

.....

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

ANNEXE

.....

Épidémiologie et
accès aux soins des
personnes vivant
avec le VIH le VHB ou
le VHC dans les
départements-régions
et collectivités
d'outre-mer

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Descriptif de la publication

Titre	Epidémiologie et accès aux soins des personnes vivant avec le VIH, le VHB ou le VHC dans les départements-régions et collectivités d'outre-mer (DROM-COM)
Méthode de travail	Recommandation pour la pratique clinique (RPC)
Objectif(s)	Etablir un état des lieux des données épidémiologiques et de l'accès aux soins des personnes vivant avec le VIH et/ou une hépatite virale chronique dans les DROM-COM
Cibles concernées	Patients concernés par le thème : personnes vivant avec le VIH ou une hépatite virale chronique Professionnels concernés par le thème : médecins généralistes et spécialistes et autres professionnels de santé impliqués dans le suivi de l'infection VIH et des hépatites virales chroniques, travailleurs sociaux. Associations de patients
Demandeur	Ministère de la santé et de la prévention
Promoteur(s)	Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) et Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS) Maladies infectieuses émergentes
Pilotage du projet	Pr Pierre Delobel, infectiologue, CHU de Toulouse
Auteurs	Coordination : Pr Loïc Epelboin, infectiologue, unité des maladies infectieuses et tropicales & CIC Antilles-Guyane Inserm 1424, Centre Hospitalier de Cayenne et Université de Guyane
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la DGS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées par la direction des affaires juridiques du Ministère de la Santé et de la Prévention. Par ailleurs, la base de données publique « Transparence-Santé » (www.transparence.sante.gouv.fr) rend accessible les informations déclarées par les entreprises concernant les conventions, les rémunérations et les avantages liant ces entreprises et les acteurs du secteur de la santé. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail et les informations déclarées par les entreprises ont été considérés comme étant compatibles avec la participation des membres du groupe de travail à ce travail.
Validation	Version du [05/07/2024]
Actualisation	
Autres formats	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.cns.sante.fr et www.anrs.fr

Conseil national du sida et des hépatites virales
39-43 quai André Citroën
75902 Paris cedex 15

ANRS | Maladies infectieuses émergentes
PariSanté Campus - 2, rue d'Oradour-sur-Glane
75015 Paris

Sommaire

Préambule	6
Introduction	7
1. Epidémiologie de l'infection VIH et accès aux soins dans les DROM-COM	8
1.1. Territoires français d'Amérique	8
1.1.1. Guyane	8
1.1.2. Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy	12
1.1.2.1. Guadeloupe continentale et petites îles (Marie-Galante, Les Saintes et la Désirade)	12
1.1.2.2. Saint-Martin	15
1.1.2.3. Saint-Barthélemy	16
1.1.3. Martinique	17
1.1.4. Saint-Pierre-et-Miquelon	19
1.2. Océan Indien	19
1.2.1. La Réunion	19
1.2.2. Mayotte	21
1.3. Océan Pacifique	25
1.3.1. Polynésie française	26
1.3.2. Nouvelle-Calédonie	29
1.3.3. Wallis & Futuna	31
2. Epidémiologie des hépatites virales chroniques dans les DROM-COM	32
2.1. Hépatite B	32
2.2. Hépatite C	34
3. Conclusion	36
4. Tableaux	37
5. Cartes	55
5.1. VIH	55
5.2. Hépatite B	58
5.3. Hépatite C	59
Bibliographie	60
Participants	64

Table des tableaux	66
Abréviations et acronymes	67

Préambule

En annexe du chapitre « Organisation et accès aux soins, qualité de vie pour un succès thérapeutique » coordonné par le Pr Olivier Bouchaud (AP-HP hôpital Avicenne, Bobigny), un état des lieux de la situation épidémiologique et de l'accès aux soins dans les territoires ultramarins a été dressé sous la direction du Pr Loïc Epelboin (CH de Cayenne, Guyane).

L'importance et le caractère inédit (et par ailleurs proposé pour la 1^{re} fois dans la série des rapports) de ces données justifient leur autonomisation dans ce document.

De nombreux tableaux et cartes de synthèse des données épidémiologiques sont par ailleurs proposées.

Introduction

Les territoires français ultramarins, anciennement appelées DOM-TOM pour départements d'outre-mer et territoires d'outre-mer, dont l'acronyme actuel est DROM-COM pour départements et régions d'outre-mer et collectivités d'outre-mer, sont souvent considérés comme une entité homogène alors qu'il existe une grande hétérogénéité sur le plan général, géographique, populationnel, mais également concernant l'épidémiologie du VIH, des IST et des hépatites virales chroniques. En effet, ces territoires, situés aux quatre coins du globe présentent des localisations et des situations extrêmement spécifiques, non comparables d'un territoire à l'autre, ne serait-ce qu'entre deux territoires proches comme la Guadeloupe et la Martinique, ou Mayotte et la Réunion, et qui méritaient qu'un chapitre propre leur soit consacré. La Guadeloupe, la Guyane, la Réunion, la Martinique, Mayotte et Saint-Martin ont également le statut de région ultra périphérique (RUP) de l'Union européenne qui applique à ce titre l'essentiel du droit communautaire, au même titre que les Açores et Madère (Portugal) et les îles Canaries (Espagne).

Le tableau 1 résume les principales données géographiques des différents DROM-COM

Les données présentées ici portent principalement sur le VIH et les hépatites virales chroniques B (VHB) et C (VHC), avec quelques données éparses sur les infections sexuellement transmissibles (IST). Les données fournies sur les cartes, dans les tableaux et le texte sont issues des différentes publications de Santé publique France pour la France métropolitaine, la Guyane et les Antilles, La Réunion et Mayotte, et également des bilans d'activité des COREVIH Guyane, Guadeloupe /Saint-Martin /Saint Barthélémy, Martinique et Océan Indien ^[1-11]. Pour les autres, les informations ont été trouvées sur les publications en ligne de l'Administration Territoriale de Santé de Saint-Pierre-et-Miquelon, de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie, de l'Agence Santé Wallis et Futuna et de la Direction de la Santé de Polynésie française ^[12-14]. Les données pour la France métropolitaine sont issues des rapports de Santé publique France et de ceux de la cohorte hospitalière ANRS-CO4 FHDH ^[1, 2]. Une revue de la littérature la plus exhaustive possible a été réalisée sur divers moteurs de recherche médicaux, notamment PubMed, et généralistes (Google). Enfin, des professionnels de santé, infectiologues, internistes, généralistes, épidémiologistes, hépatologues, mais aussi biologistes, gynécologues, sages-femmes, ainsi que des associatifs des différents territoires ont été sollicités et interviewés pour essayer de donner un aperçu le plus fidèle possible de la situation dans leur territoire respectif.

1. Epidémiologie de l'infection VIH et accès aux soins dans les DROM-COM

Le tableau 1 résume les principales données géographiques des différents DROM-COM ;

Le tableau 2 résume les données des files actives de PVVIH ;

Le tableau 3 détaille les caractéristiques épidémiologiques principales des files actives de PVVIH ;

Le tableau 4 décrit la fréquence des co-infections virales pour le VHB, le VHC et HTLV-1 ;

Le tableau 5 fournit quelques informations complémentaires sur la fréquence des IST en Polynésie française

Des cartes de synthèse des données épidémiologiques de l'infection VIH sont également proposées (cf 6.1)

1.1. Territoires français d'Amérique

Le terme de territoire français d'Amérique (TFA) regroupe plusieurs territoires :

- la Guyane, DROM situé dans le nord-est de l'Amérique du Sud, entre le Surinam et le Brésil ;
- les Antilles françaises comprenant deux DROM insulaires, à savoir la Martinique et la Guadeloupe, composée de la Guadeloupe dite « continentale » (la Basse-Terre à l'ouest et la Grande-Terre à l'est) et des îles du sud (archipel des Saintes, la Désirade et Marie-Galante), et de deux COM, Saint-Martin et Saint-Barthélemy (Saint Barth'), dites îles du nord, détachées depuis 2007 de l'archipel guadeloupéen (hors affaires sanitaires: mêmes ARS et COREVIH...);
- et enfin d'une dernière COM, Saint-Pierre-et-Miquelon, archipel situé dans l'Atlantique nord-ouest, à 25 km des côtes de Terre-Neuve, aux abords du golfe du Saint-Laurent, face au Canada, composé de deux îles principales : Saint-Pierre-et-Miquelon, cette dernière étant elle-même constituée de deux presqu'îles : Grande Miquelon et Langlade Saint-Pierre-et-Miquelon [15].

1.1.1. Guyane

Contexte et file active de PVVIH

La Guyane est le département français le plus touché par la pandémie VIH avec une file active de près de 2000 PVVIH. On estime cependant à près de 4000 PVVIH sur le territoire, dont >10% qui ne connaîtraient pas leur statut vis-à-vis de l'infection par le VIH. Cette file active se répartit dans les 3 hôpitaux du littoral et les centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS), répartis dans les communes isolées de l'intérieur du territoire, la différence étant composée des perdus de vue, des PVVIH suivies en ville, et de ceux ayant quitté le territoire ou décédés. Par comparaison, le nombre de

personnes prises en charge dans les données de l'assurance maladie (publiées en juillet 2023) est de 2200 en 2021 ^[16]. En 2020, le système national des données de santé (SNDS) montrait que 57,4% étaient exclusivement suivis à l'hôpital, 26,3% à la fois à l'hôpital et chez un médecin libéral, et 16,3% exclusivement par un médecin libéral. Cette tendance à un suivi libéral augmentait progressivement et restait vraie quels que soient la zone et le type de couverture sociale.

De plus, il s'écoule environ 3 ans entre la transmission du VIH et son diagnostic, mais ce délai est beaucoup plus long pour certaines populations des pays frontaliers. Les trois-quarts des patients sont de nationalité étrangère mais plus de la moitié se sont infectés en Guyane, le plus souvent peu après leur arrivée, ce qui correspond le plus souvent à la période de plus grande vulnérabilité socio-économique.

La transmission est essentiellement hétérosexuelle, en lien avec des rapports sexuels multipartenaires ou transactionnels, avec à peu près autant de femmes que d'hommes infectés. Environ un tiers des PVVIH n'ont pas été revues en consultation au cours des douze derniers mois. Ces éléments constituent des moteurs importants de l'épidémie en Guyane du fait du risque de transmissions secondaires par des personnes ne connaissant pas encore leur statut VIH, ou ayant interrompu leur suivi.

Par ailleurs, le territoire guyanais est aussi fortement touché par les autres IST : VHB, Chlamydiae, Gonocoque et syphilis. En 2021, on notait une augmentation des cas de syphilis dans l'ouest guyanais, touchant particulièrement les femmes enceintes, et une augmentation alarmante des cas de syphilis congénitales, sans doute liée aux défauts de suivi de grossesse liés au COVID-19. Les infections à HPV sont particulièrement fréquentes avec, dans les communes sur les fleuves frontaliers, une prévalence standardisée sur l'âge de 35% et, pour les HPV à haut risque de 25%. Les génotypes les plus fréquents étaient HPV-52, HPV-58 et HPV-16 ; 26,1% des femmes ayant un frottis normal étaient infectées par le HPV ; 1,16% des femmes avaient des lésions de haut grade (type HSIL). Avec une incidence standardisée à 23,8 pour 100 000 femmes-années, le cancer du col est en Guyane le 2^e cancer féminin. Le taux de vaccination contre le HPV reste très bas, et quasi nul dans les régions isolées.

Malgré la taille et la géographie du territoire (20% de la population vit dans des zones isolées inaccessibles par la route), les structures de dépistage, de prévention et de prise en charge des IST se sont développées avec une plus grande accessibilité sur toute la région guyanaise, y compris dans les communes isolées via les CDPS et les centres de protection maternelle et infantile (PMI). De la même manière, le tissu associatif agissant dans le dépistage, la prévention et l'accès aux droits des patients est dense, actif et présent sur tout le territoire.

Offre de dépistage

L'offre de dépistage en Guyane est diversifiée et importante avec, en moyenne, près de 3 fois le taux de dépistage de la métropole (242 vs. 82 /1000 habitants en 2021) ^[1] :

- Dépistage sérologique annuel en population générale sur prescription du médecin traitant ;
- Déploiement des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) sur le territoire : 2 CeGIDD hospitaliers (Cayenne et Saint-Laurent) et 3 CeGIDD au sein des centres

de prévention et de soins (CPS) de la Croix Rouge française (Cayenne, Kourou et Saint Laurent) ;

- Tests d'orientation diagnostic rapide (TROD) communautaires par les associations ;
- Déploiement du dispositif VIH-TEST courant 2022 : possibilité de réaliser un test sérologique VIH au laboratoire sans ordonnance, une fois par an, pris en charge par la sécurité sociale, même si ce dispositif semble avoir été très peu utilisé en Guyane en 2022 (273 VIH-tests enregistrés en Guyane soit 0,93 pour 1000 habitants, vs. 242 586 dans l'hexagone soit 3,70 pour 1000 habitants)

Dans les communes de l'intérieur, les CDPS ont une activité de dépistage soutenue et croissante qui est en moyenne supérieure à 10 tests pour 100 habitants, c'est à dire au niveau de celle de la métropole.

Accès aux soins

La densité de médecins généralistes est deux fois plus faible en Guyane qu'en France métropolitaine, les médecins spécialistes libéraux manquent eux aussi. Une personne sur 5 ne bénéficie pas d'une offre de soins suffisante en médecine générale libérale. Mais ceci recouvre une forte hétérogénéité : dans les villes du littoral, l'accès au médecin est relativement aisé, en moyenne 9 min en voiture, alors que, selon l'INSEE, 10% de la population Guyanaise met plus de 24 min pour accéder à un médecin. Les CDPS permettent de pallier à l'absence de praticiens libéraux dans les communes isolées. Outre ces aspects géographiques, en pratique, les données montrent une situation nuancée : près de 31% des personnes déclarent avoir renoncé aux soins pour motif financier, et 24% par manque de temps ; une autre enquête dans les quartiers défavorisés de Cayenne montrait que 20% avaient renoncé aux soins, mais que 74% des personnes trouvaient qu'il était facile de voir un médecin. Ceci ne distinguait pas un recours urgent d'un suivi médical. En Guyane, on observe pour un vaste éventail de pathologies (VIH, AVC, syndromes coronariens aigus, prématurité, malnutrition...) que les plus pauvres arrivent plus tard dans le soin, avec des pathologies plus évoluées, ce qui suggère un retard à l'accès aux soins primaires. Cependant, une fois pris en charge, le système de santé universel compense les inégalités. Ainsi pour le diabète, une pathologie chronique, il n'y a plus de différence en termes de complications macro et microvasculaires entre les patients précaires et non précaires suivis. Pour les PVVIH, les plus précaires arrivent plus tard dans le soin, mais une fois suivis, globalement leur pronostic est similaire à celui des personnes plus aisées. A Camopi, un village amérindien en forêt, le nombre moyen de consultations chez les enfants de moins de 5 ans est de 9 consultations par an, ce qui est sans doute supérieur à la plupart des agglomérations en France métropolitaine. Ainsi, les problématiques d'accès aux soins sont réelles mais à nuancer.

Prévention/ associations

Les associations sont des acteurs clefs de la prévention des IST sur le territoire.

Malgré son vaste territoire, la Guyane présente une bonne couverture par les acteurs associatifs.

Tout d'abord avec la présence de centres de prévention et de soins de la Croix Rouge dans les trois principales villes du littoral (Cayenne, Kourou et Saint Laurent), permettant ainsi un accès au dépistage, au traitement des IST et à la vaccination.

Plusieurs associations spécialisées dans la prévention des IST et l'accompagnement des patients dans leurs parcours de soins maillent le territoire : le *réseau KIKIWI* avec une antenne au centre, et une à l'ouest, *ID Santé* et la *DAAC* présents à la fois sur l'île de Cayenne et sur Saint-Georges à la frontière brésilienne, *ENTR'AIDES* présent sur l'île de Cayenne et à Macouria, *ADER* de Macouria à Iracoubo, *AIDES* sur l'ouest de la Guyane (de Saint Laurent à Maripasoula).

Plusieurs associations sont habilitées à effectuer des TROD « hors les murs » : *Médecins du monde*, *AIDES*, *ADER*, *ENTR'AIDES* et *ID Santé*, permettant ainsi de diversifier l'offre de dépistage sur le territoire.

De nombreuses associations sont partenaires des actions en santé sexuelle et de prévention comme Médecins du Monde, l'AGAV (association d'aide aux victimes Guyane), l'AGRRR (association guyanaise de réduction des risques), l'AKATIJ (CSAPA et CAARUD), l'arbre au fromager (lutte contre les violences faites aux femmes), le COMEDE, KAZ AVENIR (association d'aide aux personnes LGBT+ et de lutte contre les LGBTphobies en Guyane), le planning 973.

Enfin, une ligne d'écoute locale de *SIDA Info Service* a ouvert en février 2022, avec la possibilité d'échanger sur des problèmes de santé sexuelle en français, en créole, en créole haïtien, en portugais et en espagnol.

L'épidémie VIH en Guyane en quelques chiffres :

En 2021 :

- 76 nouveaux patients ;
- 24% dépistés à un stade tardif (diagnostic tardif au moment d'une infection opportuniste ou avec un taux de lymphocyte CD4<200/ μ L) ;
- 92 enfants nés de mères VVIH et non infectés grâce à la prévention de la transmission mère-enfant ;
- 1937 PVVIH en suivi actif dans les centres hospitaliers du Groupement Hospitalier de Territoire de Guyane avec 1 personne sur 3 suivie depuis moins de 5 ans.

Dont :

- 53 % de femmes ;
- un âge moyen de 47 ans ;
- 53% des patients à un stade avancé de la maladie (patient au stade SIDA de l'infection par le VIH) ;
- 90% en succès virologique (94% avant la pandémie de COVID-19).

Autres chiffres clefs de 2021 :

- 35 découvertes d'infection par le VHB ;
- 8 découvertes d'infection par le VHC ;
- tranche d'âge la plus touchée par les Chlamydiae et le Gonocoque : 18-29 ans ;
- 55 cas de syphilis au cours de la grossesse dans l'ouest guyanais ;
- 27 cas de syphilis congénitale dans l'ouest guyanais ;

- prévalence en centre pénitencier : VIH 3,8%, VHB 2,1%, Chlamydiae 9%, Gonocoque 2%, syphilis 2%.

1.1.2. Guadeloupe, Saint Martin et Saint Barthélemy

Contexte

L'épidémiologie du VIH en Guadeloupe est souvent rapportée en poolant les données de la Guadeloupe dite continentale et des îles du sud (Marie-Galante, Les Saintes et la Désirade) avec celles des îles du nord (Saint-Martin et Saint-Barthélemy). Nous avons fait le choix ici de les dissocier du fait de profils épidémiologiques très différents.

1.1.2.1. Guadeloupe continentale et petites îles (Marie-Galante, Les Saintes et la Désirade)

File active

En Guadeloupe continentale, l'épidémie est plus diffuse qu'en France métropolitaine, et concerne plus la population générale. Elle est à prédominance hétérosexuelle, avec approximativement autant de femmes que d'hommes, environ 30% de personnes nées à l'étranger et peu d'usagers de drogue intraveineuse. La part des hommes bisexuels/HSH augmente au fil des années mais la transmission hétérosexuelle demeure majoritaire chez les hommes (de l'ordre de 60-70%). Toutes les tranches d'âges sont touchées (avec une part de PVVIH >60 ans plus importante qu'en métropole), avec plus d'obésité, de comorbidités (diabète, HTA et/ou insuffisance rénale). Il y a une surreprésentation des personnes nées à l'étranger (30% en Guadeloupe vs. 11% en Martinique, et 80% à Saint-Martin), avec une transmission qui demeure majoritairement hétérosexuelle, et cela reste vrai pour les patients nouvellement diagnostiqués (PND) dont les hommes (près de 70% parmi les PND, avec probablement encore une sous-estimation des HSH et bisexuels car la divulgation reste difficile, peu de personnes transgenres - 1 dans la file active -), et une part des travailleurs/travailleuses du sexe difficile à évaluer (car les modalités de prostitution/activité sexuelle tarifée sont disparates, diverses, et peu repérables).

Le nombre de PND reste globalement stable sur les dernières années (aux alentours de 70 par an) avec, là encore, une grande diversité de personnes (âge, sexe, transmission...) avec cependant une part croissante de PND nées à l'étranger (près de 50%) et une situation migratoire impactée et modifiée par l'aggravation de la situation à Haïti. En terme de populations cibles, les migrants constituent la population principale, avec un accès aux soins difficile et pas ou peu d'associations spécifiques. Le profil des PND étrangers haïtiens semble avoir changé depuis 2019, avec des caractéristiques migratoires bien différentes de celles antérieurement observées, qui étaient essentiellement des situations de migration économique et des diagnostics d'infection par le VIH faits alors qu'ils étaient en situation irrégulière sur le territoire depuis des années, alors qu'actuellement, les PND sont des personnes ayant migré en urgence d'Haïti compte-tenu des conditions dégradées, et pour lesquelles le diagnostic d'infection par le VIH est par contre fait plus précocement après leur arrivée sur le territoire.

Depuis 2019, on constate une ré-augmentation de la part des PND au stade tardif ou avancé (x1,5 depuis 2019, près de 45% en 2021), principalement chez les migrants mais aussi chez les hommes hétérosexuels guadeloupéens, et notamment les plus de 50 ans (qui ne se sentent peu ou pas concernés par le VIH et sont moins atteints par l'offre de dépistage).

Des progrès importants ont été réalisés ces dernières années (en terme de rétention dans le soin, d'observance, d'accompagnement), permettant un rattrapage des indicateurs par rapport à la métropole en termes de PVVIH sous traitement (>98% pour la file active du CHUG), de PVVIH avec une CV indétectable (>95%), alors que ces indicateurs étaient bien moins bons jusqu'en 2015 comme le soulignait le CNS ^[17].

