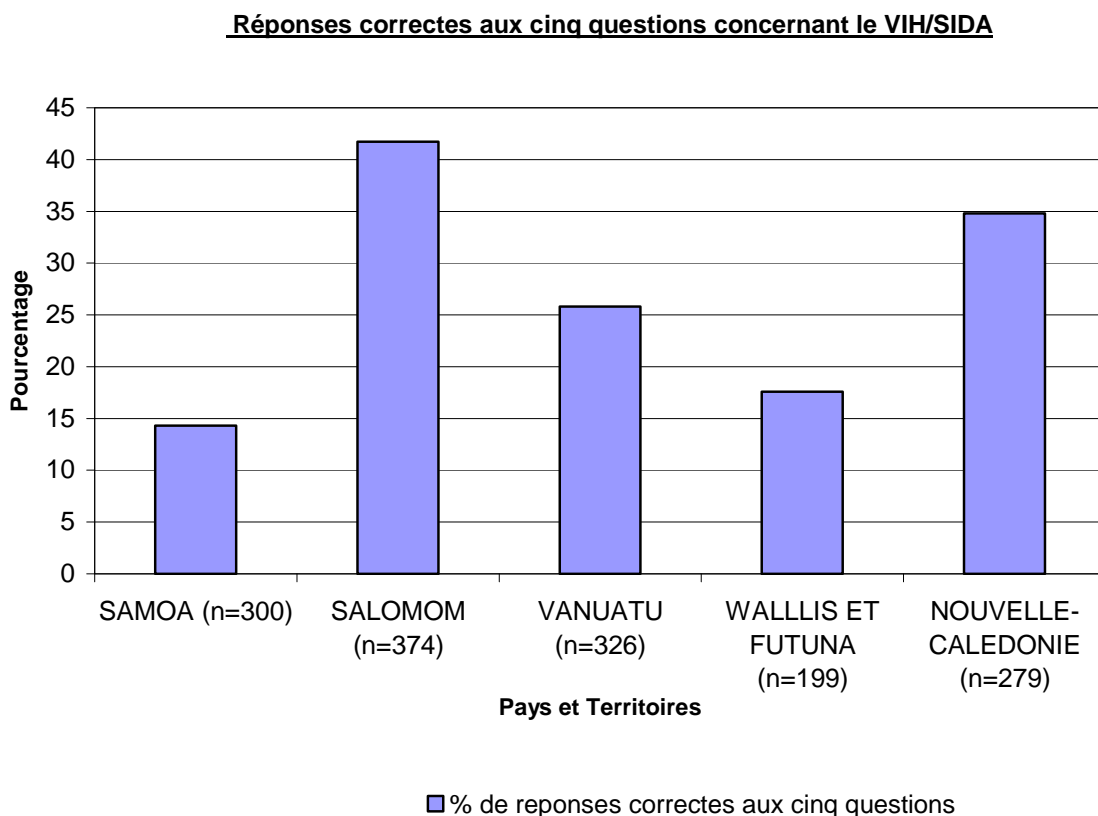
Que recouvrent en fait les termes prise de risques ? Beaucoup de choses. Quelle que soit la population étudiée, jeunes ou adultes, hétéro ou homosexuels, le " verre de trop " risque d'enclencher un comportement souvent

qualifié de " désinhibé ", en ce sens qu'il associe altération du jugement et sentiment d'euphorie. Le sujet est moins capable qu'à jeun d'évaluer les conséquences de sa conduite. D'où le risque d'accepter une rencontre avec une personne qu'on n'aurait pas choisie autrement, de balayer les consignes de prudence souhaitables en pareil cas. Il n'est d'ailleurs pas nécessaire que les deux partenaires soient sous l'effet de l'alcool pour que l'un de ces risques se manifeste. Le comportement de l'un peut entraîner l'autre de facto dans la même conduite. Il faudrait réajuster les questionnaires afin qu'ils puissent donner des indications sur la répétition des phénomènes de consommation excessive, des co-consommations qui peuvent avoir lieu (marijuana, kava) et des comportements associés (violences, viols).

8.3.8 Comparaison des indicateurs UNGASS avec d'autres pays du Pacifique

8.3.8.1 Connaissances face au VIH/SIDA

Figure 1.8 Pourcentage de jeunes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus (2004-2006)



1. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté ?
2. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport ?
3. Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive ?
4. Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH ?

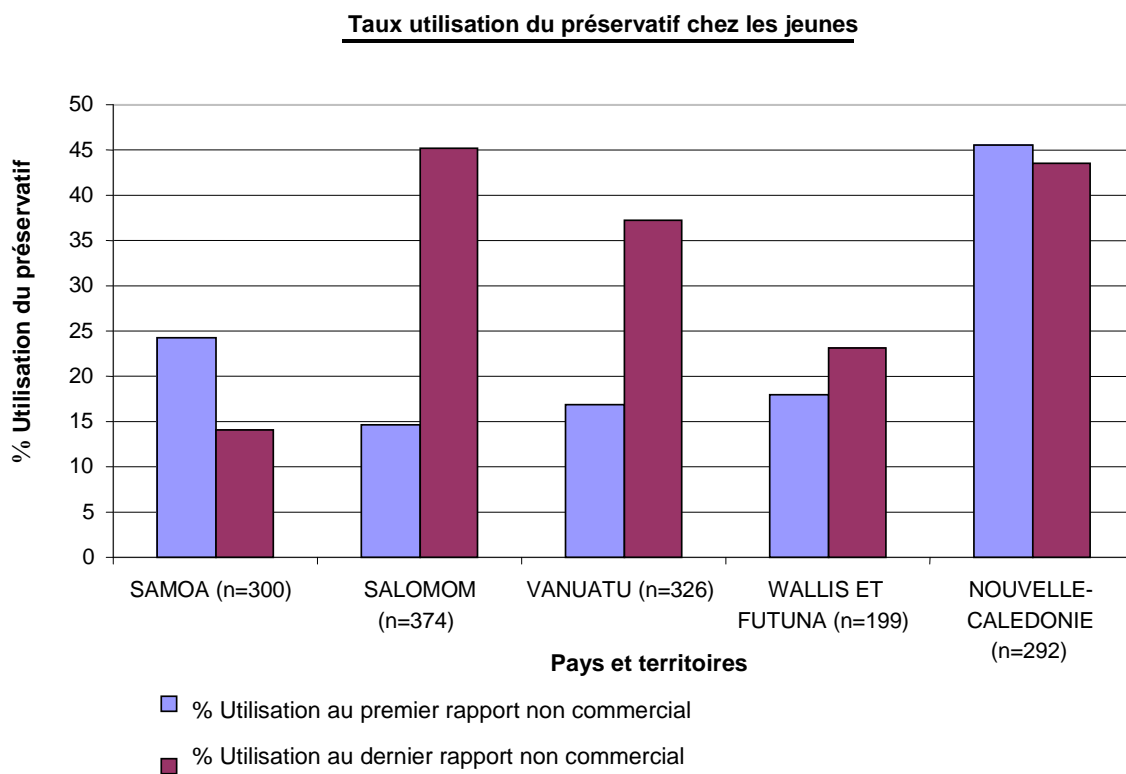
5. Accepteriez-vous partager un repas avec une personne séropositive ?

8.3.8.2 Taux d'utilisation du préservatif

Un indicateur UNGASS détermine le pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui utilisent un préservatif lors de rapports sexuels avec un partenaire occasionnel, et il permet d'évaluer les progrès réalisés dans la prévention d'une exposition précoce au VIH, lors de rapports sexuels non protégés avec des partenaires sexuels occasionnels.

(NB: lors de cette enquête la classe d'âge choisie est celle de 16-24ans et non 15-24ans)

Figure 1.9 Taux d'utilisation du préservatif dans 5 pays et territoires du Pacifique Sud (2004-2006)



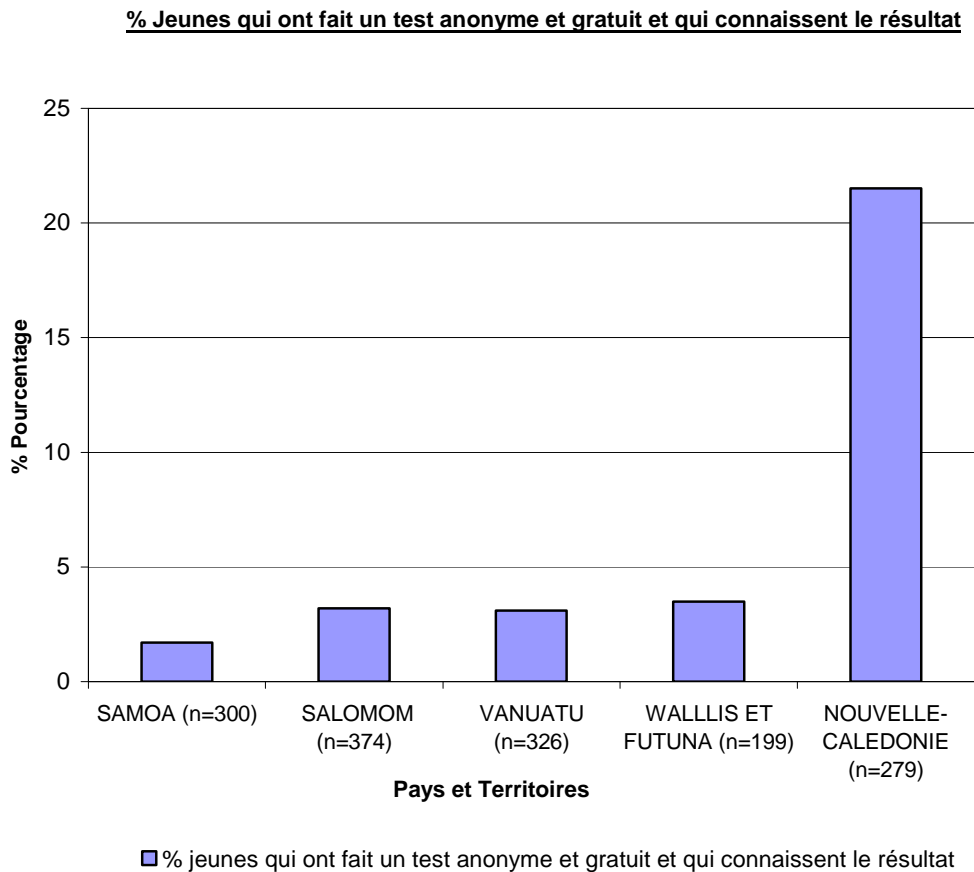
Taux d'utilisation du préservatif chez les jeunes de W&F : pourcentage d'utilisation lors du premier rapport avec un partenaire non commercial (17.9%) et lors du dernier rapport (23.2%).

