

Plan Régional de Santé Publique 2005-2009

Provence-Alpes-Côte d'Azur

Programmes 14 et 15

**Améliorer la prévention, le dépistage et le suivi
du VIH/SIDA/IST**

**Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge
des hépatites B et C**

Le point sur ...

***Indicateurs de suivi et tableaux de bord
mai 2009***

Sommaire

Programme 14 - Améliorer la prévention, le dépistage et le suivi du VIH/SIDA/IST

Quelques repères épidémiologiques de l'infection à VIH/SIDA 2

Le point sur ...

L'épidémie de sida en PACA 3

Le dépistage de l'infection à VIH 10

La prévention auprès des homosexuels 16

La prévention auprès des jeunes..... 21

La prévention auprès des étrangers/migrants..... 27

La réduction des risques liés à l'usage de drogue 32

La prévention auprès des personnes prostituées 37

Programme 15 - Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge globale des hépatites B et C

Le point sur ...

Les hépatites B et C 42

QUELQUES REPERES EPIDEMIOLOGIQUES DE L'INFECTION A VIH/SIDA

MONDE

(ONUSIDA, données au 31/12/07)

La prévalence mondiale du VIH s'est stabilisée. Le sida figure toujours parmi les principales causes de décès dans le monde et reste la première cause de décès en Afrique.

Des améliorations apportées à la surveillance permettent de mieux comprendre l'épidémie avec pour résultat une meilleure précision des estimations.

- **33 millions de personnes vivent avec le VIH à travers le monde**
- **2 millions** de décès sont dus au sida en 2007
- **2,7 millions** de personnes se sont contaminées en 2007.

En Afrique Subsaharienne : 22 millions de personnes vivent avec le VIH soit 67% du total mondial.

FRANCE

(Institut National de Veille Sanitaire, données au 30/06/08)

- **63 813 cas de sida** déclarés depuis le début de l'épidémie dont 35 255 sont décédés. Le nombre de personnes qui passent au stade sida maladie a très fortement diminué depuis l'arrivée des nouveaux traitements en 1996, mais en 2009, on meurt encore du sida.

- Les **relations hétérosexuelles** représentent le **principal mode de contamination** parmi les nouveaux cas de sida ces dernières années en France.
- En 2007, **plus de la moitié des cas de sida concernent des personnes qui ignoraient leur séropositivité** avant le stade sida.
- On estime à **6 500** le nombre de personnes qui ont découvert leur séropositivité en 2007.
- Le nombre de nouvelles contaminations est légèrement en baisse. Cette tendance est liée à une baisse des nouvelles contaminations par relations hétérosexuelles dans la population d'origine d'Afrique subsaharienne alors qu'on note une **nette augmentation de la part des nouvelles contaminations par relations homosexuelles**.
- Les femmes se contaminent et/ou se dépistent plus tôt que les hommes. Chez les 20-29 ans, les femmes représentent 55% des nouvelles contaminations.
- En 2007, 60% des nouvelles contaminations sont liées à des **relations hétérosexuelles** et 38% à des **relations homosexuelles**.

Région PACA

(Institut National de Veille Sanitaire, données au 30/06/08)

- **7 611 cas de sida** ont été déclarés en région PACA depuis le début de l'épidémie. C'est la **2ème région de France** concernée par l'épidémie : 12% des cas de sida déclarés en France alors que la région PACA représente 7,6% de la population française).

Les Alpes-Maritimes, avec 2 933 cas de sida, et les Bouches-du-Rhône, avec 2 868 cas, représentent les deux départements les plus touchés par l'épidémie en PACA.

Les indicateurs montrent une **épidémie persistante en région PACA et active**. Les nouvelles contaminations concernent toutes les tranches d'âge en région PACA. **En 2007, 50% des nouvelles contaminations sont liées à des relations hétérosexuelles et 45% à des relations homosexuelles**. Les contaminations par usage de drogues par voie intraveineuse ne représentent plus que 5% des découvertes de séropositivité. Ceci reflète l'efficacité de la politique de réduction des risques menée de façon très volontariste depuis une douzaine d'années dans notre région.

Le point sur...

L'épidémie de sida en Provence-Alpes-Côte d'Azur

La surveillance de l'épidémie de sida repose sur deux dispositifs : la déclaration obligatoire des cas de sida et la notification obligatoire des diagnostics d'infection à VIH (nouvelles séropositivités), mise en place depuis 2003. Ces deux indicateurs permettent de suivre de façon complémentaire l'évolution de l'épidémie, même si les délais de déclaration induisent parfois des retards marqués dans les statistiques publiées (* = *Données provisoires non redressées*).

En PACA, l'incidence la plus élevée, tant en nouveaux cas de sida qu'en nouvelles séropositivités par million d'habitants, est toujours dans les **Alpes-Maritimes**.

Déclaration des cas de sida

Avec 7 611 cas de sida déclarés au 30 juin 2008, **la région PACA est la deuxième région de France la plus touchée par l'épidémie de sida**, après l'Ile-de-France. Le nombre de cas de sida en PACA représente 12% des cas de sida déclarés en France depuis le début de l'épidémie (PACA = 7,6% de la population française).

Région PACA, nombre de cas de sida par département et taux par million d'habitants au 30 juin 2008

Département	Nombre cas de sida	Taux par million
04 Alpes de Hte-Pce	134	875,8
05 Hautes Alpes	116	878,8
06 Alpes Maritimes	2 933	2 756,6
13 Bouches du Rhône	2 868	1 504,7
83 Var	1 033	1 068,3
84 Vaucluse	527	996,2
Total région PACA	7 611	1 602,0

Deux départements ont une prévalence particulièrement élevée : les Alpes-Maritimes avec 2 933 cas de sida cumulés depuis le début de l'épidémie et les Bouches-du-Rhône avec 2 868 cas. Mais le taux par million d'habitants est très différent entre ces deux départements puisque l'on note 2 756,6 cas par million d'habitants dans le 06 et 1 504,7 dans le 13.

Décès liés au sida

Sur les 7 611 déclarations de sida, 4 448 sont décédées. 3 163 personnes vivent au stade sida de l'infection à VIH en PACA ce qui représente 11% des personnes vivant au stade sida en France.

En 2007, 22 décès ont été déclarés en PACA parmi les cas de sida, ce qui représente 10,1% des cas de sida décédés en France en 2007.

Région PACA, répartition des cas de sida selon le statut vital au 30 juin 2008

Statut vital	Total
décédé	4 448
non connu comme décédé	3 163
Total	7 611

L'analyse des décès dus au VIH montre une spectaculaire baisse après la fin des années 1980 qui résulte de l'amélioration des traitements et des efforts de prévention.

Les données issues de la base nationale des causes médicales de décès montrent qu'en 2006, 809 décès ont été notifiés en France comme directement liés à l'infection à VIH. Ces décès sont 4 fois sur 10 en rapport avec une maladie infectieuse parasitaire (essentiellement infections multiples), 1 fois sur 10 en rapport avec des tumeurs et pour les autres cas les causes sont très hétérogènes.

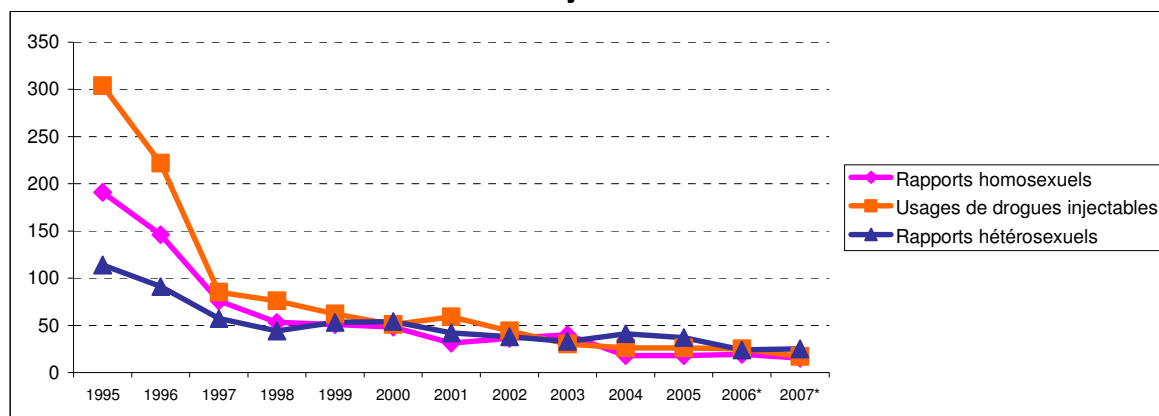
Pour 330 autres personnes, l'infection à VIH est mentionnée sur le certificat de décès mais n'est pas la cause initiale de la mort. Les cancers constituent la première cause, suivis par les maladies cardiovasculaires puis par les maladies infectieuses (dont l'hépatite C chronique représente 70%). Les morts violentes sont également citées essentiellement des suicides.

L'Ile-de-France et PACA demeurent les régions les plus touchées. Au cours des années 2003-2005, le taux moyen de décès liés au VIH était de 2,8 pour 100 000 en PACA contre 1,4 en France (3 pour 100 000 en Ile-de-France).

Caractéristiques des nouveaux cas de sida

Le nombre de personnes qui passent au stade sida maladie a très fortement diminué depuis l'arrivée des nouveaux traitements en 1996.

