

## Surveillance et prévention des infections à VIH et autres infections sexuellement transmissibles

### SOMMAIRE

Édito p.1 Points clés p.1 Surveillance des découvertes d'infection à VIH p.2 Surveillance des cas de Sida p.4 Dépistage du VIH p.4 e-DO p.5 Surveillance des cas de gonococcie p.6 Surveillance des cas de syphilis récente p.7 Prévention p.8 Sexualité chez les jeunes à La Réunion p.10 Pour en savoir plus, remerciements et contacts p.14

### ÉDITO

L'infection à VIH semble contrôlée à La Réunion, et ce malgré des contextes épidémiologiques moins favorables pour les pays de la sous-région. Les principaux indicateurs (taux de découvertes de séropositivité et proportion de sérologies confirmées positives) sont stables depuis plusieurs années. La qualité de cette surveillance dépend directement de la complétude des données des déclarations. La proportion de données manquantes reste trop importante et il est important que la complétude des données soit améliorée. Néanmoins, la part de déclaration des nouveaux diagnostics d'infection à VIH par voie électronique via le site e-DO est en augmentation en 2017.

Les données du réseau ResIST indiquent une augmentation, encore en 2017, du nombre de cas de syphilis récentes à La Réunion, dont la moitié a été signalée dans la population hétérosexuelle. Le risque de transmission congénitale existant, il est essentiel de rappeler l'importance à La Réunion d'un 2<sup>e</sup> dépistage de la syphilis au cours de la grossesse, avant la 28<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée.

La surveillance des IST à La Réunion connaît une phase de transition. La surveillance épidémiologique au sein des CeGIDD évolue ; la transmission de données individuelles devrait permettre de décrire la population accueillie dans les CeGIDD et d'estimer des taux de positivité du VIH, des hépatites virales et des IST dans cette population. En complément, les réflexions portant sur la surveillance de la syphilis congénitale seront poursuivies au sein de la Cire et en lien avec les acteurs concernés. En 2019, l'enquête LaboIST sera renouvelée auprès des laboratoires de biologie médicale privés et publics. Enfin, une expérimentation déjà en cours de la surveillance des IST par les médecins du réseau de médecins sentinelles sera reconduite.

Les résultats de surveillance des IST et du VIH présentés ici par la Cire sont complétés par quelques données de prévention, notamment sur l'usage de la PrEP dans les DOM depuis début 2017, ainsi que par une synthèse d'une évaluation du processus de prévention primaire en santé sexuelle à La Réunion par l'Agence de santé océan Indien.

### POINTS CLÉS

#### VIH/Sida

- Taux de découvertes de séropositivité stable.
- Proportion de diagnostics à un stade avancé plus élevée chez les personnes hétérosexuelles.

#### Syphilis récente

- Moitié des cas signalés au sein de la population hétérosexuelle, le quart chez des femmes en âge de procréer.
- 2 cas de syphilis congénitale signalés en 2017, tous 2 confirmés selon la classification du CDC.

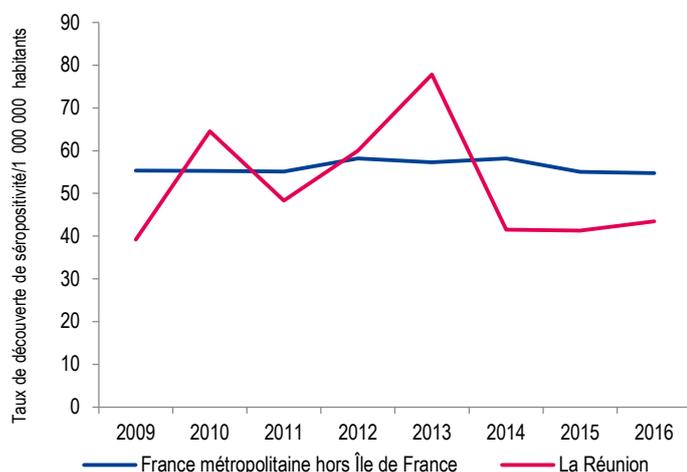
#### Infections à gonocoque

- Augmentation du nombre de cas d'infection à gonocoque au sein de la population hétérosexuelle.
- Pour la première année, baisse du nombre de cas d'infection à gonocoque chez les hommes ayant des rapports avec les hommes, à confirmer avec les données 2018.
- Augmentation de la part d'infections asymptomatiques, quelle que soit l'orientation sexuelle.

# SURVEILLANCE DES INFECTIONS À VIH

## Données issues des notifications obligatoires VIH

Figure 1 : Evolution du taux annuel de découvertes de séropositivité, à La Réunion et en France métropolitaine hors Île-de-France, par million d'habitants, 2009-2016.



Source : données corrigées redressées au 14/11/2017, DO VIH, Santé publique France.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité, La Réunion, 2012-2016 vs 2017.

	2012-2016 (n=179)	2017 (n=43)
<b>Sexe masculin (%)</b>	<b>78%</b>	<b>70%</b>
<b>Age médian (années)</b>	<b>41</b>	<b>40</b>
<b>Mode de contamination (%)</b>		
Rapports sexuels entre hommes	43%	51%
Rapports hétérosexuels	57%	46%
Injection de drogues	1%	3%
<b>Pays de naissance (%)</b>		
France	81%	81%
Afrique sub-saharienne	17%	19%
Autres	2%	0%
<b>Infection récente (&lt; 6 mois) (%)</b>	<b>36%*</b>	<b>32%*</b>
<b>Délai de diagnostic (%)</b>		
Diagnostic précoce <sup>‡</sup>	30%	43%
Diagnostic avancé <sup>§</sup>	38%	26%

Proportions calculées à partir des données disponibles.

\* Part de données manquantes supérieure à 30%.

‡ Un diagnostic précoce est défini par une primo-infection ou un taux de lymphocytes CD4 > 500/mm<sup>3</sup> de sang lors de la découverte du VIH.

§ Un diagnostic avancé est défini par un stade clinique sida ou un taux de lymphocytes CD4 < 200/mm<sup>3</sup> de sang lors de la découverte du VIH.

Source : données brutes au 30 septembre 2018, DO VIH, Santé publique France.

### • Evolution du taux de découvertes de séropositivité

Le taux de découvertes de séropositivité, corrigé pour le délai de découverte et la sous-déclaration à La Réunion, n'est pas disponible pour 2017 et était de 43 par million d'habitants en 2016 (IC95% 31-56) (figure 1).

Après une diminution importante en 2014, le taux de découvertes de séropositivité était stable entre 2014 et 2016 et inférieur aux taux observés dans les autres Départements d'Outre Mer et en France métropolitaine hors Île-de-France (55 par million d'habitants en 2016 (IC95% 51-59)).

### • Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité

Les caractéristiques des découvertes de séropositivité sont présentées dans le tableau 1.

En 2017 à La Réunion, 70% des découvertes de séropositivité concernaient des hommes, contre 78% au cours de la période 2012-2016 ; l'âge médian était de 40 ans en 2017 (min 22-max 67 ans), comparable à la période 2012-2016 (41 ans; min 8-max 74 ans).

En 2017 à La Réunion, les proportions de personnes découvrant leur séropositivité et nées en France et en Afrique Sub-Saharienne étaient stables (81% et 19% respectivement). Contrairement à ce qui était observé au cours de la période 2012-2016, les rapports hétérosexuels n'étaient plus le mode de contamination le plus fréquent en 2017 (46% des cas) ; la moitié (51% des cas) des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2017 à La Réunion ont été contaminées lors de rapports sexuels entre hommes. En 2017, seule 1 personne s'est contaminée lors d'un usage de drogues par voie intraveineuse.

La part des infections récentes en 2017 était de 32% (36% au cours de la période 2012-2016). Ces données sont difficiles à interpréter étant donné la part importante de données manquantes.

La part de diagnostics précoces a augmenté (43% en 2017), et celle des diagnostics avancés a diminué (26% en 2017). En 2017, parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité, 22% ont été diagnostiquées au stade de la primo-infection, 59% au stade asymptomatique, 8% à un stade symptomatique et 11% à un stade Sida.

Aucun décès n'a été notifié en 2017.