Ces chiffres plutôt pessimistes sont dus à plusieurs raisons dont une importante, la non accessibilité matérielle et culturelle aux préservatifs.

8.3.8.3 Taux de dépistage du VIH

Le dépistage est important il permet de connaître son état sérologique vis-à-vis du VIH afin de se protéger et de protéger les autres du risque d'infection. Mais également essentiel au processus de décision qui conduit à la demande d'un traitement. Le caractère confidentiel qui entoure le dépistage est essentiel.

Figure 1.10 Pourcentage de jeunes qui ont effectué un test de dépistage volontaire et qui connaissent le résultat (2004-2006)



Il est très difficile de motiver les personnes à faire un test quand la prévalence de la maladie est très faible. Pour la plupart, ils ne connaissent personne atteint par le virus du VIH/SIDA, et comme à Wallis et Futuna la maladie est mal connue, ils ignorent le fait que son issue est fatale et ses modes de transmission. Ils n'ont aucun intérêt à se faire dépister. Comme dans toutes les petites communautés, la confidentialité est limitée, ce qui rend plus difficile la démarche et la réalisation d'un dépistage de façon anonyme.

Le taux élevé de la Nouvelle-Calédonie provient du fait que les infrastructures en place sont importantes et fonctionnent bien, mais ce bon résultat est aussi dû au fait que la population étudiée lors de cette enquête était une population citadine.

8.4 ENQUETE DE PREVALENCE DU VIH ET DES IST AUPRES DES FEMMES SE RENDANT A LEUR PREMIERE CONSULTATION PRENATALE EN NOUVELLE-CALEDONIE (2005-2006)

8.4.1 Contexte géographique et culturel

8.4.1.1 Géographie

Située dans le Pacifique occidental, la Nouvelle-Calédonie, qui a une superficie de 18.575 km², fait partie de l'ensemble mélanésien et compte 232 258 habitants. L'archipel comprend la Grande-Terre, (400 km de long sur 50 km de large), les quatre îles Loyauté (Ouvéa, Lifou, Tige et Maré), l'archipel des îles Belep, l'île des Pins et quelques îlots lointains.

Figure 1.11 Carte géographique de la Nouvelle-Calédonie



8.4.1.2 Enseignement

L'enseignement en Nouvelle-Calédonie est complet: primaire, secondaire, supérieur. Il relève de la compétence de l'Etat, sauf pour le primaire qui est de compétence provinciale. Par ailleurs, l'Etat reste compétent dans le domaine de l'enseignement supérieur et de la recherche et pour la collation et la délivrance des titres et diplômes (article 19 de la loi de programme).

La population scolaire totale compte plus de 67 000 élèves qui sont accueillis dans près de 370 établissements publics et privés. L'enseignement public accueille 72,6 % des élèves du primaire et 65,9 % du secondaire. L'université de la Nouvelle-Calédonie propose 11 DEUG (Ministère de l'Outre-mer)

8.4.1.3 Santé

L'équipement sanitaire du territoire comprend un centre hospitalier territorial de 473 lits à Nouméa, un centre hospitalier spécialisé (psychiatrie et gériatrie) à Nouville, ainsi que trois cliniques établies à Nouméa. La province Nord dispose de deux centres hospitaliers provinciaux. L'un à Koumac sur la côte Ouest et l'autre sur la côte Est à Poindimié.

Le territoire est divisé en circonscriptions médicales équipées en dispensaires. Un institut Pasteur est implanté à Nouméa ainsi qu'une école d'infirmières. (Ministère de l'Outre-mer)

La Calédonie compte plusieurs Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG).

8.4.1.4 Economie

La Nouvelle-Calédonie détient près de 25% des réserves mondiales connues de nickel, composant qui entre dans la fabrication d'aciers inoxydables. L'agriculture est peu développée du fait du manque de terres cultivables et le territoire doit importer des denrées alimentaires, faute d'autosuffisance (20% des importations).

Les autres sources de revenu du territoire sont : le tourisme, en provenance du Japon, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande et surtout les transferts financiers depuis la métropole (35% du PIB du territoire) (Wikipedia)

8.4.1.5 Epidémiologie

La Nouvelle-Calédonie est classée par l'OMS parmi les pays ayant une faible prévalence des cas de VIH/SIDA.

Au 31 décembre 2006, on comptait 151 patients suivis, dont 122 sous traitement antiviral (7 bithérapies, 111 trithérapies et 4 multi thérapies). Parmi les patients on compte 5 enfants contaminés à la naissance (dont 3 dépistés localement, 3 encore suivis en Nouvelle-Calédonie en 2006). Enfin 19 enfants nés de mères séropositives ont été signalés, ils font ou ont fait, l'objet d'un suivi depuis leur naissance. A ce jour 13 sont déclarés non infectés, 1 non suivi au delà de l'âge de 6 mois et 4 perdus de vue ou sortis de Nouvelle-Calédonie.

VIH / SIDA Cas rapportés en 2006:

VIH: 10 (8♂ ; 2♀)

SIDA: 1 (1♂)

Décès dus au SIDA : 0

IST : Cas rapportés en 2005 (Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie Dépistage et suivi biologique de l'infection par le VIH en Nouvelle-Calédonie (2006))

Tableau 1.8 Cas d'IST rapportés en Nouvelle-Calédonie en 2005

| | Hommes | Femmes | Total |
|---|--------|--------|-------|
| Infections sexuellement transmissibles | | | |
| Chlamydia | 25 | 46 | 71 |
| Gonorrhée | 25 | 10 | 35 |
| Syphilis | 4 | 11 | 15 |
| Human Papilloma Virus (HPV) | 2 | 1 | 3 |
| Mycoplastum infection | 19 | 89 | 108 |
| Trichomonas | 2 | 112 | 114 |
| Autres maladies génitales | 4 | 59 | 63 |

1 Tiré des statistiques 2005 de la Direction des Affaires sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie (<http://www.dass.gouv.nc/static/publications/documents/l.2.2.Lesmst05.pdf>)

8.4.1.5.1 Répartition des cas cumulés de VIH/SIDA en Nouvelle-Calédonie entre 1994 et 2006

VIH / SIDA Cumul des cas rapportés jusqu'en 2006

VIH: 293 (217♂ ; 76♀)

SIDA: 108 (77♂ ; 30♀, 1 indéterminé)

Décès dus au SIDA: 50 (38 ♂; 11 ♀, 1 indéterminé)

Tableau 1.9 Répartition des cas cumulés de VIH (y compris Sida) par mode de transmission de 1994-2006 en Nouvelle-Calédonie

| Type de contraction du virus | Cas de VIH | Cas de Sida | Décès dus au Sida |
|---|------------|----------------|-------------------|
| Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes | 98 | 35 | 22 |
| Toxicomanie par voie intraveineuse | 21 | 9 | 1 |
| Relations hétérosexuelles ou orientation inconnue | 56 | 16 | 6 |
| Transmission par le sang ou produits sanguin | 4 | 2 | 1 |
| Transmission périnatale (verticale) au cours de la grossesse, à la naissance ou par l'allaitement | 2 | 2 | 1 |
| Autre mode de transmission inconnue | 21 | 7 | 4 |
| Mode de transmission non précisé /inconnu | 10 | 2 | 1 |
| | 15 | 6 | 3 |
| | 6 | 2 | 1 |
| | | 1 ³ | 1 |
| Total | 293 | 108 | 50 |

1. Hommes

2. Femmes

3. Inconnu/ Indéterminé

Tableau 1.10 Répartition des cas cumulés de VIH (y compris Sida) par tranche d'âge de 1994-2006 en Nouvelle-Calédonie.

| | Hommes | Femmes | Total |
|----------------------|------------|-----------|------------|
| Tranche d'âge | | | |
| 0-9 ans | 2 | 3 | 5 |
| 10-19ans | 1 | 3 | 4 |
| 20-29ans | 49 | 28 | 77 |
| 30-39 ans | 92 | 24 | 116 |
| 40-49 ans | 47 | 14 | 61 |
| 50-59 ans | 16 | 1 | 17 |
| 60 ans et plus | 3 | 1 | 4 |
| Age indéterminé | 7 | 2 | 9 |
| Total | 217 | 76 | 293 |

8.4.2 Buts et objectifs

- Obtenir les données primaires qui serviront à mettre en place le suivi et les programmes de prévention des IST :
 - Déterminer les données primaires concernant la prévalence de *Chlamydia trachomatis*, de *Neisseria gonorrhoeae* et de la syphilis (prévalence positive à *Treponema Pallidum*), hépatite B.
 - Diagnostiquer et traiter les IST asymptomatiques chez les femmes enceintes
- Définir les facteurs socio-économiques et comportementaux liés à la présence ou non des IST, afin de mieux cibler les campagnes de dépistage et de prévention.
- Améliorer la prise en charge des IST dans les populations définies à risque ainsi que dans la population générale
- Utiliser les résultats et les conclusions comme une aide à la décision pour adapter les ressources de santé publique
- Définir les indicateurs de base (UNGASS, MDG et FHI) permettant de procéder à des comparaisons au cours du temps et entre pays.

8.4.3 Méthodologie

Pour pouvoir ultérieurement analyser les questionnaires et publier les résultats, l'agence des affaires sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie a demandé l'accord de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), sous la rubrique « déclaration en conformité à une norme simplifiée »..