En revanche, demeurent plus marqués la stigmatisation, les discriminations, la sérophobie, l'homophobie même si des progrès sont notés, avec également un retard des connaissances et un décalage entre les représentations du VIH/SIDA et les progrès scientifiques réalisés dans la prise en charge et le vivre avec le VIH en population générale, mais aussi au sein des professionnels de santé non spécialisés. Ceci est en voie d'amélioration grâce à différentes actions d'information réalisées auprès de ces professionnels (webinaires ; rencontres avec le groupe qualité des URPS ; copil VIH-Test et biologistes en collaboration avec le COREVIH et l'ARS ; actions vers les pharmaciens ; déploiement d'une plateforme régionale d'écoute pour les LGBTQ, les violences, et maintenant les, suicides, portée depuis 2017 par l'association Amalgam Humanis)

Il persiste une préoccupation majeure pour l'accès et le maintien dans le soin des personnes nées à l'étranger en Guadeloupe (politique nationale d'accès à l'AME insuffisante, difficultés pour obtenir des rendez-vous en ligne pour la demande de titre de séjour, coût financier restrictif pour ces personnes, quelques refus de l'OFII, etc.). On constate également le faible nombre, voire l'absence, d'associations de migrants impliquée dans le domaine du VIH : absence de la COMEDE, et CIMADE « fragile » (peu de bénévoles).

Pour ce qui est des IST autres que VIH, il faut souligner des taux d'incidence élevés (x1,5 à 2 par rapport à la métropole) pour Chlamydiae et Gonocoque, avec des cas d'infection à Gonocoque chez des femmes et hommes hétérosexuels, touchant également les tranches d'âges >25-30 ans ; un peu plus de syphilis et une inquiétude vis-à-vis des cas de syphilis congénitale en augmentation ; une couverture vaccinale HPV bien moindre qu'en métropole alors que la couverture vaccinale VHB est bonne.

Offre de soins et maillage associatif

En Guadeloupe, la prise en charge des PVVIH de la Guadeloupe continentale est répartie sur deux sites, le CHU de Guadeloupe (CHUG) et le CHG ou centre hospitalier général de la Basse-Terre (CHBT). Il y a peu de médecins généralistes libéraux spécialisés dans le VIH, mais quasiment toutes les PVVIH bénéficient d'un suivi en collaboration étroite entre leur médecin généraliste, ou un médecin référent libéral, et des consultations spécialisées hospitalières une à deux fois par an, avec une offre de prise en charge globale sur les deux sites (assistante sociale, éducation thérapeutique, psychologue) et des parcours structurés pour une prise en charge rapide spécialisée, sans rendez-vous ou dans un délai inférieur à une semaine, des PND.

Il existe deux CeGIDD hospitaliers, un rattaché au SMIT du CHUG (locaux extrahospitaliers dans Pointe-à-Pitre) et l'autre au CHBT. Il existe également un pôle de promotion de la santé au niveau du CHG de Marie-Galante qui participe à l'offre d'information, de dépistage et de prévention en santé sexuelle et reproductive. S'il n'y a toujours pas de véritable PASS au CHUG pour contribuer à la prise en charge des PVVIH en situation de précarité et/ou sans papiers, le SMIT du CHUG bénéficie de deux assistantes sociales principalement dévolues à leur accompagnement ainsi que de l'appui de l'association *Réseau Ville Hôpital* (accompagnement social, offre d'hébergements comprenant des places en appartements thérapeutiques).

L'association *AIDES* a joué ces dernières années un rôle majeur dans l'accompagnement des PVVIH en sus des équipes soignantes, aussi bien en Guadeloupe qu'à Saint Martin (ateliers collectifs, offre d'appartements thérapeutiques à Saint Martin) mais aussi de l'association *Croix-Rouge française* en Guadeloupe et à Saint Martin (pour les plus précaires et/ou isolés), de l'équipe mobile de psychiatrie à Pointe-à-Pitre (population avec addiction au crack), de l'association *Réseau Ville Hôpital* (offre d'appartements thérapeutiques, soutien social, accompagnement).

Concernant l'offre d'information, de prévention et de dépistage, elle est principalement portée par :

- les 4 CeGIDD : deux hospitaliers en Guadeloupe et deux à Saint Martin (dont le principal étant le CeGIDD associatif Croix Rouge française), en sachant que prochainement, il n'y aura plus qu'un CeGIDD à Saint Martin, celui de La Croix Rouge, celui du CHG STM deviendra une antenne de ce CeGIDD associatif ;
- par l'association *AIDES* (dépistage par TROD et les premiers à avoir pu fournir des autotests gratuits) ;
- par les ex-centres de Planning (notamment le centre « La maternité consciente »), renommés Centres de Santé Sexuelle : un seul en Guadeloupe, localisé à Pointe-à-Pitre avec une antenne à Basse-Terre (offre principale en éducation et santé sexuelle et en santé reproductive, offre plus variable et non évaluée en terme de dépistage) ;
- pôle promotion santé (IDE et sages-femmes, formation et fourniture de TROD pris en charge par le COREVIH jusqu'à présent) ;
- par l'infirmière de l'université des Antilles (TROD fournis par le COREVIH) ;
- offre d'information et de prévention en PMI (mais pas ou peu de dépistage) ;
- déploiement de l'offre VIH-TEST: effectif dans tous les laboratoires de Guadeloupe depuis 03/2022 avec une forte implémentation de ce dispositif : 911 VIHTEST réalisés soit 2,10/1000 habitants, plus qu'en Guyane et Martinique, mais moins qu'en métropole à 3,70/1000.
- Entre 100 et 150 personnes sont sous PrEP en Guadeloupe, et le nombre a sûrement baissé avec le COVID-19. Des webinaires autour de la PrEP sont organisés auprès des médecins de ville.

Concernant le dépistage, et si on réunit la Guadeloupe continentale et les îles du nord, près de 58 000 tests ont été réalisés en 2021, soient 138/1000 habitants, à comparer avec 82/1000 en métropole.

La Guadeloupe souffre d'un turn-over important des acteurs, à la fois institutionnels et en établissements de santé, dans les CEGGID, les services d'infectiologie et associations ce qui

complique le travail en réseau. Non seulement il y a moins d'associations qu'en métropole, mais ces dernières souffrent d'une instabilité du fait de ce turn-over.

L'association *AIDES* est arrivée en 2014 en Guadeloupe, en 2007 à Saint-Martin. Cette association est tournée vers les populations LGBT, travailleuses du sexes et consommateurs. AIDES propose également des autotests gratuits. L'association *Entraides* a disparu de Guadeloupe. L'association *Gwada Uni-Vers*, principalement orientée vers les travailleuses du sexe, est en perte de vitesse. D'autres associations participent chacune à leur façon à l'accès aux soins : la *Croix-Rouge française* ; l'association *Flè A Mango* chargée d'accueillir, d'écouter et d'accompagner les jeunes dans leurs projets d'insertion professionnelle, sociale et artistique. Il existe également une association d'aide aux personnes âgées, *l'Association Ensemble Main dans la Main* ; également l'association *Amalgame Humanis* qui s'occupe d'aide aux situations de précarité des familles et LGBT depuis 2019 ; enfin une plateforme d'écoute pour lutter contre les suicides.

Néanmoins, depuis ces dernières années, le travail en réseau a nettement progressé avec plus d'échanges, de partenariats, d'actions mutualisées ce qui permet de renforcer les actions hors les murs auxquelles participent tous les associatifs mais aussi les professionnels des CeGIDDs hospitaliers : mise en commun des bus /unités mobiles pour mieux couvrir le territoire à Marie-Galante, mais aussi en Guadeloupe (bus Croix-Rouge, bus pôle promotion de la santé à Marie-Galante etc.)

Mais comme partout ailleurs, une fragilisation de ces progrès est survenue avec la pandémie de COVID-19 et la crise sociale, survenant sur des territoires préalablement impactés par les cyclones IRMA et MARIA et l'incendie du CHUG.

Depuis 2022, il est noté une franche reprise des actions hors les murs, toujours en mutualisation.

1.1.2.2. Saint-Martin

Contexte

Saint-Martin est une petite île binationale partagée entre la France et les Antilles néerlandaises, d'environ 80 000 habitants. La partie française est une COM d'environ 35 000 habitants. C'est une mosaïque culturelle de plusieurs dizaines de nationalités avec de grandes disparités sociales.

La prévalence du VIH est estimée à >1% de la population de l'île.

Offre de soins

Les PVVIH sont prises en charge côté français : au Centre Hospitalier L.C. Fleming ainsi que par des médecins libéraux, tandis que du côté néerlandais, ils sont pris en charge au Sint-Maarten Medical Center (environ 300 patients suivis). La file active en 2021 est de 417 patients, parmi lesquels environ un quart au stade SIDA.

Accès aux soins

La situation des PVVIH de Saint Martin est souvent comparée à celle de la Guyane, plutôt qu'à celle des Antilles. Ainsi, il existe une problématique majeure d'accès aux soins. En effet, plus de deux-tiers des PVVIH sont d'origine étrangère, et souvent en situation irrégulière. Les soignants et les acteurs associatifs mènent un combat permanent pour obtenir leur régularisation sur le territoire et l'ouverture de leurs droits.

La multiplicité des communautés ethniques, culturelles et sociales composant la population de Saint-Martin est un des facteurs principaux compliquant la prise en charge de l'infection VIH dans l'île, tant d'un point de vue curatif que préventif. Les migrants hospitalisés ou suivis en consultation hospitalière constituent ainsi un groupe de patients important, non seulement pour des raisons numériques, mais aussi parce qu'ils se trouvent en situation de crises multiples. Ceci justifie l'importance d'un accompagnement et d'une prise en charge globale des patients avec une importance toute particulière donnée à la consultation d'éducation thérapeutique. Ainsi, l'équipe d'infectiologie se doit d'être multilingue (français, anglais, espagnol, créole). Les difficultés économiques et politiques majeures sévissant actuellement à Haïti, où règne un climat de guerre civile, fait craindre l'extension de l'épidémie VIH dans ce pays, et par là même une augmentation de cas dans la population haïtienne migrant à Saint-Martin, et en Guadeloupe de façon générale.

Il y a deux CeGIDD à Saint-Martin et celui qui a la plus grosse activité ces dernières années est le CeGIDD associatif de La Croix-Rouge qui est adossé à un Espace Santé Jeune et un CSAPA gérés également par la Croix-Rouge française. Le CeGIDD de l'hôpital participe activement à la prise en charge des PVVIH déjà diagnostiquées par un accompagnement à la santé sexuelle en lien avec l'éducation thérapeutique et le service social.

Associations

Les associations présentes sur l'île sont, principalement *AIDES Saint-Martin*, qui œuvre particulièrement dans l'information, la prévention, l'accompagnement, ainsi que la gestion de 12 places d'appartements de coordination thérapeutique ; *la Croix-Rouge française* qui, en plus de l'activité de CeGIDD, a une activité de prévention, d'accompagnement, et d'aide alimentaire ; *le « Manteau de Saint-Martin »* qui propose un hébergement d'urgence ; et *la « Maternité active »* qui accompagne des femmes dans leur parcours de vie sexuelle et maternelle.

1.1.2.3. Saint Barthélémy

Bien que voisins de Saint-Martin, les PVVIH de l'île de Saint-Barthélemy ont un profil épidémiologique proche de celui la métropole, avec une transmission majoritairement homo/bisexuelle et une prédominance masculine. Plus de trois-quarts des patients de l'île (file active d'une vingtaine de PVVIH) se font suivre en présentiel ou en téléconsultation par les spécialistes du CH de Saint-Martin, bien que quelques-uns se fassent encore suivre, souvent pour des raisons de confidentialité, au CHU de la Guadeloupe ou au CHU de la Martinique. Il est probable par ailleurs que de nombreuses PVVIH vivant à Saint Barthélémy se fassent suivre en métropole, et ne soient donc pas visibles dans les statistiques locales.

Il n'y a pas de difficultés sociales particulières chez les patients de l'île, à la différence de Saint-Martin.

A Saint-Barthélemy, il n'y a pas d'associations ni structures engagées dans l'offre de prévention et de dépistage sur place, qui repose principalement sur les actions hors les murs réalisées à Saint Barthélemy par le CeGIDD de la Croix-Rouge, l'association AIDES Saint-Martin, et dans une moindre mesure le CeGIDD du CHG Saint-Martin

Quelques chiffres-clés de 2022 :

- Nombre de nouveaux cas: n=1 en 2020, n=0 en 2021, et n=1 en 2022 ;
- Patients suivis en 2022: n=19 ;
- Sex ratio : 74% d'hommes, 26% de femmes ;
- Mode de transmission:
 - Population totale: 47% d'hétérosexuels, 53% d'homo/bisexuels
 - Population masculine: 28% d'hétérosexuels, 72% d'homo/bisexuels
- Pourcentage de personnes nées à l'étranger : 31% (Haïti 1, République Dominicaine 1, Venezuela 1, Colombie 1, Brésil 1, Portugal 1) ;
- Pourcentage de patients sous traitement: 100% dont 100% avec une CV indétectable.

1.1.3. Martinique

File active :

Le début de l'épidémie VIH en Martinique se situe vers 1985. Elle a démarré principalement chez les HSH, puis s'est étendue dans la population hétérosexuelle. A ce jour, on constate toujours une proportion importante d'HSH dans la file active : environ 50 % des hommes sont des HSH soit environ 30% de la file active, et qui représentent une part importante des nouveaux diagnostics. Il y a peu de personnes nées à l'étranger dans la file active. Ainsi on retrouve caricaturalement deux grands types de population : une population hétérosexuelle issue de la population générale, et une population HSH discriminée qui vit cachée et très difficile à atteindre, comme l'a démontré récemment l'épidémie de virus MPox. La majorité des patients de la file active sont nés en Martinique, et la proportion de personnes nées à l'étranger est bien moindre qu'à Saint Martin, en Guadeloupe ou en Guyane.

Sur les autres populations clés, parmi les usagers de drogues, on ne retrouve pratiquement pas d'usage d'héroïne en Martinique, mais par contre celui du crack, dont les usagers sont une population très précaire, très impactée par les IST et le VIH, avec des difficultés importantes d'accès aux soins et de maintien dans le soin. Les travailleuses du sexe ne représentent pas une population très impactée par l'infection VIH : on rapporte un usage de préservatif régulier, peu de circulation du VIH, en tout cas pour la population « visible » de travailleuses du sexe, bien qu'il existe aussi une prostitution moins visible, moins organisée.

Offre de soins :

L'offre de soins et l'accès aux soins sont plutôt satisfaisants en Martinique, qui est un territoire unique (une seule île, contrairement à la Guadeloupe ou aux îles du Pacifique), sans grandes régions désertiques avec Fort-de-France, la capitale, au centre de l'île. Néanmoins, la prise en charge est

hospitalo-centrée : le suivi ambulatoire est pour l'instant peu développé. Bien que plusieurs médecins généralistes soient régulièrement formés, avec des actions ponctuelles de sensibilisation qui sont régulièrement organisées auprès de médecins généralistes, et pharmaciens (URPS).

Deux CEGIDD se répartissent l'activité de dépistage depuis 2015 : un au CHU, intégré au service de Maladies Infectieuses et Tropicales, et un au centre de santé de la Martinique, antennes qui couvrent le territoire. A côté des CeGIDD, des dépistages se font aussi dans les laboratoires de ville et hospitaliers. Ainsi, en 2021, l'activité de dépistage en Martinique était estimée à près de 66 000 sérologies réalisées, soit 185/1000 habitants, plus qu'en métropole (82/1000 habitants). L'activité a doublé tous les ans, même si on note une diminution au cours de l'épidémie de COVID-19. Le dépistage par TROD est disponible à la Croix-Rouge française et aux CSAPA et CAARUD. Le dispositif VIHTEST a concerné 647 tests en 2022, soit 1,85/1000 hab (comparé à 3,70/1000 pour la métropole).

Prévention/associations

La prévention des IST auprès des jeunes et des moins jeunes se heurte à la perception de ces affections comme peu graves.

AIDES, arrivée en 2013, propose du dépistage par TROD au local de l'association, mais aussi lors d'actions hors-les-murs dans un bus se déplaçant en communes.

Pour les étudiants, un dépistage sur le campus est possible avec le service santé de l'université.

L'association « Action SIDA Martinique » œuvre pour l'accès aux soins, et intervient pour rompre l'isolement et la précarité. Elle fait appel à des médiateurs en santé et travaille en collaboration avec le SMIT depuis 1987. Elle propose du dépistage en laboratoire mais pas de TROD.

Il n'existe pas d'association LGBT en tant que telle. La communication du milieu LGBT passe par les réseaux sociaux, les soirées, mais il n'y a pas de lieux festifs officiels, ceux-ci restent très cachés. Les HSH s'affichent rarement en tant que tels. Nombreux ont une activité bisexuelle et multi partenaire mais ne se définissent pas comme gays. L'association « Action SIDA Martinique » ne réalise pas d'actions spécifiques envers cette population à risque.

Pour résumer, en Martinique, on observe divers acteurs qui communiquent et travaillent ensemble permettant ainsi différentes offres de dépistage. La prise en charge thérapeutique est assurée par le service de Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU.

Quelques chiffres clés en Martinique :

- file active VIH 2021 : 1134 personnes dont un tiers de femmes. Par comparaison, le nombre de personnes prises en charge dans les données de l'assurance maladie (publiées en juillet 2023) est de 1350 en 2021 ^[16] ;
- taux élevés d'infection à Chlamydiae et Gonocoque ;
- problématique spécifique de l'infection HTLV en Martinique : les complications neurologiques sont en baisse de manière importante, de même que le nombre de nouveaux diagnostics, 2-3% de coinfectés. Nette diminution de la prévalence de la co-infection dans la cohorte depuis 25 ans grâce au dépistage systématique des mères et aux actions de prévention de la transmission par l'allaitement.

1.1.4. Saint Pierre et Miquelon

Selon le Dr Belabbas, cheffe du service de médecine du Centre Hospitalier François Dunan, et aussi selon l'administration territoriale de santé de Saint Pierre et Miquelon, il n'y a aucun patient suivi à l'hôpital pour VIH ou hépatite virale. Il y aurait un couple de PVVIH suivis en ville.

1.2. Océan Indien

Les territoires ultramarins de l'océan Indien sont principalement représentés par deux DROM, Mayotte, composée de deux îles principales Grande-Terre et Petite-Terre, et de plusieurs autres petites îles, située dans l'hémisphère sud à l'entrée du canal du Mozambique, à mi-chemin entre Madagascar et l'Afrique ; et à 1500 km de là, La Réunion, île du sud-ouest de l'océan Indien qui est située dans l'archipel des Mascareignes, à environ 700 kilomètres à l'est de Madagascar et à 170 kilomètres au sud-ouest de l'île Maurice. Ne seront pas traitées ici les terres australes et antarctiques françaises (TAAF), toutes situées dans le sud de l'océan Indien, composées de cinq districts : la Terre Adélie, l'archipel des Kerguelen, l'archipel de Crozet, les îles Saint-Paul et Nouvelle-Amsterdam et enfin les îles éparses. Ces territoires ne possèdent pas de population civile permanente, et moins de 200 habitants, personnel logistique, scientifique et militaire, relevé régulièrement, et ne justifiant pas d'un chapitre spécifique sur l'épidémiologie de pathologies étudiées ici.

Il existe un COREVIH océan Indien, commun à la Réunion et à Mayotte.

1.2.1. La Réunion

File active et offre de soins

On retrouve 4 CeGIDD (1 au Nord, 1 à l'Ouest, et 2 au Sud : maladies infectieuses et orthogénie) et 2 centres de soins au nord et au sud dans les CHRU de Saint Denis et de Saint Pierre. La file active est d'environ 1000 patients, dont 96% ont une CV indétectable. Pour comparaison, le nombre de personnes prises en charge d'après l'assurance maladie serait de 1150 en 2021 ^[16]. On retrouve beaucoup d'HSH dans la file active, environ un tiers, et quelques personnes transgenres. Parmi les nouveaux patients diagnostiqués, plus de la moitié viennent du milieu LGBT.

Le nombre de sérologies VIH réalisées en 2021 à la Réunion est estimé à près de 99 000, soit 115/1000 habitants, à comparer à 82/1000 habitants en métropole ^[11]. Enfin, d'après les données communiquées par l'assurance maladie, plus de 3900 tests VIH ont été réalisés à la Réunion en 2022, soient 4,50/1000 habitants, plus qu'en métropole (3,70/1000).

Populations à risque

On constate peu de problèmes d'accès aux soins pour les patients HSH, avec une discrimination moindre qu'ailleurs, également pour les personnes transgenres. Concernant la population des

travailleuses du sexe, principalement malgaches, les infections virales chroniques sont dominées par le VHB plutôt que le VIH.

Une population qui rencontre une difficulté supplémentaire dans la prise en charge est celle des personnes comoriennes, dont une majorité sont arrivées clandestinement à Mayotte, puis ont été transférées faute de plateau technique à La Réunion (EVASAN), et dont la post-hospitalisation pose un souci majeur aux équipes et aux structures, en particulier en cas de séquelles fonctionnelles. Les titres de séjour pour soins, quand ils sont obtenus, ne sont pas adaptés à ces patients qui ne sont pas autorisés à travailler. En outre, il existe une stigmatisation importante des patients mahorais et comoriens. Ces EVASAN représentent l'un des principaux modes de migration vers La Réunion depuis Mayotte, mais comme les patients sont souvent renvoyés systématiquement à Mayotte au bout d'un mois, lorsque la pathologie de base est résolue, et vivent cela comme une expulsion, certains fuguent de l'hôpital occasionnant des ruptures de prise en charge de la pathologie chronique.

Accès aux soins et associations

On ne constate pas de problèmes majeurs d'accès aux soins, en particulier en comparaison avec les autres territoires ultramarins.