**Ces résultats sont à interpréter avec prudence car ils dépendent de la complétude des déclarations. La proportion d'informations manquantes était élevée en 2017 pour certaines variables, et il est possible que les cas pour lesquels les informations étaient manquantes aient un profil épidémiologique différent.**

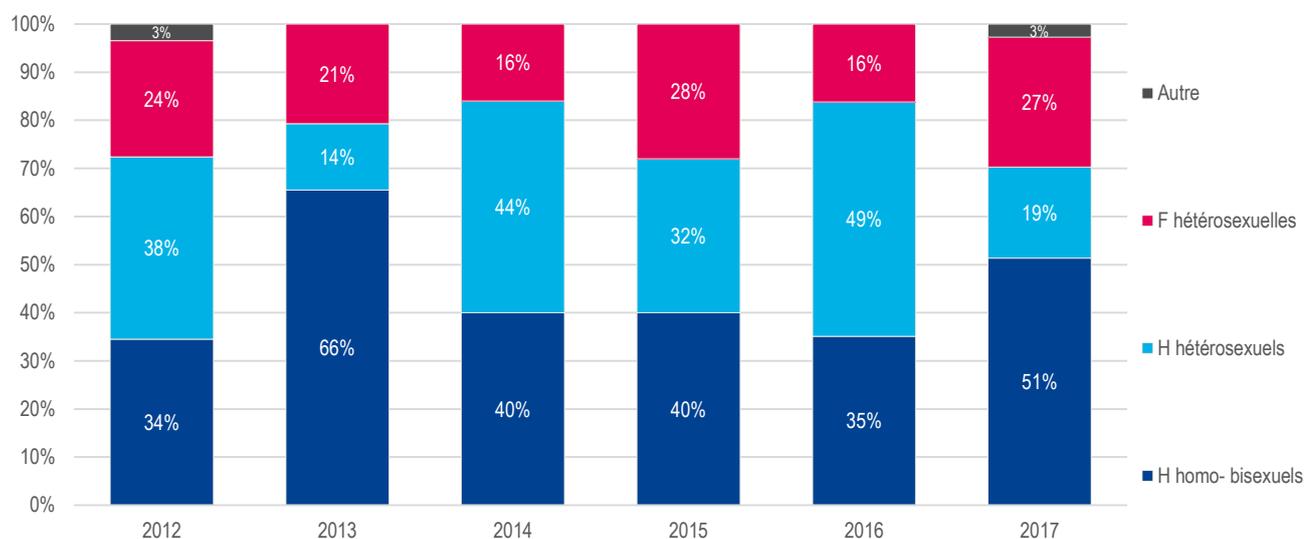
## • Evolution des découvertes de séropositivité selon le mode de contamination et le pays de naissance

En 2017, une augmentation de la part des découvertes de séropositivité chez les hommes homo- bisexuels et les femmes hétérosexuelles est observée par rapport à 2016 ; la moitié des découvertes de séropositivité (51%) concernaient des hommes homo- bisexuels, et l'autre moitié des femmes et hommes hétérosexuels (27% et 19% respectivement) (figure 2).

Tandis que les femmes hétérosexuelles étaient pour moitié nées à l'étranger (47% des femmes hétérosexuelles au cours de la période 2012-2017), les hommes hétérosexuels et homo- bisexuels étaient principalement nés en France (91% et 87% respectivement au cours de la période 2012-2017).

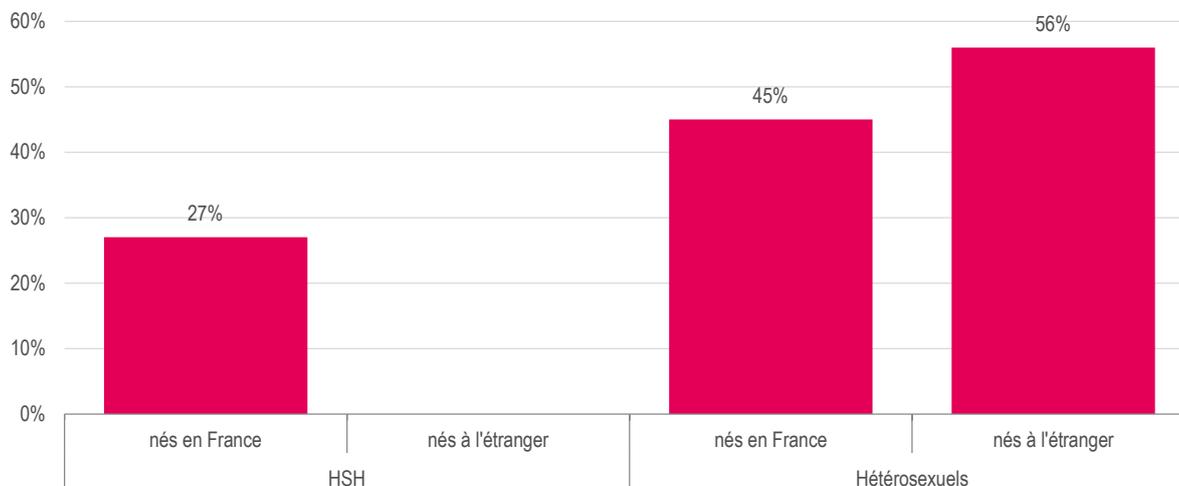
Si la part des diagnostics avancés a diminué en 2017, ceux-ci étaient plus fréquents chez les personnes hétérosexuelles nées à l'étranger et nées en France au cours de la période 2016-2017 (56% et 45% de diagnostics avancés respectivement) (figure 3).

Figure 2 : Evolution des découvertes de séropositivité selon le mode de contamination, La Réunion, 2012-2017.



Source : données brutes au 30 septembre 2018, DO VIH, Santé publique France.

Figure 3 : Proportion de diagnostics avancés selon le mode de contamination et le pays de naissance, La Réunion, 2016-2017.



Source : données brutes au 30 septembre 2018, DO VIH, Santé publique France.

## • Données nationales

L'analyse des données au niveau national est disponible sur le [site de Santé publique France](http://www.santepubliquefrance.fr).

# SURVEILLANCE DES DIAGNOSTICS DE SIDA

## Données issues des notifications obligatoires Sida

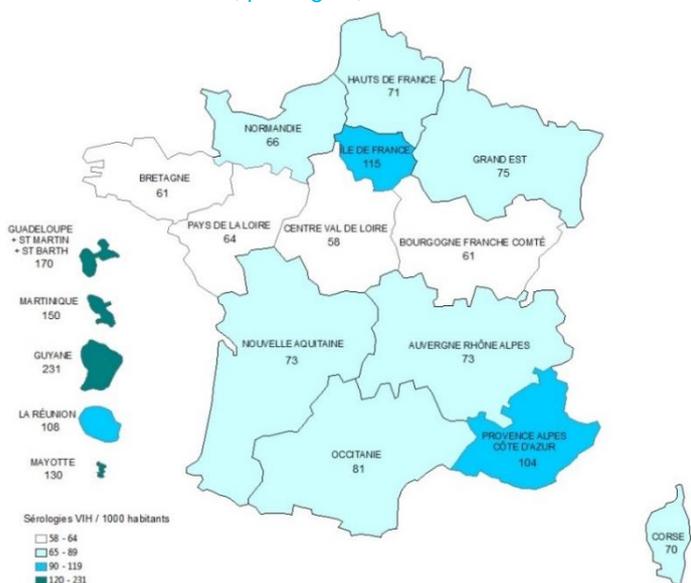
- Evolution du nombre de diagnostics

Le taux de diagnostics de Sida à La Réunion, corrigé pour le délai de découverte et la sous-déclaration, n'est pas disponible en 2017 et était estimé à 15 (IC<sub>95%</sub> : [12-18]) par million d'habitants en 2016. A La Réunion, le taux de diagnostics de Sida a légèrement augmenté en 2016 après une baisse observée entre 2011 et 2015.