Tableau 1.11 Méthodologie de l'étude de prévalence du VIH et IST chez les femmes enceintes en Nouvelle-Calédonie

| Caractéristiques | Description |
|-------------------------------------|---|
| Population | Femmes enceintes |
| Caractéristiques d'inclusion | Femmes se rendant à leur première consultation prénatale |
| Echantillon | 152 femmes (15 refus et 8 sans résultat) |
| Design de l'étude | Questionnaires administrés par gynécologue ou sage femme comportant 40 questions |
| Mode de recrutement | Volontaire, consécutif |
| Type de consentement | Ecrit |
| Localisation des sites | A Nouméa : PMI (n=107), CHT Magenta (n=13) A Koumac : CHN Koumac (n=20) A Vao : dispensaire de Vao (n=12) |
| Période | Avril 2005 – juillet 2006 |
| Tests de laboratoire | Effectués à l'Institut Pasteur de Nouméa (NC) HIV : Serodia HIV test and Abbott Determination Rapide HIV ½ test. Confirmation Western Blot Syphilis : RPR et TPHA et titration secondaire si prélèvements Hépatite B : AgHBs, Ac anti HBs, Ac anti Hbc totaux Gonorrhée et Chlamydia : PCR urinaires |

8.4.3.1 Echantillonnage et biais de sélection

Les centres de recrutements n'ont pas été repartis dans toutes les provinces de la Nouvelle-Calédonie, le biais que cela inclut a encore été accentué par le fait que durant l'étude certains lieux de recrutement ont été abandonnés. De plus certains lieux retenus étaient inadéquats comme celui du Centre Hospitalier Territorial (CHT) de Magenta qui n'est pas un centre de premier choix pour les consultations prénatales.

La surcharge de travail que le questionnaire engendrait pour le personnel soignant déjà débordé et une information incomplète des membres du personnel soignant ont déterminé la sélection d'un nombre insuffisant de participants. La taille minimale envisagée pour l'échantillon était de 300 femmes ce résultat n'a pas été atteint

De ce fait l'étude se base sur 160 questionnaires pour les questions concernant les attitudes et comportements, mais seulement sur 152 concernant les analyses sur les prévalences (8 tests de laboratoire ont été égarés). Il faut noter aussi que la majeure partie des femmes qui ont participé à l'étude viennent du Centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Nouméa (107/152 soit 70.1%), or la population y est particulière: elle bénéficie généralement de l'aide médicale (personnes d'origine modeste) et la proportion mélanésienne y est forte, elle est essentiellement citadine.

Ceci nous amène à prendre toutes les précautions qui s'imposent concernant l'interprétation des résultats. Cette étude n'a donc qu'une très faible représentativité mais sert à souligner certaines tendances ou à confirmer certaines données décrites lors d'études précédentes.

8.4.3.2 Questionnaire et tests de laboratoire

L'enquête, confidentielle et anonyme, comprend un questionnaire, un prélèvement veineux de 10 ml et un échantillon du 1^{er} jet urinaire sans toilette. Ces deux prélèvements ont été réalisés au cours de la même consultation.

Le questionnaire comprend deux parties : une partie à caractère social (telles que situation, perception de la grossesse, informations relatives à la vie sexuelle) et une partie médicale (caractéristiques de la femme, anamnèse des IST, connaissance des modes de TME)

L'analyse des prélèvements a été faite à l'Institut Pasteur de Nouméa : recherche de sérologie VIH_{1,2}, Ag HBs et Ac anti-HBs avec titration des Ac pour l'hépatite B, RPR et TPHA pour la syphilis avec titration secondaire si prélèvements positifs à la dilution de dépistage, PCR urinaire pour *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*.

8.4.4 Caractéristiques socio-démographiques

Tableau 1.12 Caractéristiques sociales des 160 femmes interrogées en Nouvelle-Calédonie

| | Nombre (n) | Pourcentage (%) |
|--|------------|-----------------|
| Tranche d'âge | | |
| 10-14 ans | 1 | 0.6 |
| 15-19 ans | 25 | 15.7 |
| 20-24 ans | 62 | 38.8 |
| 25-29 ans | 33 | 20.8 |
| 30-34ans | 23 | 14.5 |
| 35-39 ans | 16 | 10.10 |
| 40-ans et plus | 0 | 0 |
| Lieux de naissance | | |
| Nouméa | 81 | 50.6 |
| Province nord | 13 | 8.1 |
| Province sud | 32 | 20.0 |
| Province des îles | 16 | 10.0 |
| Autres états océaniens | 15 | 9.4 |
| Europe | 3 | 1.9 |
| Lieux de travail | | |
| Milieu urbain | 122 | 76.3 |
| Milieu rural (zone rurale/ village) | 22 | 13.8 |
| Tribu | 16 | 10.0 |
| Education | | |
| Jamais | 0 | 0 |
| Education primaire | 6 | 3.8 |
| Education secondaire | 33 | 20.6 |
| Lycée général ou professionnel | 107 | 66.9 |
| Université | 14 | 8.8 |
| Statut marital | | |
| Marié | 27 | 16.9 |
| Non-marié | 133 | 83.1 |
| Mode de vie | | |
| Marié / Vivant avec conjoint/ concubin | 26 | 93.3 |
| Marié /Vivant avec un autre partenaire sexuel / amant | 1 | 3.7 |
| Marié / Ne vivant pas avec un partenaire sexuel /seule / famille | 0 | 0 |
| Non marié / Vivant avec concubin | 78 | 58.6 |
| Non marié /Vivant avec un autre partenaire sexuel / amant | 0 | 0 |
| Non marié / Ne vivant pas avec un partenaire sexuel / amis / famille | 45 | 33.8 |
| Non marié / vivant seule | 7 | 5.3 |

| | | |
|---------------------------------------|----|------|
| Refuse la question | 3 | 1.9 |
| Profession du père de l'enfant | | |
| Conducteur /Colporteur | 9 | 5.6 |
| Pêcheur / Marin | 2 | 1.2 |
| Policier / Militaire | 5 | 3.1 |
| Commerçant | 1 | 0.6 |
| Fonctionnaire | 6 | 3.8 |
| Employé dans une entreprise | 38 | 23.8 |
| Etudiant | 11 | 6.9 |
| Artisan | 56 | 35.0 |
| Sans emploi | 23 | 14.4 |
| Autre | 7 | 4.4 |
| Ne sais pas / refus | 2 | 1.2 |

Les caractéristiques sociales principales sont les suivantes :

- La majorité des participantes est née sur le territoire (81.7%) ou dans d'autres états du Pacifique Sud (15%).
- L'âge moyen est 24 ans et 9 mois (± 5.9 ans ; extrêmes 13 et 38 ans).
- 16.9% sont mariées et presque toutes celles qui le sont vivent actuellement avec leur conjoint (93.3%).
- Elles ont toutes reçu une éducation minimum, s'arrêtant en primaire pour 3.8% et allant jusqu'à l'université pour 8.8% d'entre elles. La majorité de ces femmes a été scolarisée jusqu'au lycée (66.9%)
- Plus de la moitié ne sont pas en contact avec le monde du travail : 37.5% sont sans emploi, 10% femmes au foyer et 15% encore étudiantes.
- La profession du père est le plus souvent artisan (35.0%), employé dans une entreprise (23.8%) ou "sans-emploi" (14.4 %).

8.4.5 Caractéristiques de la grossesse

Tableau 1.13 Caractéristiques de la grossesse des 160 femmes interrogées en Nouvelle-Calédonie

| | Total % (n) | > 25 ans |
|---|--------------|-------------|
| Prévision de la grossesse * | | |
| Plus tôt | 6.9% (11) | 36.0% |
| Plus tard | 17.5% (28) | 71.4% |
| Maintenant | 25.0% (40) | 50.0% |
| Ni maintenant ni à un autre moment | 11.3% (18) | 50.0% |
| Je m'en accommode | 38.1% (61) | 55.7% |
| Ne sais pas / Refus | 1.3% (2) | - |
| Nombre de semaines d'aménorrhée à la 1ère consultation prénatale | | |
| 0-21 semaines | 81.0% (129) | 72.7 % (64) |
| 22-26 semaines | 7.5 % (12) | 11.3 % (10) |
| ≥ 27 semaines | 11.4% (18) | 13.5% (12) |
| Inconnu | 0.6% (1) | - |
| Contraception dans les trois mois précédant la grossesse | | |
| Oui | 31.8% (51) | |
| Non | 38.9% (62) | |
| Ne sais pas / Refus | 29.4% (47) | |
| Relations sexuelles forcées | | |
| Oui | 12.5 % (20) | |
| Non | 86.9 % (139) | |
| Ne sais pas / Refus | 0.6 % (1) | |

Concernant le désir d'être enceinte ou non et les moyens de contraception utilisés:

- Environ 65% des femmes de moins de 25ans ne désiraient pas d'enfant quand cette grossesse a débuté.
- 38.1% n'avaient rien planifié mais l'acceptent (dont 55.7% < 25ans), 11.3% disent ne pas vouloir être enceintes ni maintenant ni à aucun autre moment (dont 50 % < 25ans) et 17.5 % auraient préféré être enceintes plus tard (dont 71.4 % < 25 ans). Parmi les femmes de moins de 25ans cela représente environ une grossesse sur deux qui n'était ni désirée ni planifiée.
- Si on reprend les 11.3% qui ne désiraient pas cette grossesse : au cours de l'année écoulée ces femmes sont 11.8% à n'avoir jamais utilisé de préservatifs, 9.3% quelquefois, 6.7% presque chaque fois et 12.5% chaque fois.
- Quant aux 17.5% de femmes qui auraient désiré être enceintes plus tard : 15.7% n'ont jamais utilisé de préservatifs, 16.3 % quelquefois, 40.0% presque chaque fois et 12.5% chaque fois.

Dans les trois mois précédant la grossesse :

- 38.9% n'utilisaient aucun moyen de contraception

-31.8% une contraception comme le préservatif 56.9%, la pilule contraceptive 31.3%, le DIU stérilet 9.8%, la méthode du retrait 5.9%, le préservatif féminin 4.0%, le calendrier des températures, la contraception d'urgence 2.0%.

Sur le territoire la pilule du lendemain est disponible gratuitement pour les mineures dans les pharmacies, dispensaires et CDAG, et la pilule contraceptive est prise en charge par l'assurance maladie.