Région PACA, nouveaux cas de sida par mode de contamination par an au 30 juin 2008



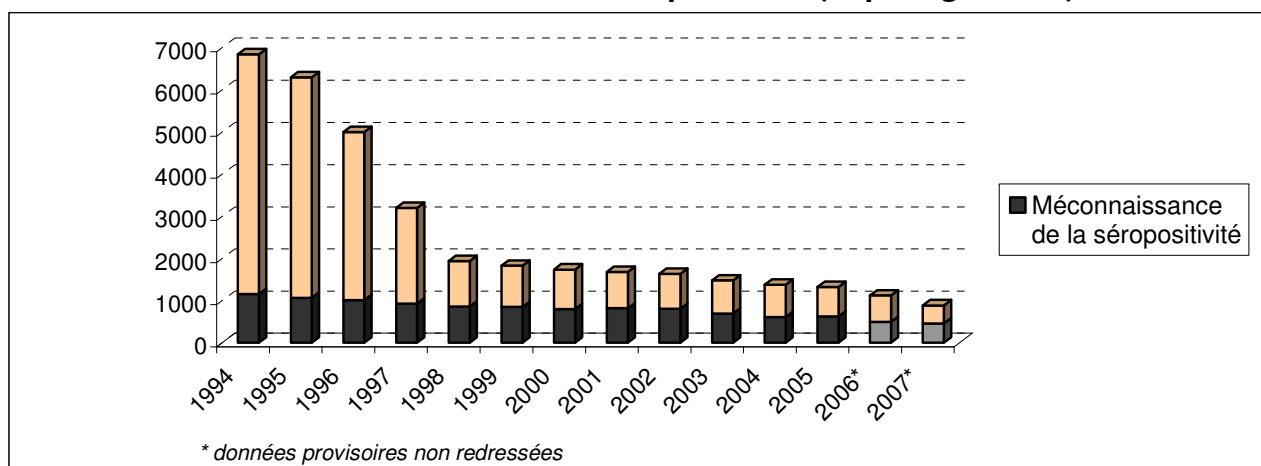
L'analyse des modes de contamination sur les vingt dernières années montre une évolution marquée par une diminution des cas de sida liés à l'usage de drogues par voie

intraveineuse grâce aux politiques de réduction des risques mises en place dans la région et une augmentation de la part des contaminations par relations hétérosexuelles.

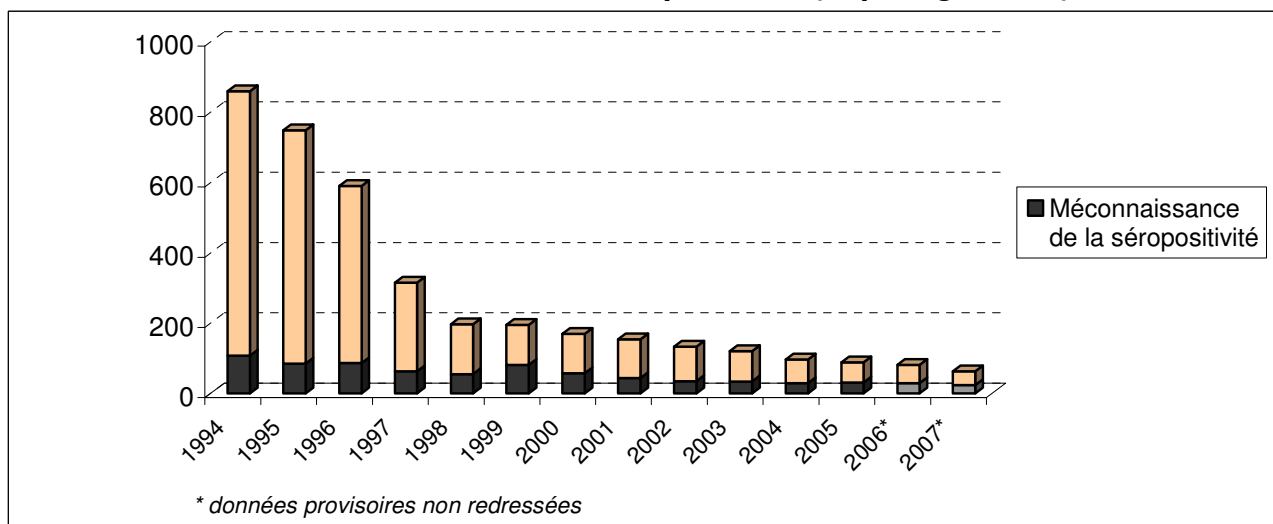
Ainsi, 44% des cas de sida diagnostiqués en 2007 sont liés à une contamination par relations hétérosexuelles (contre 19% en 1995) et 30% sont liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse (contre 50% en 1995).

Les données à juin 2008 montrent que la proportion de diagnostic tardif, personnes qui ignoraient leur séropositivité avant le stade sida, **est nettement meilleure en PACA qu'en France.**

France – nouveaux cas de sida par an au 30 juin 2008 et méconnaissance de la séropositivité (dépistage tardif)



PACA – nouveaux cas de sida par an au 30 juin 2008 et méconnaissance de la séropositivité (dépistage tardif)



Les nouveaux cas de sida concernent en 2007, **80,3% de personnes de nationalité française en région PACA**. Seuls 9,8% des cas concernent des personnes originaires de pays d'Afrique subsaharienne. Cette situation est très différente de la situation globale française (très influencée par l'épidémiologie de la région Ile-de-France) où la nationalité française représente 60,3% des cas de sida en 2007 et les personnes originaires de pays d'Afrique subsaharienne 26% des cas.

Diagnostics d'infection à VIH – découvertes de séropositivités

Mise en place en 2003, la notification obligatoire du VIH permet de comptabiliser les nouveaux diagnostics d'infection à VIH, c'est-à-dire les découvertes de séropositivité.

En 2008, le mode de comptabilisation a changé car l'InVS prend désormais en compte toutes les notifications de séropositivités, y compris celles où les données cliniques sont incomplètes, afin de mieux refléter l'évolution des nouvelles contaminations. Les tableaux et analyses présentés sur les caractéristiques des personnes contaminées sont réalisés à partir des fiches qui précisent ces données.

En raison des délais de déclaration, il faut tenir compte du caractère provisoire des chiffres 2008.

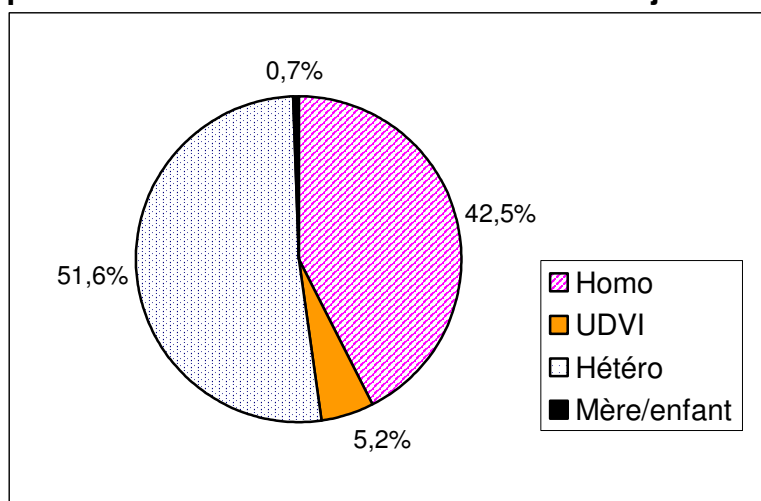
Découvertes de séropositivité VIH par département et par année de diagnostic

Département	2003	2004	2005	2006*	2007*	1er sem. 2008*	Total
04 Alpes de Hte-Pce	4	5	9	12	12	0	42
05 Hautes-Alpes	0	4	0	1	3	0	8
06 Alpes-Maritimes	31	64	72	96	96	30	389
13 Bouches-du-Rhône	72	56	129	122	118	36	533
83 Var	34	41	48	58	32	10	223
84 Vaucluse	6	16	16	10	24	6	78
Total	147	186	274	299	285	82	1 273

* Données provisoires non redressées

Modes de contamination

Région PACA, répartition des nouvelles séropositivités par mode de contamination* entre 2003 et juin 2008

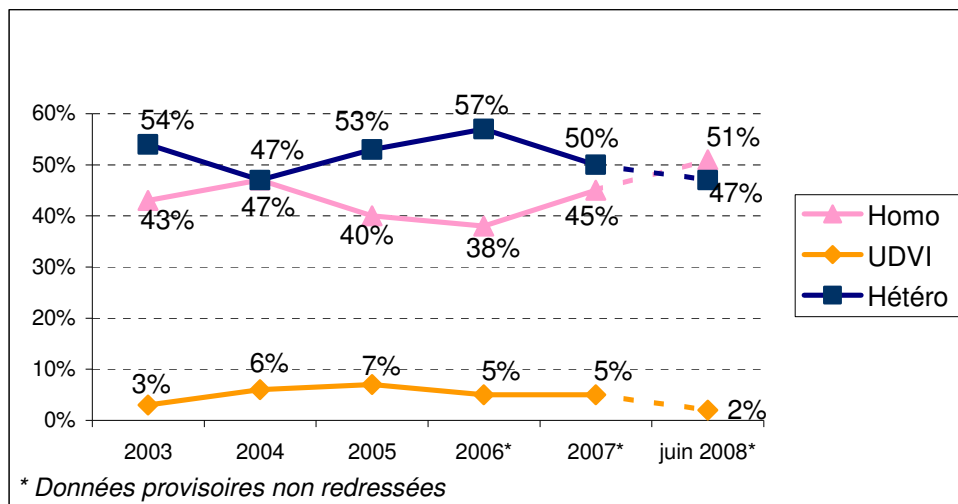


* sont prises en considération les notifications mentionnant le mode de contamination

Les rapports hétérosexuels représentent 51,6% des nouvelles séropositivités entre 2003 et juin 2008 et les rapports homosexuels 42,5%. Les contaminations par usage de drogues par voie intraveineuse ne représentent que 5,2% des découvertes de séropositivité. (Pour mémoire, les UDVI représentent 42% des cas de sida cumulés en

PACA.) Ceci reflète l'efficacité de la politique de réduction des risques mise en place en France et en région PACA.

Modes de contamination des nouvelles séropositivités en PACA de 2003 à juin 2008

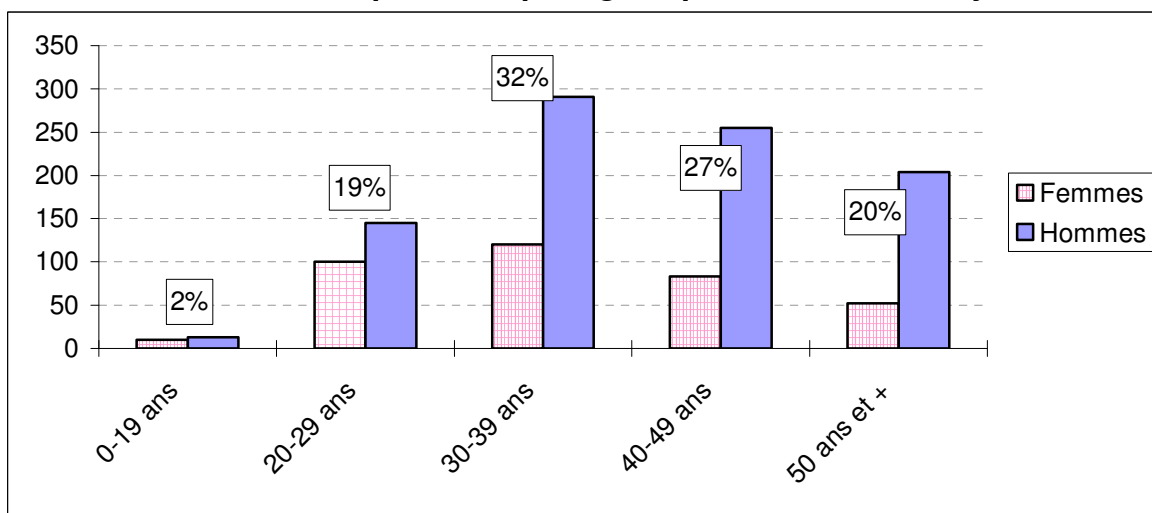


Les données à juin 2008 portent sur un nombre faible de personnes ce qui ne permet pas encore de confirmer la tendance.