# DÉPISTAGE DE L'INFECTION À VIH

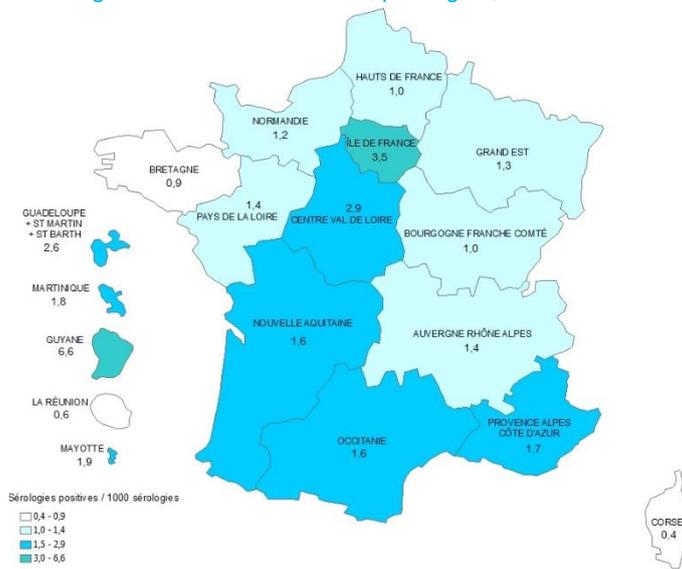
## Données issues de l'enquête LaboVIH

Figure 4 : Nombre de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants en France, par région, en 2017.



Source : LaboVIH 2017, Santé publique France.

Figure 5 : Proportion de sérologies VIH positives pour 1 000 sérologies effectuées en France, par région, en 2017.

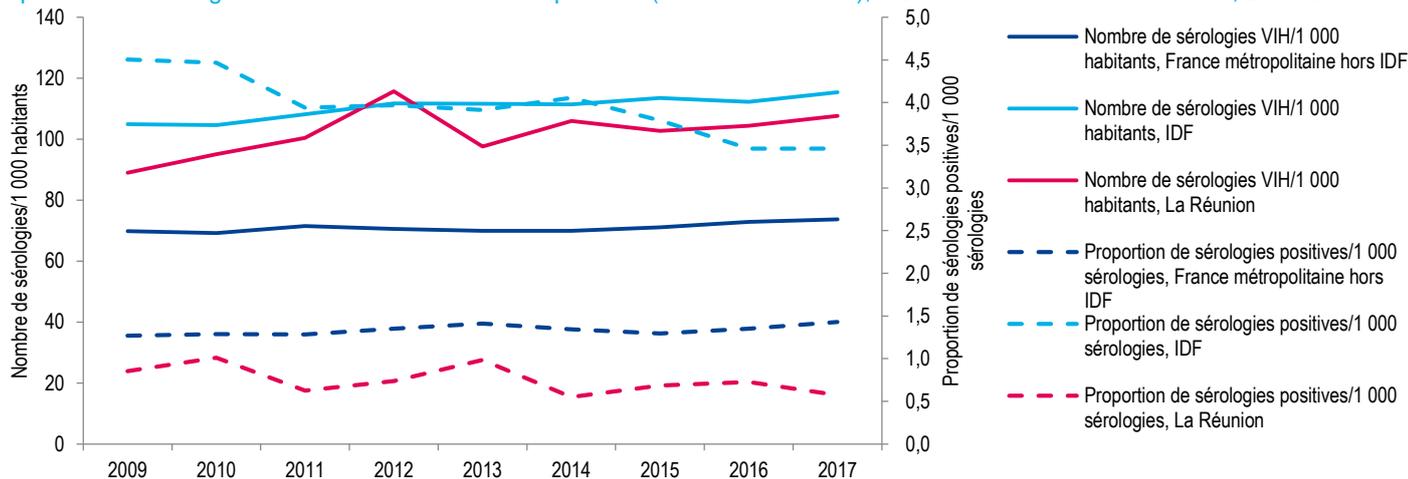


Source : LaboVIH 2017, Santé publique France.

A La Réunion, en 2017, 108 sérologies/1 000 habitants ont été réalisées (IC95% 102-113) (figure 4). Cette activité de dépistage était comparable à celle observée en Île-de-France, inférieure à celle observée dans les autres Départements d'Outre Mer, et supérieure à celle observée en France métropolitaine hors Île-de-France (figures 4 et 6). L'activité de dépistage du VIH est stable depuis 2013.

La proportion des sérologies positives à La Réunion est inférieure à 1/1 000 sérologies réalisées depuis 2014 (figure 5), ce qui est inférieur aux proportions observées dans les autres Départements d'Outre Mer, en France métropolitaine hors Île-de-France et en Île-de-France (figures 5 et 6).

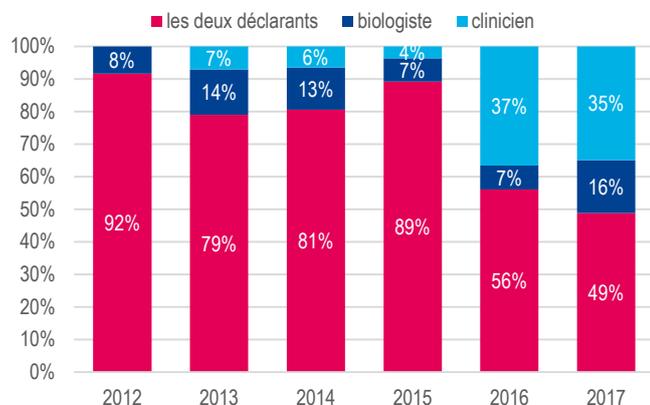
Figure 6 : Evolution du nombre annuel de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants et proportion de sérologies positives pour 1 000 sérologies effectuées en France métropolitaine (hors Île-de-France), à La Réunion et en Île-de-France, 2009-2017.



Source : LaboVIH 2017, Santé publique France.

## E-DO : DÉCLARATION OBLIGATOIRE EN LIGNE DE L'INFECTION À VIH ET DU SIDA

Figure 7 : Proportion des découvertes de séropositivité pour lesquelles les volets « biologiste » et « clinicien » ont été envoyés, La Réunion, 2012-2017.



Source : données brutes au 30 septembre 2018, DO VIH, Santé publique France.

Tableau 2 : Taux de pénétration de l'e-DO par région en 2017.

	Proportion de déclarations électroniques en 2017	
	Biologistes	Cliniciens
Auvergne-Rhône-Alpes	57%	69%
Bourgogne-Franche-Comté	58%	87%
Bretagne	65%	74%
Centre-Val-de-Loire	55%	58%
Corse	10%	0%
Grand-Est	60%	90%
Guadeloupe	48%	0%
Guyane	91%	95%
Hauts de France	17%	70%
Île-de-France	51%	45%
<b>La Réunion</b>	<b>25%</b>	<b>100%</b>
Martinique	77%	93%
Mayotte	100%	100%
Normandie	74%	81%
Nouvelles-Aquitaine	87%	81%
Occitanie	66%	69%
Pays de la Loire	79%	93%
PACA	76%	89%

Source : données brutes au 30 septembre 2018, e-DO, Santé publique France.

La surveillance des nouveaux diagnostics d'infection au VIH et de SIDA et l'identification des groupes les plus à risque, pour orienter les actions de prévention et améliorer la prise en charge, dépendent directement de la qualité des données issues des déclarations. Il est essentiel que les professionnels de la santé s'approprient et utilisent la déclaration électronique pour améliorer l'exhaustivité et le délai de transmission des DO.

### • Évolution de l'envoi des parties « clinicien » et « biologistes » du formulaire de déclaration obligatoire des découvertes de séropositivité

Entre 2012 et 2017, la part des DO dont les volets cliniciens et biologistes ont été transmis a diminué de 92% à 49% ; la part des déclarations faites uniquement par le clinicien ou uniquement par le biologiste augmente donc logiquement (35% et 16% respectivement en 2017) (figure 7).

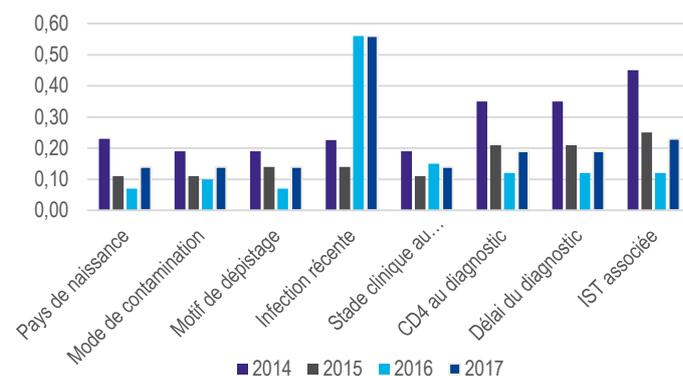
### • Utilisation de l'e-DO

A La Réunion, en 2017, seul un quart des DO envoyées par les biologistes l'ont été par voie électronique. Par contre les cliniciens ont envoyé la totalité des DO par voie électronique (tableau 2).