Il existe plusieurs associations en rapport avec la santé sexuelle et reproductive, avec une bonne communication entre tous les acteurs de santé et associatifs. Le COREVIH est très dynamique depuis longtemps, très soutenant pour les associations, avec une bonne entente entre les différents acteurs.

L'association ARPS (association réunionnaise pour la prévention des risques liés à la sexualité), s'occupe depuis 20 ans des prostituées, notamment sur Saint Denis de la Réunion. Depuis 3-4 ans, la prostitution se développe via internet. La population suivie est d'environ 90 personnes, principalement des femmes malgaches, avec peu de personnes infectées par le VIH (maximum 3 ou 4). Une tentative de généralisation de la PrEP est en cours, mais il s'agit d'un public peu enclin à la prise de médicaments. L'ARPS ne prend pas en charge les PVVIH.

Le planning familial, effectue également de la prévention en population générale et auprès des publics cibles. Elle a une activité importante concernant la contraception, l'IVG et la lutte contre les violences intrafamiliales.

Rive est une association communautaire qui a 30 ans d'existence et travaille sur toute l'île, mais essentiellement sur les territoires nord et est. Elle a un volet prévention en santé sexuelle et affective, et travaille avec les PVVIH sur le volet compagnonnage, éducation thérapeutique par patients experts, présence d'un pair à l'hôpital, groupes de parole, repas communautaires, groupes d'expression des usagers. Elle travaille auprès des populations cibles, particulièrement les HSH et les transgenres et avec les femmes vulnérables, dont les étrangères, dans leur langue. Cette association est aussi un établissement médico-social qui compte 25 appartements de coordination thérapeutique dans les murs et 10 hors les murs. Rive est aussi à l'origine d'un colloque régional annuel avec les îles de l'océan Indien (Mayotte, Madagascar, Maurice, Seychelles, Comores), dont 18 éditions ont déjà eu lieu. Ce colloque se poursuit sous l'égide du COREVIH océan Indien.

Asétis, est une association dont les activités sont très proches de celles de Rive, mais dans le sud de l'île. L'association effectue des actions de prévention en santé sexuelle et affective, possède des

appartements de coordination thérapeutique dans et hors les murs, effectuée de l'éducation thérapeutique.

Ces 4 associations sont membres du COREVIH.

D'autres associations participent à la lutte contre le VIH : association de soutien aux personnes LGBTQ+, association de lutte contre les addictions, associations des droits de l'homme, etc.

1.2.2. Mayotte

Contexte

Bien qu'également située dans l'océan Indien, la situation à Mayotte est très différente de celle de La Réunion. 9^e RUP de l'Europe et 101^e département français, Mayotte est de loin le plus jeune, celui dont la croissance démographique est la plus vive, et qui abrite la plus forte part de population étrangère. L'île compte environ 271 000 habitants et connaît depuis plusieurs années une augmentation du nombre d'arrivées de migrants. Cette immigration venait historiquement principalement de l'île d'Anjouan, l'île la plus proche (70 km) de l'archipel des Comores. Si les comoriens sont toujours nombreux à gagner le territoire mahorais, de plus en plus de ressortissants d'Afrique subsaharienne, de Madagascar, mais aussi du Maghreb et de Syrie, rejoignent également les côtes françaises du canal mozambicain. Près de la moitié de la population de Mayotte ne possède pas la nationalité française, mais un tiers des étrangers y sont nés. La moitié des habitants a moins de 18 ans.

Mayotte est encore aujourd'hui concernée par de graves problèmes d'accès à l'eau. L'INSEE estimait à 29% les ménages qui ne disposaient pas d'accès à l'eau courante à l'intérieur de leur logement en 2017. Le renoncement aux soins est particulièrement élevé sur l'île où 45% des habitants de plus de 15 ans déclarent avoir dû renoncer à des soins en 2019 ; 34% de la population renonce aux soins pour un motif financier, alors que la protection universelle maladie (PUMA) n'y est pas applicable, ni la complémentaire CMU-C – devenue complémentaire santé solidaire (CSS) dans le droit commun. L'extension à Mayotte de la CMU-C et de dispositifs d'exonération de ticket modérateur, promise en 2018 dans le plan pour l'avenir de Mayotte, n'a pas été concrétisée.

Avec 690 habitants/km², Mayotte est le département le plus dense après celui d'Île-de-France. Mayotte reste la région française la plus pauvre avec 84% de la population vivant sous le seuil de pauvreté et celle au plus fort taux de chômage 35%. Quatre ménages sur 10 vivent dans une maison en tôle et trois personnes sur 10 sont au chômage. Il n'y a pas de transports en communs.

La situation migratoire et sociale très précaire entraîne de nombreuses conséquences, dont l'une est l'insécurité croissante d'origine multifactorielle qui devient très prégnante dans le quotidien des mahorais et est à l'origine du départ d'une partie de la population. Au niveau du soin également, le recrutement de soignants est difficile, malgré une sur-rémunération qui peut aller jusqu'à 100% de celle de la métropole. Un départ massif de soignants a été constaté dans les suites de l'opération « Wuambushu » menée en 2023, opération policière française visant à expulser les étrangers en situation irrégulière, à détruire les bidonvilles et à lutter contre la criminalité dans l'archipel. Cette opération s'est accompagnée d'une rupture importante du suivi de patients pris en charges pour des infections chroniques, virales en particulier, et a été l'occasion de la majoration d'une fracture

importante au sein de l'île entre supposés « pro-migrants » et « anti-migrants », aboutissant à la fermeture temporaire ou prolongée de centres de soins dans l'île, de nombreux lits dans l'hôpital, et au départ de très nombreux soignants lassés des conditions de travail extrêmes.

L'unique offre publique de soins est le CH de Mayotte (CHM), situé à Mamoudzou sur Grande-Terre. Le CHM est aussi composé de 4 centres de soins et d'accouchements délocalisés à Kahani, Dzoumogné, Mramadoudou et Dzaoudzi qui assurent des consultations généralistes avec une permanence médicale 24 h/24 et 7 j/7, une maternité dédiée aux accouchements physiologiques ainsi qu'un cabinet dentaire. Le centre de Petite-Terre (Dzaoudzi) comporte 14 lits d'hospitalisation complète de médecine.

Du fait de la situation décrite au-dessus, de la proportion de personnes en situation irrégulière, il existe un problème majeur d'accès aux soins sur l'île. Une des particularités dérogatoires de l'île est l'inaccessibilité de l'AME et de la CMU-c sur le 101^e département français. L'opération « Wuambushu » en 2023 a aggravé de façon brutale l'équilibre fragile de la prise en charge des personnes vivant sur l'île, et notamment ceux suivis pour des infections virales chroniques.

File active

En 2022, la file active comptait 416 patients dont 96 nouveaux patients. Il s'agit de patients plutôt jeunes, avec une légère prédominance féminine. La file active mahoraise augmente très rapidement. Elle a augmenté de 57% en 7 ans, et les nouveaux dépistés ont augmenté de 61%. Ceci est probablement multifactoriel : modification de la politique de dépistage avec le « aller-vers », mais aussi augmentation des migrations vers Mayotte de personnes originaires de zone à forte prévalence, telles Madagascar et l'Afrique des grands lacs (et bien sûr l'immigration comorienne, beaucoup plus ancienne, se poursuit). Ce sont donc des populations très précaires qui constituent l'essentiel de l'augmentation de la file active et des nouvelles découvertes, qui pour certains migrants ne sont, sans doute que des « redécouvertes ».

Les PVVIH sont plutôt jeunes avec un âge médian de 37 ans (2 ans à 74 ans).

La grossesse est un mode de révélation fréquent de la séropositivité chez les femmes. Le mode de transmission prédominant est hétérosexuel parmi les nouveaux patients diagnostiqués: 84% de transmission hétérosexuelle ; 8,8% de transmission homosexuelle masculine ; 4,5% de transmission materno-fœtale.

La co-infection avec le virus HTLV-1 est très peu recherchée, mais mériterait un dépistage plus large notamment du fait de la part de migrants en provenance d'Afrique des grands lacs (République Démocratique du Congo, Rwanda, Burundi) qui constitue une des zones d'endémie virale d'HTLV-1.

Au niveau de la file active, on retrouve environ 17,5% de mahorais ; 6,5% de français de La Réunion et de métropole ; 23% de malgaches ; 33,6% de comoriens majoritairement d'Anjouan, et 18,7% d'africains, principalement en provenance de la région des grands lacs, et au statut différent puisque souvent réfugiés politiques et qui obtiennent un titre de séjour plus facilement au titre de l'asile. Parmi les 96 nouveaux patients, on compte 51,3% de malgaches, 26,7% de comoriens, 21,3 % d'africains, 2,7 % de français non-mahorais d'origine, et seulement 6,7% de mahorais. On voit donc clairement que les migrations s'accroissent à Mayotte et que la migration historique des comoriens n'est plus la principale : les population malgaches et africaines s'accroissent.

Enfin, 79% de la file active a une charge virale indétectable et 36% des CD4 >500/μL. Il n'y a toujours pas de possibilité de mesure des CD4 à Mayotte, analyse biologique délocalisée à La Réunion, avec un projet en cours de pouvoir depuis longtemps réaliser de ce dosage à Mayotte, mais non concrétisé à ce jour.

Les autres IST sont également un sujet d'importance : infection par le VHB, mais aussi par Chlamydia (9% vs. 1,6% en métropole) et Trichomonas.

En 2023, une alerte a été faite en raison d'une explosion du nombre de nouveaux cas d'infection VIH diagnostiqués : ainsi, au 12/07/2023, 76 nouveaux diagnostics VIH avaient été confirmés, majoritairement originaires de l'Afrique des grands lacs.

Prise en charge des PVVIH

Les PVVIH sont essentiellement prises en charge à la consultation de maladies infectieuses du CH de Mayotte, à Mamoudzou, sans consultations délocalisées dans le reste de l'île. Les consultations se font avec interprète shimaore (langue de Mayotte), shibushi (langue de Madagascar) ou swahili. Il y a également un CeGIDD au centre de santé de Jacaranda (en face du CHM).

L'offre de dépistage est limitée, incomplète et concentrée sur Mamoudzou. La médecine de ville n'est pas accessible à tous, réservée aux patients affiliés à la sécurité sociale. Il existe des besoins importants en termes de dépistage et de personnel habilité à dépister pour le VIH, mais aussi le VHB et le VHC. L'association Nariké M'sada est depuis 2018 la seule association habilitée à réaliser des TROD et ceci jusqu'au début 2023. Un plaidoyer visant à favoriser un déploiement massif du dépistage sur Mayotte, a permis de former 14 personnes de 7 structures partenaires aux TROD VIH, VHB et VHC en 2022, en cours d'habilitation. Depuis 2019, l'ARS de Mayotte co-organise avec Nariké M'sada la semaine du dépistage des IST dans une démarche d'aller-vers et d'implication de différents partenaires associatifs. Plusieurs formations aux TROD ont été organisées par l'ARS et le COREVIH. Un projet de mise en place des TROD dans les centres de soins du nord, du centre, du sud et du grand Mamoudzou est en cours.

Tissu associatif

L'association *Nariké M'sada* propose un accompagnement, un soutien individuel et collectif des PVVIH; le dépistage dans et hors les murs du VIH, du VHB et du VHC ; des actions de prévention en santé sexuelle auprès de la population générale et des jeunes ; un accompagnement en santé sexuelle et un soutien des travailleurs et travailleuses du sexe ; l'animation d'une ligne d'écoute anonyme et gratuite en santé sexuelle et reproductive en partenariat avec SIDA Info Service est prévue. Depuis 2022, Nariké M'sada est porteuse du dispositif « Mayotte, département sans SIDA et hépatites ». Dans ce cadre, elle développe le projet Caravane Mayotte en santé qui consiste à mobiliser différents acteurs afin de proposer une offre pluridisciplinaire pour favoriser un meilleur accès au dépistage, à la prévention et l'accès aux soins. Cette action devrait permettre une politique de repérage et de dépistage auprès des populations les plus exposées et/ou les plus éloignées du système de santé. Elle permettrait ainsi l'orientation et l'accompagnement des personnes concernées pour une prise en charge globale et précoce grâce aux partenariats établis avec le centre hospitalier de Mayotte, le CeGIDD et l'ensemble des structures partenaires dudit projet.

La *plateforme POPAM* (plateforme Oppelia de prévention et de soin des addictions à Mayotte) associe les missions du CSAPA et du CAARUD en organisant son équipe et ses activités en trois pôles d'intervention : le pôle CSAPA – soins et accompagnements « le centre de soins » chargé de développer l'accès aux soins, la coordination des parcours de soins et des accompagnements médico-sociaux ; le pôle CAARUD – réduction des risques et aller-vers « l'équipe mobile » développant la réduction des risques et le contact avec les usagers au plus près des lieux de consommation ; et le pôle CSAPA – CJC, intervention précoce et prévention « le service prévention » orienté vers les populations jeunes, le repérage, l'aide au repérage, l'évaluation et l'accompagnement. En termes d'addiction, l'une des principales préoccupations sont les drogues « chimiques », cannabinoïdes de synthèse mélangés avec du cannabis, roulés en cigarette et trempés dans de l'alcool, et parfois avec des benzodiazépines.

Croix-Rouge française : il existe un pôle santé sexuelle et reproductive à la Croix-Rouge française qui est responsable de la plateforme de distribution de préservatifs à Mayotte (institutions, collège, associations, équipes de terrain/maraudes), collabore avec le CeGIDD et accompagne les personnes qui réalisent des dépistages par TROD.

L'Association Maecha Na Ounono Carpe Diem fait du soutien aux PVVIH par les pairs. Elle propose également des services aux personnes isolées. Son programme inclut des animations et loisirs, la protection de l'enfance, l'insertion des jeunes, le soutien aux aînés et des services à la personne ainsi qu'un accompagnement social et sanitaire. Des membres de l'association sont en cours de formation au dépistage par TROD. Du bien grandir au bien vieillir, l'association apporte un soutien de proximité à la population mahoraise.

Solidarité Mayotte est une association sanitaire, sociale et médico-sociale qui a pour but d'apporter assistance, accompagnement social et soutien psychologique à tous les demandeurs d'asile ainsi qu'aux personnes vulnérables sur l'île de Mayotte, et dont l'IDE a été formée au dépistage par TROD.

Mlezi Maore est un acteur qui intervient dans les champs médico-sociaux du handicap, de la jeunesse, des solidarités, de l'insertion et de la vie sociale. C'est un EVARS tout public et la seule association de Mayotte agréée pour mettre en œuvre le parcours de sortie de prostitution.

Populations en difficultés

Etrangers

Les étrangers représentent une part importante des PVVIH. La délivrance des titres de séjour pour étranger malades fonctionne plutôt bien grâce à une antenne locale de l'OFII, et un traitement des dossiers en lien avec Bordeaux. Un délai de 4 à 6 mois est nécessaire pour l'obtention du récépissé et 12 à 24 mois pour le titre de séjour. Si la prise en charge médicale est globalement bonne, le problème majeur de cette population concerne la qualité de vie : situations d'isolement, de très grande précarité, d'exclusion, de stigmatisation, qui amènent au travail du sexe. Les handicaps sociaux sont particulièrement accentués à Mayotte. Il existe des distributions de bons alimentaires mais qui sont très insuffisants. Il existe également une problématique majeure d'observance liée à la promiscuité et à la confidentialité, aux coupures d'eau, etc. Enfin, les personnes en situation irrégulière sont victimes des arrestations régulières faites par la police aux frontières devant les dispensaires et le CHM. Des

PVVIH se retrouvent ainsi incarcérées au centre de rétention administrative où leur téléphone portable leur est saisi, et dans l'impossibilité de prendre leur traitement.

Mineurs

Il existe une population de mineurs isolés importante à Mayotte. Le sous-dépistage est important chez les mineurs de façon générale, en partie lié à la tradition musulmane, de la nécessité d'autorisation parentale, de l'absence de reconnaissance des rapports sexuels avant le mariage, etc, entraînant une possible sous-diagnostic des infections dans cette population.

Travailleurs et travailleuses du sexe

Si la prostitution a changé dans ses modalités et ses formes, notamment avec l'usage de plus en plus fréquent d'internet, son développement est largement lié au contexte de précarité économique et sociale en vigueur à Mayotte, ainsi qu'à la vulnérabilité dans laquelle se trouvent de nombreuses PVVIH, mais également des personnes migrantes contraintes à une prostitution de survie.

La précarité économique et sociale a un impact sur la capacité des personnes en situation de prostitution à refuser des rapports sexuels non protégés ; sur leur accès à une couverture d'assurance maladie (par manque d'information ou en raison de la complexité des démarches administratives à entreprendre) ; à l'information médicale et aux soins, ainsi que leur accès au logement. L'ARS de Mayotte a commandité un diagnostic réalisé par l'*Amicale du Nid*.

HSH

L'homosexualité reste encore un tabou important sur l'île. La part de cette population augmente dans la file active. Bien qu'encore très cachées, en dehors de quelques métropolitains, ces personnes vont néanmoins plus vers le soin qu'avant. Il n'existe pas de lieux de rencontre « officiels ».

Sur les 1800 personnes de la file active totale du CeGIDD, seules 20 personnes se disent HSH, 20 se disent bisexuelles soit 40/1800, chiffres probablement très sous-estimés.

1.3. Océan Pacifique

Les territoires ultramarins de l'océan Pacifique sont composés de plusieurs COM :

- La Polynésie française, située dans le sud de l'océan Pacifique, à environ 6 000 kilomètres à l'est de l'Australie, composée de cinq archipels (regroupant 118 îles, dont 67 sont habitées) : archipel de la Société, comportant les îles du Vent (Tahiti, Moorea et Tetiaroa) et les îles sous le vent (Raiatea, Tahaa, Huahine, Bora Bora et Maupiti) ; les îles Marquises ; les îles des Australes ; les îles des Tuamotu, et les îles des Gambier.
- La Nouvelle-Calédonie, archipel situé dans l'océan Pacifique à 1 500 km à l'est de l'Australie et à 2 000 km au nord de la Nouvelle-Zélande, et qui comprend la Grande-Terre, l'île des pins, l'archipel des Bélep, Huon et Surprise, les îles Chesterfield et les récifs Bellone, les îles Loyauté (Maré, Lifou, Tiga, Beautemps-Beaupré et Ouvéa), l'île Walpole, les îles de l'Astrolabe, les îles Matthew et Fearn ou Hunter, ainsi que les îlots proches du littoral.

- Le territoire des îles Wallis et Futuna, archipel de trois îles principales, Wallis, Futuna, Alofi et les îlots qui en dépendent, situées entre les îles Fidji à l'ouest, les îles Samoa à l'est et les îles Tonga au sud-est ^[15].
- L'île de Clipperton également appelée île de la passion, est une possession française composée d'un unique atoll situé dans l'est de l'océan Pacifique nord. Elle n'est pas habitée et ne sera donc pas traitée ici.

1.3.1. Polynésie française

Situation générale

La Polynésie française (PF) située au milieu du Pacifique sud, au centre d'un triangle dont les sommets sont Hawaï, l'île de Pâques et la Nouvelle Zélande loin de toute terre continentale, est aussi vaste que le continent européen (5,5 millions km²).

Sur une population totale de 278 786 habitants en 2022 (recensement de l'institut statistique de la Polynésie française), 68% vit sur l'île principale de Tahiti, le reste étant inégalement réparti entre les 75 autres îles habitées (notamment sur l'archipel des îles de la Société) ^[18].

La Polynésie française est une COM (dénommée communément « pays ») dotée d'un statut d'autonomie en application de l'article 74 de la constitution française, renforcé dernièrement en 2004 ^[19].

Depuis 2004, et pour simplifier la compréhension du statut d'autonomie, il est précisé que la Polynésie française est compétente dans toutes les matières à l'exception de celles expressément attribuées à l'Etat (missions régaliennes). Par conséquent, la santé est une compétence propre du pays. Ainsi, le pays élabore les politiques nationales d'aide sociale et de santé.

La direction de la santé (DS) emploie 1200 agents dont 104 praticiens (délibération n° 92-97 AT du 1^{er} juin 1992 définissant les missions du service territorial de la santé publique dénommé "direction de la santé et [Arrêté n° 1771 CM du 26 août 2021 portant organisation de la direction de la santé](#)). Elle assure deux missions principales :

- Élaborer et mettre en œuvre les politiques publiques de bien-être, de promotion de la santé, de prévention de la santé, priorisées selon les orientations du ministère de la santé et en charge de la prévention ;
- Gérer 122 structures publiques de proximité de santé répartis sur les 5 archipels (dont 4 hôpitaux « de proximité », le centre de la mère et de l'enfant, de soins secondaires et 116 établissements de soins primaires : 13 centres médicaux, 17 dispensaires, 20 centres dentaires, 23 infirmeries, 43 postes de secours). <https://www.service-public.pf/dsp-direction-de-la-sante-publique/>.

La DS assure également la liaison avec le ministère de la santé, l'agence de régulation des affaires sanitaires et sociales (ARASS), des partenaires hospitaliers privés (cliniques Cardella et Paofai, centres de dialyse APair'Apurad, Dial'ysis, CRF Te Tiare...) et publics (institut du cancer de Polynésie française, institut Louis Malardé, et le Centre Hospitalier de Polynésie française).

Le Centre Hospitalier de Polynésie française (CHPF) situé à Pirae, Papeete à Tahiti emploie 150 praticiens et offre un plateau technique de haut niveau et un soutien en soins spécialisés à la population, soit par un accès direct via les urgences (40 000 visites par an), soit par transfert médical depuis des structures de soins primaires ou secondaires.

L'espérance de vie moyenne en Polynésie française est de 78,5 ans pour les femmes et 75,1 ans pour les hommes (contre 85,6 et 78,5 respectivement en métropole). La forte prévalence des maladies non transmissibles peut expliquer cette différence. En effet, 75% de la population est en surpoids, dont 48% en état d'obésité, alors que le diabète sucré et l'hypertension artérielle touchent respectivement 14% et 33% des habitants ^[20, 21].