Age

Les 20-29 ans représentent 19% des découvertes de séropositivités en région PACA.

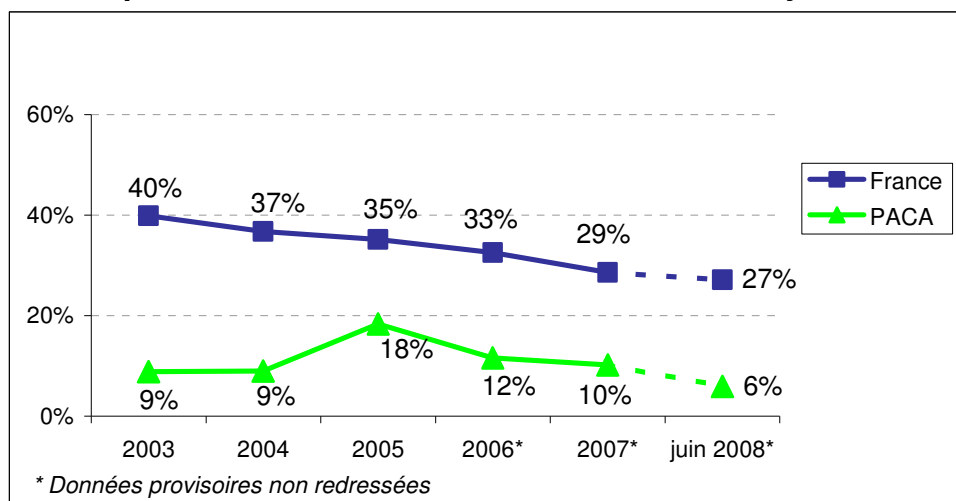
Découvertes de séropositivité par âge et par sexe de 2003 à juin 2008



En région PACA, les hommes sont majoritaires dans toutes les tranches d'âges. Ce "décalage" est moins marqué chez les jeunes et 41% des découvertes de séropositivité chez les 20-29 ans concernent des femmes.

Nationalité

Proportion de personnes originaires d'Afrique subsaharienne dans les nouvelles séropositivités en France et en PACA de 2003 à juin 2008



La répartition par nationalité des découvertes de séropositivités en PACA montre une augmentation de déclaration dans la population d'origine d'Afrique subsaharienne en 2005 qui est à rapprocher du plan régional de lutte contre le VIH dans les populations migrantes dont les actions ont probablement permis de faciliter l'accès au dépistage pour ces personnes. Le pic observé en 2005 traduit l'initiation des actions d'incitation au dépistage.

On note sur les déclarations en France de nouvelles séropositivités une baisse du pourcentage de la population d'origine d'Afrique subsaharienne qui peut être liée à différents facteurs :

- le fait que les actions d'incitation au dépistage ont permis beaucoup de diagnostics au début des années 2000, que cette population étrangère n'augmente pas beaucoup et donc on comptabilise moins de nouveaux dépistages,
- l'application des nouvelles règles sur l'immigration envers ces populations d'origine d'Afrique subsaharienne peut ne plus les inciter à avoir recours au dépistage de l'infection à VIH.
- l'évolution globale des conditions de vie tend à précariser ces publics, et toutes les études sociologiques montrent un déficit de prise en charge de la santé tant au niveau des soins, que du dépistage et de la prévention dans les groupes de population les plus précaires.

Stade clinique et motif de dépistage

Parmi les découvertes de séropositivité de 2003 à juin 2008 en région PACA dont le stade clinique est documenté, 18,4% sont au stade sida.

Parmi les personnes dont le motif de dépistage était connu, pour 36% le motif du dépistage était la présence de signes cliniques et 25,6% avaient présenté un risque d'exposition au VIH.

Activité de dépistage en PACA

L'activité de dépistage du VIH (hors don du sang) fait l'objet d'une surveillance particulière au niveau national et par région. En PACA, 84% de l'ensemble des laboratoires participent à cette surveillance.

En 2007, la région PACA est la première région de France métropolitaine devant l'Île-de-France pour le nombre de dépistages réalisés pour 1 000 habitants (111 en PACA contre 105 en IDF). C'est la troisième région de France pour le nombre de sérologies positives par million d'habitants. C'est donc une région où l'activité de dépistage est importante.

Les données montrent qu'en France 8% des dépistages sont réalisés dans le cadre d'un CDAG et que 12% des sérologies positives y sont dépistées. En région PACA, en 2006, 34 241 tests ont été réalisés en CDAG avec une proportion de tests positifs de 2,3 pour 1 000 tests contre 1,4 tous dispositifs confondus.

En conclusion,

Les données statistiques issues de la déclaration obligatoire des découvertes de séropositivité et des cas de sida en Provence-Alpes-Côte d'Azur montrent une épidémie toujours très active.

En région PACA, l'épidémie de sida est ancienne, parmi les premières d'Europe, les premiers cas de sida sont apparus quasi concomitamment en PACA, à Paris et aux États-Unis. Historiquement, l'épidémie a concerné majoritairement dans notre région les usagers de drogues par voie intraveineuse. La politique de réduction des risques menée de façon très volontariste depuis une douzaine d'années a porté ses fruits avec le résultat spectaculaire de 5% de personnes contaminées par ce mode entre 2003 et juin 2008.

Le nombre de nouvelles contaminations reste important, contaminations principalement par relations hétérosexuelles mais on note une progression des contaminations par relations homosexuelles.

En matière de prévention, il est important en région PACA, de tenir compte de la notion de réservoir de virus. En effet, on décompte plus de nouvelles contaminations par le VIH chaque année que de décès, ce qui augmente progressivement le nombre de personnes vivant avec le VIH. Les personnes vivant avec le VIH ont de plus, en 2009, une espérance de vie augmentée et une meilleure qualité de vie. Actuellement la région PACA représente 7,6% de la population française et 12% des personnes vivant au stade sida en France, résident dans notre région.

Le risque est donc plus important en région PACA de rencontrer le virus VIH pour les personnes ayant un comportement à risque.

Le point sur...

Le dépistage de l'infection à VIH

L'activité de dépistage

L'activité de dépistage du VIH (hors don du sang) fait l'objet d'une surveillance particulière au niveau national et par région. Au niveau national, le nombre de sérologies VIH réalisées dans la totalité des laboratoires est estimé à 5,03 millions en 2007. L'activité de dépistage, après avoir augmenté jusqu'en 2005 avec 5,29 millions de sérologies, a diminué en 2006 puis s'est stabilisée en 2007.

Le nombre de sérologies effectuées en 2007 rapporté à la population française est de 79 pour 1 000 habitants au niveau national contre 111 pour 1 000 habitants en PACA. La région est en effet la première région de France métropolitaine devant l'Île-de-France pour le nombre de dépistages réalisés pour 1 000 habitants (111 en PACA contre 105 en IDF).

Le nombre de sérologies confirmées positives est estimé à 10 600 en France en 2007. Ceci représente 166,9 sérologies positives par million d'habitants. Cette proportion est beaucoup plus élevée en Guyane, Guadeloupe et Martinique ainsi qu'en Île-de-France. Avec 150,3 sérologies positives par million d'habitants, la région PACA est la troisième région de France métropolitaine.

Les données montrent qu'en France 8% des dépistages sont réalisés dans le cadre d'un CDAG et que 12% des sérologies positives y sont dépistées. En région PACA, en 2006, 34 241 tests ont été réalisés en CDAG avec une proportion de tests positifs de 2,3 pour 1 000 tests contre une moyenne régional de 1,4 pour l'ensemble du dispositif. Les CDAG sont habituellement présentés comme le cœur du dispositif. C'est le cas pour une partie de la population, qui fréquente régulièrement ces lieux, cependant les CDAG ne réalisent qu'une minorité des tests en France. Ils touchent en revanche une population particulièrement exposée, puisqu'environ une personne séropositive sur 10 est dépistée dans un CDAG.

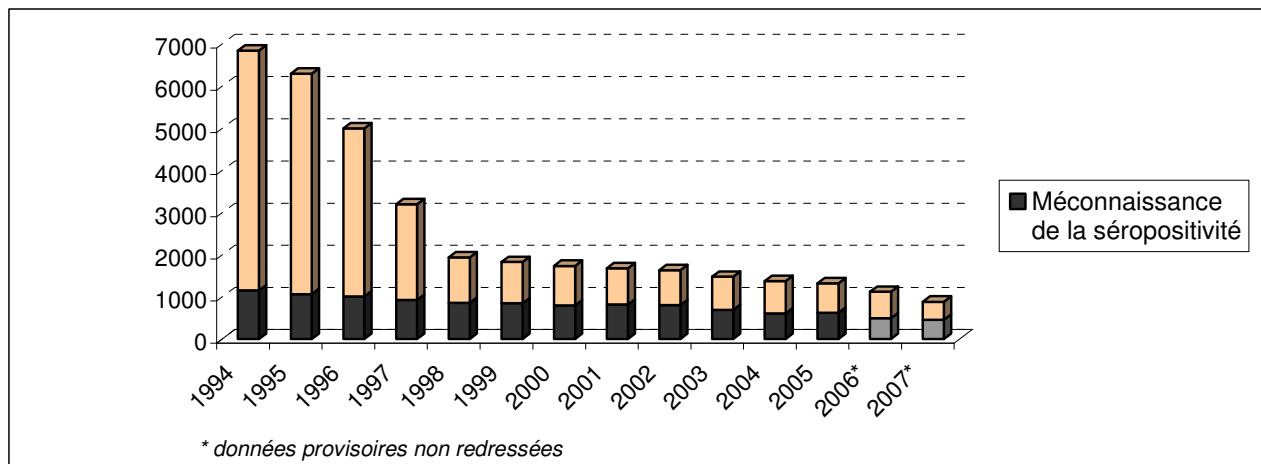
Le dépistage tardif

La vulnérabilité sociale, la précarisation ou l'exclusion représentent des barrières évidentes pour l'accès à la prévention, aux soins et bien évidemment au dépistage tout comme la barrière culturelle et/ou linguistique. L'absence de perception des risques, un réseau relationnel pauvre ou encore une méfiance par rapport au monde médical sont autant de facteurs expliquant le recours tardif au test. Enfin, certaines personnes ont conscience d'avoir pris des risques mais ne s'inscrivent pas dans une démarche de fréquentation du dispositif de dépistage.