Cependant, les données étaient manquantes dans plus de 50% des cas pour la variable « infection récente » ; pour d'autres variables d'intérêt, une augmentation de la proportion de données manquantes par rapport à 2016 est observée (figure 8).

La part importante de données manquantes limite l'interprétation des données.

Figure 8 : Proportion de données manquantes, La Réunion, 2014-2017.



Source : données brutes au 30 septembre 2018, e-DO, Santé publique France.

### E-DO VIH/SIDA, QUI DOIT DÉCLARER ?

**-Tout biologiste** qui diagnostique une infection au VIH doit déclarer ce cas (même si la personne a pu être diagnostiquée auparavant dans un autre laboratoire)

**ET**

**-Tout clinicien** qui a prescrit une sérologie VIH s'étant avérée positive, qui a pris en charge une personne ayant récemment découvert sa séropositivité, qui constate le décès d'une personne séropositive pour le VIH, ou qui diagnostique un sida chez un patient, que celui-ci soit déjà connu séropositif ou non, doit déclarer ce cas.

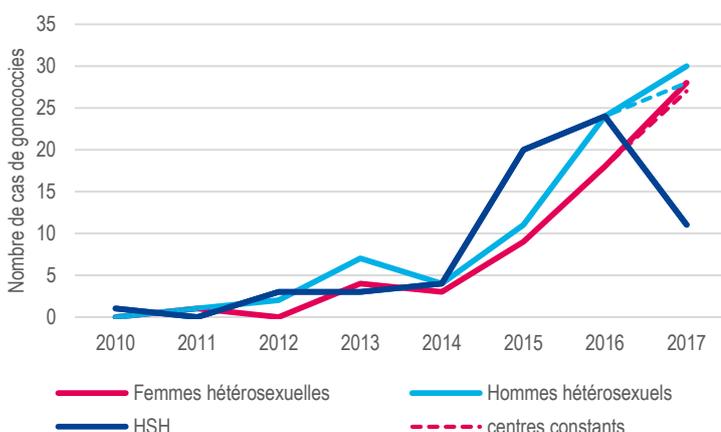
La notification des cas d'infection au VIH se fait par **un formulaire en deux parties qui contiennent des informations différentes** : un feuillet destiné au biologiste et l'autre au clinicien. Les biologistes n'ont plus à transmettre les feuillets de notification au clinicien. Chaque co-déclarant (clinicien et biologiste) fait une déclaration de manière indépendante dans l'application e-DO.

Les déclarants qui ne parviendraient pas à déclarer en ligne peuvent obtenir des formulaires sous format PDF à imprimer en s'adressant à e-DO Info Service au 0 809 100 003 ou auprès de Santé publique France : [ANSP-DMI-VIC@santepubliquefrance.fr](mailto:ANSP-DMI-VIC@santepubliquefrance.fr)

# SURVEILLANCE DES Infections sexuellement transmissibles (IST)

## Gonococcie, données issues du réseau de surveillance des IST (RéSIIST)

Figure 9 : Evolution du nombre de cas de gonococcie selon l'orientation sexuelle, La Réunion, 2012-2017.



### • Evolution des cas de gonococcie

Une augmentation du nombre de cas de gonococcies est observée au sein de la population hétérosexuelle depuis 2014. Chez les hommes ayant des rapports avec les hommes, une baisse est observée en 2017 : ils ne représentaient que 15% des cas signalés (figure 9).

Cette diminution, qui n'est pas observée au niveau national, devra être confirmée par les données de 2018.

Les tendances observées au sein de la population hétérosexuelle peuvent être expliquées par

- une augmentation de l'activité de dépistage ;
- l'utilisation croissante de PCR multiplex ;
- une augmentation réelle du nombre de cas.

Source : données au 30 septembre 2018, intégrant les sites constants, RéSIIST, Santé publique France.

Tableau 3 : Caractéristiques des cas de gonococcie, La Réunion, 2012-2016 vs 2017.

	2012-2016 (n = 143)	2017 (n = 68)
<b>Sexe masculin (%)</b>	75%	57%
<b>Age médian (années)</b>		
Homo-bisexuel-le-s	25	46
Hétérosexuel-le-s	24	23
<b>Orientation sexuelle (%)</b>		
Hommes homo-bisexuels	39%	16%
Hommes hétérosexuels	35%	41%
Femmes homo-bisexuelles	1%	3%
Femmes hétérosexuelles	25%	40%
<b>Motif(s) de consultation* (%)</b>		
Signes d'IST	40%	34%
Dépistage systématique	44%	26%
Partenaire(s) avec une IST	7%	19%
Bilan autre	6%	19%
<b>Diagnostic de VIH associé (%)</b>		
Séropositivité connue	13%	13%
Découverte séropositivité	1%	0%
Négatif	86%	87%
<b>Utilisation systématique du préservatif parmi ceux qui pratiquent ... (%)</b>		
La pénétration vaginale	7%	4%
La pénétration anale	13%	4%
La fellation	1%	2%

\*Réponses non mutuellement exclusives.

Source : données au 30 septembre 2018, intégrant les sites constants, RéSIIST, Santé publique France.

### • Caractéristiques des cas de gonococcie

Les caractéristiques des cas de gonococcies sont présentées dans le tableau 3.

En 2017, la proportion d'hommes parmi les cas de gonococcie signalés a diminué, et plus particulièrement la proportion d'hommes homo-bisexuels, pour la première année. Au contraire la proportion d'hommes et de femmes hétérosexuels a augmenté.

L'âge médian a augmenté chez les personnes homo-bisexuel-le-s, et est supérieur à ce qui est observé au niveau national.

En 2017, le motif de consultation le plus fréquent était la présence de signes d'IST (34% des cas), mais une baisse était observée par rapport à la période 2012-2016. Dans 26% des cas le diagnostic était posé au cours d'un dépistage systématique, en baisse également par rapport à la période 2012-2016. Un augmentation de la part des diagnostics de gonococcies réalisés suite à une IST chez un-e partenaire est observée en 2017.

En 2017, plus de la moitié des femmes hétérosexuelles et des hommes homo-bisexuels ne présentaient pas de symptôme au moment de la consultation (82% et 73% respectivement) ; au contraire, 63% des hommes hétérosexuels présentaient des symptômes. Globalement, la proportion de personnes asymptomatiques au moment de la consultation a augmenté entre 2015 et 2017 et ce quelle que soit l'orientation sexuelle, ce qui est en faveur d'une augmentation du dépistage.

Parmi les cas signalés en 2017, 13% concernaient des patients séropositifs connus, en grande majorité des hommes homo-bisexuels.

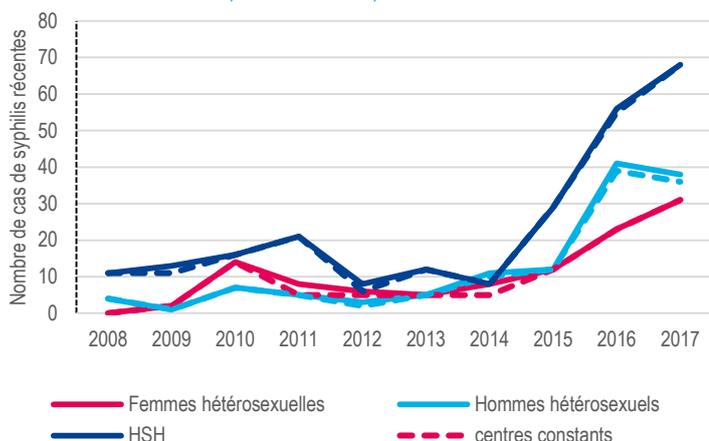
Enfin, l'usage systématique du préservatif au cours des 12 derniers mois était rapporté dans moins de 5% des cas, quel que soit le type de rapport.

### • Données nationales

L'analyse des données au niveau national est disponible sur le [site de Santé publique France](http://www.santepubliquefrance.fr).

## Syphilis, données issues du réseau de surveillance des IST (RéSIST)

Figure 10 : Evolution du nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, La Réunion, 2012-2017.



### • Evolution des cas de syphilis récente

Le nombre de cas de syphilis récentes signalés augmente en 2017 chez les hommes homo- bisexuels et les femmes hétérosexuelles (figure 10).