Le financement de la santé repose principalement sur les cotisations prélevées par la caisse de prévoyance sociale pour les salariés et les patentés, et sur des prélèvements indirects (impôts, versements du budget général du pays, subventions de l'Etat, dons, legs et produits de participations).

File active

L'infection par le VIH a été introduite en Polynésie française au début des années 1980. Les premières personnes infectées étaient des HSH et des patients évacués vers la France pour une chirurgie spécialisée qui ont été infectés par du sang contaminé. Certaines de ces personnes font encore partie de la cohorte actuelle de PVVIH.

En 2022, 20 nouveaux cas ont été déclarés, parmi lesquels 13 étaient des cas nouvellement diagnostiqués, tous Polynésiens, les 7 autres venaient de France où le diagnostic avait déjà été réalisé. En 2021, 14 nouveaux cas ont été diagnostiqués ^[22]. En 2020, un seul cas avait été rapporté mais la baisse observée était vraisemblablement liée au contexte pandémique COVID-19 et non à un changement épidémiologique ou comportemental.

Fin 2022, 169 PVVIH (sex-ratio 1,72) étaient suivies par le système médical polynésien, la cohorte principale (95%) étant suivie par le CCSMIT, unité référente pour le VIH/SIDA en Polynésie française. L'âge moyen de cette cohorte était de 50 ans (tant chez les hommes que chez les femmes). La quasi-totalité (94%) des PVVIH étaient traités par un traitement antirétroviral et parmi eux, 92% avaient obtenu un succès virologique (charge virale <40 copies/mL). L'incidence du VIH est estimée à 0,5/1000 et la prévalence à 5,5/10 000 (0,97/1000 chez les 15-24 ans) ^[23]. Dans la file active, 23% des PVVIH étaient HSH, et aucun n'était étranger. Environ la moitié des nouveaux cas annuels viennent de l'extérieur de la Polynésie française, principalement de métropole, souvent déjà diagnostiqués. A ce jour, aucune transmission par voie sanguine n'a été recensée en Polynésie française du fait du très faible usage de drogues IV sur le territoire.

Le manque de confidentialité est un défi tant pour la prise en charge des PVVIH que pour les personnes souhaitant se faire dépister, notamment en dehors de l'île principale (Tahiti). En effet, sur les îles, tout le monde se connaît et se côtoie. La situation dans les îles plus isolées comme dans les Marquises, les Australes ou les Gambier est mal connue, peu de dépistages étant réalisés du fait de cette absence de confidentialité.

Prise en charge des PVVIH

Plus de 90% des patients de l'archipel de la Société sont suivis à Papeete, principalement par un médecin en ambulatoire (suivi organisé par l'équipe du centre des maladies infectieuses et tropicales – CMIT composée d'un médecin et de 3 IDE qui effectuent également des maraudes) avec une prise en charge au CHPF pour les complications. Deux IDE accompagnent la prise en charge ambulatoire, à la fois des consultations VIH et des maraudes.

La PrEP est l'un des outils de prévention utilisée par l'équipe du CMIT depuis 2017, notamment chez les HSH et les travailleurs du sexe de la zone urbaine de Tahiti. Environ 60 personnes bénéficient de la PrEP en 2022, bien qu'elle ne soit pas prise en charge financièrement par les services du pays.

Les dernières données montrent que le nombre d'IST diagnostiquées est supérieur à la détection des nouveaux cas d'infection VIH.

Parmi les positivités pour la syphilis, les facteurs de risque retrouvés étaient un antécédent d'IST et des relations homosexuelles. L'incidence de la syphilis en 2020 était plus élevée (8%) chez les travailleurs du sexe, et atteignait 35% en 2018 dans cette même population ^[13,22].

Populations en difficultés

Migrants

Il y a peu ou pas de migrants en Polynésie, et il n'y a donc pas de problématique liée à cette population.

Transgenres

La transidentité est une particularité de la région polynésienne et se manifeste tôt (à l'adolescence). Les personnes transgenres appelés *mahu* et *rae* (parfois regroupés sous le terme « 3^e genre ») sont mobiles et constituent l'équivalent de migrants entre les îles ^[24]. Elles sont plus souvent retrouvées à Maiao et Bora-Bora. Elles peuvent être discriminées et instrumentalisées par la communauté, avec un rejet favorisé par le poids de la vie religieuse des communautés.

Le terme *mahu* désigne les personnes du 3^e genre qui ont un rôle spirituel et social au sein de la culture traditionnelle. Personnes de sexe masculin à la naissance, avec une expression de genre féminine, elles sont souvent confondues avec les *rae*, nom que l'on donne aux personnes transgenres recevant un traitement hormonal et parfois opérées. Les *mahu* servaient à protéger le chromosome Y au temps des guerres tribales où les hommes étaient décapités : les *mahu* subsistaient et gardaient le Y dans la tribu. Les *mahu* peuvent d'ailleurs être mariées avec des femmes et avoir des enfants. Elles sont homosexuelles ou bisexuelles et participent à l'éducation sexuelle des jeunes mais sans notion de tarification. *Rae rae* a plutôt un sens péjoratif et désigne des homosexuels travestis qui se prostituent contre de l'argent.

Travailleurs et travailleuses du sexe

La prostitution est soumise à la même réglementation qu'en France mais les travailleurs et travailleuses du sexe sont plus difficilement accessibles (via les réseaux sociaux, ...). On retrouve à la fois une prostitution de rue, une prostitution souterraine invisible des femmes, ainsi qu'un développement important de la prostitution en ligne, notamment chez les étudiants.

À Bora Bora, île attirant le maximum de touristes, on observe un fort taux de prostitution, notamment parmi la population de *rae rae* qui travaille dans les hôtels. Une information sur la prévention et le dépistage est réalisée auprès de cette population.

En dehors d'un nouveau concept débuté en 2023 « la X room Tahiti », le pays n'a recensé aucun lieu de consommation sexuelle sur le territoire (backrooms, saunas ou clubs échangistes).

Tissu associatif

Les deux associations existantes en Polynésie française sont *Agir contre le SIDA* et *Cousins/Cousines de Tahiti* regroupées sous la même bannière. Ces associations sont ambassadrices du VIH/SIDA dans tout le Pacifique, travaillent avec les infectiologues, animent des stands d'information et de dépistage dans les écoles, les animations sportives, l'université etc, distribuent des autotests et font des dépistages par TROD combinés VIH et syphilis. Elles sont actives à Tahiti mais aussi à Bora Bora où elles font de l'information auprès de la population des travailleurs du sexe transgenre qui travaille dans les hôtels au contact des touristes.

1.3.2. Nouvelle-Calédonie

Offre de soins

Il y a un service d'hospitalisation avec un service de maladies infectieuses au sud de l'île à Nouméa, et des consultations à Kone dans le nord.

A Nouméa, Il existe un espace CMP et CeGIDD qui permettent le suivi et l'accès aux soins pour les personnes n'ayant pas de couverture des soins.

Il existe globalement un problème majeur d'anonymat en Nouvelle-Calédonie, notamment pour la dizaine de patients suivie au nord, bien que la file active soit majoritairement au sud qui regroupe 80% de la population autour de Nouméa.

On constate un problème global d'accès aux soins dans de nombreuses régions de l'archipel : l'île des pins, Maré, Lifou et Hoovéa et dans le grand nord. Il existe des dispensaires avec un gros turn-over et parfois pas de médecin, et peu de dépistages y sont réalisés. Les PVVIH de ces îles viennent se faire suivre à Nouméa.

File active

File active de 273 PVVIH en 2021 dont 5 nouveaux cas. On observe une prédominance masculine (sex ratio H/F 3,1), les 20-49 ans représentent 81% et les HSH 44% en 2020, dont une partie originaire de France métropolitaine.

Il y a globalement peu de migrants en Nouvelle-Calédonie de par sa situation géographique et donc peu de migrants dans la file active.

Ainsi schématiquement on retrouve deux grandes catégories de PVVIH, d'un côté les HSH originaires de métropole, et de l'autre des populations locales en grande précarité.

On observe peu de contaminations par le VIH car il n'y a pas de « réservoir » (épidémie cachée), mais beaucoup d'IST avec des chiffres très élevés équivalents à ceux des HSH de métropole pour la syphilis, les Chlamydiae et le Gonocoque.

Populations à risque

HSH

Les personnes HSH autochtones sont souvent en rupture avec la culture kanake par peur du rejet, notamment dans les tribus où leur situation est difficile. Pour ceux qui vivent à Nouméa, on constate une rupture avec leur famille, ils vivent souvent cachés. Il n'y a pas de lieu festif LGBT (saunas, boîtes de nuit, etc), les personnes se retrouvent via des sites de rencontre privés.

Usagers de drogue

Il y a peu de consommation de drogue autre qu'inhalée en Nouvelle-Calédonie. On constate peu de drogues IV, généralement importées de l'extérieur, globalement peu de chemsex, et sans usage d'injections. Il existe une petite communauté HSH, où tout le monde se connaît, consommatrice de chemsex surtout lors des voyages en Europe ou en Australie.

Travailleurs et travailleuses du sexe

Ce sont beaucoup les personnes transgenres qui se prostituent ; quelques travailleurs et travailleuses sont suivies pour une infection VIH mais c'est exceptionnel, avec peu de dépistages positifs dans cette population.

Population carcérale

Il n'y a qu'un centre pénitentiaire situé à Nouméa où un dépistage systématique des hépatites et du VIH est réalisé en milieu carcéral. Il n'y a pas de signal épidémique particulier à noter à la connaissance des professionnels de santé interrogés, malgré un suivi médical post-incarcération assez systématique.

Accès aux soins

Activité de dépistage :

Deux principaux centres de dépistage : le CeGIDD au centre de Nouméa et le centre médical de la DPAS, à Païta, à proximité de Nouméa. Ils ont plusieurs missions, de dépistage et de prévention, notamment pour IST et VIH, de suivi et de PrEP.

Tous les autres centres médico-sociaux ont la possibilité de faire des dépistage gratuits et anonymes : TROD hépatites, VIH, syphilis et également PCR Gonocoque et Chlamydia.

L'association *Solidarité SIDA* fait aussi des TROD et des PCR Gonocoque et Chlamydia.

Ils réalisent également un peu d'activité de dépistage hors-les-murs mais uniquement par des professionnels de santé. Un projet de loi est en cours pour que des non-professionnels de santé puissent également faire du dépistage hors-les-murs.

L'association *CP2S Comité de Promotion de la Santé Sexuelle* ne fait pas de dépistage mais plutôt des actions de sensibilisation, en milieu scolaire surtout.

1.3.3. Wallis & Futuna

Il n'y a pas de personnes officiellement suivies pour une infection par le VIH à Wallis et Futuna. Un patient de Wallis viendrait récupérer son traitement ARV tous les 3 à 6 mois à Nouméa. Wallis dispose d'ARV pour la prise en charge des AES mais aucune délivrance n'a été réalisée ces 10 dernières années.

La problématique de l'hépatite B est en revanche plus préoccupante.

Le dépistage de la syphilis, systématique en cours de grossesse (environ 110 grossesses par an) n'a pas identifié de cas ces dernières années, mais l'augmentation de l'incidence de la syphilis en Nouvelle-Calédonie incite à rester vigilant.

Il n'y a pas de centre de dépistage anonyme et donc peu de dépistage, en particulier chez les jeunes. En revanche on voit régulièrement des infections à *Chlamydia* symptomatiques, mais peu d'infections à *Gonocoque*.

A Futuna, il y a des campagnes de prévention et d'informations organisées dans les villages et au collège avec des séances de « vie affective et sexuelle », où des messages de prévention et d'informations sur les dépistages sont délivrés. Les jeunes de la 6^e à la 2nde reçoivent des informations sur la santé sexuelle.

La consultation de sage-femme est actuellement le seul endroit de dépistage des IST à Futuna. Les jeunes femmes nouvellement en couple viennent souvent en consultation pour des questions de désir d'enfant, et des dépistages sont alors proposés. Les consultations de recours à l'IVG sont aussi un moment propice au dépistage ciblé.

2. Epidémiologie des hépatites virales chroniques dans les DROM-COM

Les données concernant l'incidence et la prévalence des hépatites virales (VHB et VHC) sont hétérogènes dans les outre-mers. Pour les DROM (Guyane, Guadeloupe, Martinique et La Réunion), on dispose de données sur les taux de positivité de personnes réalisant un test de dépistage à travers les données de CDAG puis de CeGIDD et des données issues des enquêtes LaboHep et du SNDS publiées régulièrement par Santé publique France (2013, 2016, 2021) et de quelques données de prévalence dans des groupes à risque spécifiques : femmes enceintes, détenus, PVVIH, issues d'enquêtes de SpF ou d'études publiées. Des données de prévalence et d'incidence sont également disponibles via les bilans d'activité des COREVIH. Les principales données disponibles sur la prévalence du VHB et du VHC dans les DROM-COM sont résumées sous la forme de 2 tableaux. Un premier tableau récapitulant les données de la littérature de tous les DROM-COM, disponibles sur pubmed et internet, hors publications de Santé publique France, et un second tableau reprenant les publications régulières de Santé publique France avec les différents indicateurs des hépatites virales dans les DROM, mis en perspective avec les chiffres de métropole.

Le tableau 6 résume les principales données de SpF concernant l'infection par le VHB dans les DROM ;

Le tableau 7 synthétise les données de la littérature concernant l'infection par le VHB ;

Le tableau 8 résume les principales données de SpF concernant l'infection par le VHC dans les DROM ;

Le tableau 9 synthétise les données de la littérature concernant l'infection par le VHC ;

Des cartes de synthèse de la prévalence des infections VHB et VHC sont également proposées (cf 6.2 et 6.3)

2.1. Hépatite B

Vaccination anti VHB

Concernant l'hépatite B, il est intéressant de noter que la prévalence varie énormément d'un territoire à l'autre, et également d'un groupe ethnoculturel à l'autre au sein de chaque territoire.

La mise en place de la vaccination anti-VHB à partir des années 1990, puis l'instauration précoce chez les nouveau-nés jusqu'à la vaccination systématique à la naissance dans certains territoires, semble avoir permis de diminuer de façon importante la prévalence parmi les classes d'âges les plus jeunes. Dans les DROM (Guyane, Antilles, Mayotte, La Réunion), qui suivent les recommandations nationales, la primo-vaccination (deux injections suivies d'un rappel) est obligatoire pour tous les enfants nés à compter du 1^{er} janvier 2018 ^[25]. En Nouvelle-Calédonie, la vaccination anti-VHB est également obligatoire à la naissance pour tous les enfants, avec injection de gammaglobulines spécifiques si la mère est Ag HBs positif ^[26]. La Polynésie française a historiquement été considérée comme hautement

endémique pour l'hépatite B. La vaccination systématique de tous les nourrissons à la naissance contre le VHB a donc été initiée en 1992 ^[27]. Enfin, à Wallis & Futuna, la vaccination anti-VHB a été introduite en 1992, et la vaccination à la naissance rendue obligatoire en 2006 ^[28].

Etudes de prévalence 2013-2023

En Guyane, la prévalence du portage de l'antigène HBs dans les territoires de l'intérieur au cours d'une étude réalisée entre 2012 et 2016 était de 2,1% (1,1% chez les femmes et 3,7% chez les hommes) avec des variations importantes d'une commune à l'autre, comme par exemple Cacao 9,4%, Régina 3,0%, Iracoubo 2,6%, Maripasoula 2,1%, Camopi et Saint Georges 1%, Papaïchton 0,9% ^[29]. Dans cette étude, aucune co-infection avec l'hépatite delta (VHD) n'avait été notée ^[29]. D'autres études réalisées entre 2017 et 2022 montraient parmi les différentes populations un portage de l'Ag HBs de 1,03% chez les femmes enceintes dans l'enquête périnatale 2016 (échantillon représentatif), 4,6% chez les orpailleurs illégaux travaillant en forêt, 3% chez les détenus du centre pénitentiaire de Guyane (CPG), 10,1% chez les PVVIH suivies à Cayenne, 8,1% chez les détenus PVVIH du CPG, 3% parmi les consultant de la Croix-Rouge française (hommes 4%, femmes 2%) prenant en charge avant tout des migrants récents, et enfin 2,1% des habitants des villages du Maroni à la frontière surinamaïse ^[30-35]. Le taux de positivité en CDAG 2013-2015 était de 2,28% (contre 0,87% en métropole), 2% en 2015 dans les CDAG, et 2,65%, 2,26% et 2,02% en 2016, 2017 & 2018, respectivement dans les CeGIDD ^[30, 36, 37].

En Guadeloupe, la prévalence de l'AgHBs était de 1,41% parmi 2200 patients du centre de santé Sainte Geneviève en 2006-2007 en Guadeloupe ^[38]. Elle était de 0,1% parmi une cohorte de femmes enceintes et de 0,48% au CDAG 2013-2015 en Guadeloupe, 0,53% en 2015 puis 0,39%, 0,77% et 0,45% en 2016, 2017 et 2018 en CeGIDD, respectivement ^[30, 36, 37]. Enfin la prévalence de l'AgHBs chez les femmes enceintes était de 0,1% dans une étude réalisée en 2014 et dans l'enquête nationale périnatale 2016, elle était de 1,39% ^[39].

En Martinique, le taux de positivité de l'AgHBs en CDAG était de 0,68% dans une enquête 2013-2015, de 0% en 2015, et de 0,31% et 0,56% en 2016 et 2018 en CeGIDD ^[30, 35, 38]. Une enquête réalisée parmi les femmes enceintes en 2014 retrouvait une prévalence de l'AgHBs à 0,8% et de 1,43% en 2016 dans l'enquête périnatale 2016 (échantillon représentatif) ^[30, 39].

A La Réunion, le taux de positivité de l'AgHBs est très faible. En CDAG, il était de 0,57%, 0,50%, 0,42% et 0,30% en 2015, 2016, 2017 et 2018, respectivement ^[36, 37]. Le taux de prévalence de l'AgHBs chez les femmes enceintes, dans l'enquête nationale périnatale 2016 était de 0% ^[39]. Parmi les personnes positives en AgHBs, on retrouve fréquemment des personnes originaires de Mayotte, des Comores et de Madagascar.

A Mayotte, une enquête de santé menée en 2018-2019 auprès d'un large échantillon aléatoire de la population générale vivant à Mayotte a permis d'estimer la prévalence de l'AgHBs à 3,0% [IC95% : 2,3-3,0] ^[40]. La prévalence du VHD était de 0,7%. Les facteurs de risque de portage de l'AgHBs en analyse multivariée étaient le genre masculin et l'âge entre 30-39 ans. Le taux de positivité de l'AgHBs en CDAG était de 1,86% et 0,30% en 2015 et 2017, respectivement ^[36, 37]. Le taux de prévalence de l'AgHBs chez les femmes enceintes, dans l'enquête nationale périnatale 2016 était de 4,79% ^[39].

Les îles du Pacifique ont été longtemps considérées comme à haute prévalence pour l'hépatite B, entraînant des politiques vaccinales drastiques. Ainsi, en Polynésie, la prévalence de l'AgHBs était de 0% parmi des écoliers en CP en 2014 ^[41], conséquence très probable de la mise en place de la vaccination systématiques enfants à la naissance, ce qui a amené en 2018 à une cérémonie officielle de certification de l'élimination de l'hépatite B. Une enquête réalisée en 2019 parmi 2100 adultes de 18 à 69 ans de 18 des 55 îles de l'archipel montrait une prévalence de l'AgHBs de 1,0% ^[42].

En Nouvelle-Calédonie une enquête réalisée chez 1008 personnes de tout le territoire en 2013 a montré une prévalence de l'AgHBs de 3,3% (femmes 3,7% ; hommes 2,9%), avec des variations selon l'âge (0,9% <25 ans vs. 4,7% ≥25 ans), d'une province à l'autre au sud, 3,1% ; au nord, 3,1%, îles Loyauté 5,9% et d'une communauté à l'autre, mélanésiens 5,0% ; polynésiens 1,7% ; européens 0,7% ^[43].

A Wallis & Futuna, la prévalence de l'AgHBs en 2012 chez 427 écoliers de 6 à 11 ans était de 0,9% (1,1% à Wallis et 0,6% à Futuna ; 1,3% chez les garçons et 0,5% chez les filles) ^[44]. L'incidence annuelle moyenne sur la période 2020-2022 était de 7 cas/an, surtout chez des plus de 45 ans vs. 60 à 80 cas/an au début des années 2000, essentiellement chez des 15-44 ans ^[13]. A Futuna, il y aurait une trentaine de patients suivis pour une hépatite B chronique dont un quart à un tiers sous traitement. Il existe une difficulté pour les échographies de suivi, car les patients doivent aller à Wallis. L'hépatite B reste encore bien présente et la vaccination contre l'hépatite B en prévention primaire se fait chez les nouveau-nés (comme dans d'autres DROM-COM), à l'occasion d'une consultation de grossesse, ou de dépistage d'IST.

2.2. Hépatite C

Dans les territoires ultramarins français, et en particulier ceux d'Amérique, il y a peu d'usage de drogue IV, entraînant une prévalence généralement assez faible de l'hépatite C.

Données de prévalence

En Guyane, le taux de positivité des Ac anti-VHC, au cours d'une étude menée dans l'ouest de la Guyane en 2012, était de 0,2 à 0,5% chez les femmes enceintes de l'ouest guyanais, et de 1,1% dans les centres de dépistage de l'ouest guyanais, de 0,9% au cours d'une enquête menée dans les communes de l'intérieur entre 2012 et 2016 (Saint Georges et Régina 1,4%, Maripasoula 1,0%), de 0,7% parmi 416 orpailleurs illégaux en 2015, et de 0% puis 0,4% parmi les détenus du centre pénitentiaire de Guyane en 2014 et entre 2013 et 2020, respectivement ^[29, 31, 32, 45, 46]. En CDAG le taux de positivité des Ac anti-VHC était de 0,62%, 0,58%, 0,32% et 0,30% en 2015, 2016, 2017 et 2018, respectivement ^[36, 37]. Le taux de positivité des Ac anti-VHC pour l'ensemble des laboratoires de biologie médicale était de 0,38%, 0,57% et 0,75% en 2013, 2016 et 2021, respectivement au cours de l'enquête LaboHep ^[47, 48].