12.5 % (20 cas) de femmes déclarent avoir été forcées, au moins une fois dans leur vie, à avoir des relations sexuelles alors qu'elles ne le désiraient pas (9 cas <25 ans). Et dans 9 cas les participantes ont refusé de répondre

Concernant le début de la prise en charge de la grossesse:

La première consultation a lieu en moyenne à 15 semaines d'aménorrhée (extrêmes : 5 et 38 semaines), ceci indépendamment de l'endroit où elles vivent et indépendamment de leur niveau d'éducation. Une femme a une grossesse peu ou pas suivie quand elle commence à l'être au cours du 3ème trimestre (à partir de 27 semaines d'aménorrhée) ou si elle a moins de 4 visites prénatales. Dans 11.4% des cas les premières consultations ont eu lieu à ≥ 27 semaines d'aménorrhée (extrêmes jusqu'à 38 semaines), 13.5% de ces femmes sont âgés de moins de 25ans.

8.4.6 Prévalence du VIH et des IST dans l'étude

Tableau 1.14 Prévalence du VIH et des IST parmi les 152 femmes interrogées en Nouvelle-Calédonie

| | < 25 ans (n=83) | ≥ 25 ans (n=69) | Total % (n) | IC 95 |
|-------------------------------|-----------------|----------------------|-------------|-------------|
| | % (n) | % (n) | | |
| Prévalence VIH | 0 | 0 | 0 | - |
| Prévalence Syphilis | 0 | 3.2 (5) | 3.3 (5) | 1.1 -7.5 |
| Prévalence Chlamydia | 33.7 (28) | 11.6 (8) | 23.7 (36) | 17.2 – 31.3 |
| Prévalence Gonorrhée | 10.8 (9) | 4.3 (3) | 7.9 (12) | 4.1 – 13.4 |
| Hépatite B¹ | | | | |
| Antigène HBs | 4.8 | 4.3 | 4.5 | 1.8 – 9.1 |
| Anticorps Anti HBs | 79.8 | 70.6 | 75.5 | 68.0 – 82.2 |

¹ la vaccination néonatale universelle de l'hépatite B est mise en place sur le Territoire depuis fin 1989.

8.4.7 Prévalence des IST (syphilis, chlamydia, gonorrhée) recensées et relation avec les facteurs socio-démographiques

L'apparition du VIH et du Sida a focalisé l'attention sur la lutte contre les IST. Il existe une forte corrélation entre la propagation des IST classiques et la transmission du VIH, et l'on observe que les IST qui causent ou non des ulcérations augmentent le risque de transmission sexuelle du VIH. Les infections sexuellement transmissibles (IST) restent un problème de santé publique majeur presque partout dans le monde. L'incidence des IST aiguës serait élevée dans de nombreux pays. La méconnaissance du diagnostic et l'absence de traitement des IST dès le début de la maladie pourraient être à l'origine de complications et de séquelles graves, notamment infécondité, perte du fœtus, grossesse extra-utérine ainsi qu'infections du nouveau-né et du nourrisson. (OMS,2003)

Tableau 1.15 Prévalence des IST et facteurs socio-économiques parmi les 152 femmes interrogées en Nouvelle-Calédonie

| | Nombre d'individus | Nombre IST détectées | Pourcentage IST par catégorie |
|---------------------------------------|--------------------|----------------------|-------------------------------|
| Age * | | | |
| ≥25 ans | 83 | 30 | 36.1 |
| < 25ans | 69 | 15 | 21.7 |
| Statut marital | | | |
| Marié | 26 | 2 | 7.7 |
| Non- marié | 126 | 41 | 32.5 |
| Education | | | |
| Jamais scolarisé | 0 | 0 | |
| Primaire | 6 | 1 | 16.6 |
| Secondaire | 32 | 12 | 37.5 |
| Lycée général ou professionnel | 102 | 27 | 26.5 |
| Université | 12 | 5 | 41.6 |
| Profession | | | |
| Etudiante | 24 | 10 | 41.6 |
| Affaire/commerce | 4 | 1 | 25.0 |
| Femme au foyer | 16 | 4 | 25.0 |
| Femme de ménage | 21 | 2 | 9.5 |
| Sans emploi | 60 | 24 | 40.0 |
| Artisan | 3 | 1 | 33.3 |
| Autres | 23 | 3 | 13.4 |
| Profession du père de l'enfant | | | |
| Conducteur/colporteur | 9 | 3 | 33.3 |
| Marin / pêcheur | 2 | 0 | |
| Policier / militaire | 5 | 1 | 20.0 |
| Commerçant | 1 | 0 | |
| Fonctionnaire | 6 | 1 | 16.7 |
| Employé dans une entreprise | 38 | 9 | 23.7 |
| Etudiant | 11 | 8 | 72.7 |
| Artisan | 56 | 15 | 26.8 |
| Sans emploi | 23 | 4 | 16.7 |
| Autres | 7 | 3 | 42.9 |
| Ne sais pas / refus | 2 | 1 | 50.0 |
| Lieu de vie actuel | | | |
| Zone urbaine (capitale) | 115 | 39 | 33.9 |
| Zone rurale (village) | 22 | 3 | 13.6 |
| Tribu | 15 | 3 | 20.0 |

Prévalence des IST et âge

Il y a deux fois plus de cas diagnostiqués chez les femmes de moins de 25ans. Les cinq cas de syphilis sont tous diagnostiqués parmi les femmes de plus de 25ans, ce qui révèle une proportion trois fois plus importante pour les infections CT et NG chez les femmes de moins de 25ans.

Prévalence des IST statut marital

Parmi les cas positifs une majorité de femmes non mariées: le mariage serait plutôt un facteur de protection contre les IST. Comme ces femmes sont jeunes il faudrait savoir quel est l'âge moyen du mariage en Nouvelle-Calédonie.

Prévalence des IST et milieu professionnel

Les professions les plus touchées sont les étudiantes et les femmes sans-emploi. On retrouve exclusivement ces mêmes professions dans le cas de co-infections CT/NG

Distinction moins nette pour le partenaire, mais les groupes des étudiants, des sans-emploi ou des artisans sont les plus touchés.

Prévalence des IST et niveau d'éducation- statut social

Le niveau d'éducation ou le statut social n'a aucune influence sur le fait d'avoir ou non des IST. Ces infections ont tendance à se développer au sein de populations jeunes : surtout les femmes de moins de 25 ans et plus particulièrement dans le milieu étudiant (lycée–université).

8.4.8 Prévalence des IST (syphilis, chlamydia, gonorrhée) recensées et relation avec les comportements sexuels

Tableau 1.16 Prévalence des IST et comportements sexuels parmi les 152 femmes interrogées en Nouvelle-Calédonie

| | Nombre d'individus | Nombre IST détectées | Pourcentage IST par catégorie |
|--|--------------------|----------------------|-------------------------------|
| Age du premier rapport sexuel | | | |
| < 18 ans | 67 | 22 | 32.8 |
| ≥18 ans | 85 | 23 | 27.1 |
| Nombre de partenaires au cours de la vie | | | |
| 1 | 46 | 11 | 23.9 |
| ≥ 2 | 106 | 34 | 32.1 |
| Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois | | | |
| 1 | 139 | 41 | 29.5 |
| ≥ 2 | 13 | 4 | 30.8 |
| Deux ou plusieurs partenaires durant la même période | | | |
| Oui | 2 | 0 | |
| Non | 150 | 45 | 30.0 |
| Déjà utilisé un préservatif masculin au cours de la vie | | | |
| Oui | 112 | 40 | 35.7 |
| Non jamais | 40 | 5 | 12.5 |

Prévalence des IST et âge moyen du premier rapport sexuel: Pas de grandes différences entre les deux groupes. Il est à noter que l'âge moyen du premier rapport pour tout l'échantillon est de 18 ans. Par contre on observe une

tendance : ce premier rapport a lieu plus tôt dans le groupe des femmes de <25ans: 12 ans et il est de 14 ans dans le groupe des femmes \geq 25 ans

Prévalence des IST et nombre de partenaires au cours de la vie : les femmes ayant contracté une IST ont eu un plus grand nombre de partenaires au cours de leur vie. Par contre, durant l'année qui a précédé la grossesse, la grande majorité des femmes a été fidèle et aucune n'a eu plus de deux partenaires durant la même période, ni de partenaires commerciaux.

8.4.9 Prévalence des co-infections (chlamydia, gonorrhée) recensées et relation avec les facteurs socio-démographiques et comportements sexuels

Nombre d'IST étant des co-infections chez les femmes avec IST à Chlamydia : 7cas /36 soit **19.4 %**

Nombre d'IST étant des co-infections chez les femmes avec IST à Gonorrhée : 7cas /12 soit **58.4 %**

L'analyse des facteurs socio-économiques révèle que tous les cas de co-infections touchent exclusivement les jeunes femmes de moins de 25ans, que la totalité des cas a été diagnostiquée chez des femmes n'étant pas encore mariées.

Ces femmes sont étudiantes (4/7) ou sans emploi (3/7), et leurs partenaires sont étudiants (3/7), artisans (3/7) ou employé dans une entreprise (1/7)

L'analyse des comportements sexuels de ces femmes révèle qu'ils ne sont pas différents de ceux des autres femmes: l'âge moyen du premier rapport s'échelonne entre 14 et 19ans, avec une moyenne autour de 18ans (3/7), elles n'ont pas eu plus de partenaires que les autres, ont été fidèles durant l'année écoulée et n'ont jamais eu de partenaires commerciaux. Elles ont toutes déjà utilisé un préservatif (avec quelle fréquence?).

Même si l'échantillon est trop faible pour être statistiquement représentatif les analyses nous suggèrent qu'un groupe à risque pour les infections sexuellement transmissibles pourrait être les femmes jeunes de moins de 25ans appartenant au milieu étudiant ou sans emploi.

8.4.10 Discussion et Conclusion

Caractéristiques des grossesses : 11.4% des grossesses peuvent être qualifiées de peu ou pas suivies puisque la première consultation survient à plus de 27 semaines d'aménorrhée. Ce pourcentage un peu plus élevé chez les femmes de moins de 25 ans (13.4%) est dû probablement au caractère particulier de la population étudiée en lien avec le lieu majeur de recrutement. Ce taux est comparable à celui de la population calédonienne (11-12%) selon l'étude EPIGONE.