En 2017 la moitié des cas signalés concernaient des hommes ou des femmes hétérosexuels.

Les tendances observées peuvent être expliquées par :

- une augmentation de l'activité de dépistage ;
- des problèmes répétés d'approvisionnement en extencilline, ne permettant alors une délivrance qu'en milieu hospitalier ;
- une augmentation réelle du nombre de cas.

Source : données au 30 septembre 2018, intégrant les sites constants, RéSIST, Santé publique France.

Tableau 4 : Caractéristiques des cas de syphilis récente, La Réunion, 2012-2016 vs 2017.

	2012-2016 (n = 234)	2017 (n = 137)
<b>Sexe masculin (%)</b>	78%	76%
<b>Grossesse chez les femmes</b>	-	41% (13/32)
<b>Age médian (années)</b>		
Homo-bisexual-le-s	36	33,5
Hommes hétérosexuels	28,5	29
Femmes hétérosexuelles	26	25
<b>Orientation sexuelle (%)</b>		
Hommes homo-bisexuels	48%	50%
Hommes hétérosexuels	30%	26%
Femmes homo-bisexuelles	0%	1%
Femmes hétérosexuelles	22%	23%
<b>Motif(s) de consultation* (%)</b>		
Signes d'IST	36%	47%
Dépistage systématique	44%	27%
Partenaire(s) avec une IST	8%	17%
Bilan autre	10%	14%
<b>Stade clinique au diagnostic (%)</b>		
Syphilis primaire	23%	34%
Syphilis secondaire	25%	27%
Syphilis latente précoce	52%	39%
<b>Diagnostic de VIH associé (%)</b>		
Séropositivité connue	22%	20%
Découverte séropositivité	1%	2%
Négatif	75%	78%
<b>Utilisation systématique du préservatif parmi ceux qui pratiquent... (%)</b>		
La pénétration vaginale	7%	7%
La pénétration anale	13%	8%
La fellation	2%	1%

\*Réponses non mutuellement exclusives.

Source : données au 30 septembre 2018, intégrant les sites constants, RéSIST, Santé publique France.

### • Caractéristiques des cas de syphilis récente

Les caractéristiques des cas de syphilis récentes sont présentées dans le tableau 4.

Les cas de syphilis récentes signalés en 2017 concernaient pour moitié des hommes homo- bisexuels, et pour l'autre moitié des femmes et des hommes hétérosexuels (23% et 26% respectivement). Au niveau national, 81% des cas en 2017 concernaient des hommes homo- bisexuels. Parmi les 32 femmes concernées en 2017, en majorité en âge de procréer (âge médian de 26 ans), 13 étaient enceintes ; 9 de ces femmes présentaient une syphilis latente précoce, 3 une syphilis secondaire et 1 une syphilis primaire.

En 2017, 2 cas de syphilis congénitale ont été signalés à la Cire, tous 2 confirmés selon la classification du CDC : les 2 femmes concernées s'étaient infectées au cours de la grossesse, après un dépistage négatif au 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse.

Entre 2012-2016 et 2017, la part des syphilis primaires a augmenté (23% et 34% respectivement), tandis que la part des syphilis latentes précoces a diminué (52% et 39% respectivement). Aussi, la part des personnes consultant devant la présence de signes cliniques a augmenté (36% et 47% respectivement). Ces données plaident en faveur de diagnostics de la syphilis réalisés plus précocement en 2017.

Parmi les cas signalés en 2017, 20% concernaient des patients séropositifs connus, presque exclusivement des hommes homo- bisexuels.

Enfin, l'usage systématique du préservatif au cours des 12 derniers mois était rapporté dans moins de 10% des cas, et ce quel que soit le type de rapport.

### • Données nationales

L'analyse des données au niveau national est disponible sur le [site de Santé publique France](http://www.santepubliquefrance.fr).

## PRÉVENTION

### Données comportementale: enquête Santé-sexualité-prévention « Rapport au sexe » (ERAS)

Les premiers résultats de l'enquête sont disponibles dans le [BEH n°40-41](#). Cette enquête avait pour objectif de décrire et comprendre les comportements sexuels et les stratégies de prévention mises en place par les hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes, et notamment l'utilisation de la prévention combinée.

### Données de vente de préservatifs

Au cours de l'année 2017, à la Réunion, plus de 1 600 000 préservatifs masculins ont été vendus en pharmacie (hors parapharmacie). Le nombre de préservatifs masculins vendus en grande distribution n'est pas connu.

Par ailleurs, 165 000 préservatifs masculins et 17 000 préservatifs féminins ont été mis à disposition gratuitement par Santé publique France et l'Agence de santé océan Indien (ARS OI).

En pharmacie, 155 préservatifs féminins ont été vendus en 2017 à La Réunion.

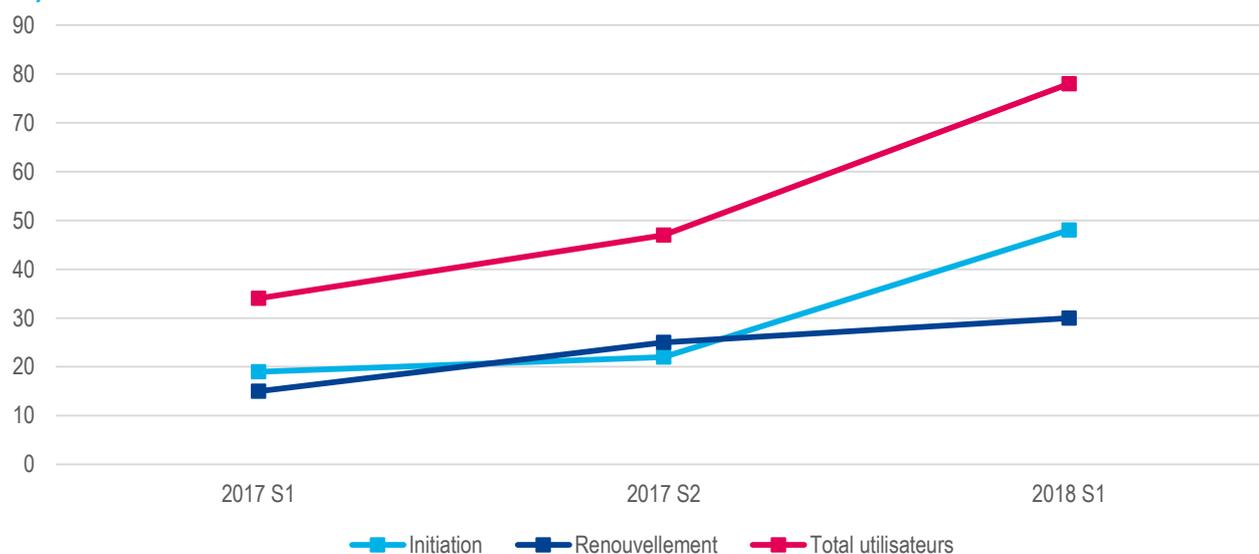
### Données de vente des autotests

Au cours de l'année 2017, à la Réunion, 142 autotests (AAZ) ont été vendus (soient 2/10 000 habitants vs 11/10 000 habitants en France, 12/10 000 habitants en Guyane) à un prix moyen de 30,68€.

### Données PrEP : données de l'ANSM

- Les données publiées par l'ANSM le 29 novembre 2018 indiquent sur l'ensemble du territoire une forte augmentation des initiations de PrEP, avec un renouvellement régulier du traitement préventif dans la grande majorité des cas.
- Dans les DOM, la mise en route d'une PrEP est restée rare (figure 11).
- Pour aller plus loin : Consulter le rapport de l'ANSM : <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Actualite/Plus-de-10-000-personnes-ont-initie-une-prophylaxie-pre-exposition-PrEP-au-VIH-par-Truvada-ou-generiques-Point-d-Information>

Figure 11 : Nombre d'initiatives et de renouvellement de PrEP (Truvada® ou génériques) dans les DOM, entre le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et le 31 juillet 2018.



Source : données au 30/06/2018, ANSM.

Les faibles effectifs d'utilisateurs ne permettent pas de présenter les données des premier et second semestres 2016.