En Guadeloupe, on retrouvait une prévalence des Ac anti-VHC parmi 331 patients suivis pour drépanocytose de 2,7% entre 1990 et 1999 ^[49]. Une étude menée parmi 2200 patients du centre de santé Sainte Gèneviève en 2006-2007 a retrouvé une prévalence des Ac anti-VHC de 0,55% ^[38]. En

CDAG/CeGIDD, le taux de positivité des Ac anti VHC était de 0,18%, 0,62%, 0,52% et 0,30% en 2015, 2016, 2017 et 2018, respectivement [36, 37]. Le taux de positivité des Ac anti-VHC pour l'ensemble des laboratoires de biologie médicale était de 0,37%, 0,30% et 0,30% en 2013, 2016 et 2021, respectivement au cours de l'enquête LaboHep [47, 48].

En Martinique, une étude réalisée en 1995-1996 chez 467 femmes enceintes suivies en PMI retrouvait une prévalence des Ac anti-VHC de 0,85% [50]. Le taux de positivité des Ac anti-VHC retrouvé en CDAG/CeGIDD était de 0,28%, 0,64%, et 0,19% en 2015, 2016 et 2018, respectivement [36, 37]. Le taux de positivité des Ac anti VHC pour l'ensemble des laboratoires de biologie médicale était de 0,21%, 0,27% et 0,52% en 2013, 2016 et 2021, respectivement au cours de l'enquête LaboHep [47, 48]. Selon les soignants interrogés, toute la cohorte des patients co-infectés VIH-VHC (souvent d'anciens UDIV) a été guérie. Ils ne rapportent par ailleurs pratiquement aucune mono-infection. Quelques cas d'hépatite C aiguë ont été rapportés dans la population HSH.

A Saint-Pierre-et-Miquelon, il n'y aurait eu qu'un seul cas d'hépatite C traité il y a quelques années, selon le médecin interrogé.

A La Réunion, deux études publiées en 1999 retrouvaient une prévalence des Ac anti-VHC de 0,14% chez 1455 femmes enceintes et de 2% chez les détenus de la prison de Saint Pierre [51, 52]. Le taux de positivité des Ac anti VHC retrouvé en CDAG/CeGIDD était 0,59%, 0,65%, 1,66%, et 0,85% en 2015, 2016, 2017 et 2018, respectivement [36, 37]. Le taux de positivité des Ac anti-VHC pour l'ensemble des laboratoires de biologie médicale était de 0,26%, 0,24% et 0,23% en 2013, 2016 et 2021, respectivement au cours de l'enquête LaboHep [47, 48]. Selon le COREVIH, il y aurait 70 patients, traités et guéris pour la plupart, à La Réunion.

Même en l'absence de données, les soignants interrogés, notamment des territoires français d'Amérique et de La Réunion concluent que l'arrivée des nouveaux antiviraux à action directe au milieu des années 2010 a permis de traiter la grande majorité des patients connus.

Une étude menée récemment entre 2018 et 2019 dans la population générale à Mayotte retrouve une séroprévalence de 0,2% et un taux d'hépatite C chronique active de 0,1% [40]. Le taux de positivité des Ac anti-VHC retrouvé en CDAG/CeGIDD était de 0,43 et 0,16% en 2015 et 2017, respectivement [36, 37]. Le taux de positivité des Ac anti-VHC pour l'ensemble des laboratoires de biologie médicale était de 0,02%, 0,03% et 0,29% en 2013, 2016 et 2021, respectivement au cours de l'enquête LaboHep [47, 48].

Les données sont rares dans les territoires du Pacifique. Le taux de prévalence chez les recrues du service national en Nouvelle Calédonie en 1998-1999 était de 0,9% [53]. En Nouvelle-Calédonie, il n'y aurait pas de cas autochtones rapportés, mais uniquement des cas importés de l'extérieur, selon les soignants interrogés. En Polynésie française, l'étude MATAEA, en cours de publication, mais disponible en preprint, menée parmi 2100 adultes de 18 à 69 ans de 18 îles des 5 archipels, retrouve une prévalence nulle du VHC [42].

Selon les soignants interrogés de Wallis & Futuna, aucun cas d'hépatite C n'a été diagnostiqué ces dernières années.

3. Conclusion

Ce chapitre a démontré la grande hétérogénéité des territoires, du profil épidémiologique des PVVIH, des grandes différences inter-régionales dans la prévalence du VIH et des hépatites virales B et C. Il existe cependant quelques points communs, notamment une communication autour de la santé sexuelle et reproductive qui n'est pas assez adaptée aux populations locales, avec des campagnes de prévention nationale ne prenant pas suffisamment en compte la diversité culturelle, les croyances et langues locales. Les stratégies de communication dans les DROM nécessitent une adaptation aux spécificités (allophones, représentations et croyances différentes etc.) qui se met en place progressivement dans les différents territoires, chacun à son rythme mais avec des moyens qui ne sont pas toujours bien adaptés (financiers mais aussi en termes de professionnels en communication dans la santé). Dans les COM, notamment celles du Pacifique, la santé sexuelle et reproductive n'est pas placée en tête des problématiques de santé publique, comme le montre la difficile mise en place de la PrEP dans certains territoires. Espérons que ce chapitre aidera à appuyer les initiatives locales et mieux faire comprendre aux professionnels de santé, de toute la France métropolitaine et ultramarine, la variété des enjeux autour de la santé sexuelle et reproductive dans ces territoires aux profils si variés. D'autres points reviennent de façon récurrente d'un territoire à l'autre, comme celui des problèmes de confidentialité et de stigmatisation, liés au caractère isolé et/ou insulaire des territoires ultramarins, aboutissant à des problèmes d'inobservance, des ruptures de suivi, des sous-diagnostic. Poursuivre l'information et la sensibilisation des populations sur les sujets de santé sexuelle, notamment via la médiation en santé, les patients experts, issus des communautés, permettra de faire progresser ces sujets.

4. Tableaux

Tableau 1 : Population, surface et statut des DROM-COM

<i>Région</i>	<i>Amériques</i>						<i>Océan Indien</i>		<i>Océan Pacifique</i>			<i>Europe</i>
Territoire	Guyane	Martinique	Guadeloupe	St Martin	St Barthélémy	St Pierre et Miquelon	Mayotte	La Réunion	Polynésie	Nouvelle-Calédonie	Wallis & Futuna	Métropole
Population (habitants)	294 436	350 373	372 939	32 358	10 585	5 810	299 348	868 846	279 550	269 808	11 558	65 627 454
Surface (km ²)	83 846	1 128	1 628	53	24	242	376	2 512	4 167	18 576	124	551 695
Statut	DROM	DROM	DROM	COM	COM	COM	DROM	DROM	COM	COM	COM	Métropole

Légende : DROM : département-région d'outre-mer ; COM : collectivité d'outre-mer

Tableau 2 : File active de PVVIH et nombre de nouveaux cas de chacun des DROM-COM

<i>Région</i>	<i>Amériques</i>						<i>Océan Indien</i>		<i>Océan Pacifique</i>			<i>Europe</i>
Territoire	Guyane	Martinique	Guadeloupe	St Martin	St Barthélémy	St Pierre et Miquelon	Mayotte	La Réunion	Polynésie	Nouvelle-Calédonie	Wallis & Futuna	Métropole
File active*	1937	1134	1463	417	19	0	342	1011	169	273	0	111 930
Nouveaux cas en 2021**	76	52	61	4	0	0	55	36	14	5	0	4318
Nouveaux cas en 2021 rapporté à la population /1000	0,26	0,15	0,16	0,12	0,00	0,00	0,18	0,04	0,05	0,02	0,00	0,07
Nouveaux cas en 2020	81	45	56	12	1	0	43	23	1	10	0	4759
Nouveaux cas en 2020 rapporté à la population /1000	0,28	0,13	0,15	0,37	0,09	0,00	0,14	0,03	0,00	0,04	0,00	0,07
Nombre de sérologies VIH /1000 habitants en 2021 (SpF)	242	185	138**	ND	ND	0	116	115	ND	ND	SO	30
Sérologies VIH positive /1 000 sérologies réalisées en 2021 (SpF)	7,2	2,0	ND	ND	ND	0	3,5	0,5	ND	ND	SO	ND
Découvertes de séropositivité VIH /million d'habitants en 2021 (SpF)	ND	ND	ND	ND	ND	0	263	40	ND	ND	SO	ND

**Source : Santé publique France, COREVIH Guyane, COREVIH Guadeloupe/Saint Martin/Saint Barthélemy, COREVIH Martinique, COREVIH Océan Indien, Administration Territoriale de Santé de Saint-Pierre et Miquelon, Direction de la santé de Polynésie française, Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle Calédonie, Agence de Santé Wallis et Futuna, cohorte hospitalière ANRS-CO4 FHDH (1-14).*

Légende : SpF : Santé publique France ; SO : sans objet ; ND : donnée non disponible

** pour les chiffres de file active, ils ont été obtenus auprès des COREVIH sans prendre en compte les données de la cohorte hospitalière ANRS-CO4 FHDH à l'exception du chiffre de la file active pour la métropole*

*** le nombre de nouveaux cas indiqués pour la métropole correspond à un nombre corrigé (qui prend en compte la sous déclaration et les valeurs manquantes), alors que, cette correction n'ayant pas été possible pour la plupart des DOM en 2021, les nombres de nouveaux cas pour les DOM sont des données brutes qui sous-estiment la réalité*

Tableau 3 : Caractéristiques de genre, d'âge et d'origine géographique des PVVIH de chaque territoire

Territoire OM	Guyane	Martinique	Guadeloupe	St Martin	St Barthélémy	St Pierre et Miquelon	Mayotte	La Réunion	Polynésie	Nouvelle-Calédonie	Wallis & Futuna	Métropole
Sex ratio H/F	0,89	1,73	1,3	0,85	2,8	SO	0,79	2,6	1,72	3,1	SO	2,37
Transmission hétérosexuelle parmi la population totale (vs. homo/bisexuelle)	81%	65%	77%	86%	47%	SO	83%	53%	77%	56%	SO	54%
Transmission hétérosexuelle parmi les hommes (vs. homo/bisexuelle)	83%	48%	69%	71%	18%	SO	80%	44%	NC	32%	SO	26%
Pourcentage de personnes nées à l'étranger	82%	17%	38%	80%	31%	SO	76%	15%	0%	0%	SO	51%
Pays d'origine	Haïti 43%, Suriname 15% (à Saint Laurent, 50%), Guyana 8%, Brésil 7% (données incomplètes car environ 1/4 de la file active non incluse dans Nadis)	Haïti 10,9%, Sainte Lucie 1,4%, Rep Dom 0,8%	Haïti 31,3%, Dominique 3,5%, Rep Dominicaine 1,7%	Haïti 55,0% Dominique 1,4% Rep Dominicaine 12,8%	Haiti 1, Rep Dominicaine 1, Venezuela 1, Colombie 1, Brésil 1, Portugal 1	SO	Madagascar 23%, Comores 34%, Afrique 19%, Mayotte 18%, France métropolitaine 6%	Madagascar 7%, Maurice 2%, Afrique 2%, Comores 1%, Réunion 51%, Mayotte 3%, France métropolitaine 30%	Nouveaux cas en 2022: 13 Polynésiens, 7 français de métropole	SO	SO	

Patients sous traitement ARV	ND*	98%	97%	98%	100%	SO	96%	98%	94%	NA	SO	96%
CV indétectable	90%	91%	91%	89%	100%	SO	79%	93%	92%	NA	SO	97%
Age	Moyenne 47 ans, Médiane 46 ans	Médiane 55 ans (femmes et hommes idem)	Médiane 54,3 ans, Moyenne 53,5 ans (H 53,9; F 53,1) 34,2% ≥ 60 ans	Médiane 57 ans, Moyenne 55,4 ans (H 55,6; F 55,2) 39,3% ≥60 ans			Médiane 37 ans (H 42; F 35) Moyenne 38 ans (H40; F 36)	Médiane 53 ans (H 54; F 50; THF 48,5) Moyenne 51 ans (H 52; F 49; THF 46,5)	Age moyen 50 ans	20-49 ans : 81%		

Source : Santé publique France, COREVIH Guyane, COREVIH Guadeloupe/Saint Martin/Saint Barthélemy, COREVIH Martinique, COREVIH Océan Indien, Administration Territoriale de Santé de Saint-Pierre et Miquelon, Direction de la santé de Polynésie française, Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle Calédonie, Agence de Santé Wallis et Futuna, cohorte hospitalière ANRS-CO4 FHDH (1-14).

Légende : SpF : Santé publique France ; SO : sans objet ; ND : donnée non disponible ; NC : donnée non communiquée

* pourcentage de patients sous traitement difficile à estimer en Guyane, du fait d'une hétérogénéité des logiciels de suivi des PVVIH, d'un service à l'autre et d'un établissement à l'autre.

Tableau 4 : Fréquences de co-infections virales dans les différentes file active des PVVIH des DROM-COM

	Co-infection VHB (% d'AgHBs +)	Co-infection VHC (% d'Ac anti VHC +)	Co-infection HTLV (% sérologie HTLV1 +)	Population / Année
Guyane	4,0	1,0	ND	COREVIH 2021
	ND	ND	5,4	File active Guyane 2000-2012 ^[15]
	8,7	4,1	4,7	Cohorte détenus 2007-2013 ^[16]
	10,1	2,9	ND	File active Cayenne 2011 ^[16]
Martinique	2,1	3,9	2,3	COREVIH 2021
Guadeloupe	3,4	3,3	4,6	COREVIH 2020
Saint Martin	1,4	1,4	5,5	COREVIH 2020
Saint Barthélemy	0	5,2	0	File active 2022
Réunion	2,99	6,94	ND	COREVIH 2021
Mayotte	4,48	0,56	ND	COREVIH 2021
Nouvelle-Calédonie	NC	NC	NC	
Polynésie française	ND	0	0	File active 2022

Source : COREVIH Guyane, COREVIH Guadeloupe/Saint Martin/Saint Barthélemy, COREVIH Martinique, COREVIH Océan Indien

Légende : AgHBs : antigène HBs ; Ac anti-VHC : anticorps anti VHC ; VHB : virus de l'hépatite B ; VHC : virus de l'hépatite C ; HTLV : Human T-lymphotropic virus ; ND : pas de donnée disponible ; NC : donnée non communiqué

Tableau 5 : Données sur les IST issues du système de surveillance de la direction de la santé de Polynésie française 2018-2022

Données collectées CCSMIT et Institut Louis Malardé	2018 [25,26]	2021	2022 (1/01 - 31/07)
Total de l'échantillon	ND	6644 (100%)	4780 (100%)
Nombre de PCR multiplex + (% des échantillons totaux)	2324	3850 (58%)	2697 (56%)
<i>Chlamydia trachomatis</i> (Ct) (% d'échantillons positifs)	13,1%	459 (12%)	323 (12%)
<i>Mycoplasma genitalium</i> (Mg) (% d'échantillons positifs)	ND	207 (5,3%)	155 (5,7%)
<i>Trichomonas vaginalis</i> (Tv) (% d'échantillons positifs)	ND	185 (4,8%)	131 (4,8%)
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (Ng) (% d'échantillons positifs)	2,7%	56 (1,4%)	61 (2%)
Co-infections		Ng/Ct : 30 Ng/Mg : 10 Ng/Tv : 3 Ct/Tv : 43 Ct/Mg : 60 (1,6%) Ng/Ct/Tv : 2 Ng/Ct/Tv/Mg : 1	Ng/Ct : 27 Ng/Mg : 15 Ng/Tv : 7 Ct/Tv : 31 Ct/Mg : 48 (1,8%) Ng/Ct/Tv : 6 Ng/Ct/Tv/Mg : 4
Sérologies de la syphilis (% des échantillons totaux)	3626	2800 (100%)	2096 (100%)
TPHA positif	ND	155 (5,5%)	119 (5%)
TPHA + VDRL +	3,4%	71 (2,5%)	68 (3%)

Tableau 6 : Récapitulatif des données fournies et publiées par Santé publique France 2013-2021 concernant l'hépatite B dans les DROM uniquement (Guyane, Guadeloupe, Martinique, Réunion, Mayotte)

		Guyane	Guadeloupe	Martinique	Réunion	Mayotte	Hexagone
Taux de dépistage AgHBs /1000 hab pour l'ensemble des LBM, Enquête LaboHep [22, 23]	2013	67	98	83	97	72	58
	2016	120	108	199	88	90	65
	2021	209	167	155	127	117	80
Taux d'AgHBs positifs pour la 1^{re} fois /100 000 hab. pour l'ensemble des LBM, Enquête LaboHep [22, 23]	2013	101	92	33	49	242	49
	2016	183	43	52	50	344	51
	2021	157	55	89	0	244	55
Taux de positivité de l'AgHBs pour l'ensemble des LBM (%), Enquête LaboHEP [24-26]	2013	1,51	0,93	0,40	0,51	3,38	0,84
	2016	1,52	0,38	0,52	0,56	3,83	0,79
	2021	0,75	0,33	0,57	0,31	2,08	0,69
Taux de positivité AgHBs en CDAG/CeGIDD (%) [17, 18]	2016	120	108	199	88	90	65
	2021	209	167	155	127	117	80
	2017	2,26	0,77	-	0,42	0,00	1,25
	2018	2,02	0,45	0,56	0,30	-	1,20
	2021	2,70	0,07	0,43	0,24	5,26	0,80
Taux de positivité AgHBs des femmes enceintes (%) [19-21]	Enquête Elfe 2014	1,0	0,1	0,8	0,30	ND	0,8
	Enquête périnatale 2016	1,03	1,39	1,43	0,00	4,79	0,84
Personnes en ALD pour hépatite B chronique [22]	Taux en 2021 (/100 000 hab.)	171,0	93,3	57,7	52,5	6,9	56,2
Taux de patients hospitalisés, PMSI-CMO, 2020 [27]	POUR VHB chronique (/100 000 hab.)	3,47	1,84	0,56	0,70	1,08	2,0
	AVEC VHB chronique (%)	0,2	0,08	0,06	0,06	0,13	0,07
Taux de prévalence /10 000 du VHB chez les nouveaux donneurs de sang* [20, 28]	2013-2015	-	21,1	15,0	9,8	-	6,7
	2020-2022	-	16,05	12,96	7,21	-	4,62

*Légende : AgHBs : antigène HBs ; CDAG : Centres de dépistage anonyme et gratuit ; CeGIDD : Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic ; VHB : virus de l'hépatite B ; VHC : virus de l'hépatite C ; LBM : laboratoire de biologie médicale ; hab : habitants ; ALD : Affection de longue durée ; PMSI-CMO : fichiers constitués à partir de la base de données nationale du programme de médicalisation du système d'informations relative à l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé. * Source : données non publiées Santé publique France, INTS, EFS, CTSA. Pas de don du sang en Guyane et à Mayotte.*

Tableau 7 : Récapitulatif des données de la littérature sur l'hépatite B chronique dans les DROM-COM

Territoire OM	Référence	Résultats
Guyane	Haut Conseil de Santé Publique, 2008 [29]	Femmes ayant accouché à Saint Laurent du Maroni : prévalence Ag HBs 2,7% et Ac anti-HBc 33%
	Mahamat, Am J Trop Med Hyg, 2010 [30]	Prévalence Ag HBs 36/2347 femmes ayant accouché en 2007 au CH de Cayenne : 1,5% (IC95% 1,1-2,1) Ethnies : haïtiennes 2,5%, créoles 1,1%, noir-marrons 2,1%, brésiliennes 0,2%, asiatiques 11,0%, amérindiennes 0,7%, caucasiennes 0,0%.
	Flamand, BVS, 2011 [31]	Proportion d'enfants (CP, 6 ^e) vaccinés par 3 doses en 2009 : 75,8% IC 95% 7,2-76,4)
	Gaillet, BVS, 2017 [32]	Prévalence Ag HBs parmi 157/7480 patients des centres délocalisés de prévention et de soins entre 2012 et 2016 : 2,1% (1,1% femmes et 3,7% hommes). Cacao 9,4%, Régina 3,0%, Iracoubo 2,6%, Maripasoula 2,1%, Camopi et Saint Georges 1%, Papaïchton 0,9%. Seules 14 sérologies VHD réalisées, négatives.
	Douine, Clin Microb Infect, 2019 [33]	Prévalence Ag HBs en 2015 : 19 parmi 416 orpailleurs illégaux (4,6% IC95% 2,6-6,6) (5 AgHBe + et 6 avec PCR ADN VHB +). 0/19 sérologie VHD + Prévalence Ac anti-HBc 115/416 : 27,6%
	Parriault, PLoS One, 2019 [34]	Prévalence Ag HBs 3% (46/1548) parmi les détenus du centre pénitentiaire de Guyane en 2014
	Huber, Int J STD AIDS, 2019 [16]	Prévalence de l'Ag HBs parmi 147 détenus PVVIH 2007-2013 : 8,1% Prévalence Ag HBs parmi 136 PVVIH suivis à Cayenne en 2011 (étude VESPA 2) : 10,1%
	Nacher, Front Med, 2022 [35]	Données Croix-Rouge : prévalence Ag HBs stable autour de 3% (hommes 4%, 2% femmes) 37/1000 personnes suivies pour un VHB chronique Saint Laurent du Maroni en 2021 : 504 patients suivis pour VHB chronique (56% <40 ans, 51,6% femmes) Entre 2012 et 2016, prévalence moyenne VHB 2,1% ; 1,1% parmi 4440 femmes et 3,7% parmi 2902 hommes. Villages du Maroni prévalence Ag HBs 2,1% parmi 666 personnes En 2019 : 79 personnes suivies pour VHB chronique dans les centres de santé du Maroni
Guadeloupe	Denoel, thèse, 2023 [36]	Prévalence Ag HBs chez 2897 détenus du centre pénitentiaire de Guyane 2013-2020 2,1% (IC95% 1,8-2,5)
	Fest, J Hepatol, 1993 ; Fest, Gastroenterol Clin Biol, 1993 [37, 38]	Prévalence Ag HBs 3,2% et Ac anti-HBc 22% parmi 2368 dons de sang dont 2,7% chez les femmes
	Turdu-Chicot, Transfus, Clin, Biol, 2002 [39]	Prévalence Ag HBs parmi 331 patients avec drépanocytose 1,5% [5], immunité vaccinale 74,4% [247] et Ac anti-HBc 17,2% [57] 1990-1999