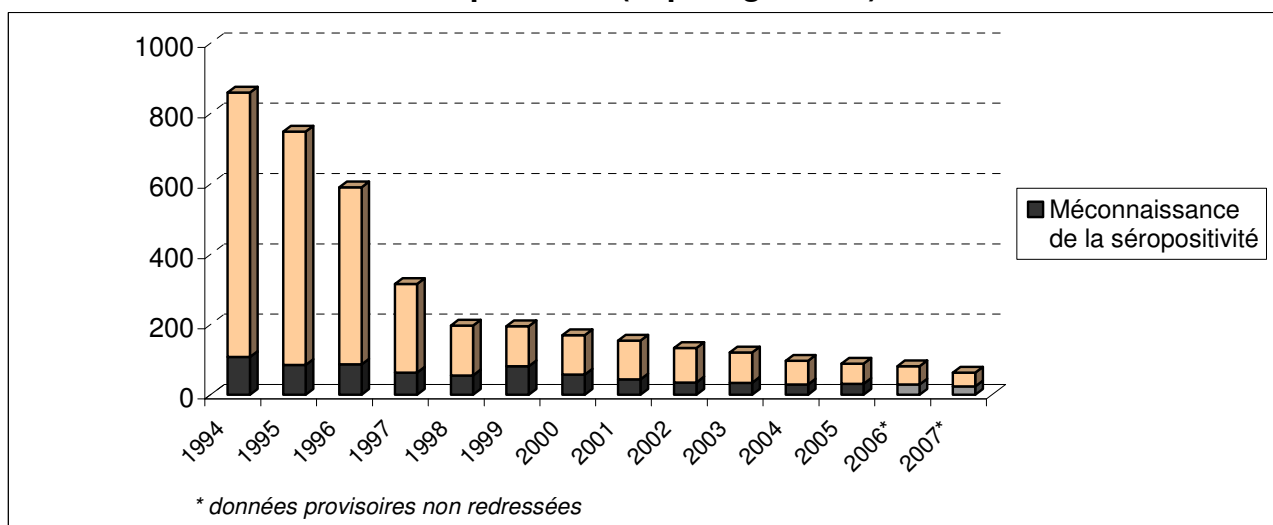
En France en 2007, 51% des cas de sida diagnostiqués concernent des personnes qui ignoraient leur séropositivité avant le stade sida. En région PACA, cette proportion au diagnostic tardif est seulement de 38%.

Depuis 1996 le nombre de personnes qui passent au stade sida maladie a très fortement diminué. Cependant, le nombre de personnes qui ne connaissent pas leur séropositivité au moment où elles sont diagnostiquées en phase sida reste stable d'une année sur l'autre. De fait, la part de dépistage tardif est en progression.

France – nouveaux cas de sida par an au 30 juin 2008 et méconnaissance de la séropositivité (dépistage tardif)



PACA – nouveaux cas de sida par an au 30 juin 2008 et méconnaissance de la séropositivité (dépistage tardif)



Les évolutions de la pratique du dépistage

Malgré l'existence d'un dispositif national de dépistage et un système de prise en charge efficace, la situation actuelle française fait état de problèmes évidents de retard au dépistage. De plus, les acteurs de la lutte contre le sida doivent faire face à d'autres problématiques telles que le sérotriage ou la diffusion des home-tests (ou tests à domicile) sur internet.

Les personnes qui ont recours au sérotriage ne se protègent pas systématiquement et entendent minimiser les risques en choisissant leur(s) partenaire(s) en fonction de leur

séroconcordance. Elles ont recours au test de dépistage de manière itérative pour obtenir une information récente et répétée sur leur statut sérologique.

Les home-tests, illégaux en France mais commercialisés dans certains pays tels que les Etats-Unis, peuvent apparaître comme une solution palliative pour ceux qui ne souhaitent pas, ou ne peuvent pas, recourir au dispositif classique de dépistage. Cependant, des études ont montré que la plupart des sujets commettaient des erreurs au cours du processus de prélèvement ou d'analyse et on peut s'interroger sur l'interprétation et l'impact du résultat obtenu hors de tout accompagnement et soutien psychologique.

C'est dans ce cadre qu'en 2006 le Conseil National du Sida (CNS) a auditionné les principaux acteurs concernés par les questions de dépistage et a rédigé un rapport suivi de recommandations sur l'évolution du dispositif de dépistage en France qui souligne les nécessaires changements de paradigme concernant le dispositif de dépistage. Il plaide en faveur d'un élargissement des propositions de dépistage en général et d'un effort plus spécifique à mener dans les régions à forte prévalence. Il défend aussi l'idée que les pratiques de dépistage comme le counseling et l'utilisation de tests rapides doivent évoluer.

La généralisation de l'offre de dépistage soumis à l'accord du patient lors de recours aux soins, tout en proscrivant le dépistage à l'insu, peut se traduire par la proposition de dépistage systématique lors des pratiques courantes de soins pour l'ensemble des publics. Dans la même optique, il est important de promouvoir un dispositif mieux adapté aux personnes à fort risque d'exposition au VIH à travers les opérations hors les murs des CDAG qui se déplaceraient vers les publics les plus touchés ou les plus en difficulté d'accès aux soins.

L'obligation d'un counseling pré-test peut parfois apparaître comme un frein au dépistage et le CNS préconise une évolution du counseling en fonction des situations avec la possibilité de confier le suivi et le counseling à d'autres professionnels tels que des infirmières, des psychologues ou des membres d'associations.

L'utilisation des tests rapides permettrait l'accès au dépistage et la connaissance du résultat dans le même temps et de mettre en place une consultation et un suivi si nécessaire. On pourrait éviter ainsi la déperdition de certains patients entre la proposition de test, sa réalisation et la notification du résultat.

Un travail de réflexion sur le dispositif et la pratique du dépistage en France est donc d'actualité et deux approches complémentaires sont étudiées :

- **augmenter les circonstances d'offre du test** à travers une proposition systématique de dépistage notamment lors de contacts avec le système médical,
- **améliorer et compléter le dispositif existant** à travers les opérations de dépistage hors les murs, l'amélioration du rendu du test ou encore l'utilisation de tests rapides y compris par des non-médecins.

L'ensemble des propositions vise le renforcement de l'efficacité du dispositif de dépistage dans le but de diminuer le dépistage tardif et d'atteindre les personnes qui ne se sentent pas concernées.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé

Dans ce contexte, la Haute Autorité de Santé (HAS) a effectué un état des lieux des techniques et des stratégies actuellement utilisées en France pour le dépistage de l'infection à VIH et a évalué les principes généraux des modalités de dépistage. Elle a aussi analysé la performance et les stratégies d'utilisation des tests de dépistage rapide à partir d'une revue de la littérature et d'un examen des pratiques dans certains pays industrialisés ainsi que des expérimentations en cours en France. Elle a émis, fin 2008, d'une part, des recommandations concernant les modalités du dépistage et du diagnostic biologique de l'infection à VIH et, d'autre part, des recommandations et orientations portant sur la place des tests de dépistage rapide dans les stratégies de dépistage.

La HAS conclue que le maintien de deux techniques de dépistage sur le même prélèvement, dans le cadre de l'analyse des anticorps anti-VIH n'est plus justifié. Elle préconise l'utilisation d'un test ELISA combiné avec un seuil de détection de l'Ag p24 au moins équivalent au seuil minimal requis par la réglementation européenne en vigueur pour les tests de détection de l'Ag p24 seul. De plus, compte tenu de la performance des techniques actuellement disponibles sur le marché européen, un résultat négatif du test de dépistage ELISA combiné 6 semaines après l'exposition supposée pourra être considéré comme signant l'absence d'infection par VIH.

Concernant les tests de dépistage rapide, la HAS recommande leur utilisation dans certaines situations d'urgence pour obtenir un diagnostic rapide pour une prise en charge adaptée. Ils doivent être réalisés par un professionnel de santé dans une structure d'offre de soins avec le consentement éclairé de la personne et obligatoirement associé à un test de dépistage classique conformément à la réglementation en vigueur. Dans les autres situations, le recours au test de dépistage rapide doit s'inscrire dans une démarche structurée de recherche et d'évaluation.

Début 2009, la mise en pratique de ces recommandations reste soumise à l'évolution du cadre réglementaire en vigueur et une modification de la nomenclature des actes de biologie médicale.

Les études en cours

En 2008, l'ANRS a créé un nouveau groupe de travail destiné à initier, financer et coordonner des recherches sur les problématiques du dépistage et a lancé un important programme de recherche innovant en collaboration avec le secteur associatif. Composé de chercheurs en sciences sociales, d'épidémiologistes, de cliniciens, de virologues et d'acteurs associatifs, ce groupe est organisé autour de différents projets de recherches interventionnelles et observationnelles.

L'étude ANRS Com'Test, qui a débuté fin 2008 en partenariat avec l'association AIDES, vise à évaluer la faisabilité d'une stratégie de dépistage non médicalisé par test rapide auprès d'homosexuels masculins. Le dépistage est proposé et réalisé à l'aide d'un test rapide par des acteurs associatifs spécialement formés à cette pratique dans les locaux de l'association AIDES. Ce type d'offre de proximité est en effet susceptible d'accroître la fréquence du dépistage tout en permettant un conseil approfondi et plus adapté.

La recherche interventionnelle ANRS DRAG a pour objectif de comparer, en CDAG, une approche communautaire de dépistage par un test rapide auprès des homosexuels masculins avec le dépistage classique. Elle permettra d'établir une comparaison de ces deux offres de dépistage, notamment en termes d'attractivité, de satisfaction et d'efficacité préventive.