Mode de contraception :

49.4% n'avaient pas planifié leur grossesse (55.7% < 25ans) et 11.3% ne désiraient pas cette grossesse (50 % < 25ans). La connaissance des méthodes de contraception semble insuffisante, particulièrement chez les jeunes.

Quels sont ces modes de contraception? Environ un tiers (38.9%) de ces femmes utilisaient un moyen de contraception dans les trois mois qui ont précédé la grossesse. Les moyens mentionnés ne sont pas tous efficaces (méthode du retrait, du calendrier et des températures) quant aux autres méthodes elles auraient dû être efficaces et empêcher une grossesse (pilule, stérilet, préservatif). On peut donc en déduire plusieurs possibilités: un manque d'information concernant les moyens de contraception? Une difficulté d'accès à ces moyens de contraception? Un prix trop élevé? Une mauvaise utilisation ? Une mauvaise compréhension? La non acceptation de la part du partenaire?

Concernant l'utilisation du préservatif: 72.7% des femmes interrogées en ont déjà utilisé. Elles l'ont utilisé au cours de l'année précédant la grossesse: à chaque fois pour 6.8% d'entre elles, presque à chaque fois pour 12.8% d'entre elles et 36.8% quelquefois. Mauvaise utilisation du préservatif ou réponse erronée? Le préservatif est un moyen de contraception qui n'est pas encore entré dans les mœurs et implique les deux partenaires ce qui rend son utilisation plus compliquée. D'autres moyens de contraception comme la pose d'implants transdermiques à libération contrôlée ou de stérilet, dont l'utilisation est beaucoup plus conciliable

avec la vie en communauté, ont été promus par les gynécologues depuis deux ans. L'effet de l'utilisation massive de ces méthodes de contraception devrait diminuer le nombre d'IVG ou de grossesses non désirées, mais l'utilisation du préservatif reste la seule arme face à la propagation des maladies sexuellement transmissibles.

Comment l'améliorer ? Il n'y a pas ou très peu d'échange d'information mère -fille sur ces sujets, il faut donc d'autres intervenants, comme les infirmières scolaires, le personnel médical lors de consultations gynécologiques, ou les éducateurs (peer educators).

De plus, il serait intéressant de savoir s'il s'agit d'un problème de méconnaissance ou d'impuissance face au partenaire. Cela nécessite une étude qualitative afin de déterminer ce que les femmes préfèrent, ce qu'elles savent sur les différents modes de contraception, et implique aussi l'éducation des hommes sur la nécessité du préservatif.

Prévalence des IST :

La prévalence des chlamydia (23.7%) et gonorrhée (7.9%) est une des plus élevées du Pacifique. Même si ces chiffres ne sont qu'indicatifs compte tenu de l'échantillon, il reste tout de même alarmant. De plus comme le dépistage de ce type d'IST n'est pas effectué en routine lors de visite de contrôle ou de consultation de grossesse, il n'est pas diagnostiqué ni traité. Ces chiffres sont donc peut être sous estimés. (Relation avec les taux relativement significatifs de grossesses extra-utérine et de cas de stérilité)

Une suggestion serait de proposer le test de dépistage des chlamydia et gonorrhée systématiquement lors de visite gynécologique si la femme est active sexuellement et a moins de 25 ans ou l'ajouter aux tests de routine déjà effectués lors de la consultation prénatale.

L'efficacité de la prise en charge des IST est à la base de la lutte contre les IST, car elle empêche la survenue des complications et des séquelles, réduit la propagation de ces maladies dans la communauté et est l'occasion idéale pour cibler l'éducation sur la prévention de l'infection à VIH. Le traitement approprié des patients atteints d'IST lors de leur première rencontre avec un soignant est, par conséquent, capital pour la santé publique. Quand le patient est un adolescent, il est alors possible, à un stade critique du développement, d'influer sur le comportement sexuel ultérieur et sur les comportements futurs de recours aux soins. (OMS, 2003)

Connaissances face au VIH/SIDA et information :

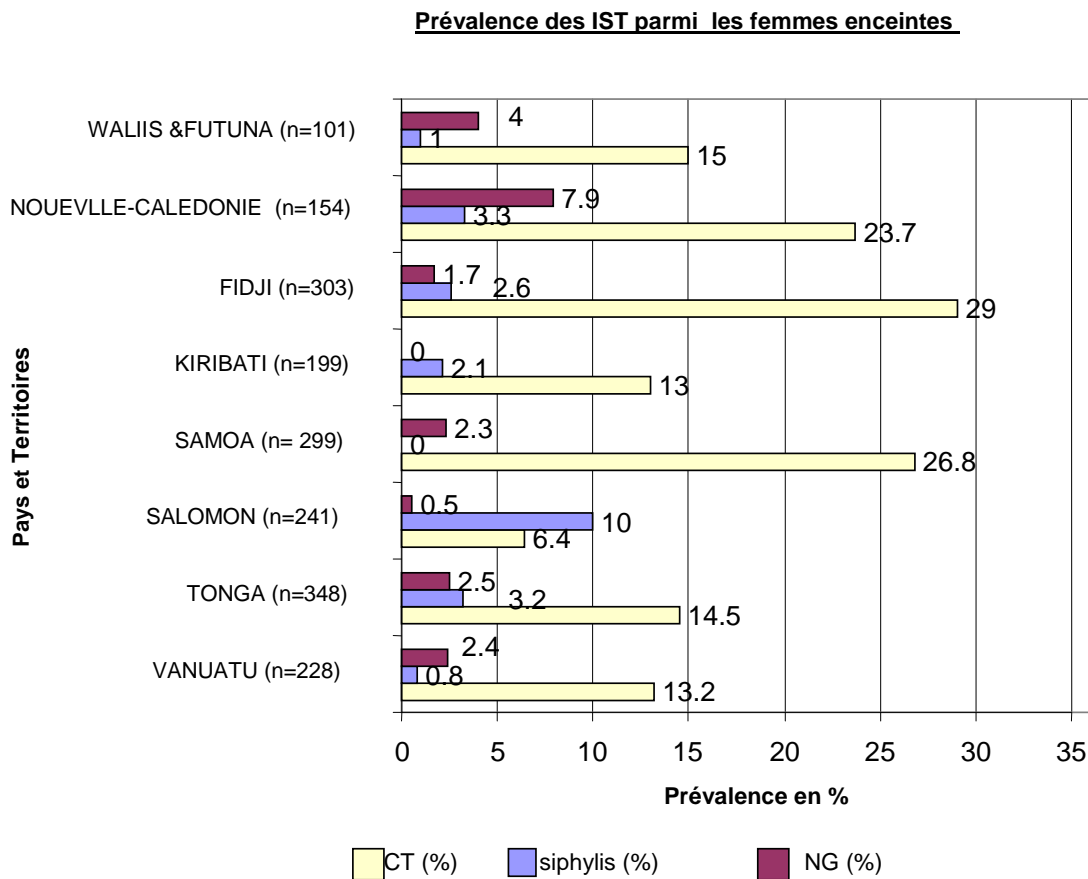
La population la plus touchée par les IST est celle des femmes de moins de 25ans, majoritairement étudiantes dont le partenaire est aussi étudiant.

Pour atteindre cette population il faudrait cibler l'information au lycée et à l'université. Une éducation abordant des sujets aussi variés que l'hygiène intime avec information sur la nécessité de contrôles de routine chez le gynécologue, une information sur les modes de transmission des IST, y compris les risques liés au VIH/SIDA et les risques de transmission mère enfant, les différents modes de contraception disponibles, etc. Une amélioration de l'information générale sur la sexualité, les méthodes de contraception et la grossesse auprès des jeunes femmes pourrait les engager à s'impliquer davantage dans leur grossesse, à se sentir plus concernées et par là même consulter plus rapidement.

Les infirmières scolaires, sont des personnes clef de cette campagne d'information et d'éducation auprès des jeunes filles. Elles sont le lien entre le milieu scolaire et le milieu médical.

8.4.11 Comparaison des prévalences d'IST avec d'autres PICTS

Figure 1.12 Prévalence des IST parmi les femmes enceintes de 8 PICTS déterminée lors d'études similaires entre 2004-2006



La prévalence des chlamydia est élevée dans les pays du Pacifique Sud., la prévalence moyenne est de 17.7 %. Ce qui reste préoccupant c'est que les prévalences des IST CT et NG sont plus élevées chez les jeunes femmes de < 25ans. Dans la plupart des pays du Pacifique Sud se mettent en place, grâce à l'aide internationale, des centres de dépistage des IST et du VIH en même temps que l'accès gratuit aux traitements.

9 CONCLUSION GENERALE

Fin 2007, la première série de SDG se termine. Plusieurs PICTS ont fait l'objet d'études de séroprévalence (VIH et IST) et d'enquêtes comportementales auprès de populations choisies en fonction des caractéristiques régionales. Elles ont parfois été entachées de contraintes d'ordre géographique, socioculturelle, politique et financière qui ont limité leur design perturbant le type d'analyse qui en découlait.

Dans la majorité des PICTS deux types d'études ont été effectuées: une enquête comportementale chez les jeunes (15 PICTS) et une étude de séroprévalence parmi les femmes enceintes se rendant à leur première consultation (17 PICTS). Suivant leurs particularités respectives d'autres groupes ont fait l'objet d'une enquête comme les travailleurs du sexe, les gens de la mers, les policiers ou militaires, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH). Une surveillance avec dépistage systématique des patients atteints de tuberculose a aussi été mise en place dans tous les pays. Une surveillance identique pour les patients atteints d'IST est déjà opérationnelle dans certains PICTS.

9.1 ASPECTS METHODOLOGIQUES RENCONTRES LORS DES ETUDES

9.1.1 Mise en place des études

Besoin de collaboration de tous les acteurs

La mise en place des SDG passe par l'acceptation et la collaboration avec les institutions sanitaires en poste, (Ministère de la santé, établissements hospitaliers) mais aussi les institutions coutumières ou éducatives (Ministère de l'éducation, établissements scolaires, Ministère de la justice et des droits de l'Homme).