	Gelu-Simeon, BMC Research Notes, 2014 ^[40]	Prévalence Ag HBs 1,41% (IC95% 1,0-2,0) parmi 2200 patients du centre de santé Sainte Geneviève 2006-2007 Taux de vaccination 42,0%
	Aubert, BVS, 2017 ^[20]	Couverture vaccinale VHB 2015 (3 doses à 24 mois) : >90% Couverture vaccinale VHB enfants scolarisés en grande section de maternelle (5-6 ans) 2012 >60% vs. 50,9% en métropole
	Benard, Clin Res Hepatol Gastroenterol, 2021 ^[41]	VHB = 1 ^{re} cause de carcinome hépato cellulaire avec incidence standardisée de 3,6 (H) et 2,0 (F) pour 100 000
Saint Martin	GÉODES, 2022 ^[22]	Nombre de personnes testées pour l'Ag HBs, données de remboursement (SNDS) - tous âges 2022 : 3 694
Saint Barthélémy	GÉODES, 2022 ^[22]	Nombre de personnes testées pour l'Ag HBs, données de remboursement (SNDS) - tous âges 2022 : 976
Martinique	Monplaisir, 1988 ^[42]	Prévalence Ag HBs 0,9% sur 3538 dons de sang de sexe féminin et globalement 1,3% sur 10109 donneurs de sang
	Merle, Observatoire de la Santé et Conseil Général de la Martinique, 1994 ^[43]	Prévalence Ag HBs 0,6% sur 456 femmes ayant accouché
	Mansuy, Med Mal Infect, 1998 ^[44]	Parmi 467 femmes enceintes 1995-1996 suivies en PMI, prévalence A gHBs 1,5% (IC95% 0,5-2,5%) et Ac anti-HBc 9,2% (IC95% 6,8-12)
	Aubert, BVS, 2017 ^[20]	Couverture vaccinale VHB enfants scolarisés en grande section de maternelle (5-6 ans) 2012 >60% vs. 50,9% en métropole
Saint Pierre et Miquelon	GÉODES, 2022 ^[22]	Nombre de personnes testées pour l'Ag HBs, données de remboursement (SNDS) - tous âges 2022 : 899
La Réunion	Michault, Bull Soc Path Exo, 1999 ^[45]	Prévalence Ag HBs parmi 9/1416 femmes enceintes de Saint Pierre en 1997 (0,63%) et Ac anti anti-HBc 90/1416 6,3% Prévalence Ag HBs parmi 2/100 (2% ; IC95% 0-3,5%) détenus de la prison de Saint Pierre en 1997 et Ac anti-HBc 10/100 (10%)
	François, JFHOD, 2014 ^[46]	173 patients avec Ag HBs + suivis entre 2009 et 2012 (98 femmes, 75 hommes), 49% nés à La Réunion, 33% zone océan Indien, 9% métropole (vs 85%, 4%, 9% dans la population générale)
	CIRE Océan Indien, 2014 ^[47]	Activité de dépistage 68 pour 1000 habitants en 2012 Taux de positivité de l'Ag HBs des CDAG 2010-2012 1,95% Prévalence hospitalière en 2011 (Nb de patients hospitalisés avec un diagnostic d'hépatite B chronique / nombre total de personnes hospitalisées la même année : 0,07 (DOM 0,12, métropole 0,08)

Mayotte	Muszlak, Arch Ped, 2007 ^[48]	<p>Prévalence AgHBs</p> <p>1989 : 9,5% dons de sang</p> <p>1997 642 femmes enceintes 4,6% (DASS Mayotte)</p> <p>1997 242 femmes enceintes 2,5% (PMI Mamoudzou)</p> <p>1998 République des Comores 20%</p> <p>2003 : 773 patients CDAG 4,5%</p> <p>2003 : 2565/3016 enfants correctement vaccinés 85%</p> <p>2004 2290 femmes enceintes 3,2%</p>
	<p>Saindou, Vaccine, 2013</p> <p>Saindou, Int J Gynaecol Obstet, 2012 ^[49, 50]</p>	<p>Prévalence Ag HBs 23/671 femmes enceintes 09/2008-09/2009 3,4%</p> <p>Prévalence Ac anti-HBc (guérison) 93/671 13,9%</p> <p>Infection ancienne ou récente 35,5% (IC95% 30,4-40,8)</p> <p>Immunité vaccinale 18,6% (IC95% 14,7-23,2%)</p> <p>Femmes sans emploi, faible niveau éducatif et naissance aux Comores associés à une moins bonne vaccination</p> <p>Facteur de risque d'Ag HBs + : être né aux Comores ou à Madagascar, avoir un partenaire occasionnel</p> <p>Mayotte 0,6% Comores 4,1% Madagascar 9,1%</p>
	Brouard, BMC Infect Dis, 2022 ^[51]	<p>Prévalence Ag HBs dans la population générale en 2018-2019 sur 2917 personnes : 3,0% (IC95% 2,3-3,9%)</p> <p>Prévalence Ac anti-HBc (guérison) : 27,8% (IC95% 25,8-29,9%)</p> <p>Immunité vaccinale 27,7% (25,9%-29,7%)</p> <p>Prévalence VHD 1/2917 (0,7%)</p> <p>Facteurs de risque Ag HBs+ : hommes, 30-49 ans</p>
Polynésie française	Roux, Med Trop, 1980 ^[52]	<p>Prévalence Ag HBs parmi 5406 donneurs de sang à Papeete (Tahiti) : 2,53%</p> <p>Européens : 0,27% vs. 3,01% chez les autochtones</p>
	Brindle, Epidem Inf, 1988 ^[53]	<p>Prévalence Ag HBs dans 13 îles du Pacifique, y compris Tahiti, dans la sérothèque d'une étude sur les hémoglobinopathies 1985-1986, principalement chez des volontaires sains, donneurs de sang et femmes enceintes : Ag HBs 2% (1/50) et Ac anti-HBc 54% (27/50)</p>
	Boutin, Bull Soc Path Exo, 1990 ^[54]	<p>31 cas de cancers primitifs du foie entre 1980 et 1988 : Ag HBs + dans 2 cas sur 3 en particulier chez les personnes originaires des îles Australes.</p>
	<p>Boutin, Trans R Soc Trop Med Hyg, 1990 ^[55]</p> <p>Boutin, Bull Soc Path Exo, 1991 ^[56]</p>	<p>Prévalence parmi 957 personnes des îles Australes de Polynésie en 1987 :</p> <p>Ag HBs 10,5% (IC95% 8,7-12,3) variant de 3 à 27% selon les 5 îles de l'archipel</p> <p>Ag HBe 2,6% (IC 95% 1,8-3,5)</p>

		Ac anti-HBc 64,1% variant de 46,9% à 80,0% selon l'île Femmes en âge de procréer 11,5%, nourrissons 2,1% et adolescents 10,6%
	Western Pacific Regional Plan for Hepatitis B Control through Immunization, 2007 & 2014 [57, 58]	Avant 2007, prévalence VHB ~3% 2012 : 2 à 6%
	Patel, Am J Trop Med Hyg, 2016 [59]	Prévalence Ag HBs parmi 1195 écoliers en CP en 2014 : 0% Vaccination : 1522/1567 avaient reçu 3 doses 98%
	Condat, Bull Epidemiol Hebdo, 2022 [60]	VHB : 70/139 (51%) des facteurs étiologiques retrouvés parmi 139 carcinomes hépatocellulaires diagnostiqués entre 2008 et 2017 en Polynésie et VHC 6/139 (5%)
	Teiti, MedRxiv, 2023 [61]	2019, prévalence Ag HBs 1,0% parmi 2100 adultes de 18 à 69 ans de 18 îles des 5 archipels
Nouvelle-Calédonie	Kuberski, Am J Epidemiol, 1981 [62]	Prévalence parmi 933 personnes (532 mélanésiens et 401 polynésiens) sur l'île d'Ouvéa et 170 sur l'île de Touho en 1979 dans le cadre d'une étude sur la surveillance de l'intolérance au glucose Ile d'Ouvéa : Ag HBs : 10,1% ; mélanésiens 11,7%, polynésiens 8,0% ; hommes 14,1%, femmes 7,0% Ac anti-HBc : 88,0% ; mélanésiens 89,3% polynésiens 86,3% ; hommes 89,5%, femmes 86,9% Ile de Touho AgHBs : 0,6% seulement Mélanésiens ; hommes 1,1%, femmes 0% Ac anti-HBc : 47,1% seulement Mélanésiens ; hommes 43,3%, femmes 51,3%
	Guélain, Bull Soc Path Exo, 1986 [63]	Prévalence Ag HBs 122/2772 (donneurs de sang + femmes enceintes) 4,4% en juin 1981 Européens 1,1% vs. mélanésiens 7,6% vs. polynésiens 7,7% Hommes 8,9% vs. femmes 6,1% chez les mélanésiens et H 11% et F 6,3% chez les polynésiens
	Bauduceau, Med Trop, 2000 [64]	Prévalence Ag HBs chez 23/351 recrues du service national 10/1998-06/1999 : 6,6% Prévalence Ac anti-HBc 153/351 (43,6%) Pourcentage de vaccinés 17,9% Ag HBs + majoritairement d'origine mélanésienne (86,9%) et vivaient en province sud (47,8%)
	Ménard, Bull Soc Path Exo, 2001 [65]	Prévalence Ag HBs parmi les femmes enceintes de l'hôpital de Poindimié 1996-1998 Ag HBs : 16/484 3,3% (IC95% 1,7-4,9%)

		Ac anti-HBs et Ac anti-HBc : 86/119 72,3% (IC95% 64,3-80,3%)
	Berlioz-Arthaud, Vaccine, 2003 ^[66]	Prévalence Ag HBs chez 8/593 enfants 8-11 ans des îles de la Loyauté en 2001: 1,3% Prévalence Ac anti-HBc 8,3% chez 593 enfants 8-11 ans des îles de la Loyauté en 2001 Prévalence Ac anti-HBc 42% des 394 enfants de 8-9 ans testés en 1997 et 59% des 577 enfants de 11-12 ans testés en 1998
	Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie, Rapport sur l'hépatite B d'après les résultats de l'étude ESANC , 2018 ^[67]	Enquête chez 1008 personnes de tout le territoire de juin à sept 2013 (étude en marge d'une étude de séroprévalence des arboviroses) Prévalence Ag HBs 3,3% Selon le sexe : F 3,7% et H 2,9%) Selon l'âge : 0,9% <25 ans vs. 4,7% ≥25 ans Selon la province : sud 3,1% ; nord 3,1%, îles Loyauté 5,9% Selon la communauté : mélanésien 5,0% ; polynésien 1,7% ; européens 0,7% Prévalence Ac anti-Hbc 22,4% Selon l'âge : 6,1% <25 ans vs. 32,4% ≥25 ans Protection vaccinale : 39,2% Selon l'âge : 58,3% <25 ans vs. 34,3% ≥25 ans
Wallis & Futuna	Pezzoli, Am J Trop med Hyg, 2017 ^[68]	Prévalence Ag HBs en novembre 2012 chez 427 écoliers 6 à 11 ans (moyenne 10,5 ans) 0,9% (1,1% à Wallis et 0,6% à Futuna ; 1,3% garçons et 0,5% filles) et 97% de doses et 96% 3 doses de vaccins
	Agence de santé du territoire des îles Wallis et Futuna, HBV à Wallis et Futuna de 1999 à 2022, 2023 ^[13]	Incidence annuelle moyenne sur la période 2020-2022 : 7 cas/an vs. 60 à 80 cas/an au début des années 2000, essentiellement chez des 15-44 ans. 80% des cas rapportés ont plus de 45 ans depuis 2013

Tableau 8 : Récapitulatif des données fournies et publiées par Santé publique France 2013-2021 concernant l'hépatite C dans les DROM uniquement (Guyane, Guadeloupe, Martinique, Réunion et Mayotte)

		Guyane	Guadeloupe	Martinique	Réunion	Mayotte	Métropole
Taux de dépistage Ac anti VHC /1000 hab. pour l'ensemble des LBM, Enquête LaboHep ^[22, 23, 26]	2013	62	98	86	80	40	55
	2016	101	106	111	79	20	62
	2021	189	147	148	107	20	74
Taux d'Ac anti VHC positifs pour la 1^{re} fois /100 000 hab. pour l'ensemble des LBM, Enquête LaboHep ^[22, 23]	2013	24	36	18	21	1	49
	2016	57	32	31	19	1	45
	2021	142	45	77	25	26	52
Taux de positivité de l'Ac anti VHC pour l'ensemble des LBM (%) ^[24, 25]	2013	0,38	0,37	0,21	0,26	0,02	0,89
	2016	0,57	0,30	0,27	0,24	0,03	0,73
	2021	0,75	0,30	0,52	0,23	0,29	0,67
Taux de positivité en CDAG/CeGIDD (%)	2015	0,62	0,18	0,28	0,59	0,43	0,64
	2016	0,58	0,62	0,64	0,65	-	0,82
	2017	0,32	0,52	-	1,66	0,16	0,74
	2018	0,30	0,30	0,19	0,85	-	0,73
	2021	1,35	0,08	0,48	0,51	0	0,59
Personnes en ALD pour hépatite C chronique ^[22]	Taux en 2021 (/100 000 hab.)	49,5	65,0	71,1	52,3	2,1	109
Taux de patients hospitalisés, PMSI-CMO, 2020 (/100 000 hab) ^[27]	Pour VHC chronique	1,74	1,32	1,11	0,58	0,00	2,5
	Avec VHC chronique	0,10	0,07	0,06	0,05	0,01	0,10
Taux de prévalence /10 000 du VHC chez les nouveaux donneurs de sang* ^[20, 28]	2013-2015	-	6,3	0	5,3	-	3,2
	2020-2022	-	0,00	6,48	5,15	-	1,83

*Légende : Ac anti-VHC : anticorps anti VHC ; CDAG : Centres de dépistage anonyme et gratuit ; CeGIDD : Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic ; VHB : virus de l'hépatite B ; VHC : virus de l'hépatite C ; LBM : laboratoire de biologie médicale ; hab : habitants ; ALD : Affection de longue durée ; PMSI-CMO : fichiers constitués à partir de la base de données nationale du Programme de médicalisation du système d'informations relative à l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé. * Source : données non publiées Santé publique France, INTS, EFS, CTSA. Pas de don du sang en Guyane et à Mayotte.*

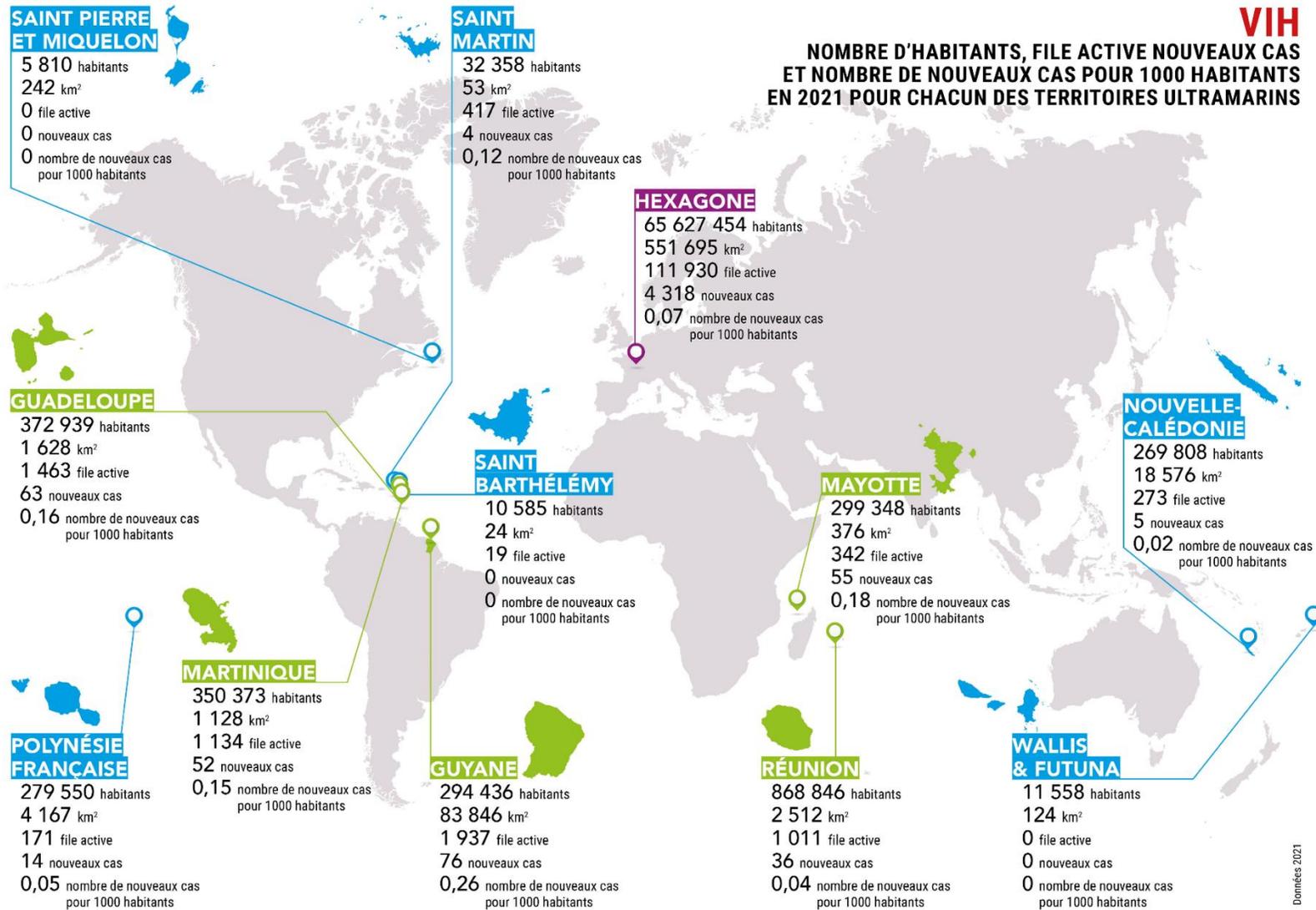
Tableau 9 : Récapitulatif des données de la littérature sur l'hépatite C chronique dans les DROM-COM

Territoire OM	Référence	Résultats
Guyane	Talarmin, J Med Virol, 1997 [69]	Prévalence Ac anti-VHC dans une collection de sérums recueillis pour l'étude d'HTLV dans la population générale entre 1992 et 1996: 15/996 : 1,5%. Selon ethnie : brésiliens 7/148 4,7% vs. créole 1,1%, amérindiens 0%, caucasiens 2,2%, asiatiques 0%, haïtiens 1,5% et noir-marrons 0,6%
	Schaub, BVS, 2017 [70]	Prévalence VHC en 2012 : 0,2 à 0,5% chez les femmes enceintes de l'ouest guyanais, 0,67% dans les centres de dépistage de Cayenne et de 1,10% dans les centres de dépistage de l'ouest Guyanais
	Gaillet, BVS, 2017 [32]	Prévalence Ac anti-VHC parmi 54/5929 patients des centres délocalisés de prévention et de soins entre 2012 et 2016 : 0,9% (femmes 0,5%, hommes 1,7%. Saint Georges et Régina 1,4%, Maripasoula 1,0%.
	Douine, Clin Microb Infect, 2019 [33]	Prévalence Ac anti-VHC en 2015 : 3 parmi 416 orpailleurs illégaux 0,7% (IC 95% 0,1-1,5%) et 2/3 avec PCR ARN VHC +
	Parriault, PLoS One, 2019 [34]	Prévalence Ac Anti-VHC 0% parmi les détenus du centre pénitentiaire de Guyane en 2014
	Huber, Int J STD AIDS, 2019 [16]	Prévalence des Ac anti-VHC parmi 147 détenus PVVIH 2007-2013 : 4,1% Prévalence des Ac anti-VHC parmi 136 PVVIH 2011 à l'hôpital de Cayenne : 2,9%
	Denoel, thèse, 2023 [36]	Prévalence Ac anti-VHC chez 3354 détenus du centre pénitentiaire de Guyane 2013-2020 0,4% (IC95% 0,2-0,5)
Guadeloupe	Fest, Gastroenterol Clin Biol, 1993 [38]	Prévalence Ac anti-VHC 0,8% parmi 2368 dons de sang
	Turdu-Chicot, Transfus, Clin, Biol, 2002 [39]	Prévalence Ac anti-VHC parmi 9/331 patients avec drépanocytose 2,7% 1990-1999
	Gelu-Simeon, BMC Research Notes, 2014 [40]	Prévalence Ac anti-VHC 0,55% (IC95% 0,28-0,96) parmi 2200 patients du centre de santé Sainte Gèneviève 2006-2007
Martinique	Mansuy, Med Mal Infect, 1998 [44]	Parmi 4/467 femmes enceintes 1995-1996 suivies en PMI, prévalence Ac anti-VHC 0,85%
La Réunion	Michault, Bull Soc Path Exo, 1999 [45]	Prévalence Ac anti-VHC 2/100 (2% ; IC95% 0-3,5%) détenus de la prison de Saint Pierre en 1997
	Faulques, Gastroenterol Clin Biol, 1999 [71]	Prévalence Ac anti-VHC 2/1455 femmes enceintes testées sur une période de 6 mois en 1997 0,14% ; les deux positives en PCR ARN VHC
	CIRE Océan Indien, 2014 [47]	Activité de dépistage 56 pour 1000 habitants en 2012