D'autres études en cours en région Ile-de-France portent sur l'intérêt du dépistage rapide en population générale à travers la proposition systématique d'un test de dépistage aux personnes consultant les services d'urgences hospitalières. Ces études ont pour but d'évaluer l'efficacité de ce mode d'intervention pour dépister de nouveaux cas d'infection par le VIH, sa faisabilité et son retentissement sur le fonctionnement des services d'urgence ainsi que le rapport coût-efficacité.

Ainsi, entre janvier et avril 2008, il était proposé à tous les patients adultes consultant aux urgences de l'hôpital Louis Mourier (Hauts-de-Seine) et nécessitant un prélèvement sanguin pour leur prise en charge, de réaliser un dépistage rapide du VIH. Plus de 88% des 579 patients éligibles auxquels un test a été proposé ont accepté et parmi ceux qui l'ont refusé, environ la moitié avaient réalisé un test moins d'un an auparavant ou étaient âgés de plus de 65 ans. Cette étude présente plusieurs limites : réalisation uniquement en horaires de jour et inclusion des seuls patients dont les soins aux urgences nécessitaient un prélèvement sanguin. Elle montre cependant que la proposition systématique de dépistage et la réalisation d'un test rapide est bien acceptée par la population qui fréquente les urgences.

En parallèle, différentes recherches observationnelles visent à explorer et comprendre les logiques actuelles de recours au dépistage dans le dispositif existant. Ainsi, une étude s'intéressant aux patients nouvellement diagnostiqués et se présentant pour la première fois dans un service VIH va permettre d'identifier les opportunités manquées de diagnostic et les facteurs qui y sont associés. De même, une étude réalisée au sein de la cohorte SIRS (Santé, Inégalité et Ruptures Sociales) auprès de ménages de l'agglomération parisienne a pour but d'explorer les déterminants des inégalités sociales vis-à-vis des pratiques de dépistage et en particulier les difficultés géographiques d'accès au dispositif existant.

L'enquête Prévagay a pour objectif d'appréhender la prévalence du VIH auprès des homosexuels fréquentant les lieux de rencontre commerciaux franciliens et d'apporter des informations sur leurs comportements sexuels et la proportion de personnes qui connaissent leur statut sérologique. Une autre étude vise quant à elle à évaluer les opinions et le niveau de connaissance et d'utilisation des « tests à domicile » non officiellement autorisés en France mais achetés sur internet parmi les homosexuels masculins.

Un travail de réflexion a donc été mis en place pour faire évoluer le dispositif et la pratique du dépistage en France. Les deux COREVIH régionaux (PACA Ouest Corse et PACA Est) ont mis en place des groupes de travail sur cette thématique qui sont force de proposition pour améliorer l'organisation du dépistage dans le cadre d'une concertation regroupant l'ensemble des acteurs. Le COREVIH PACA Ouest Corse a ainsi publié, début 2009, des recommandations pour la mise en place de projets de tests de dépistage de l'infection VIH avec résultats rapides et/ou de dépistage hors les murs.

Bibliographie

ANRS

Infection par le VIH : vers de nouvelles stratégies pour le dépistage et la prévention – communiqué de presse

Paris : ANRS, 2008, 8 p.

CAZEIN F, PILLONEL J, LE STRAT Y, et al.

Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2007

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°45-46, 2008, pp. 434-443

CONSEIL NATIONAL DU SIDA

Rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France

Paris : Conseil National du Sida, 2006, 23 p.

CREMIEUX A-C

Dépistage rapide communautaire : l'expérience américaine

TranscriptaseS, n°136, 2008, pp. 2-4

CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur

Le dépistage de l'infection à VIH

Marseille : CRIPS PACA, 2007, 22 p.

DARMON L

Tests rapides : la France lambine

Journal du sida, n°202, 2008, pp. 29-30

Groupe « dépistage et prévention COREVIH PACA Ouest Corse »

Recommandations pour la mise en place de projets de tests de dépistage de l'infection VIH avec résultats rapides et/ou de dépistage hors les murs

Marseille : COREVIH PACA OUEST CORSE, 2009, 11 p.

HAUTE AUTORITE DE SANTE

Dépistage de l'infection par le VIH en France – modalités de réalisation des tests de dépistage – argumentaire

Saint-Denis : HAS, 2008, 196 p.

HAUTE AUTORITE DE SANTE

Dépistage de l'infection par le VIH en France – modalités de réalisation des tests de dépistage – conclusions

Saint-Denis : HAS, 2008, 17 p.

LE VU S

La difficile mise en place du dépistage en routine aux Etats-Unis

TranscriptaseS, n°136, 2008, pp. 4-7

LE VU S, SEMAILLE C

Dépistage anonyme et gratuit du VIH en France, 2006

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°7-8, 2008, pp. 50-52

MORTIER E, ICHOU H, NIKPAY F, SIMONPOLI A-M

Acceptabilité du dépistage rapide du VIH dans un service d'urgence hospitalier d'Ile-de-France, janvier-avril 2008

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°45-46, 2008, pp. 457-460

TESSIER B

Tests rapides en France : quel destin

Infotraitements, n°168, 2008, pp. 11-13

YENI dir.

Dépistage et nouvelles méthodes de prévention de l'infection par le VIH

in : Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH – recommandations du groupe d'experts

Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2008, pp. 18-31

Le point sur...

La prévention auprès des homosexuels

Le contexte épidémiologique

La 17^{ème} conférence internationale sur le sida qui s'est tenue à Mexico au mois d'août 2008, a rappelé la longue occultation sur le lien entre les pratiques homosexuelles et le VIH/sida dans les épidémies d'Afrique subsaharienne, d'Asie ou d'Amérique Latine. Cette levée du silence oblige désormais à considérer que la conception de l'épidémie de sida comme exclusivement hétérosexuelle et materno-fœtale dans certaines parties du monde était erronée, probablement depuis l'origine. Quelle que soit la région concernée ou même le degré d'acceptabilité de l'homosexualité, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ont payé un lourd tribut à l'infection VIH.

En France, bien que le nombre de nouvelles contaminations tende à se stabiliser, les contaminations par relations homosexuelles ne suivent pas la même tendance. En effet, alors que l'épidémie VIH montre des signes de stabilisation, notamment en raison d'une baisse des nouvelles contaminations par relations hétérosexuelles dans la population d'origine d'Afrique subsaharienne, la part de contaminations par relations homosexuelles continue d'augmenter chaque année. Ainsi, les relations homosexuelles représentent 38% des nouvelles contaminations en 2007 tandis qu'elles ne représentaient que 29% en 2006.

Cette tendance se vérifie également à l'échelle de la région PACA : en 2007, 45% des nouvelles contaminations sont liées à des rapports homosexuels contre seulement 38% en 2006. Si cette tendance persiste, les rapports homosexuels pourraient devenir le premier mode de contamination des nouvelles séropositivités en PACA dès 2008.

Le taux de prévalence dans la population homosexuelle atteint un niveau très important estimé, selon les enquêtes, entre 10 et 15%, taux semblable à ceux que l'on observe dans les régions les plus touchées de la planète et qu'ONUSIDA qualifie d'épidémie généralisée. Terrible paradoxe, car ce « groupe », figurant parmi les plus éduqués sur le plan de la prévention, reste le plus touché par l'épidémie.

La modification des comportements face au sida

Depuis l'arrivée des trithérapies, on assiste à une évolution des normes et des valeurs de la communauté homosexuelle face au sida. L'épuisement des mouvements identitaires, l'évolution des représentations face au sida, le repli individualiste ou encore la fragmentation associative jouent probablement un rôle dans la modification et le relâchement des comportements de prévention.

Le débat sur la reprise des pratiques à risque parmi les homosexuels qui manifesteraient leur lassitude vis-à-vis de la prévention est récurrent. On parle de relapse, ou de relâchement, termes qui correspondent à une propension à ne pas systématiquement se protéger du risque de la contamination. La prévention est en effet parfois perçue comme une contrainte ou un obstacle potentiel aux relations et à l'épanouissement sexuel. Ce

phénomène préoccupe d'autant plus que les homosexuels font partie d'un groupe historiquement très impliqué auquel s'adresse un effort prioritaire de prévention.

Dans ce contexte de relâchement des comportements de prévention, certaines personnes et associations ont développé une pratique de réduction des risques sexuels : le « serosorting » ou sérotriage. Cette pratique consiste à choisir son partenaire sexuel en fonction de son statut sérologique. Les individus ayant recours à cette stratégie ne se protègent pas systématiquement et entendent minimiser les risques en choisissant leur(s) partenaire(s) en fonction de leur séroconcordance.

La prévention

La démarche de prévention qui a marqué les premiers temps de l'épidémie est celle d'une prévention de type communautaire. Dès lors que le principal risque de transmission sexuelle est identifié (la pénétration anale) et qu'un rempart peut être proposé (le préservatif), il s'agit d'en assurer la promotion au sein de la population homosexuelle par le biais d'initiatives associatives.

Puis, les associations ont cherché de nouvelles voies de prévention et proposé, en plus de la promotion du préservatif, une approche de réduction des risques inspirée des méthodes déjà connues dans le domaine des addictions. La réduction des risques sexuels repose sur le principe que puisque certaines personnes n'utilisent pas toujours des préservatifs, il faut leur donner une information leur permettant de limiter au maximum les risques de transmission.

La thématique de la réduction des risques sexuels suscite depuis le début de vives polémiques au sein des associations de lutte contre le sida. Pour les uns, aider les gays qui prennent des risques à réduire ceux-ci est important car ne pas les écouter peut générer des effets contraires à commencer par le rejet des messages de prévention. Pour d'autres, c'est une stratégie de minimisation du risque. Certains acteurs la qualifient de « prévention au rabais » et avancent l'idée que si ces messages se généralisent ils pourraient favoriser un abandon plus massif du préservatif. Globalement, la gestion du risque est loin de se résumer à l'utilisation ou non du préservatif mais obéit à des stratégies individuelles.

Sur ce plan, l'année 2008 a été marquée par le débat ouvert par l'équipe suisse du Pr Hirschel autour de la réduction de la transmissibilité du VIH chez les patients sous traitement antirétroviral présentant une charge virale indétectable, et sur les conséquences à en tirer en matière de prévention individuelle. S'appuyant sur des études épidémiologiques antérieures, l'équipe affirme que les personnes séropositives suivant un traitement antirétroviral « à la lettre », avec une charge virale indétectable depuis six mois, et en l'absence de toute autre IST, ne transmettent pas le VIH au cours d'une relation sexuelle. Le raisonnement est basé sur le fait que la charge virale influence la transmission du VIH.