# PRÉVENTION

## Campagne nationale d'incitation au dépistage

- Rediffusion de la campagne auprès de tous les publics

À l'occasion de la 31<sup>ème</sup> journée mondiale de lutte contre le sida, Santé publique France lance sa grande campagne de prévention visant à valoriser l'offre de dépistage adaptée aux besoins de chacun. L'objectif est de faire connaître les différents modes de dépistage disponibles et leurs points forts.

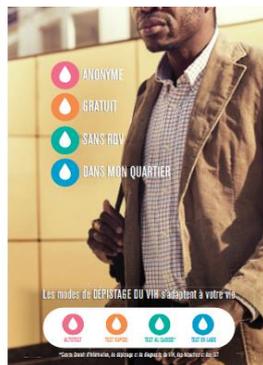
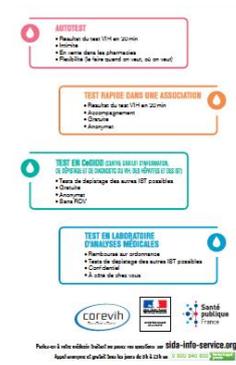
Les visuels mettent en avant des points positifs de chaque technique de dépistage avec la signature « Les modes de dépistage du VIH s'adaptent à votre vie ». La campagne s'adresse à tous comme aux populations les plus exposées aux VIH (les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les migrants d'Afrique subsaharienne).

Elle est rediffusée en digital du 30 novembre au 20 décembre et en affichage publicitaire sur les lieux fréquentés par les migrants d'Afrique subsaharienne du 30 novembre au 20 décembre.

- Mise à disposition d'un kit de communication

Un kit de campagne pour déclinaison locale est proposé aux acteurs de terrain. Les fichiers électroniques de cartes postales, affichettes et d'un flyer A5 sont disponibles pour être personnalisés et imprimés par leur soins auprès de

[Lucile.bluzat@santepubliquefrance.fr](mailto:Lucile.bluzat@santepubliquefrance.fr)



## SEXUALITE CHEZ LES JEUNES A LA REUNION

### Les connaissances, attitudes, croyances et comportements en matière de risques liés aux comportements sexuels, Enquête KABP, Réunion, 2012

L'ORS océan Indien a mené en 2012 à La Réunion une enquête KABP sur un échantillon de 1025 personnes âgées de 15 à 59 ans.

L'âge moyen déclaré au premier rapport sexuel par les jeunes était de 17 ans pour les hommes et 18 ans pour les femmes. Les femmes déclarent davantage que les hommes n'avoir pas vraiment souhaité ce premier rapport sexuel (20% des femmes et 7% des hommes). Ces données sont comparables à ce qui a été observé au niveau national en 2016.

Parmi les personnes interrogées, 2 % des hommes et 12 % des femmes déclarent avoir subi au moins une fois au cours de leur vie des attouchements sexuels ; 8 % des femmes ont subi des rapports sexuels contre leur volonté et 6 % des tentatives non abouties. Les hommes sont plus nombreux à avoir été confrontés à des tentatives de viols que des viols (respectivement 3 % contre 2 %).

Quel que soit l'âge, 7% des hommes et 1% des femmes ayant déclaré une activité sexuelle ont affirmé avoir plusieurs partenaires de façon simultanée ; cette proportion était plus importante chez les jeunes de 18 à 29 ans (13,7%), quel que soit le sexe.

Parmi les personnes interrogées, 59% ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors du premier rapport avec leur dernier partenaire, proportion qui est plus importante chez les jeunes de 18-29 ans (82%).

Le rapport complet est disponible ici : [https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/kabp\\_2012\\_rapport\\_final.pdf](https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/kabp_2012_rapport_final.pdf)

### Baromètre santé 2016 – Genre et sexualité

En 2016, Santé publique France a coordonné l'enquête nationale Baromètre santé, dont un volet portait sur la santé sexuelle.

En France, l'âge médian d'entrée dans la sexualité s'est stabilisé ces dix dernières années : il était en 2016 de 17,6 ans pour les filles et 17,0 pour les garçons. Ces rapports étaient protégés dans plus de 85% des cas par l'utilisation d'un préservatif, sans différence entre les femmes et les hommes. Les femmes étaient un peu moins nombreuses que les hommes à avoir souhaité ce premier rapport « à ce moment-là » (87,6% vs 92,8%). Ainsi 10,7% d'entre elles ont déclaré avoir cédé aux attentes de leur partenaires et 1,7% avoir été forcées.

Les violences sexuelles sont de plus en plus déclarées, en particulier par les femmes : parmi les femmes de 15-17 ans, 8% avaient déjà été confrontées à des rapports forcés ou à des tentatives de rapport forcés contre 1% des jeunes hommes.

Les résultats de cette enquête soulignent l'importance de mettre en œuvre une éducation à la sexualité qui intègre la dimension genrée de la sexualité et traite de la notion du consentement.

L'article complet est disponible ici : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1865>

### Campagne de Santé publique France

Santé publique France a lancé en octobre 2018 une **campagne sur la question du consentement** à destination des adolescents qui reposait sur une série de podcasts dans lesquels 4 jeunes filles et 1 garçon témoignent de leurs expériences. Cette campagne rappelle l'importance de se parler et de s'écouter.

Le **site Onsexprime.fr** aborde la santé sexuelle dans sa globalité intégrant ainsi aussi bien l'aspect du plaisir, que les aspects physiques, émotionnels, mentaux ou encore sociaux. La vocation du site est d'aider les adolescents à avoir une entrée positive dans la sexualité en les informant et en les incitant à prendre du recul et à se poser les bonnes questions.

# EVALUATION QUALITATIVE DU PROCESSUS DE PRÉVENTION PRIMAIRE EN SANTÉ SEXUELLE À LA RÉUNION : DÉMARCHE ET PERSPECTIVES

Nguyen A-D, Mariotti E, Chaussade C, Chopinet-Dijoux S (Agence de santé océan Indien)

## Résumé

Malgré deux décennies d'actions d'éducation à la sexualité en milieu scolaire, les indicateurs relatifs à la maîtrise de la fécondité des femmes mineures à La Réunion restent éloignés des repères métropolitains. Ces données quantitatives ont motivé la réalisation d'une évaluation qualitative, dont les résultats ont permis d'apporter des réponses au questionnement sur la pertinence du dispositif existant. L'arrivée du service sanitaire des étudiants en santé et les orientations relatives à la santé sexuelle inscrites au PRS amènent à ouvrir de nouvelles perspectives de co-construction avec les partenaires et les opérateurs pour avancer dans les solutions face aux enjeux soulevés.

## Introduction

L'Agence de Santé Océan Indien (ARS OI) a poursuivi la politique de prévention des risques sexuels initiée en 1994 par le Département et prolongée par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales à La Réunion. Elle s'appuie sur un ensemble d'opérateurs qui interviennent dans les établissements d'enseignement secondaire. Les opérateurs sont composés d'associations œuvrant initialement dans le champ de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et d'équipes hospitalières en charge des Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CeGIDD).

En 2012, un travail de restructuration, dans l'objectif d'harmoniser les pratiques, a été initié par l'ARS OI et auquel ont participé le Rectorat, le Conseil régional, le Conseil départemental, les associations concernées ainsi que les CeGIDD et a conduit à une programmation d'actions ciblant les établissements identifiés comme prioritaires par le Rectorat. A cet effet, une charte d'intervention a été conjointement élaborée par l'ARS OI, le Rectorat et les intervenants. Sur la base d'un cahier des charges, des formations destinées aux intervenants ont été également réalisées avec la production de référentiels d'interventions et d'intervenants. Cette démarche présentée comme expérimentale sur une durée de trois ans à compter de la rentrée scolaire 2012/2013.

Les premières autoévaluations n'ont pu être produites qu'à compter de 2016 dans le cadre des conventions de partenariat liant les opérateurs associatifs à l'ARS OI. Sur les chiffres, la situation en termes de grossesses de femmes mineures [1] et donc de grossesses non désirées est plus prégnante à La Réunion qu'en France métropolitaine et la part des interruptions volontaires de grossesse reste encore plus élevée qu'en métropole [2]. En outre, l'ampleur et la diversité des infections sexuellement transmissibles (IST) sont peu documentées, mais leur impact auprès d'un jeune public n'est pas à ignorer, au regard notamment de la résurgence de la syphilis congénitale.