		Taux de positivité de l'Ac anti-VHC des CDAG 2010-2012 0,67%
Mayotte	Brouard, BMC infectious Diseases, 2022 ^[51]	Prévalence Ac anti-VHC dans la population générale en 2018-2019 : 6/2917 (0,2%) et PCR ARN VHC + 3/2917
Nouvelle-Calédonie	Bauduceau, Med Trop, 2000 ^[64]	Prévalence Ac anti-VHC chez 3/351 recrues du service national 10/1998-06/1999 : 0,9%
Polynésie française	Teiti, MedRxiv, 2023 ^[61]	2019, prévalence Ac anti-VHC 0% parmi 2100 adultes de 18 à 69 ans de 18 îles des 5 archipels

5. Cartes

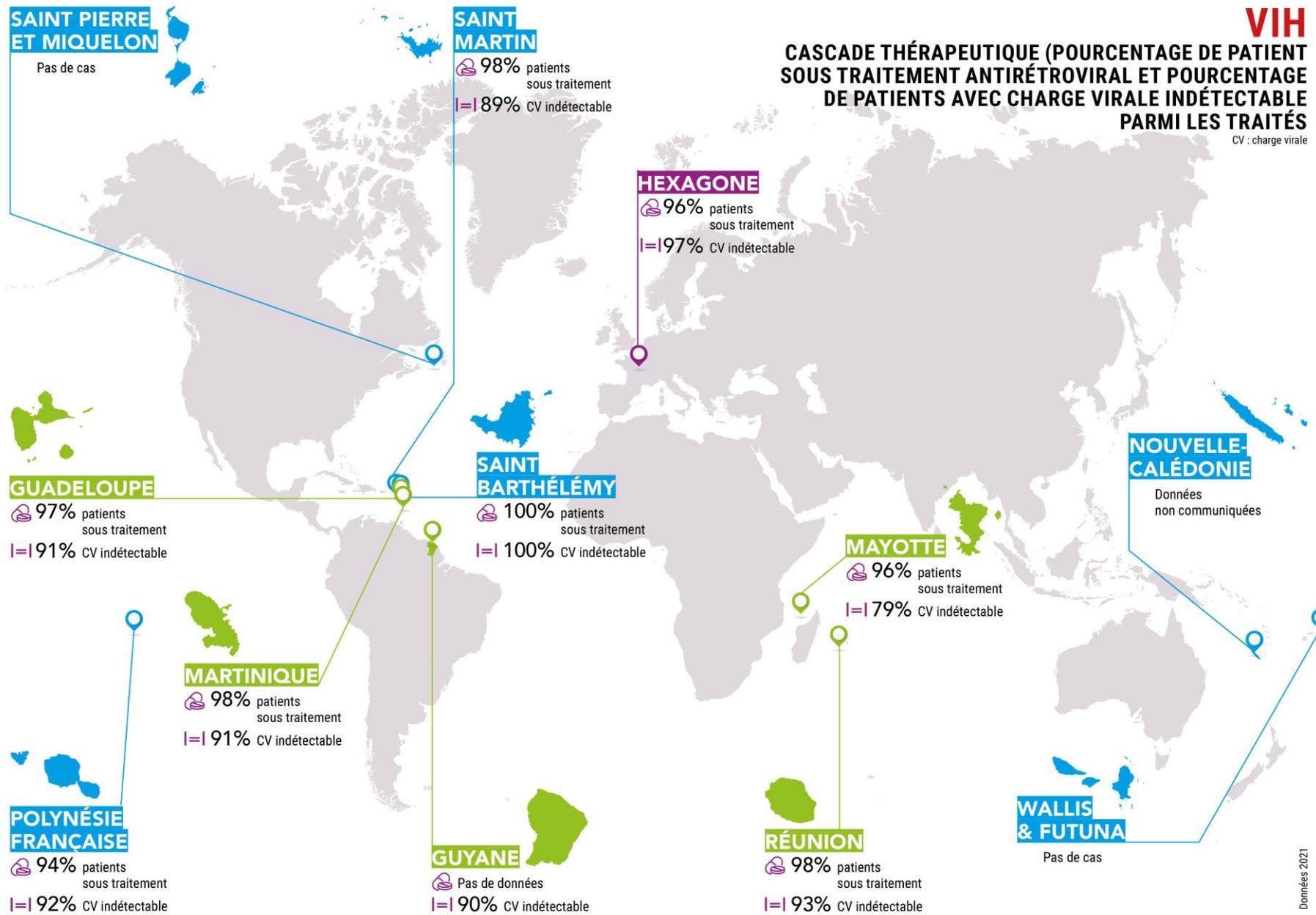
5.1. VIH



VIH

CASCADE THÉRAPEUTIQUE (POURCENTAGE DE PATIENT SOUS TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL ET POURCENTAGE DE PATIENTS AVEC CHARGE VIRALE INDÉTECTABLE PARMIS LES TRAITÉS

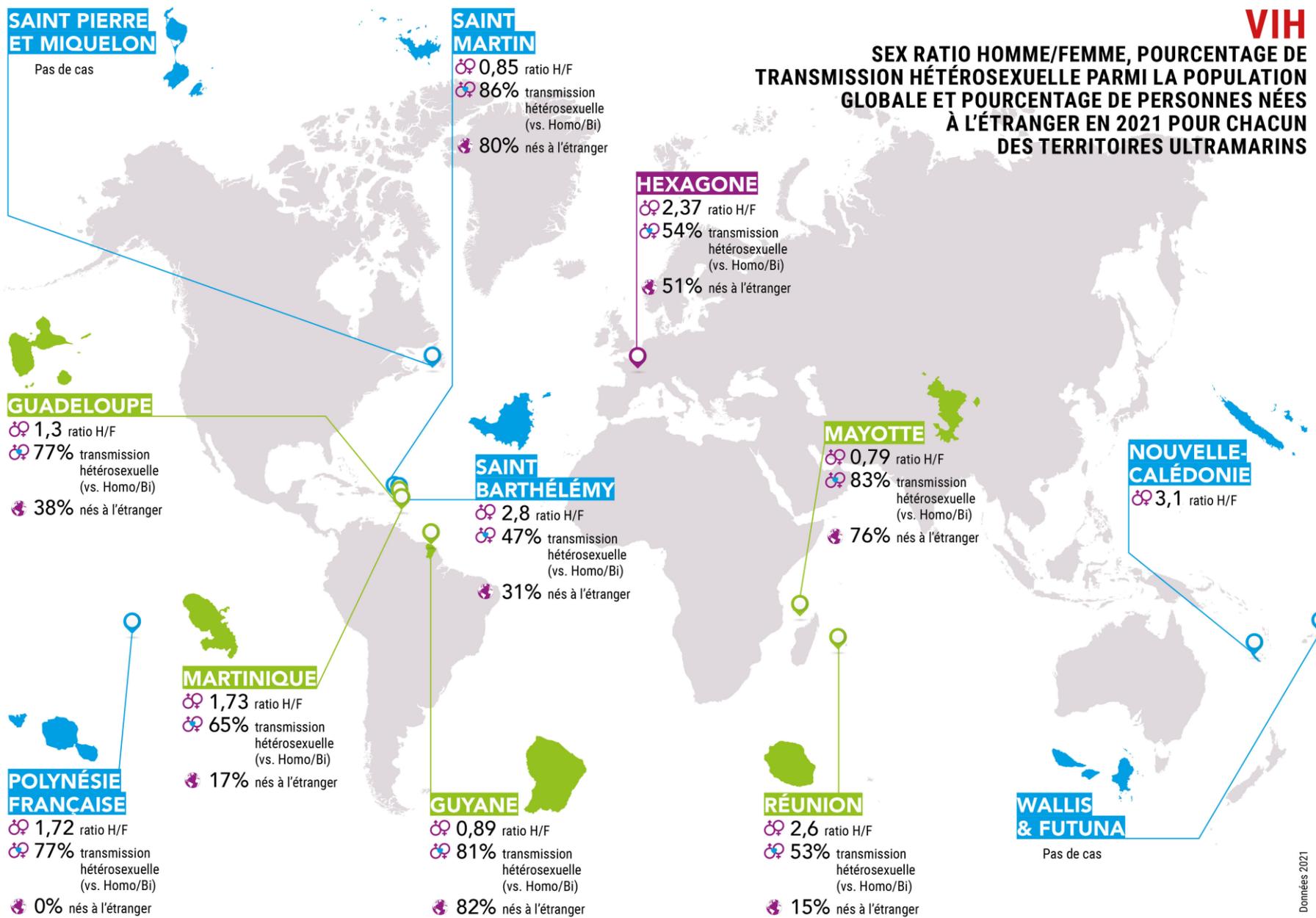
CV : charge virale



Données 2021

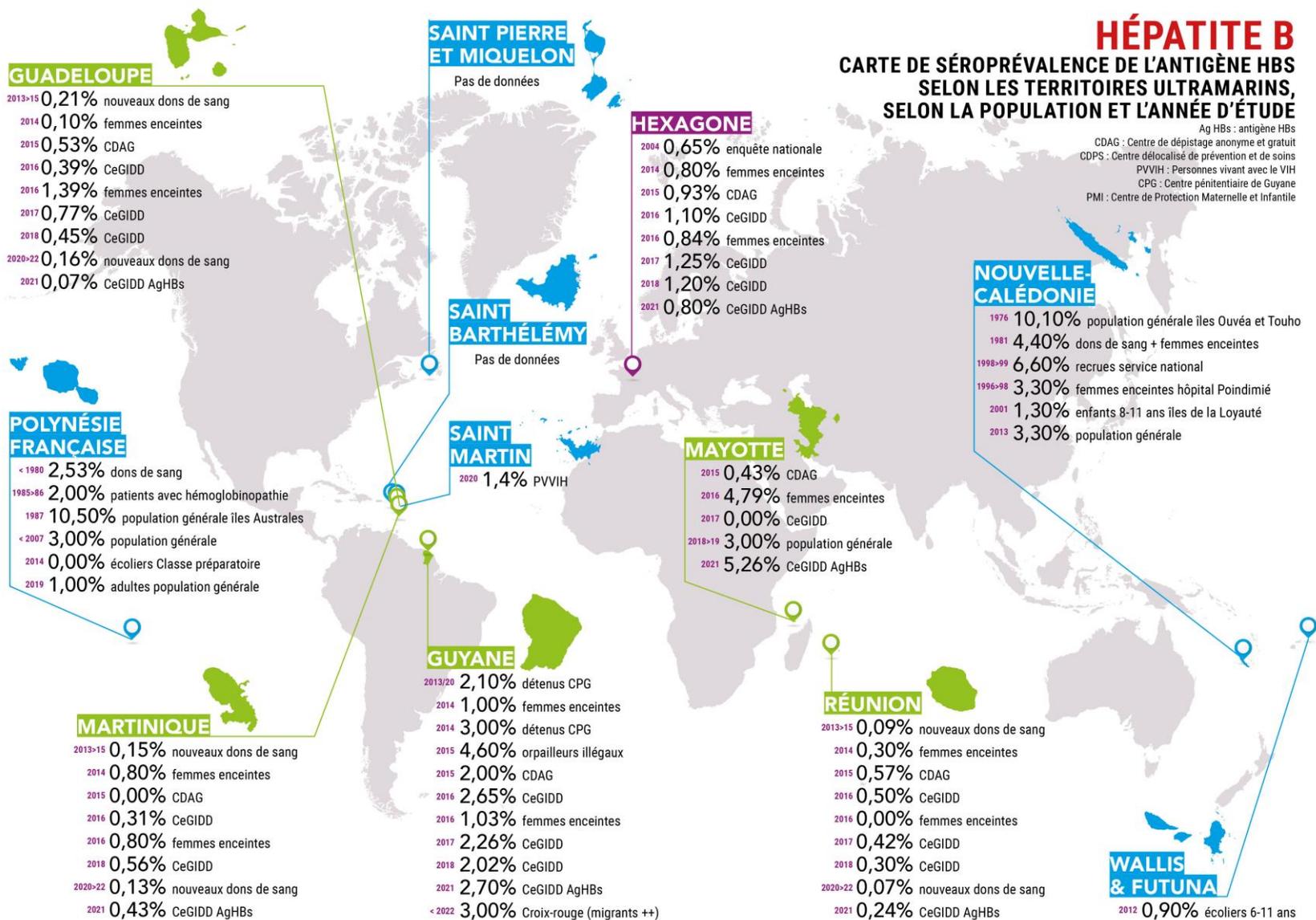
VIH

SEX RATIO HOMME/FEMME, POURCENTAGE DE TRANSMISSION HÉTÉROSEXUELLE PARMIS LA POPULATION GLOBALE ET POURCENTAGE DE PERSONNES NÉES À L'ÉTRANGER EN 2021 POUR CHACUN DES TERRITOIRES ULTRAMARINS

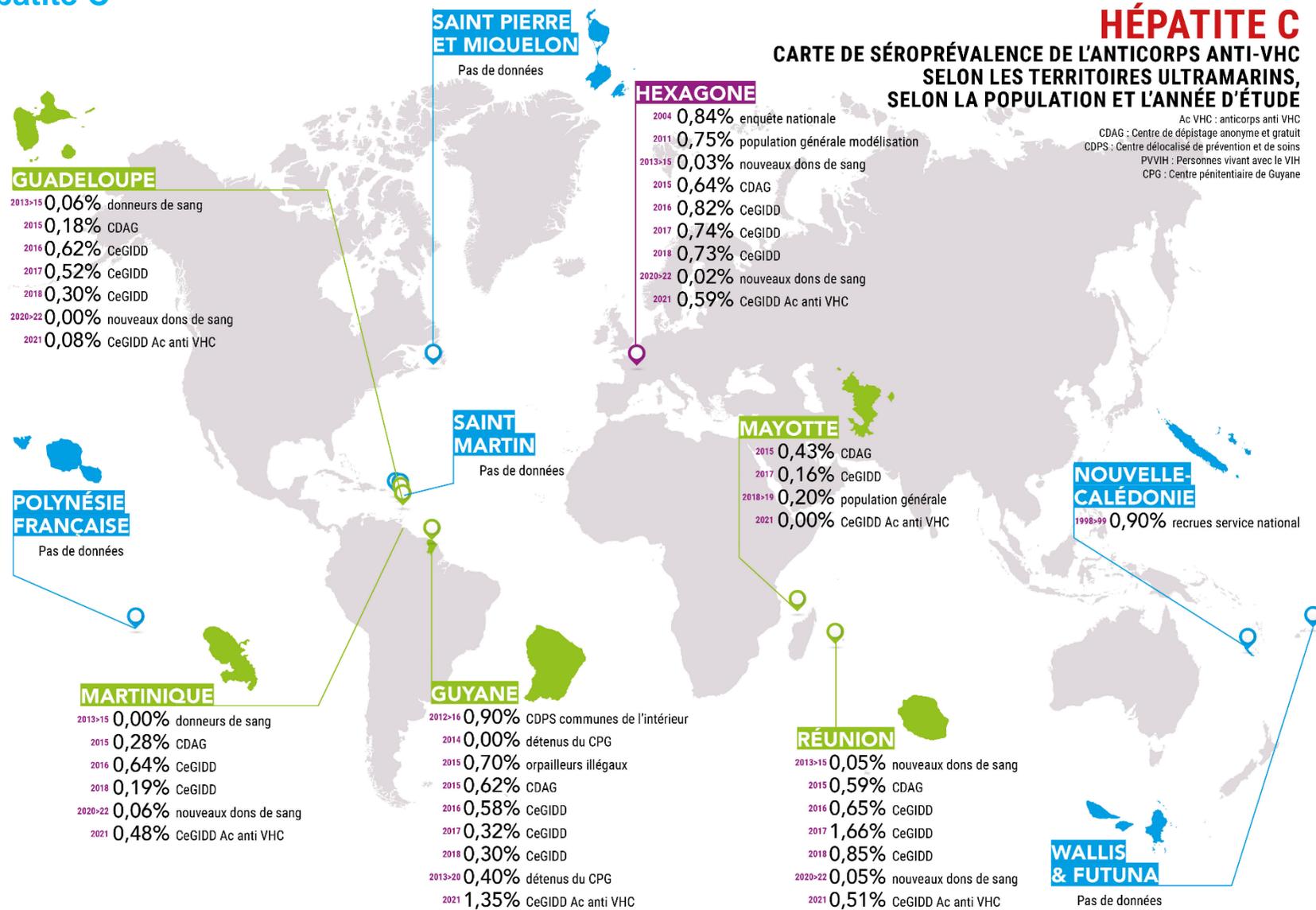


Données 2021

5.2. Hépatite B



5.3. Hépatite C



Bibliographie

1. Santé publique France. Surveillance du VIH et des IST bactériennes. Bulletin de Santé publique (BSP) Edition nationale [Internet]. 2022; Décembre 2022:[1-19 pp.]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-SIDA/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2022#:~:text=Il%20est%20donc%20important%20de,interrupted%20les%20chaines%20de%20transmission.>
2. ANRS-CO4 FHDH. Indicateurs de prise en charge des PVVIH dans les COREVIH en France en 2021 - Données des cohortes ANRS CO4 FHDH et ANRS CO3 AQUIVIH 2021 [Available from: <https://anrs-co4.fhdh.fr/rapport-des-indicateurs-de-prise-en-charge-des-pvvh-dans-les-corevih-en-france-2021/>].
3. Santé publique France Guyane. Surveillance et prévention des infections à VIH et des infections sexuellement transmissibles bactériennes. Bulletin de Santé publique (BSP) Guyane [Internet]. 2022; Décembre 2022:[1-22 pp.]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/guyane/documents/bulletin-regional/2022/bulletin-de-sante-publique-vih-et-ist-en-guyane.-decembre-2022.>
4. Santé publique France Guyane. Surveillance et prévention des infections à VIH et des infections sexuellement transmissibles Bulletin de Santé publique (BSP) Guyane [Internet]. 2019; Novembre 2019:[1-12 pp.]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/guyane/documents/bulletin-regional/2019/bulletin-de-sante-publique-vih-ist-en-guyane.-novembre-2019.>
5. Santé publique France Antilles. Surveillance et prévention des infections à VIH et autres infections sexuellement transmissibles. Bulletin de santé publique (BSP) Guadeloupe [Internet]. 2021 Novembre 2021:[1-14 pp.]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/bulletin-regional/2021/bulletin-de-sante-publique-vih-et-ist-en-guadeloupe.-decembre-2021.>
6. Santé publique France Antilles. Surveillance et prévention des infections à VIH et des infections sexuellement transmissibles bactériennes. Bulletin de santé publique (BSP) Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy [Internet]. 2022 Novembre 2022:[1-26 pp.]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/bulletin-regional/2021/bulletin-de-sante-publique-vih-et-ist-en-guadeloupe.-decembre-2021.>
7. Santé publique France Antilles. Surveillance et prévention des infections à VIH et des infections sexuellement transmissibles bactériennes. Bulletin de santé publique (BSP) Martinique [Internet]. 2022 Novembre 2022:[1-18 pp.]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/bulletin-regional/2022/bulletin-de-sante-publique-vih-et-ist-en-martinique.-novembre-2022.>
8. Santé publique France Antilles. Surveillance et prévention des infections à VIH et autres infections sexuellement transmissibles Bulletin de santé publique (BSP) Martinique [Internet]. 2021 Novembre 2021:[1-14 pp.]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/bulletin-regional/2021/bulletin-de-sante-publique-vih-et-ist-en-martinique.-decembre-2021.>
9. Santé publique France Mayotte. Surveillance et prévention des infections à VIH et des infections sexuellement transmissibles bactériennes. Bulletin de Santé publique (BSP) Mayotte [Internet]. 2022; Novembre 2022:[1-18 pp.]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ocean-indien/documents/bulletin-regional/2022/bulletin-de-sante-publique-vih-et-ist-a-mayotte.-novembre-2022.>
10. Santé publique France Mayotte. Surveillance et prévention des infections à VIH et des infections sexuellement transmissibles Bulletin de Santé publique (BSP) Mayotte [Internet]. 2021; Décembre 2021:[1-14 pp.]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ocean-indien/documents/bulletin-regional/2021/bulletin-de-sante-publique-vih-et-ist-a-mayotte.-decembre-2021.>
11. Santé publique France La Réunion. Surveillance et prévention des infections à VIH et des infections sexuellement transmissibles bactériennes. Bulletin de Santé publique (BSP) La Réunion [Internet]. 2022; Décembre 2022:[1-22 pp.]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ocean-indien/documents/bulletin-regional/2022/bulletin-de-sante-publique-vih-et-ist-a-la-reunion.-decembre-2022.>
12. Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie. Le VIH en Nouvelle-Calédonie - Bilan 2021. 2021.
13. Agence de santé du territoire des îles Wallis et Futuna. HBV à Wallis et Futuna de 1999 à 2022. 2023.
14. Direction de la santé de Polynésie française. Bureau de veille sanitaire. Du 17/01/2022 au 30/01/2022 (semaines 3 et 4). Bulletin de surveillance sanitaire de Polynésie française. 2021;n°2-2022.