Même si différents éléments invitent à une certaine prudence, pour une partie des acteurs associatifs cet avis est un appui supplémentaire à la réduction des risques sexuels notamment au sein de la population homosexuelle particulièrement concernée par l'épidémie qui fait face à un relâchement des comportements de prévention et à des prises de risques parfois répétées.

L'ANRS a d'ailleurs créé un groupe de travail qui doit se pencher sur cette découverte et explorer l'impact de cette approche sur les comportements de prévention. Le CNS a rendu un avis en avril 2009 où il souligne que même s'il n'est pas possible d'affirmer au niveau individuel un risque de transmission zéro, le traitement permet pour autant de réduire très fortement le risque de transmission et peut permettre d'éviter de nombreuses contaminations dans les situations où une personne infectée n'est pas en mesure de mettre en œuvre une protection par le préservatif.

De nouveaux éléments de la sociabilité gay doivent également être pris en compte dans la prévention. On note ainsi un recul des approches directes en face à face dans des lieux où la prévention avait gagné une place et une légitimité. En parallèle, les rencontres par Internet connaissent un succès très important et l'enquête Presse Gay de 2004 montre que près de 70% des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentent Internet pour trouver un partenaire.

Internet est donc devenu un nouveau territoire de rencontre dont les enjeux en matière d'usage, de bien-être et de santé sont à évaluer au même titre que ceux des espaces traditionnels. Les sites de rencontres, chats, forums sur l'identité, la santé et la sexualité permettent de dialoguer, d'évoquer sa sexualité sous couvert d'anonymat et aussi de diffuser des messages de prévention. Au-delà d'un nouveau moyen de communication, Internet est un enjeu pour les acteurs de la prévention qui doivent reconquérir en permanence l'adhésion individuelle des personnes.

De nouvelles stratégies pour le dépistage envers la communauté homosexuelle

Depuis 2008, un travail de réflexion sur le dispositif et la pratique du dépistage en France est en cours. L'ANRS a ainsi créé un nouveau groupe de travail autour de projets de recherches interventionnelles sur la pratique du dépistage et des études observationnelles destinées à explorer et comprendre les logiques actuelles d'utilisation des tests dans le cadre du dispositif existant.

Si les personnes pratiquant le sérotriage ont recours au test de dépistage de manière régulière, le résultat du test ne renseigne que sur le statut sérologique de l'individu à un moment donné et ne permet pas d'identifier les contaminations liées à une prise de risques très récente (fenêtre de séroconversion) ou ultérieures au test ni sur d'autres infections virales. De surcroît, plus le dépistage est répété chez les personnes ayant des pratiques à risques et plus le diagnostic d'une nouvelle contamination peut être précoce, sachant que c'est lors du tout début de l'infection par le VIH que le risque de contamination est le plus élevé. Enfin, il est avéré que les personnes connaissant leur statut sérologique tendent à avoir moins de comportements à risques.

Le dispositif actuel qui associe la réalisation du test à l'évaluation de prises de risques et à un counseling pré-test et post-test n'est pas adapté aux attentes des personnes qui cherchent une information récente et répétée sur leur statut sérologique et qui souhaitent aussi se rassurer après des prises de risques.

Dans ce contexte où l'on semble atteindre les limites du dépistage tel qu'il avait été défini et où émergent de nouvelles stratégies, certaines études visent à améliorer le dispositif envers les homosexuels :

- L'enquête Prévagay auprès des homosexuels fréquentant les lieux de rencontre commerciaux franciliens apportera des informations sur leurs comportements sexuels et la proportion de personnes qui connaissent leur statut sérologique. Elle permettra d'appréhender la prévalence réelle de l'infection à VIH au sein de la population homosexuelle.
- Une autre étude vise quant à elle à évaluer les opinions et le niveau de connaissance et d'utilisation des « tests à domicile » non officiellement autorisés en France mais achetés sur internet parmi les homosexuels masculins.
- L'étude ANRS Com' Test vise à évaluer la faisabilité d'une offre de dépistage communautaire non médicalisée par un test rapide auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Le dépistage est réalisé par des acteurs associatifs, spécialement formés à cette pratique, dans les locaux de l'association AIDES.
- L'étude ANRS DRAG a pour objectif de comparer en CDAG l'approche de prise en charge classique avec l'approche communautaire de dépistage par un test rapide auprès des homosexuels masculins. Elle permettra d'établir une comparaison de ces deux offres de dépistage, notamment en termes d'attractivité, de satisfaction et d'efficacité préventive.

Face au constat d'une épidémie active et du relâchement des comportements de prévention notamment une utilisation du préservatif qui n'augmente pas, voire qui décline, il est aujourd'hui indispensable d'explorer de nouvelles voies susceptibles d'améliorer l'acceptabilité et l'adoption de pratiques préventives.

Bibliographie

AIDES France

Dépistage communautaire du VIH à résultat rapide : une démarche innovante mise en œuvre par Aides

Dossier de presse, 2008, 10 p.

ANRS

Infection par le VIH : vers de nouvelles stratégies pour le dépistage et la prévention – communiqué de presse

Paris : ANRS, 2008, 8 p.

BALTASAR H, JEANNIN A, DUBOIS-ARBER F

Les comportements face au VIH/sida des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes

Lausanne : IUMSP, 2008, 17 p.

BRETON C

La non prévention

Têtu, n°134, 2008, pp. 162-163

BROQUA C

Africains homosexuels et sida : le silence enfin rompu

TranscriptaseS, n°138, 2008, pp. 63-66

DE CARVALHO E, OBSERVATOIRE SIDA INFO SERVICE

Enquête auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)

Paris : Sida info service, 2007, 5 p.

DE OLIVEIRA J-P

Homosexualité et prévention grand public

Journal du Sida, n°202, 2008, pp. 27-28

DESTOMBES C

Internet 2008 : interactivité et logique affinitaire

Journal du Sida, n°207, 2008, pp. 25-27

DESTOMBES C

Nouvelle initiative associative sur le Web

Journal du Sida, n°205, 2008, pp. 28

ISSARTEL S

Egypte : ce mal qui ne dit pas son nom

Journal du Sida, n°208, 2008, pp. 29-30

LANGLET M, DARMON L

Jeunes, gays et séropositifs : quelles place dans les associations LGBT ?

Journal du Sida, n°207, 2008, pp. 15-20

LE TALEC JY

Bareback et construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gays

In : Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins

Paris : ANRS, 2007, pp. 71-86

LEOBON A, VELTER A, FRIGAULT LR, et al.

Le Net Gay Baromètre 2006 : une enquête auprès des internautes gays fréquentant des sites de rencontre français

Saint-Maurice : InVS, 2007, 11 p.

LERT F

Regain de l'épidémie chez les gays : la science en mal d'imagination

TranscriptaseS, n°135, 2008, pp. 14-15

VELTER A coord.

Rapport : Enquête Presse Gay 2004

Saint-Maurice : InVS, 2007, 132 p.

Le point sur...

La prévention auprès des jeunes

Depuis le début de l'épidémie de sida, les enjeux de la prévention de l'infection à VIH, notamment auprès des jeunes, ont bien changé. Les jeunes sont majoritairement bien informés sur le sida mais ne se protègent pas forcément. En plus des connaissances, la prévention doit intégrer la prise en compte globale de la vie affective et sexuelle afin d'amener les jeunes à adopter des comportements de prévention.

Le contexte de la sexualité en France

Différentes enquêtes réalisées au cours des dernières années permettent de dresser une esquisse du contexte de la sexualité en France et plus particulièrement de l'image de la sexualité chez les jeunes.

L'enquête « Contexte de la Sexualité en France » (CSF) réalisée en 2006 confirme que l'âge médian de survenue du premier rapport sexuel est presque identique pour les garçons et pour les filles : 17,2 ans contre 17,6 ans. L'âge médian du premier rapport sexuel est l'âge auquel 50% des jeunes ont déjà eu des rapports sexuels. Cet âge varie peu en fonction de leur origine sociale et n'a pas évolué au cours des trente dernières années. Les grands changements ont eu lieu dans les années 1960-1970.

Parmi les jeunes de 18 à 24 ans, seuls 11% des hommes et 15% des femmes n'ont pas eu de rapports sexuels. Les données françaises de l'enquête internationale HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) montrent que 26,9% des répondants de 15 ans ont déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels, les garçons significativement plus que les filles (31,1% vs 21,6%).

L'enquête CSF met aussi en avant une diversification des pratiques sexuelles. Ainsi, les pratiques de sexualité orale, cunnilingus et fellation, ont connu une diffusion spectaculaire dans les années 1970 et 1980 et celle-ci s'est poursuivie dans les années 1990 et 2000. La proportion de ceux et celles qui les pratiquent s'accroît rapidement avec l'âge et dès 25 ans deux tiers des jeunes déclarent une pratique régulière.

Selon le dernier Baromètre Santé de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, l'utilisation du préservatif reste à un niveau élevé à l'entrée dans la sexualité. Ainsi, 87,6% des filles et 84,2% des garçons ont utilisé un préservatif au cours du premier rapport sexuel quand il a eu lieu entre 2002-2005.

Parmi les 18-24 ans, 4,8% des femmes et 3,4% des hommes déclarent avoir eu au moins une fois des pratiques sexuelles avec une personne du même sexe. Dans leur très grande majorité, ils disent avoir eu aussi des pratiques sexuelles avec des personnes de l'autre sexe. Interrogées sur leurs opinions à l'égard de l'homosexualité, la majorité des personnes de 18 à 24 ans considèrent que l'homosexualité est « une sexualité comme une autre ». L'acceptation de l'homosexualité est plus marquée chez les femmes (75%) que chez les hommes du même âge (57,8%).

Les nouveaux moyens de communication font désormais partie du scénario des rencontres affectives et sexuelles. Ainsi un tiers des jeunes de 18 à 24 ans se sont déjà connectés sur des sites de rencontre sur internet. La fréquentation des sites de rencontre peut se prolonger vers des relations sexuelles : 4 à 6% des femmes et 7 à 10% des hommes de 18 à 24 ans ont déjà eu des rapports avec des partenaires rencontrés sur internet.