Ces données ne permettent pas d'éclairer l'ARS OI, principal financeur, sur le degré de cohérence des actions de prévention face aux besoins des élèves et la persistance de résultats éloignés des repères métropolitains questionne sur leurs réels impacts. Pour lui permettre d'y voir plus clair et tel que prévu, l'ARS OI a commandité une évaluation externe du processus mis en place.

## Matériel et méthodes

Pour mener à bien cette évaluation, l'option de recourir à un prestataire sélectionné dans le cadre d'un marché public a été retenue afin de garantir une impartialité d'appréciation de l'ensemble du dispositif.

Le cahier des charges a été élaboré par le service études et statistiques de la direction de la stratégie et de la performance en lien avec la délégation de l'île de La Réunion et le concours de la cellule affaires juridiques et commande publique de l'ARS OI.

Le contour évaluatif comprenait les objets suivants : le processus de prévention primaire en santé sexuelle ; les effets du processus auprès des publics cibles. S'agissant du premier objet, le prestataire devait évaluer le niveau d'adéquation entre : les objectifs et les besoins ; les objectifs et les référentiels d'intervention ; les outils et les référentiels. Quant au second objet, l'évaluation visait à apprécier la mise en pratique des savoirs et le niveau de connaissances transférées aux élèves. Les opérateurs évalués étaient : ARPS, Rive, Asetis (anciennement Sid' aventure), Antenne départementale du Mouvement Français du Planning Familial, AMAFAR, Groupe EVA. Les CeGIDD des deux sites Nord et Sud du CHU de La Réunion et du Centre Hospitalier Ouest Réunion étaient également inclus dans l'évaluation, uniquement pour leurs interventions en milieu scolaire dans le cadre de leurs missions hors les murs.

L'évaluation a été menée par Mesdames Christine Quélier et Murielle Bauchet, consultantes en sciences humaines et santé publique, sous le pilotage de l'ARS OI. Leur apport a permis d'affiner les attendus de l'ARS OI à savoir : la description de la mise en œuvre du dispositif de prévention primaire en santé sexuelle, l'appréciation de la concordance des pratiques des intervenants avec les référentiels, la pertinence des méthodes et des contenus, l'identification des effets perçus des publics cibles et des opérateurs.

Le travail du prestataire a consisté en une analyse documentaire comprenant les rapports d'autoévaluation, la réalisation d'entretiens avec les opérateurs et des focus groupes avec les élèves. L'observation de séances d'éducation à la vie affective a pu être réalisée auprès de cinq classes (4ème, 3ème, CAP), dans cinq établissements répartis dans les microrégions nord, sud, est et ouest. Au total, 43 personnes ont été interviewées : 41 professionnels (responsables des structures de préventions en santé sexuelle, animateurs des séances, chefs d'établissement et référent sexualité, experts) et 2 jeunes femmes ayant eu une grossesse précoce. Pour les trois focus groupes, 14 élèves ont été rencontrés pour recueillir leur avis et leurs besoins en groupes mixtes. Ce travail s'est déroulé d'avril à octobre 2018, avec une restitution auprès de l'ensemble des parties prenantes le 2 octobre 2018.

## Résultats

Tout d'abord, au fil des échanges avec le prestataire, l'objet évaluatif a été redéfini. Il ne s'agissait plus d'examiner et de mesurer les effets d'un processus entendu comme une succession d'actions dans le temps établie selon un référentiel commun pour des publics cibles : les élèves de 4<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> ou en CAP, mais d'évaluer un ensemble d'opérateurs de la prévention des infections sexuellement transmissibles, des grossesses non désirées et d'éducation à la sexualité, c'est-à-dire une entité que l'on pourrait qualifier de dispositif.

De la synthèse de ce travail évaluatif plusieurs enseignements ressortent.

Le dispositif pallie l'insuffisance de moyens alloués par l'Éducation Nationale à l'éducation à la sexualité et à la vie affective, qui est pourtant une obligation selon la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. L'action des opérateurs a comblé partiellement cette carence en améliorant également la qualité de l'offre. Les interventions réalisées par des adultes extérieurs aux établissements ont favorisé les échanges répondant ainsi aux besoins des élèves.

La production d'une Charte académique et d'un référentiel de compétences et des savoirs sont des avancées en matière de structuration du dispositif et d'harmonisation des pratiques.

Néanmoins, ce dispositif n'est pas suffisamment organisé. Au niveau régional, il n'existe pas de document unique de cadrage détaillant ses objectifs, ses missions et explicitant les critères de priorisation des établissements ciblés par le Rectorat.

Le dispositif est également insuffisamment intégré au sein des établissements. Ainsi, malgré les engagements réciproques mentionnés à la Charte académique, les intervenants extérieurs sont rarement associés au Comité d'Éducation à la santé et à la Citoyenneté (CESC) des établissements. Et les infirmières scolaires, souvent désignées comme des référentes sexualité par les chefs d'établissement, manquent de disponibilités pour animer les séances en binôme avec les intervenants extérieurs.

En termes de relais, l'offre d'éducation à la sexualité dans les collèges et lycées concernés ne fait pas l'objet de communication spécifique et systématique aux parents. Le défaut de supports d'information et de préservatifs dans ces établissements ne concourt pas non plus à conforter le dispositif.

Enfin, la culture commune des intervenants reste peu partagée et les interventions, sous forme d'une séance de 2h par an et par classe, ne peuvent que mettre l'accent sur l'information, à défaut de pouvoir faire de l'éducation.

En somme, le dispositif d'éducation à la sexualité et à la vie affective, exclusivement financé par l'ARS OI, intervient en subsidiarité d'une mission de l'Éducation nationale, sans pouvoir pour autant être intégré à part entière dans la vie des établissements scolaires du second degré. De fait, son pilotage, son suivi tout comme la coordination des acteurs sont légitimement questionnés.

## Perspectives

L'ajustement du dispositif d'éducation à la sexualité est clairement affiché dans le Projet Régional de Santé (PRS) de La Réunion, en tant que levier d'action d'une politique régionale de santé sexuelle déclinée dans ses orientations stratégiques relatives à la santé de la femme, du couple et de l'enfant et à celle des jeunes.[3]

Dans ses objectifs opérationnels, le PRS vise la promotion de l'éducation à la sexualité et à la vie affective auprès des jeunes et la construction des parcours de santé adaptés à différents publics cibles, y compris, pour la première fois, le parcours des personnes victimes de violences intrafamiliales. Partant de là, le périmètre d'intervention de l'ARS OI ne se limite plus au milieu scolaire, d'autant que l'évaluation externe du dispositif invite à réinterroger les cibles.

Principales cibles manquantes au dispositif existant, les élèves des autres niveaux, les jeunes en dehors du milieu scolaire ainsi que les parents, en tant que premiers éducateurs des enfants, adolescents et jeunes, constituent des publics à privilégier dans la démarche de reconfiguration à bâtir avec les partenaires institutionnels et les opérateurs.

Également en perspective, des référentiels d'intervention adaptés aux différents publics cibles seront à concevoir ensemble, dans une approche éducative (et non plus seulement informative) et de promotion de la santé, explorant trois composantes. La composante biomédicale est indispensable à la compréhension des objectifs de réduction des risques. La seconde composante est centrée sur les compétences psychosociales. Elle veille à renforcer l'estime de soi, le respect de l'altérité, à travailler la notion de l'égalité femme / homme et à aborder la question de la confiance dans la relation parents-enfant, tout en apportant aux parents les ressources nécessaires au repérage des troubles et des structures de prise en charge. Quant à la troisième composante, elle porte sur le rappel de la loi au travers des notions de consentement, des droits de l'enfant et de l'adolescent et des responsabilités des parents.

Comme corollaire à ces référentiels, la professionnalisation des intervenants s'impose. Elle nécessite une réflexion collective sur les conditions et les contenus des formations.

Par un hasard de calendrier, la revue du dispositif coïncide avec le lancement du service sanitaire des étudiants en santé, lequel doit s'effectuer sur des thématiques prioritaires nationales de santé publique : alimentation et activité physique constitutives de la nutrition, addictions et santé sexuelle [4] [5].

En cours de déploiement à La Réunion comme dans toutes les régions de France, le service sanitaire a pour objectif principal d'initier les étudiants en santé aux enjeux de la prévention primaire dans le cadre d'une démarche interdisciplinaire et pluriprofessionnelle. Les futurs professionnels de santé ainsi formés seront plus à même d'intégrer les actes de prévention dans leurs pratiques quotidiennes pour co-construire avec les patients leurs propres parcours de santé.