15. Gouhier E, Gaubert-Marechal E, Abboud P, Couppe P, Nacher M. Predictive factors of HTLV1-HIV coinfections in French Guiana. *Am J Trop Med Hyg.* 2013;89(3):549-53.
16. Huber F, Vandentorren S, Merceron A, Chaponnay A, Gadio G, About V, et al. HIV-positive in the darkness of a correctional facility: more vulnerable and less treated. *Int J STD AIDS.* 2019;30(5):460-6.
17. Pioche C, Léon L, Vaux S, Brouard C, Cazein F, Pillonel J, et al. Activité de dépistage du VIH et des hépatites B et C au sein des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) en France. Bilan de quinze années de surveillance, 2001-2015. *Bull Epidemiol Hebd.* 2017(14-15):254-62.
18. Pioche C, Ndeikoundam N, Sarr A, Cazein F, Bruyand M, Viriot D, et al. Activité de dépistage du VIH, des hépatites B et C, et des autres IST en CeGIDD, France 2018. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019(31-32):625-33.
19. Brouard C, Koenig C, Bonnet C, Blondel B, Sommen C, Lot F. Prévention de la transmission mère-enfant du virus de l'hépatite B en France. Enquête nationale périnatale 2016. *Bull Epidemiol Hebd.* 2020(31-32):612-23.
20. Aubert L, Carvalho L, Suivant C, Vaux S, Pioche C, Brouard C, et al. Surveillance des hépatites B et C aux Antilles et en Guyane. *Bulletin de Veille Sanitaire.* 2017;2(Mai-juin 2017):2-18.
21. Richaud-Eyraud E, Brouard C, Antona D, La Ruche G, Tourdjman M, Dufourg M-N, et al. Dépistage des maladies infectieuses en cours de grossesse : résultats de l'enquête Elfe en maternités, France métropolitaine, 2011. *Bull Epidemiol Hebd.* 2015;15-16:254-63.
22. Santé publique France. GÉODES - Géo données en Santé Publique. 2022.
23. Pioche C, Léon L, Larsen C, Lot F, Pillonel J, Brouard C. Dépistage des hépatites B et C en France en 2013, enquête LaboHep. *Bull Epidemiol Hebd.* 2015(26-27):478-84.
24. Pioche C, Léon L, Vaux S, Brouard C, Lot F. Dépistage des hépatites B et C en France en 2016, nouvelle édition de l'enquête LaboHep. *Bull Epidemiol Hebd.* 2018(11):188-95.
25. Pioche C, Léon L, Larsen C, Lot F, Pillonel J, Brouard C. Dépistage des hépatites B et C en France en 2013, enquête LaboHep. *Bull Epidemiol Hebd.* 2015(26-27):478-84.
26. Brouard C, Laporal S, Cazein F, Saboni L, Bruyand M, Lot F. Dépistage des hépatites B et C en France en 2021, enquête LaboHep. *Bull Epidemiol Hebd.* 2023;15-16:276-86.
27. Laporal S, Bruyand M, Lot F, Pillonel J, Brouard C. Fréquence des hépatites chroniques B et C, morbidité et mortalité parmi la population hospitalisée en France, 2005-2020. *Bull Epidemiol Hebd.* 2022(3-4):69-85.
28. Vaux S, Pioche C, Brouard C, Pillonel J, Bousquet V, Fonteneau L, et al. Surveillance des hépatites B et C Réunion et Mayotte. *Bulletin de Veille Sanitaire.* 2017;34(Juin 2017):1-21.
29. Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à l'aménagement du calendrier vaccinal en Guyane 2008:[1-8 pp.]. Available from: https://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspa20081017_vac_gu.pdf.
30. Mahamat A, Louvel D, Vaz T, Demar M, Nacher M, Djossou F. High prevalence of HBsAg during pregnancy in Asian communities at Cayenne Hospital, French Guiana. *Am J Trop Med Hyg.* 2010;83(3):711-3.
31. Flamand C, Euzet G, Berger F, Lony R, Grenier C, Pignoux R, et al. Couverture vaccinale des enfants et adolescents scolarisés en Guyane française, 2009. *Bulletin de Veille Sanitaire - Cire Antilles Guyane.* 2011;N° 5 / Mai 2011:7-14.
32. Gaillet M, Brousse P, Guarmit B, Adriouch L, Schaub R, Naldjinan-Kodbaye R, et al. Hépatites virales B - Delta et C dans les centres délocalisés de prévention et de soins (CPDS) de Guyane française. *Bulletin de Veille Sanitaire.* 2017;2(Mai-juin 2017):23-8.
33. Douine M, Schaub R, Jardin H, Adenis A, Nacher M, Hureau-Mutricy L, et al. High prevalence of hepatitis B and syphilis in illegal gold miners in French Guiana. *Clin Microbiol Infect.* 2019.
34. Parriault MC, Chaponnay A, Cropet C, About V, Pastre A, Perusseu-Lambert R, et al. Penile implants and other high risk practices in French Guiana's correctional facility: A cause for concern. *PLoS One.* 2019;14(6):e0218992.
35. Nacher M, Koendjibiarie A, Michaud C, Rabier S, Leborgne C, Rousseau C, et al. Sexually transmitted infections on the border between Suriname and French Guiana: A scoping review. *Frontiers in medicine.* 2022;9:994964.
36. Denoel S. Dépistage et prévalence des infections sexuellement transmissibles en milieu carcéral guyanais français de 2013 à 2020. Etat des lieux à l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire de Rémire [Thèse d'exercice de Doctorat en médecine]. Cayenne, Guyane: Université des Antilles et de la Guyane 2023.
37. Fest T, Agis F, Viel JF, Hervé P, Dupond JL. Risk of being HBsAg-positive in women with a history of gynecological surgery in Guadeloupe. *J Hepatol.* 1993;17(3):416-7.

38. Fest T, de Wazières B, Agis F, Viel JF, Gordien E, Dupond JL, et al. A unique seroepidemiologic situation for hepatitis B markers in Guadeloupe. Results of a prospective study in blood donors. *Gastroenterol Clin Biol*. 1993;17(3):207-11.
39. Le Turdu-Chicot C, Foucan L, Etienne-Julan-Otto M. [Viral seroprevalence, transfusion and alloimmunization in adults with sickle cell anemia in Guadeloupe]. *Transfusion clinique et biologique : journal de la Société française de transfusion sanguine*. 2002;9(2):115-20.
40. Gelu-Simeon M, Pillas V, Deloumeaux J, Delacroix-Maillard H, Saint-Georges G, Do Amaral L, et al. Seroepidemiology of chronic hepatitis B and C in the French Caribbean Island of Guadeloupe. *BMC Res Notes*. 2014;7:55.
41. Benard J, Lafrance MJ, Gordien E, Amaral L, Levrero M, Zoulim F, et al. Hepatitis B virus-associated hepatocellular carcinoma is still a matter of concern in the French Caribbean Island of Guadeloupe. *Clinics and research in hepatology and gastroenterology*. 2021;45(5):101706.
42. Monplaisir N, Colinmaire H, Neisson-Vernant C, Dezaphy Y, Edouard A. [Sero-epidemiology of viral hepatitis A, B and delta in Martinique]. *Presse Med*. 1988;17(25):1293-6.
43. Merle R, Giannorsi JR. L'hépatite B à la Martinique. *Observatoire de la Santé de Martinique et Conseil Général de la Martinique*. 1994.
44. Mansuy JM, Schlegel L, Villeneuve L, de Pompignan O, Delor R. Séroprévalence de l'infection par les virus des hépatites B et C dans un échantillon de femmes enceintes en Martinique. *Med Mal Infect*. 1998;28:628-30.
45. Michault A, Faulques B, Sevadjan B, Troalen D, Marais A, Barau G. [Prevalence of hepatitis A, B, C virus markers in Réunion (south hospital and Saint Pierre prison)]. *Bull Soc Pathol Exot*. 2000;93(1):34-40.
46. François C, Lemièrre M, Audin-Mamlouk H, Belon G, Roussin C, Milon A, et al., editors. L'hépatite B à l'île de La Réunion : des spécificités épidémiologiques à connaître. *Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie et d'Oncologie Digestive (JFHOD)*; 2014.
47. CIRE Océan Indien. Surveillance des hépatites B et C à la Réunion, 2010-2012. *Le Point épidémiol*. 2014;N° 17 du 16 mai 2014:1-3.
48. Muszlak M, Lartigau-Roussin C, Farthouat L, Petinelli M, Hebert JC, Santiago J. Vaccination de l'enfant contre l'hépatite B à Mayotte, île française des Comores. *Arch Pediatr*. 2007;14(9):1132-6.
49. Saindou M, Bénét T, Troalen D, Abaine A, Voirin N, Giard M, et al. Prevalence and risk factors for HIV, hepatitis B virus, and syphilis among pregnant women in Mayotte, Indian Ocean, 2008-2009. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012;119(1):61-5.
50. Saindou M, Voirin N, Troalen D, Abaine A, Chevallier-Queyron P, Ecochard R, et al. Socio-demographic and behavioral determinants of hepatitis B vaccination and infection in pregnant women on Mayotte Island, Indian Ocean. *Vaccine*. 2013;31(43):4946-52.
51. Brouard C, Parenton F, Youssef H, Chevaliez S, Gordien E, Jean M, et al. Hepatitis B, C, and delta in the general population in Mayotte: hepatitis B as a major public health concern. *BMC Infect Dis*. 2022;22(1):716.
52. Roux JF, Courouce-Pauty AM, Durand JP, Parc F. Roux, *Med Trop*, 1980 [The HBs antigen carriage in blood donors of French Polynesia A new antigenic sub-type (author's transl)]. *Med Trop (Mars)*. 1980;40(4):383-7.
53. Brindle RJ, Eglin RP, Parsons AJ, Hill AV, Selkon JB. HTLV-1, HIV-1, hepatitis B and hepatitis delta in the Pacific and South-East Asia: a serological survey. *Epidemiol Infect*. 1988;100(1):153-6.
54. Boutin JP, Botterman F, Alandry G, Cartel JL, Spiegel A, Roux J. Epidémiologie du cancer primitif du foie en Polynésie française. *Bull Soc Pathol Exot*. 1990;83(5):596-602.
55. Boutin JP, Sainte Marie FF, Cartel JL, Cardines R, Girard M, Roux J. Prevalence of hepatitis B virus infection in the Austral archipelago, French Polynesia: identification of transmission patterns for the formulation of immunization strategies. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 1990;84(2):283-7.
56. Boutin JP, Spiegel A, Flye Sainte-Marie F, Cartel JL, Girard M, Saliou P, et al. Importance respective des transmissions verticale et horizontale de l'hépatite B dans L'archipel des australes (Polynésie Française). Résultats préliminaires de la vaccination chez les nouveau-nés. *Bull Soc Pathol Exot*. 1991;84(5 Pt 5):906-11.
57. WHO Regional Office for the Western Pacific. *Western Pacific Regional Plan for Hepatitis B Control through Immunization*. Manila, Philippines; 2007.
58. WHO Regional Office for the Western Pacific. *Hepatitis B Control Through Immunization: A Reference Guide*. Manila, Philippines; 2014.
59. Patel MK, Le Calvez E, Wannemuehler K, Ségalin JM. Hepatitis B Vaccination Coverage and Prevalence of Hepatitis B Surface Antigen Among Children in French Polynesia, 2014. *Am J Trop Med Hyg*. 2016;94(6):1370-5.
60. Condat B, Lascols AA, Lutringer-Magnin D, Chakhtoura F, Lastere S, Bronstein JA, et al. *Epidémiologie du carcinome hépato-cellulaire en*

- Polynésie française. Bull Epidemiol Hebd. 2022;16:280-7.
61. Teiti I, Aubry M, Fernandes-Pellerin S, Patin E, Madec Y, Pauline Boucheron P, et al. Unravelling the determinants of human health in French Polynesia: the MATAEA project. medRxiv. 2023:2023.04.05.23288204.
 62. Kuberski T, LeGonidec G, Gust ID, Dimitrakakis M, Cantaloube D, Zimmet P. Hepatitis B virus infections in Melanesians and Polynesians in New Caledonia. Am J Epidemiol. 1981;114(3):355-61.
 63. Guélain J, Thévenot H, Schill H, Napoli D. Le portage de l'antigène H. B. s. en Nouvelle-Calédonie. Etude selon l'ethnie. Bull Soc Pathol Exot Filiales. 1987;80(4):646-54.
 64. Bauduceau O, Berlioz A, Buisson Y. Hépatites B, C et E en Nouvelle-Calédonie - étude séro-épidémiologique chez les appelés du contingent. Med Trop (Mars). 2000;60:167-70.
 65. Ménard D. Toxoplasmose, rubéole, tréponématoses, hépatite virale B et infection par le VIH chez les femmes suivies pour grossesse de la population de la côte Est de Nouvelle-Calédonie. Bull Soc Pathol Exot. 2001;94(5):403-5.
 66. Berlioz-Arthaud A, Perolat P, Buisson Y. 10 year assessment of infant hepatitis B vaccination program, in the Loyalty Islands (New Caledonia). Vaccine. 2003;21(21-22):2737-42.
 67. Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie. Rapport sur l'hépatite B d'après les résultats de l'étude ESANC. 2018.
 68. Pezzoli L, Mathelin JP, Hennessey K, Eswara-Aratchige P, Valiakoller J, Kim SH. Low Level of Hepatitis B Virus Infection in Children 20 Years After Initiation of Infant Vaccination Program in Wallis and Futuna. Am J Trop Med Hyg. 2017;96(3):715-9.
 69. Talarmin A, Kazanji M, Cardoso T, Pouliquen JF, Sankale-Suzanon J, Sarthou JL. Prevalence of antibodies to hepatitis A, C, and E viruses in different ethnic groups in French Guiana. J Med Virol. 1997;52(4):430-5.
 70. Schaub R, Mac Donald M, Tuailon E, Cantaloube J-F, Gordien E, Molenkamp R, et al. Hépatites B et C dans les communautés migrantes et transfrontalières du fleuve Maroni : le projet de recherche MaHeVi (ANRS 95025). Bulletin de Veille Sanitaire. 2017;2(Mai-juin 2017):18-22.
 71. Faulques B, Michault A, Sevidjian B, Barau G, Pawlotsky JM, Dhumeaux D. [Prevalence of hepatitis C virus infection in pregnant woman on the island of Réunion]. Gastroenterol Clin Biol. 1999;23(3):355-8.

Participants

Coordination

Pr Loïc Epelboin, infectiologue, unité des maladies infectieuses et tropicales & CIC Antilles-Guyane Inserm 1424, Centre Hospitalier de Cayenne et Université de Guyane

Guyane

Dr Aude LUCARELLI, médecin coordinateur du COREVIH Guyane

Pr Mathieu NACHER, médecin, président du COREVIH Guyane

M. Sébastien RABIER, data-manager du COREVIH Guyane

Martinique

Pr André CABIÉ, médecin, président du COREVIH Martinique

M. Christophe CERLAND, coordinateur administratif du COREVIH Martinique

Mme Marlène OUKA, vice-présidente du COREVIH Martinique

Guadeloupe, Saint Martin, Saint Barthelemy

Dr. Isabelle LAMAURY, présidente/coordinatrice médicale du COREVIH Guadeloupe / Saint-Martin / Saint-Barthélemy

Dr François BISSUEL, médecin, CH Louis-Constant Fleming, Saint-Martin

Mme Vanessa TRESSIERES, coordinatrice administrative du COREVIH Guadeloupe / Saint-Martin / Saint-Barthélemy

M. Jean-Claude MACED, association AIDES Martinique

Dr Samuel MARKOWICZ, médecin, SMIT CHU de la Guadeloupe

Saint Pierre et Miquelon

Dr Hassiba BELABBAS, médecin, service de médecine polyvalente du CH François Dunan, Saint Pierre

Mme Anne-Marie MONTAUFRAY, épidémiologiste, Administration Territoriale de Santé Saint-Pierre et Miquelon

Mayotte et Réunion

Dr Catherine GAUD, médecin, présidente COREVIH Réunion-Mayotte

Dr Karim ABDELMOUMEN, médecin, SMIT CH Mayotte

Mmes Christine DURONEA, TEC COREVIH Réunion-Mayotte

Mme Carmele SAUTRON, TEC COREVIH Réunion-Mayotte

M. Vincent BERTRAND, responsable de développement, association Nariké M'sada

M. Moncef MOUHOUDOIRE, président association Nariké M'sada

M. Eric PLEIGNET, directeur POPAM ; CSAPA et CARUD

Mme Solène AUGIER, ARS Mayotte

Mme Raïssa ABDALLAH, chargée en SSR, Croix-Rouge française

Mme Isabelle RIGOLLIER, coordinatrice du COREVIH Réunion-Mayotte

Dr Emmanuelle THORE, médecin, CeGIDD Ouest

Dr Kévin DIALLO, médecin, CeGIDD Sud

Mr Gérard GRONDIN, association ARPS

Mme Elodie AUZOLE, président, association CIMADE

Polynésie française

Dr Rémi MAYAN, médecin coordonnateur des programmes des maladies infectieuses, bureau des programmes de santé

Dr Lam NGUYEN, médecin épidémiologiste à la Direction de la santé

Dr Erwan OEHLER, médecin, service de médecine et maladies infectieuses – CH de Polynésie française

M. Terii CAREL président de l'association « agir contre le SIDA »

M. Karel LUCIANI: président de l'association LGBT « cousins cousines de Tahiti »

Nouvelle-Calédonie

Dr Emilie FOLLENFANT, médecin, service de Médecine Interne et Infectiologie, CHT Gaston-Bourret, Nouméa

Dr Adrien COURTOT, Direction Provinciale de l'Action Sanitaire et Sociale, province Sud

Dr Victor PECOUL, Direction Provinciale de l'Action Sanitaire et Sociale, province Sud

Dr Antoine BIRON, laboratoire Biologie, CHT Gaston-Bourret, Nouméa

Dr Isabelle MONCHOTTE, Unité Provinciale Sanitaire et Sociale, dispensaire de Paita, province Sud

Dr Cécile CAZORLA, médecin, service de Médecine Interne et Infectiologie, CHT Gaston-Bourret, Nouméa

Dr Caroline FIJALKOWSKI, Pharmacie, CHT Gaston-Bourret, Nouméa

M. Ludovic FLOURY, Bureau épidémiologie et statistiques, Service de Santé Publique, DASS Nouvelle-Calédonie

Wallis & Futuna

Dr Claire BAIZET, responsable de l'UF dispensaire Futuna, Agence de Santé de Wallis et Futuna

Dr Annick LAFFITTE, responsable de l'UF gynécologie, présidente de la CME, Agence de Santé de Wallis et Futuna

Dr Jean-Claude GRIGNON, responsable de l'UF biologie, Agence de Santé de Wallis et Futuna

Dr Pierre XARDEL, pneumologue, Agence de Santé de Wallis et Futuna

M. Clément COUTEAUX, technicien d'information médicale, Direction Santé Publique, Agence de Santé de Wallis et Futuna

Mme Gaëlle BINAN, sage-femme, Hôpital de Kaleveleve, Agence de Santé de Wallis et Futuna

Hexagone

Mme Cécile BROUARD, Santé publique France

Mme Françoise CAZEIN, Santé publique France

Dr Florence LOT, Santé publique France

Remerciements

Remerciements particuliers pour leur investissement à Karim Abdelmoumen, François BISSUEL, Cécile BROUARD, Françoise CAZEIN, Catherine GAUD, Isabelle LAMAURY & Aude LUCARELLI.

Remerciements à Mme Bénédicte SAUVAGE, BCom, Cayenne, pour la réalisation gracieuse des cartes.

Table des tableaux

Tableau 1 : Population, surface et statut des DROM-COM	37
Tableau 2 : File active de PVVIH et nombre de nouveaux cas de chacun des DROM-COM.....	38
Tableau 3 : Caractéristiques de genre, d'âge et d'origine géographique des PVVIH de chaque territoire.....	40
Tableau 4 : Fréquences de co-infections virales dans les différentes file active des PVVIH des DROM-COM	42
Tableau 5 : Données sur les IST issues du système de surveillance de la direction de la santé de Polynésie française 2018-2022	43
Tableau 6 : Récapitulatif des données fournies et publiées par Santé publique France 2013-2021 concernant l'hépatite B dans les DROM uniquement (Guyane, Guadeloupe, Martinique, Réunion et Mayotte).....	44
Tableau 7 : Récapitulatif des données de la littérature sur l'hépatite B chronique dans les DROM-COM	46
Tableau 8 : Récapitulatif des données fournies et publiées par Santé publique France 2013-2021 concernant l'hépatite C dans les DROM uniquement (Guyane, Guadeloupe, Martinique, Réunion et Mayotte).....	51
Tableau 9 : Récapitulatif des données de la littérature sur l'hépatite C chronique dans les DROM-COM	53

Abréviations et acronymes

ACT	Appartement de coordination thérapeutique
AME	Aide médicale d'état
ANRS MIE	Agence nationale de recherches sur le SIDA et les hépatites virales Maladies infectieuses émergentes
ARS	Agence régionale de santé
ARV	Antirétroviraux
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CeGIDD	Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNS	Conseil national du sida et des hépatites virales
COREVIH	Comité de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine
CRA	Centre de rétention administratif
CSAPA	Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSPS	Centre délocalisé de prévention et de soins
C2S	Complémentaire santé solidaire
DFA	Départements français d'Amérique
DROM-COM	Département-région d'outre-mer et collectivités d'outre-mer
ETP	Education thérapeutique
EVARS	Espace vie affective, relationnelle et sexuelle
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HPV	Human papillomavirus
HSH	Homme ayant des rapports sexuels avec les hommes
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IST	Infection sexuellement transmissible
LGBTQIA+	Lesbienne, gay, bisexuel(le), trans, queer, intersexe et asexuel(le)
OFII	Office français de l'immigration et de l'intégration
PMI	Protection maternelle et infantile
PND	Personnes nouvellement diagnostiquées
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
PUMA	Protection universelle maladie

PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RdR	Réduction des risques
RUP	Région ultra périphérique
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SNDS	Système national des données de santé
TFA	Territoire français d'Amérique
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
UDIV	Usager de drogue intraveineuse
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

L'ANRS Maladies infectieuses émergentes et le CNS, ont été missionnés par le ministre chargé de la santé pour conduire une actualisation des recommandations françaises de prise en charge du VIH, des hépatites virales, et des IST.

L'actualisation des recommandations est placée sous la responsabilité du Pr. Pierre Delobel.

Les travaux sont réalisés sous l'égide de l'ANRS | MIE et du CNS, et de la HAS pour les chapitres ayant trait aux aspects de thérapeutique anti-infectieuse, curative et préventive.

Retrouvez tous les chapitres sur