Les jeunes et l'épidémie de sida

En France, parmi les nouveaux diagnostics de séropositivité recensés depuis 2003, la classe d'âge 20-29 ans est la deuxième représentée avec 23% des contaminations. Les femmes se contaminent et/ou se dépistent plus tôt que les hommes et représentent 55% des diagnostics pour cette tranche d'âge.

Les indicateurs montrent une épidémie persistante en région PACA et active avec un nombre de nouvelles séropositivités par million d'habitants la plaçant toujours en deuxième position de France métropolitaine. Les 20-29 ans représentent 19% des découvertes de séropositivités. Les hommes sont majoritaires dans toutes les tranches d'âges. Ce "décalage" est moins marqué chez les jeunes et 41% des découvertes de séropositivité chez les 20-29 ans concernent des femmes.

La population qui fréquente les CDAG est composée en majorité de jeunes âgés de moins de 30 ans et la moitié des consultants ont moins de 25 ans. Pour l'année 2006 sur les 305 325 tests réalisés en CDAG, 152 810 concernaient des consultants de la classe d'âge 20-29 ans (soit 50,4%) et 60 526 tests des moins de 20 ans (soit 19,82%). L'analyse des données d'activité des CDAG en France montre donc que les jeunes ont une fréquentation importante du dispositif.

L'analyse des derniers rapports d'activité de Sida Info Service montre qu'en 2007 6,7% des appelants sont âgés de moins de 20 ans et 39,8% ont entre 20 et 29 ans. Concernant le dispositif internet, en 2006, les moins de 20 ans représentaient 32,2% des personnes qui posent des questions sur le site et les 20-29 ans 39,1%. Près des trois-quarts des appelants de moins de 25 ans du dispositif ne connaissent pas leur statut VIH, évoquent un risque ou envisagent un test. Les prises de risque sont plus souvent évoquées par ce public (dans 45,4% des cas) que par la totalité des personnes qui contactent le numéro (36,9%).

En terme de volume d'appels, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur se maintient au deuxième rang des régions avec 9 756 entretiens menés en 2007 soit 205 entretiens pour 100 000 habitants. La répartition par âge du public de PACA est assez proche de celle de l'ensemble des appelants. Dans les deux cas, la classe la plus représentée est celle des 20-29 ans (38,6% des appels au niveau régional) tandis que les moins de 20 ans représentent 6,8% des appelants de la région (6,7% au niveau national).

Contraception et IVG

La France se trouve dans une situation paradoxale. En effet, l'indice conjoncturel de fécondité des Françaises est le deuxième d'Europe en 2004, le taux de recours et de diffusion de la contraception est l'un des plus élevés d'Europe tandis que le nombre d'IVG se stabilise à un niveau élevé.

Dans la population 15-24 ans, plus de 85 % des personnes sexuellement actives déclarent avoir utilisé un moyen de contraception en 2005. L'emploi du préservatif est maximum entre 15 et 19 ans. La pilule est le premier moyen de contraception utilisé par les jeunes : à 66% chez les 15-19 ans et à 81% chez les 20-24 ans. Le préservatif arrive en 2^{ème} position des moyens de contraception : il est utilisé par 56% des 15-19 ans et 32% des 20-24 ans.

D'après le Baromètre Santé 2005, 13,7% des femmes ont déclaré avoir eu recours à la contraception d'urgence au cours de leur vie (contre 8,4% en 2000). Les trois raisons principales amenant à l'usage d'une contraception d'urgence sont un problème de préservatif, un oubli de pilule ou un rapport non protégé. C'est chez les 15-24 ans que le recours à la contraception d'urgence est le plus fréquent. Ainsi, 30% des jeunes filles de 15-19 ans et 32% des 20-24 ans déclarent avoir eu recours à la contraception d'urgence au cours de leur vie. Il est vrai aussi que le niveau de connaissances à ce sujet est nettement plus élevé chez les jeunes. Par exemple, 93% des filles et 87% des garçons de 15-24 ans savent qu'une ordonnance n'est pas nécessaire pour l'obtenir.

Les données de la DREES (Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques) montrent un recours à l'IVG important avec 209 700 IVG réalisées en 2006 ce qui représente un taux de 14,5 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2006 contre 12,3 en 1995. Sur le long terme, on constate une hausse annuelle moyenne de 1,8% depuis 1995. Notons que le recours à l'IVG ne traduit pas nécessairement un échec de la diffusion de la contraception mais plutôt que le recours à l'IVG en cas de grossesse non prévue a augmenté.

Au niveau européen, la France présente un fort taux d'IVG pour 1 000 femmes. Elle se situe derrière la Suède (17,1 en 2004) et les nouveaux pays membres de l'Union Européenne mais devant le Royaume-Uni (13,9 en 2004), l'Italie (9,6 en 2002) ou les Pays-Bas (7,4 en 2003).

A partir de 1996, le recours à l'IVG a augmenté dans toutes les tranches d'âge en France mais de façon plus prononcée chez les moins de 30 ans. Depuis quelques années, les taux de recours à l'IVG continuent à augmenter chez les moins de 20 ans, alors qu'ils sont stables chez les plus de 20 ans. En 2006, en France, 13 230 jeunes filles de 15 à 17 ans et 848 jeunes filles de moins de 15 ans ont eu recours à une IVG.

La comparaison des chiffres au niveau de la France métropolitaine montrent que la région PACA présente un des plus forts taux d'IVG. Avec 20,4 IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans en 2006, c'est la deuxième région après la Corse et devant l'Île de France. Le taux d'IVG chez les mineures en PACA était en 2006 de 16,8 pour 1 000 femmes contre 12,3 pour 1 000 au niveau national et les chiffres publiés par l'ORS soulignent son augmentation importante au cours des dernières années (18% d'augmentation entre 2002 et 2005).

La prévention auprès des jeunes

Les jeunes constituent une cible de prévention privilégiée précisément parce que l'adolescence constitue une période de changement essentiel du point de vue de la santé. En effet, c'est à cette période que se construisent les représentations liées à la sexualité et elle est propice à l'acquisition de comportements de prévention tout au long de la vie.

Si des initiatives d'actions de prévention à destination des jeunes ont vu rapidement le jour dès le début de l'épidémie, un certain délai a été nécessaire avant la formalisation d'un dispositif de prévention auprès des adolescents. Ainsi, huit ans après les premières descriptions de cas de sida, la circulaire n°89-119 du 18 mai 1989 de l'Education Nationale définit la mise en œuvre au sein des établissements scolaires d'une politique d'information et de prévention en matière de santé et notamment de sida.

La loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception confère à l'Education Nationale l'obligation de généraliser sur l'ensemble du cursus scolaire « au moins trois séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées par groupe d'âge homogène ». Depuis 2003, l'éducation à la sexualité constitue l'un des axes prioritaires du partenariat en santé publique entre les ministères chargés de la Santé et de l'Education Nationale.

De plus, les auteurs du rapport KABP sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France concluent sur le fait que les résultats plaident pour une augmentation des actions de prévention sur le VIH/sida auprès des jeunes, notamment dans le cadre scolaire. D'ailleurs, 95% des personnes interrogées en 2004 déclarent être favorables au développement des programmes d'éducation sexuelle dans les écoles.

Cependant, le Conseil National du Sida (CNS), dans son rapport sur la politique publique de prévention de l'infection à VIH en France métropolitaine, fait un constat sévère sur la politique publique de prévention et ses insuffisances tant au niveau de l'engagement que de la coordination et de la cohérence des différentes politiques mises en œuvre et notamment la faible mobilisation dans le domaine de l'Education Nationale.

Face à ce constat, le dernier rapport des experts français sur la prise en charge de l'infection à VIH recommande « **de renforcer les actions de prévention sur le VIH/sida auprès des jeunes, notamment dans le cadre scolaire, et de mieux faire connaître l'existence du dispositif de dépistage anonyme et gratuit** ».

Il est donc nécessaire de rester vigilant sur l'implication dans la prévention auprès des jeunes, afin de les aider à développer des attitudes de responsabilité individuelle et collective, permettant l'appropriation de comportements de prévention, au moment de l'entrée dans la sexualité.

D'autre part, les politiques de santé en direction des jeunes se traduisent essentiellement par des actions d'information ou de prévention auprès des jeunes s'inscrivant dans un cursus scolaire standard. Dans ce contexte, il faut s'interroger sur la situation des jeunes suivant une formation professionnelle et plus encore de ceux se trouvant aujourd'hui en dehors du système scolaire ou le quittant prématurément.

Bibliographie

BAJOS N dir., BOZON M dir.

Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé

Paris : La Découverte, 2008, 609 p.

CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur

Actualités épidémiologiques, mai 2009

Marseille : CRIPS PACA, 2009, 10 p.

CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur

Contexte actuel : données sur la contraception en France

Marseille : CRIPS PACA, 2008, 7 p.

CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur

La prévention du sida en direction des jeunes

Marseille : CRIPS PACA, 2008, 28 p.

DE CARVALHO E, SIDA INFO SERVICE PACA

Les appels de la région PACA sur Sida Info Service en 2007

Marseille : SIS PACA, 2008, 3 p.

GODEAU E, VIGNES C

Vie sexuelle

In : La santé des élèves de 11 à 15 ans en France / 2006

Saint-Denis : INPES, 2008, pp. 164-170

LE VU S, SEMAILLE C

Dépistage anonyme et gratuit du VIH en France, 2006

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°7-8, 2008, pp. 49-52

LYDIE N, LEON C

Sexualité, IST et dépistage du VIH

In : Baromètre santé 2005 : premiers résultats

Saint-Denis : INPES, 2006, pp. 103-106

MOREAU C, LYDIE N, WARSZAWSKI J et al.

Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée

In : Baromètre santé 2005

Saint-Denis : INPES, 2008, pp. 329-353

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE Provence-Alpes-Côte d'Azur

Sexualité, contraception et IVG chez les jeunes de 15-24 ans en Provence-Alpes-Côte d'azur

Repère Santé, n°10, 2006, 4 p.

SIDA INFO SERVICE

Sida info Service : rapport annuel 2006

Paris : SIS, 2007, 72 p.

SIDA INFO SERVICE

Sida info Service : rapport annuel 2007

Paris : SIS, 2008, 42 p.

UGIDOS A, HEARD M

Politiques de prévention

In : Sida : édition 2007

Rueil-Malmaison : Doin, 2007, pp. 693-701

VILAIN A

Les interruptions volontaires de grossesse en 2005

DRESS, Etudes et résultats, n°624, 2008, 8 p.