Les territoires français ne sont pas épargnés par ces difficultés de collaboration qui perturbent les systèmes de surveillance. La Polynésie française subit actuellement des renversements de gouvernement successifs qui ont stoppé la réalisation de l'étude de prévalence chez femmes enceintes, prévue initialement en janvier 2007.

Parfois la mise en œuvre et le déroulement d'une étude se font sans obstacle: à Wallis et Futuna l'étude comportementale des jeunes a reçu l'aval de l'administration coutumière, du représentant de la France (Préfet) et du vice-rectorat (éducation) en un temps record. L'étude a donc pu être réalisée dans les temps grâce à cette pleine coopération multisectorielle.

Des efforts pour sensibiliser les différents gouvernements ont été entrepris par la CPS cette année pour contribuer à l'amélioration du déroulement des prochaines SGD (2008-2012) dans le Pacifique Sud.

9.1.2 Design des études

Importance du choix des populations et des lieux de recrutement

Le choix des populations: Ce sont donc pour ce premier volet de surveillance, les groupes généraux (jeunes, hommes, femmes) qui ont été choisis, et dans certaines régions des groupes plus ciblés. Cependant, il reste encore certains PICTS qui n'ont pas ou peu fait l'objet d'études comme Nuie, Nauru, Pitcairn ou Tokelau.

- Les territoires français ne sont pas en avance dans le "mapping" des populations les plus vulnérables puisqu'ils n'ont réalisé que l'étude des jeunes et celle des femmes enceintes, voire même seulement celle des jeunes pour la Polynésie française.

Ce choix des populations a été judicieux pour une première série, il s'agissait de populations captives, ce qui facilite le déroulement des études. Les résultats de ces premières études déterminent quelles sont les sous populations à risque (jeunes de moins de 25ans, étudiants, milieux socio-économiques déterminés...). Une collaboration avec les institutions et les associations sur le terrain peut faciliter la mise en place et la future réussite de l'étude.

- En Nouvelle-Calédonie, pour l'étude des femmes enceintes, il n'y a pas eu, à mon avis, assez de collaboration avec les associations sur le terrain, ce qui a conduit à un mauvais choix des lieux de recrutement, qui par la suite a engendré plusieurs biais dans l'étude: d'une part les provinces du Nord et des îles n'ont pas été représentées, d'autre part la population interrogée avait des particularités socio-économiques. Ceci empêche une extrapolation des résultats à la population féminine calédonienne.

Dans certains PICTS des sous populations à risque ont été déterminées plus précisément. Mais la réalisation de ces études a posé plus de problèmes: comme **la mise en place** ou la **taille de l'échantillon**.

- En Nouvelle-Calédonie, le mode de recrutement pour l'étude HSH (recrutement boule de neige) n'a pas fonctionné et seules 41 personnes ont été recrutées en 6 mois. A Wallis et Futuna cette étude a été abandonnée en raison de pressions socio-culturelles l'entourant et du flou qu'engendrait la définition HSH dans cette société.

9.1.3 Formulation des questionnaires

Difficulté d'adapter les questions au public tout en restant compatible avec les standards
Nécessité de procéder à des études pilotes avant le déploiement

Suivant les directives de l'Onusida, des questionnaires de base ont été créés pour chaque population à risque. La trame reste identique concernant les questions principales nécessaires à la détermination des indicateurs UNGASS et MDG. Le questionnaire peut ensuite être adapté à chaque PICTS. Il est traduit dans toutes les langues parlées du pays. Il est bien de pouvoir adapter les questionnaires au pays dans lequel l'étude se déroule mais il faut que les questions principales soient préservées pour que l'on puisse en déduire les indicateurs de base commandés par Onusida qui permettront une analyse de la situation et une comparaison avec les pays voisins.

Pour l'étude comportementale des jeunes de Wallis et Futuna, en concertation avec les représentants de l'Agence de Santé, certaines questions ont été supprimées et le questionnaire raccourci. La section concernant l'utilisation de drogues injectables a été totalement supprimée à cause de l'absence du phénomène sur l'île. La section sur les relations hommes-hommes (HSH) totalement supprimée pour des raisons de pudeur. Concernant les questions sexuelles les jeunes wallisiens et futuniens sont très pudiques et très peu loquaces. Pour une première enquête, il ne servait à rien de les brusquer et risquer un refus de l'autorité coutumière. Le questionnaire a été présenté en français uniquement comme l'unique interviewer était de langue maternelle française et que tous les jeunes interrogés étaient scolarisés en français.

Pour l'étude concernant les femmes enceintes en Polynésie française le questionnaire de base a été adapté en collaboration avec les différentes instances concernées (Département Sanitaire et Social: section drogue alcool et section changement des comportements sexuels) et présenté en français et en tahitien. Une étude pilote a permis de le tester de manière réelle, ce qui s'est révélé très efficace pour le peaufiner. Par contre, en NC et à W&F par manque de temps de moyen ou de personnel aucune étude pilote n'a eu lieu. Des questions ont été mal formulées, les participants ont mal compris et donc mal répondu. Ces incompréhensions ont amené à une analyse incorrecte ou incomplète et à un manque d'information ou des conclusions erronées. Les

questionnaires ont été ensuite modifiés pour la deuxième série, mais cela a induit une perte d'informations utiles et non négligeables.

9.1.4 Collecte des données

Tâche administrative indispensable et devant être organisée sans retard

Dans la plupart des études réalisées les différentes étapes se déroulent au sein même du pays. La CPS apporte soutien et aide en envoyant des conseillers. Mais parfois l'analyse des données ne se fait pas sur place, ce qui engendre des moyens et des délais supplémentaires.

- En Nouvelle-Calédonie, il a fallu presque deux mois pour récolter les questionnaires concernant l'étude des femmes enceintes et les résultats de laboratoire associés. Il n'y avait que cinq lieux de recrutement, mais personne n'avait la charge du suivi logistique de l'étude.

9.1.5 Logistique

Planification des besoins matériels et humains dans les moindres détails

La logistique est une partie importante de l'étude pour la planification et la budgétisation des ressources. En effet les difficultés de liaisons inter-îles et le manque d'infrastructures médicales sont à prendre en compte lors de la planification. Pour les études comportementales les contraintes rencontrées sont moins importantes que pour les études de prévalence où des analyses de laboratoires sont nécessaires. Tous les PICTS ne disposent pas du personnel et de l'équipement nécessaire. Du matériel médical (tube à essai et kit de prélèvement urinaire) est envoyé vers les îles et les échantillons récoltés sont acheminés vers les laboratoires (en Australie, en Nouvelle-Calédonie ou en Polynésie française).

Les territoires français possèdent les infrastructures nécessaires à la réalisation des analyses sérologiques et urinaires. Seul le laboratoire de l'Hôpital de Mata'Utu (Wallis) a dû envoyer une partie des échantillons (pour les PCR urinaires) à l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie.

Lors de l'étude à Wallis et Futuna, une provision de préservatifs (1000) à distribuer à la fin des interviews a été amenée sur place, le surplus donné aux infirmières scolaires et aux hôpitaux. Les questionnaires ont été imprimés à la CPS et transportés sur l'île, tout comme le matériel pédagogique (information à distribuer: livres et jeux de carte JEKO).

La CPS participe aussi à l'installation d'infrastructure et à la formation de personnel de laboratoire qualifié. Ces dernières années elle a équipé plusieurs PICTS qui pourront à l'avenir s'investir davantage dans l'analyse des résultats.

Dans les territoires français, où comme son nom l'indique on parle français, le suivi régulier de l'étude a posé quelques problèmes fondamentaux: les personnes en charge des SDG à la CPS ne parlaient pas français. Ce sont donc des stagiaires qui se sont occupés des différentes étapes, mais le problème a été de les trouver et de faire en sorte que leurs contrats se suivent dans le temps. La résultante de tout cela a été que ces études ont été mal gérées, mal suivies et finalement elles ne sont statistiquement pas représentatives et les résultats ne peuvent pas être extrapolés à la population générale. Pour palier à ces lacunes, le directeur du service de Santé Publique envisage la création d'un poste de responsable pour les territoires français.

9.2 RELATION ENTRE LES RESULTATS DES ETUDES DANS LES TERRITOIRES FRANÇAIS ET LES TENDANCES OBSERVEES DANS LE PACIFIQUE

En Océanie, la moitié de la population a moins de 25ans. Les enfants, les jeunes adultes représentent donc la population dominante. Les données épidémiologiques récoltées jusqu'alors montrent que la majorité des personnes diagnostiquées "positif" au VIH ainsi que la majorité des nouveaux cas enregistrés dans la région sont des jeunes adultes (15-34ans). La distribution **des cas d'infection** varie selon les pays mais on remarque partout une augmentation des nouveaux cas chez les personnes âgées de moins de 34 ans avec un taux en croissance d'infection chez les jeunes filles et les femmes.

-Dans les territoires français aucun cas positif au VIH n'a été diagnostiqué durant les études de séroprévalence.

Les données concernant **les maladies sexuellement transmissibles** sont beaucoup moins documentées au niveau national. Toutefois de manière générale, l'importance des mères adolescentes, le taux élevé d'IST et des cas de VIH parmi le groupe des jeunes (10-19ans) et adolescents (15-24ans), relevés au cours des SDG ou par surveillance sentinelle, ne sont pas en contradiction avec les résultats des études menées dans les territoires français, ceci malgré leur statut privilégié.

-En Nouvelle-Calédonie, la majorité des IST détectées chez les femme enceintes et tous les cas de co-infection *Neisseria gonorrhoeae* (NG) / *Chlamydia trachomatis* (CT) sont dans le groupe des moins de 25ans. Le contexte nous indique que ces femmes font partie de classes sociales les plus vulnérables elles sont étudiantes, sans emploi ou femmes au foyer tout comme leur partenaire. Les étudiants semblent la population la plus touchée, pourtant le fait qu'ils aient reçu une éducation secondaire auraient dû les sensibiliser.

On peut donc dire d'après les connaissances épidémiologiques actuelles et les données contextuelles que les jeunes sont jusqu'à présent, au centre de l'épidémie de VIH dans le Pacifique Sud. Les enquêtes menées dans les territoires français rejoignent cette idée et les jeunes encourent plus de risque d'être contaminés par le VIH.
Pourquoi?