À La Réunion, pour la première année de mise en place du service sanitaire, 97 des 120 collèges et lycées publics composent l'unique terrain d'intervention des 370 étudiants de 2<sup>ème</sup> année de soins infirmiers, de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> années de kinésithérapie, de 4<sup>ème</sup> année de maïeutique et de 3<sup>ème</sup> année de médecine. On peut toutefois regretter que les établissements scolaires privés sous contrat ne soient pas associés d'emblée à la démarche. Ultérieurement, les étudiants en santé des autres filières existantes dans l'île (psychomotricité, ergothérapie) seront impliqués en même temps que d'autres lieux pourront les accueillir (universités, structures médico-sociales, etc).

Sur le plan opérationnel, en termes de préparation, les étudiants bénéficient préalablement d'une formation régionale de deux jours en éducation à la santé assurée par l'Instance Régionale d'Éducation Pour la Santé (IREPS). Par ailleurs, il est clairement explicité aux chefs des établissements scolaires d'accueil que les étudiants peuvent « assister à des séquences pédagogiques menées par un enseignant afin d'appréhender des compétences de conception d'activités éducatives collectives, de prise en main d'un groupe co-animation avec un personnel de l'établissement et rendre compte de l'expérience » au chef d'établissement [6].

Tel que prescrit, le service sanitaire des étudiants en santé ne vient pas en concurrence des actions des opérateurs existants, contrairement à ce qui peut paraître à première vue. C'est une belle opportunité de réplication durable et extensive des actions de promotion et prévention en santé, sous réserve d'une mise en cohérence des pilotages des politiques publiques et d'une coordination concertée de tous les acteurs impliqués.

En pratique, il s'agira de structurer la mise en œuvre du service sanitaire des étudiants en santé dans la complémentarité avec les actions existantes d'élèves, d'expression et de mobilisation d'un auditoire ». En termes de mise en œuvre, les étudiants « doivent intervenir en et à venir des opérateurs, quels que soient les publics cibles concernés et les lieux envisagés. Le rapport sur le service sanitaire des étudiants en santé du Professeur Vaillant souligne, à juste titre, l'importance d'implanter le service sanitaire dans les actions et programmes existants [7].

## Conclusion

L'installation réglementaire du service sanitaire [5] participe, avec les résultats de l'évaluation externe, à enrichir la réflexion sur la rénovation du dispositif d'éducation à la sexualité et à la vie affective en milieu scolaire. Cette rénovation constitue un des éléments de la politique régionale de santé sexuelle déclinée dans le PRS. Elle conduit à engager dès à présent, avec tous les partenaires et tous les opérateurs, la concertation pour organiser la complémentarité des actions probantes en promotion et prévention primaire dans ce champ.

De manière plus globale, les nouveautés introduites par le PRS sont aussi des opportunités pour les associations de procéder à l'actualisation de leurs projets associatifs, par la recherche notamment de réponses innovantes aux différents enjeux posés.

## Bibliographie

- [1] F. Caliez, «Les grossesses chez les mineures à la réunion - ARS OI,» ARS OI, septembre 2016. [En ligne]. Available: <https://www.arsoi-notresante.fr/parcours-de-sante-population-sante-de-ladolescent-thematiques-perinatalite-et-petite-enfance-et/les>. [Accès le 15 novembre 2018].
- [2] A. Vilain, «211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016 - Drees,» Drees, juin 2017. [En ligne]. Available: [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er\\_1013.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1013.pdf). [Accès le 15 novembre 2018].
- [3] ARS OI, «Schéma de santé 2018-2023, volet 2, La Réunion - Projet de santé 2018-2023 Réunion - Mayotte,» juin 2018. [En ligne]. Available: [https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/system/files/2018-06/ARS-OI\\_PRS2\\_SRS\\_%20VOLET%202%20LA%20REUNION\\_VD\\_1.pdf](https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/system/files/2018-06/ARS-OI_PRS2_SRS_%20VOLET%202%20LA%20REUNION_VD_1.pdf). [Accès le 27 novembre 2018].
- [4] Ministère des Solidarités et de la Santé, «Le service sanitaire - Ministère des Solidarités et de la Santé,» Ministère des Solidarités et de la Santé, 20 février 2018. [En ligne]. Available: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/le-service-sanitaire>. [Accès le 16 novembre 2018].
- [5] Légifrance, «Arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé,» 12 juin 2018. [En ligne]. Available: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037051110&categorieLien=id>. [Accès le 16 novembre 2018].
- [6] Ministère de l'Éducation Nationale, «Service Sanitaire Eduscol : guide à l'attention des chefs d'établissement et inspecteurs Éducation Nationale,» novembre 2018. [En ligne]. Available: <https://tribu.phm.education.gouv.fr/portal/share/service-sanitaire-edusco>. [Accès le 27 novembre 2018].
- [7] L. Vaillant, «Mise en œuvre du service sanitaire pour les étudiants en santé,» Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, 26 février 2018. [En ligne]. Available: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/184000110.pdf>. [Accès le 16 novembre 2018].

## POUR EN SAVOIR PLUS

### Surveillance VIH/sida

- Déclaration obligatoire et surveillance virologique VIH/sida
- Modalités de déclaration : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Declaration-obligatoire-de-l-infection-a-VIH-et-du-sida>
- Informations sur les données brutes et corrigées : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Declaration-obligatoire-de-l-infection-a-VIH-et-du-sida/Donnees-epidemiologiques>
- Activité de dépistage du VIH/sida <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Depistage-du-VIH>

### Surveillance des IST

- Modalités de surveillance des IST : <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/./Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles/Comment-surveiller-les-IST>
- Information sur le réseau de surveillance RésIST : [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/2016\\_41-42\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/2016_41-42_1.html)
- Surveillance via les CeGIDD : <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Surveillance-epidemiologique-au-sein-des-CEGIDD>

### Bulletins et points épidémiologiques

- Bulletins des réseaux de surveillance des IST : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>
- Point épidémiologique des infections par le VIH et les IST : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes.-Point-epidemiologique-du-26-novembre-2018>
- Numéro thématique, Journée mondiale du sida, 1<sup>er</sup> décembre 2017 : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2017/BEH-n-29-30-2017>
- Numéro thématique, Journée mondiale du sida, 1<sup>er</sup> décembre 2018 : <http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/40-41/index.html>

## REMERCIEMENTS

La Cire océan Indien tient à remercier :

- les cliniciens et les biologistes participant à la surveillance du VIH et du Sida;
- les membres participant au réseau RésIST à La Réunion : Dr Patrice Poubeau, Dr Rodolphe Manaquin, Dr Yatrika Koumar, Dr Cécile Saint Pastou, Dr Antoine Bertolotti et les infirmières et secrétaires du service (CeGIDD CHU Sud), Dr Roland Rodet, Dr Guillaume Wartel, Dr Marie-Pierre Moiton, Dr Sandrine Gazon, Dr Laurent Bellec, Dr Barbara Kuli, Dr Catherine Gaud, Dr Carole Ricaud, Dr Mélanie Benoist, Priscilla Tian-Van-Kai et l'ensemble de l'équipe (CeGIDD CHU Nord), Dr Emmanuelle Thore, Dr Marion Porcher et l'ensemble de l'équipe (CEPS);
- Dr Catherine Gaud (Corevih océan Indien), Dr Anh-Dao Nguyen, Stelly Chopinet-Dijoux, Catherine Chaussade, Eric Mariotti, Roselyne Coppens (Agence de santé océan Indien), Dr Emmanuelle Rachou (ORS océan Indien).
- les membres des équipes de la direction des maladies infectieuses (DMI) et de la direction de la prévention et de la promotion de la santé (DPPS) de Santé publique France : Lucile Bluzat (DPPS), Françoise Cazein (DMI), Florence Lot (DMI), Nathalie Lydié (DPPS), Anna Mercier (DPPS), Ndeindo Ndeikoundam (DMI), Corinne Pioche (DMI), Annie Velter (DPPS), Delphine Viriot (DMI).

## CONTACT

Santé publique France, Cire océan Indien : [oceanindien@santepubliquefrance.fr](mailto:oceanindien@santepubliquefrance.fr)