9.2.1 Manque de connaissances

De grands efforts restent à faire dans les méthodes et les moyens d'information

Les connaissances concernant les modes de transmission et de prévention du VIH sont limitées à Wallis et Futuna (18.4%), tout comme dans les autres PICTS, elles ne dépassent pas les 40%.

L'enseignement ne comprend pas d'information sur le VIH, qui n'est souvent pas au programme dans les écoles. Ceci est dû à la pression coutumière et religieuse encore puissante et influente dans cette région du monde. Ces dernières années, avec la propagation du VIH et les nombreux meetings organisés par la CPS, les mentalités sont en train d'évoluer mais il reste à convaincre les chefs coutumiers du bien fondé de l'action entreprise.

A Fidji, un des PICTS les plus touchés, la diffusion d'un "soap Opera" traitant du sujet vient de débiter en avril 2007. Il est destiné à un large public mais vise aussi et surtout les jeunes.

9.2.2 Faible taux d'utilisation du préservatif

Coordonner l'information sur l'utilisation et la disponibilité

A la fin des années 1990, des enquêtes sur questionnaires menées aux îles Samoa, aux Iles Salomon et aux îles Cook indiquaient des taux relativement faibles d'activité sexuelle chez les jeunes ainsi qu'un **taux relativement bas d'utilisation du préservatif** et un taux élevé de contraintes et de pression durant les premières expériences sexuelles. D'autres études comportementales plus récentes qui incluaient aussi des questions en relation avec les pratiques sexuelles commerciales et transactionnelles ont été menées à Tuvalu, Fidji, au Vanuatu et à Kiribati, elles ont révélé qu'un plus grand nombre de jeunes ont eu des relations sexuelles non protégées, des partenaires multiples, des relations entre hommes et des relations sexuelles contre des faveurs.

- L'utilisation du préservatif s'est révélée insuffisante aussi bien au premier rapport qu'au dernier rapport, à peine 25%, chez les jeunes wallisiens et futuniens. Au Vanuatu et aux îles Salomon, le taux d'utilisation de préservatifs au dernier rapport est un plus élevé, entre 40 et 45%.

- L'étude des femmes enceintes en Nouvelle-Calédonie a montré que l'utilisation du préservatif comme moyen de contraception est encore faible puisque près d'une grossesse sur deux était soit non planifiée soit non désirée avec un fort pourcentage chez les femmes de moins de 25ans.

Cette sous-utilisation n'est pas entièrement due à l'ignorance en la matière, mais parfois aussi à un manque matériel de préservatifs. Les systèmes et services de santé ne peuvent pas toujours assurer l'approvisionnement en matériel médical y compris en préservatifs. En 2006, des ruptures de stock, des apports insuffisants et une lenteur du système de distribution ont été rapportés à Kiribati, aux îles Salomon, aux îles Marshall, au Vanuatu et à Tuvalu. (Consultations and SPC vulnerability mapping focus group, 2007). Les difficultés logistiques imposées par le coût élevé du transport sont responsables de cet approvisionnement en dent de scie. De plus les préservatifs peuvent être endommagés durant le transport et par un stockage inapproprié. On parle ici de préservatifs masculins, les préservatifs féminins sont comparativement méconnus. Seule la PNG en fait la promotion.

- La Nouvelle-Calédonie a trouvé un moyen de contourner les difficultés d'approvisionnement et de promotion en produisant localement un préservatif aux normes de qualité CE à un prix avantageux, vendu dans toutes les grandes surfaces et pharmacies (le "caoutchouc caillou").

L'infrastructure et l'éducation seules sont insuffisantes pour promouvoir l'utilisation des préservatifs s'il n'y a pas de véritable volonté politique, coutumière et religieuse. Même dans les territoires français la population autochtone reste très proche des règles sociales imposées par la coutume. A W&F aucun magasin, bar ou établissement scolaire ne propose de préservatifs à la vente, ils sont disponibles gratuitement uniquement au dispensaire sur demande. Il faut insister sur la discrétion et la distribution gratuite auprès des jeunes.

9.2.3 Relations forcées, viols et inceste

Facteurs d'augmentation du risque de contamination encore trop fréquents à combattre par une information, une élévation du niveau de vie et d'éducation

Un grand nombre de ces études rapporte aussi **des pressions envers les jeunes à avoir des relations sexuelles** ou des **rapports forcés** non protégés sous l'influence de drogues ou d'alcool et beaucoup de jeunes ont vu leurs premières expériences sexuelles soumises à des contraintes (viols et/ ou incestes). Un nombre croissant de jeunes rapporte avoir eu recours à des prostituées ou avoir échangé des faveurs sexuelles comme

moyen de revenu, souvent sans protection. On constate aussi l'apparition de l'exploitation des jeunes pour toutes formes de trafics sexuels

- Les jeunes de W&F, à 90% âgés de 15 à 19 ans rapportent à 28.6% (28.6 % ♂; 28.3% ♀) avoir eu des relations sexuelles forcées alors qu'ils ne le désiraient pas. Ici, la consommation d'alcool est importante et les relations non protégées sont monnaie courante. De plus des rumeurs confirmeraient que l'oncle ait le droit de cuissage sur ses nièces.

- Cependant aucun des jeunes interrogés ne rapporte avoir échangé des relations sexuelles contre des cadeaux ou de l'argent. Ceci est peut-être dû au fait que la population est peu nombreuse, que les liens sociaux sont encore soutenus, que malgré le taux de chômage important l'état français apporte une aide en soutenant la scolarisation (accès gratuit), le système de santé (accès gratuit) et la vie sociale (allocations, aide financière et bourses).

9.2.4 Facteurs associés: drogue, alcool

Diminuer le risque de contamination consécutif à des relations sous l'emprise de l'alcool ou des drogues par une information ciblée

Dans le Pacifique Sud **l'utilisation de drogues** injectables explique 6.7% de tous les cas rapportés d'infection VIH. Dans la plupart des PICTS l'utilisation de drogues intraveineuse est très faible, mais en augmentation dans certains pays comme le Vanuatu, la PNG et Guam. Ces sous populations devraient être prises en considération dans la deuxième étape des SDG dans le Pacifique (2008-2012). Concernant les autres drogues: **la consommation excessive de drogues dont la marijuana et d'alcool** (binge drinking) sont en constante augmentation dans le Pacifique souvent liée à un mauvais état de santé général, des accidents et des violences, des rapports forcés, viols et viols organisés, des grossesses adolescentes non désirées et des problèmes mentaux. Les enquêtes montrent que l'utilisation d'alcool et de drogues chez les jeunes diminue les inhibitions sexuelles tout en réduisant l'utilisation de préservatifs et en augmentant le risque de transmission du VIH particulièrement au cours de rapports forcés ou de viols.

- A W&F l'enquête n'a pas révélé d'utilisation de drogues injectables et la consommation de marijuana reste faible. Ce qui n'est pas le cas de la Nouvelle-Calédonie où la consommation de cannabis est très importante. Il s'y pratique aussi "le triathlon", qui consiste à consommer de l'alcool du cannabis et du kava en même temps. Ce mélange provoque des pertes de mémoire et des hallucinations, et donne au sujet une force physique impressionnante et une insensibilité à la douleur.

- Par contre, la consommation d'alcool est importante en quantité et en fréquence, y compris chez les jeunes de moins de 18ans, majoritairement chez les garçons. Mais la consommation chez les filles tend à augmenter, comme en Nouvelle-Calédonie.

9.2.5 Accès au dépistage

Mettre en place des centres CDAG et proposer le dépistage du VIH en routine lors du premier bilan de grossesse, de consultation pour la prise de la pilule du lendemain ou de diagnostic positif à une IST sont des priorités

Le dépistage volontaire est très différent selon les PICTS.

Au niveau personnel, prendre la décision de faire un test dépend de plusieurs facteurs tout d'abord se demander "pourquoi" faire un test et à cela s'ajoutent le poids de la communauté, les problèmes de confidentialité, de stigmatisation et de discrimination en cas de positivité.

Au niveau des autorités sanitaires, proposer des centres de CDAG est lié au fait d'une part de pouvoir réaliser les tests, d'autre part de pouvoir offrir un traitement approprié, des équipements et du personnel qualifié. Les moyens financiers rendent l'accès aux traitements antirétroviraux très inégal dans le Pacifique.

Les territoires français sont mieux lotis. La Nouvelle-Calédonie possède un laboratoire d'analyse performant (Institut Pasteur de Nouméa) où sont d'ailleurs effectués une grande partie des diagnostics du VIH et IST, tout comme la Polynésie française (Institut Louis Malrdé de Papeete). L'infrastructure hospitalière est importante et complète. En cas de problèmes majeurs tous les territoires français ont les moyens logistiques et financiers d'évacuer leurs patients vers l'Australie, les USA ou la France. Des aides et allocations médicales, voire même la totale gratuité à W&F, permettent à tous les ressortissants d'accéder aux soins.

En Nouvelle-Calédonie les centres de CDAG ne se trouvent que dans la capitale et sa périphérie immédiate, laissant pour compte la province Nord et celle des Iles Loyautés. Dans ces provinces il est toujours possible de demander à faire un test de dépistage gratuit au dispensaire ou à l'hôpital, mais la confidentialité et le fait que le personnel ne soit pas entièrement qualifié pour ce genre de prise en charge sont un frein pour les volontaires. A W&F, où il n'y a pas de CDAG et la confidentialité n'étant que peu respectée, personne ne pratique de test de dépistage volontaire.

Il est à noter que dans les territoires français le test du VIH est proposé systématiquement lors du bilan de grossesse et est généralement bien accepté (~90%).

9.2.6 Discrimination et stigmatisation

Réhabiliter les malades par des informations sur leur détresse et le besoin de solidarité

Dans le Pacifique Sud les personnes vivant avec le VIH sont souvent **la cible de discrimination dans l'accès aux soins, au travail et à l'éducation** tant au niveau national que communautaire ou familial. Les études comportementales révèlent que la discrimination, la stigmatisation et le bafouement des droits de l'homme peuvent être aisément corrélés avec un manque de connaissances des modes de transmission et de prévention du VIH/SIDA.

- Dans l'étude comportementale des jeunes, à W&F, un peu moins de la moitié accepterait de partager un repas avec une personne séropositive, ou de se servir chez un commerçant séropositif. Le pourcentage d'attitudes rapportées acceptables envers les personnes vivant avec le VIH est de 31.7%.

9.3 HARMONISATION ET STRATEGIES

Chaque pays du Pacifique étant unique avec sa propre langue et ses propres coutumes il est parfois difficile de reproduire les mêmes schémas d'un PICTS à l'autre aussi bien dans la planification et la réalisation de l'étude que pour les programmes et messages de prévention à mettre en place.

La formulation des recommandations à l'issue de ce premier volet de SGD est utile au niveau national et régional pour établir les lignes directrices d'un plan de lutte contre le Sida: programme de prévention, d'information, mise en place de réseaux de soins appropriés...etc.

Entre les territoires français une coopération et une harmonisation des programmes sont envisageables plus aisément car la langue officielle et l'autorité sont communes. Il est par exemple possible de prévoir une formation groupée des intervenants. Une proposition de coopération et d'harmonisation des programmes de prévention a été faite à l'issue des résultats de l'étude des jeunes à W&F. L'association calédonienne "Lutte contre le Sida" a été invitée pour une formation auprès du personnel médical et des éducateurs sur "l'enseignement relatif au VIH dans le cadre de programme scolaire de préparation à la vie active".

De plus cette association a créé une émission de radio consacrée aux problèmes du VIH au sens large, avec des intervenants qualifiés répondant à toutes questions en direct, une idée à exporter.

En NC et W&F les résultats des deux études (jeunes et femmes enceintes) effectuées dans chaque territoire ont été présentés à la CPS aux Directeurs des Agences de Santé respectives, aux responsables de l'Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie, aux associations locales impliquées dans la lutte contre le Sida, aux gynécologues et responsables de la protection Maternelle et Infantile ainsi qu'à la personne en charge de la coordination du nouveau plan national de lutte contre le Sida.

Renforcer l'information :

- Auprès des jeunes par des moyens oraux (conférence, forum, pièces de théâtre, émission radio téléviser etc.)
- Sur les moyens de contraception et d'hygiène intime
- Auprès du personnel impliqué (infirmières scolaires, gynécologues, sages-femmes éducateurs de rue, etc.)

Proposer systématiquement le test de dépistage après la prise de la pilule du lendemain ou le diagnostic positif à une IST.

9.4 FUTUR DES SDG DANS LE PACIFIQUE SUD

Deux grandes études ont été réalisées: la première, conduite par l'Onusida portait sur le renforcement des interventions en vue d'un accès universel aux soins dans le Pacifique, la deuxième conduite par la CPS consistait en un examen de la stratégie de lutte contre le VIH/SIDA (2004-2008) au travers d'enquêtes SDG. Malgré ces efforts l'incidence du diagnostic d'infection par VIH est clairement en hausse dans la plupart des PICTS et atteint même une croissance exponentielle en PNG. En outre, les taux élevés d'autres IST indiquent que les comportements à risque favorisant la transmission du VIH existent toujours, laissant la porte ouverte à la propagation de l'infection.

Il subsiste de graves lacunes et il est nécessaire de poursuivre les efforts en vue d'améliorer la riposte. Ces études ont permis de cerner les obstacles et de formuler les recommandations suivantes (Annexe 12):

Premièrement, engager des responsables au plus haut niveau dont l'engagement doit porter sur la sensibilisation de la menace que pose le VIH au niveau national.

Deuxièmement, améliorer l'accès à des services de qualité. Il est essentiel que l'action soit menée de manière globale, impliquant les services de prévention, de traitement et de soins. Renforcer la formation du personnel, la capacité des infrastructures, l'offre des préservatifs, l'offre de dépistage confidentiel et de thérapie antirétrovirale.

Troisièmement, créer et tirer partie d'une coordination des activités à l'échelle régionale. La coordination et donc l'efficacité de la riposte pourraient être améliorées si l'ensemble des organisations participait à une planification conjointe, passant par la constitution d'équipe interinstitutionnelles, pluridisciplinaires et par le renforcement de la communication. (OMS 2007b)

Les difficultés rencontrées lors de ce premier volet de SDG (2004-2008) doivent servir à améliorer les aspects suivants:

- 1) **Impliquer tous les acteurs**
- 2) **Choisir avec précision les populations**
- 3) **Adapter les questions et procéder à des études pilotes**
- 4) **Organiser avec précision le traitement des données**
- 5) **Planifier les besoins matériels et humains**

Les PICTS sont conscients des efforts à fournir et sont prêts à relever le défi. Les prochaines SDG dans la région viseront à renforcer la surveillance des aspects biomédicaux et comportementaux du VIH et des IST afin de suivre l'évolution des épidémies, à coupler la collecte et l'analyse des données avec des enquêtes sur la prestation de services pour surveiller l'action menée et la charge de morbidité.

Bibliographie

- 1 ONUSIDA,OMS. Directives pour la surveillance de deuxième génération du VIH, Genève, **2000a**
- 2 ONUSIDA, Sexospécificité et VIH/SIDA: Collection meilleures pratiques de l'ONUSIDA , Genève, **2000b**
- 3 ONUSIDA Mise en place des système de suirveillance de deuxième génération: Directives pratiques. Référence. ONUSIDA/02.45F – WHO/HIV/2002.17, ISBN 92-9173-220-6. Genève, **2002**
- 4 OMS, Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, ISBN 92 4 254626 7 ,Genève **2003**.
- 5 WHO.HIV/STI Prevalence surveys of sexually transmitted infections among seafarers and women attending antenatal clinics in Kiribati. 2002-2003. ISBN 92 9061 174 X , Manilla Phillipine, **2004**.
- 6 WHO, SPC. Meeting of Miniter of health for the Pacific Island Countries: HIV/AIDS and Sexually tarnsmitted infection.Apia, Samoa, March **2005a**.
- 7 CPS. The Pacific Regional Strategy on HIV/AIDS 2004-2008, ISBN 982-00-0100- Nouméa New-caledonia, **2005b**.
- 8 WHO, UNAIDS, FHI, The pre-surveillance assesment: Guideline for planning serosurveillance of HIV, prevalence of sexually transmitted infections and behavioural components of second generation surveillance of HIV,ISBN 9241593741, Geneve, **2005d**.
- 9 : WHO, UNAIDS, Guideline for measuring national HIV prevalence in population –based surveys, ISBN 9241593709, Geneve,**2005e**.
- 10 OMS. Lutte Contre la Tuberculose y compris le plan stratégique " Halte à la Tuberculose" dans la région du Pacifique occidental 2006-2010,. Muri: SGGP, Référence WPR/RC57/ 8. Bureau Régional du Pacifique occidental,**2006a**.
- 11 WHO. Western Pacific country health information profiles : ISBN 92 9061 229 0 (NLM Classification: WA 900) Manilla Phillipines, **2006b**.
- 12 ONUSIDA. Rapport sur l'Epidémie mondiale de SIDA. Edition spécile 10eme anniversaire ONUSIDA, ISBN9291735124, Genève,**2006c**.
- 13 USAID, FIH.First Things First : Guideline on Management and coding on behavioural Surveillance Data, ISBN: 974-93953-1-X Bangkok. **2006d**.
- 14 ONUSUDA. Le point sur l'Epidémie de SIDA: SGGP, ONUSIDA/06.29F (version française, décembre 2006). ISBN 92 9 173543 4 Genève **2006e**
- 15 OMS, Second Generation Surveillance Surveys of HIV other STIS and Risk Behaviours in 6 pacific Island Countries (2004-2005), WHO Library Cataloguing in Publication Data, ISBN(NLM Classification:WC 503.41), Genève, **2006f**
- 16 OMS, Projet de stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles,Genève, janvier **2006g**
- 17 ONUSIDA. Suivi de la Déclaration d'Engagement sur le VIH/Sida: Directives pour l'élaboration des Indicateurs de base, Etablissement des rapports 2008. Reference UNAIDS/07.12 E/ JC 1318^E. ISBN 978 92 9173 564 8. Genève, Avril **2007a**
- 18 OMS, CPS, Evaluation de la Stratégie Régionale de lutte contre le VIH/SIDA et les MST et progrès réalisés vers l'acces universel à la prévention et au traitement, aux soins et aux soutien , Port Vila, Vanuatu, **2007b**

- 19 Buchanan-Aruwafu H,An Integrated Picture: HIV Risk and Vulnérability in the Pacific , Reseach Gaps, Priorities and Approaches, February **2007**.
- 20 Delpeuch F, Salem G, Transition nutritionnelle et maladies chroniques non transmissibles liées à l'alimentation dans les pays en développement, Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé . Volume 12, Numéro 1, 45-55, Janvier – Février **2002**.
- 21 Folaki &al, Prevention and control of diabetes in Pacific people , BMJ, No 237: 437-9,**2003**.
- 22 Fowler D, Tikinatabua V, O'Loughlin B, Mid-Term Review Of the Pacific regional Strtégy on VIH and AIDS (2004-2008), Secretariat of the pacific Community, New-Calédonia, November **2006**.
- 23 Lambert M. Lutte contre la tuberculose en Océanie : où en est-on et quels espoirs nourrir pour l'avenir ?. Inform'Action No20, mai **2005**.
- 24 Sladden T, Twenty years of HIV surveillance in the Pacific –what do the data tell us and what do we still need to know?. Public Health Surveillance and Response in the Pacific. Pacific Health Dialog Vol. 12. No 2, **2005**.
- 25 .Sullivan EA et al.. Prevalence of sexually transmitted diseases among antenatal women in Vanuatu, 1999–2000. *Sexually Transmitted Diseases*, 30:362–366, **2003**

- 26 .Sullivan EA et al. . Prevalence of sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus among pregnant women attending prenatal services in Apia, Samoa. *International Journal of STD & AIDS*, 15:116–119, **2004**

Références internet

- 1 . <http://www.who.int>- Site de l'Organisation Mondiale de la Santé
- 2 . <http://www.unaids.org>- Site des Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
- 3 <http://www.fhi.org>- Site de Family health International