VILAIN A

Les interruptions volontaires de grossesse en 2006

DRESS, Etudes et résultats, n°659, 2008, 6 p.

YENI P dir.

Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, rapport 2008 : recommandations du groupe d'experts

Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2008, 412 p.

Le point sur...

La prévention auprès des étrangers/migrants

Depuis le début de l'épidémie, les migrants vivant en France ont payé un lourd tribut à l'infection à VIH. Les populations étrangères sont restées très longtemps absentes des programmes de recherche sur le sida et des politiques de prévention en France. Ceci s'explique par le concept du principe d'égalité reconnu à tout citoyen sans distinction d'origine, de race ou de religion et par la crainte de voir stigmatisées ces personnes, mais aussi par la dispersion et la mobilisation tardive des populations immigrées. Ce n'est qu'en 2001 que le Ministère de la santé a pour la première fois défini les migrants comme publics prioritaires dans le cadre du plan national de lutte contre le VIH/sida.

Le contexte épidémiologique

Dès le début de l'épidémie on a constaté que la population étrangère était plus fortement touchée que la population française, ce qui laissait déjà supposer une vulnérabilité spécifique de ce public. Dans un souci de mieux cerner cette réalité la catégorie « nationalité » a été recueillie dès la mise en place du système de déclaration obligatoire.

En 2007, les personnes de nationalités étrangères représentent 41% des découvertes de séropositivité au niveau national (autour de 21% dans la région PACA) alors qu'elles ne représentent que 5 à 6% de la population française. Les rapports hétérosexuels sont le mode de transmission majoritaire chez les migrants. Parmi ces nouvelles découvertes de séropositivité chez les personnes étrangères, 70% concernent des personnes originaires d'Afrique subsaharienne.

Depuis 2003, le nombre de découvertes de séropositivité dans la population migrante a régulièrement baissé, surtout chez les personnes d'Afrique subsaharienne, d'Afrique du Nord et du continent américain. Ainsi, la part des personnes originaires d'Afrique subsaharienne dans les nouvelles séropositivités est passée de 40% en 2003 à 29% en 2007 au niveau national.

On note sur les déclarations en France de nouvelles séropositivités une baisse du pourcentage de la population d'origine d'Afrique subsaharienne qui peut être liée à différents facteurs :

- le fait que les actions d'incitation au dépistage ont permis beaucoup de diagnostics au début des années 2000, que cette population étrangère n'augmente pas beaucoup et donc on comptabilise moins de nouveaux dépistages,
- l'application des nouvelles règles sur l'immigration envers ces populations d'origine d'Afrique subsaharienne peut ne plus les inciter à avoir recours au dépistage de l'infection à VIH,
- l'évolution globale des conditions de vie tend à précariser ces publics, et toutes les études sociologiques montrent un déficit de prise en charge de la santé tant au niveau des soins, que du dépistage et de la prévention dans les groupes de population les plus précaires.

La répartition par nationalité des découvertes de séropositivités en PACA montre une augmentation des déclarations dans la population d'origine d'Afrique subsaharienne en 2005 qui est à rapprocher du plan régional de lutte contre le VIH dans les populations migrantes dont les actions ont probablement permis de faciliter l'accès au dépistage pour ces personnes. Le pic observé en 2005 traduit l'initiation des actions d'incitation au dépistage.

Des difficultés d'accès aux soins

En France, depuis 1998, un étranger en situation irrégulière qui découvre sa séropositivité a le droit de recevoir le traitement dont il ne pourrait bénéficier si on le renvoyait dans son pays d'origine. A ce titre il bénéficie d'une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale ». Il peut également bénéficier de l'aide médicale d'Etat (AME) qui constitue la protection maladie des étrangers sans titre de séjour. Mais depuis quelques années, les conditions d'existence des étrangers malades empirent. L'accès au droit de séjour pour raisons médicales comprend des critères d'application de plus en plus restreints et des disparités de traitement selon les préfectures. Les démarches administratives des bénéficiaires sont de plus en plus lourdes d'autant qu'il faut tout recommencer chaque année pour les plus chanceux et tous les trois mois pour ceux qui n'ont obtenu qu'une autorisation provisoire de séjour.

Les lois, les discours et les circulaires sur l'immigration ont installé depuis quelques années une politique de suspicion et une régression des droits des étrangers, qui, relégués à la clandestinité et la précarité, ont bien d'autres préoccupations que de se faire soigner. D'après les associations, les conséquences sont directes non seulement sur l'accès aux soins mais plus largement sur la qualité de vie. En effet, cette instabilité précarise l'accès au travail ainsi qu'au logement et fragilise la situation sociale des personnes. La difficulté accrue d'obtenir un titre de séjour en France renvoie les personnes vers la clandestinité et, dès lors, elles craignent d'aller vers les institutions publiques ainsi que vers les lieux de soins.

Depuis décembre 2003, la suppression législative de la procédure d'admission immédiate à l'AME et la création d'un délai de résidence de trois mois ont créé une situation nouvelle. Des personnes démunies et résidant en France peuvent désormais se trouver juridiquement exclues des soins médicaux nécessaires. Le cheminement de l'étranger malade qui tente de se soigner en France ressemble à un parcours du combattant. La politique d'immigration, avec ses quotas de reconduites à la frontière, instaure une pression à tous les intervenants du circuit, depuis les préfets jusqu'aux guichets, mais aussi aux professionnels médicaux et sociaux. Les conditions concrètes d'existence des migrants et d'accès au dépistage ou aux traitements sont étroitement liées aux politiques en matière d'immigration et aux représentations que les étrangers en ont. Plus elles sont contraignantes et plus les pratiques de recours aux soins sont difficiles et imprévisibles par simple conséquence logique des menaces perçues.

Dans son dernier rapport de 2008, l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) dresse un bilan désastreux de la situation entre 2003 et 2008 et va jusqu'à parler de maltraitance institutionnelle. Il pointe des manques indéniables de moyens dans l'administration, des pratiques qui s'enkystent dans le quotidien des grandes préfectures et de nombreux dysfonctionnements comme des illégalités administratives conduisant à l'expulsion des étrangers malades. Le poids des démarches administratives et le risque

constant de perdre son droit au séjour génèrent des conditions de vie précaires porteuses d'insécurité matérielle, psychologique et sociale peu propices aux démarches de soins et d'observance. L'ODSE rappelle également que l'attribution des titres de séjour pour raison médicale est inscrite dans le droit français et ne doit pas reposer sur la seule mobilisation associative.

La prévention

Depuis 2001, les migrants sont reconnus comme public prioritaire dans les programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida. Le « *Programme de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France 2004/2006* » mis en place par la Direction Générale de la Santé et la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, reconduit pour la période 2007/2008, a constitué le cadre de référence des politiques nationales et régionales de santé publique en matière de lutte contre le sida à destination des populations étrangères. Ce programme a pour but d'orienter et de soutenir au maximum les initiatives et les actions envers ces publics.

En matière de communication, le programme a défini des axes à suivre lors de la réalisation de campagnes en direction des migrants :

- s'adresser à eux à travers des campagnes de communication générale sur le VIH afin d'améliorer la visibilité de ces populations. Les campagnes de communication sur le VIH doivent s'adresser aux différentes composantes de la population française, notamment aux migrants.
- Utiliser des supports de communication spécifiques tels que des brochures en langues étrangères

Cette communication a été principalement mise en place par l'INPES lors de campagnes nationales et par la réalisation de nombreux supports, mais a aussi été prise en charge par de nombreuses associations.

Différentes associations et structures se sont donc mobilisées pour mettre en place des actions ayant toutes en commun d'aller au-devant des personnes étrangères ou issues de l'immigration dans une démarche de prévention, de dépistage ou de soins. Parmi celles-ci on trouve :

- des associations d'essence communautaire créées par des personnes ayant vécu, plus ou moins intimement, des bouleversements liés au VIH/sida : Ikambere (« La maison accueillante »), Afrique Avenir, l'IFAFE (Initiative des femmes africaines de France et d'Europe), et bien d'autres encore ;
- des associations socioculturelles de migrants qui ont intégré l'information et la prévention du VIH/sida à leur problématique de départ : entre autres la FTCT (Fédération des tunisiens pour une coopération des rives), l'URACA (Unité de réflexion et d'action des communautés africaines), les ATF (Associations des Tunisiens de France) ou encore Migrations santé ;
- des ONG de développement ou humanitaires qui tiennent compte du fait migratoire dans sa globalité dans la mise en place de leurs actions : Médecins du Monde, l'IMEA (Institut de médecine et d'épidémiologie africaine), le GRDR (Groupe de recherche et de réalisations pour un développement rural) et le COMEDE (Comité médical pour les exilés) ;

- des associations généralistes de lutte contre le sida qui ont créé des « pôles migrants » et développé des actions spécifiques en direction de ce public : Aides, Sida Info Service, Arcat, certains réseaux ville-hôpital ou encore les CRIPS ;
- enfin, les radios communautaires, comme Beur FM, Tropic FM ou Africa n°1, qui abordent régulièrement la question du VIH/sida chez les migrants dans leurs programmations.

Les nombreuses campagnes de prévention, générales et spécifiques ont produit des effets notables en termes de perception, de connaissances et de pratiques. Dans ce contexte, l'amélioration constatée de l'accès au dépistage constitue une avancée importante. Pourtant, cette amélioration masque la persistance d'inégalités selon les personnes concernées. Il est donc nécessaire de renforcer l'information sur le dépistage auprès des populations les plus précaires socio-économiquement et administrativement.

Fin 2008, le programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST est arrivé à son terme et les modalités d'inclusion de la problématique VIH/migrants devront à nouveau être repensées. Se pose alors la question de la façon de poursuivre ce travail : en traitant en soi la problématique VIH/migrants, en l'incluant dans le programme global de lutte contre le VIH/sida ou en l'intégrant à un programme global de santé des migrants. L'approche populationnelle dans un programme de santé est une perspective souvent envisagée. Néanmoins, les acteurs soulignent la nécessité de poursuivre les approches spécifiques VIH/migrants jusqu'à maturité de la problématique ainsi que l'identification des besoins et des enjeux spécifiques de prévention propres à cette population.

Bibliographie

BERTRAND A, DE CARMANTRAND G, CHELLI M, et al

Evaluation du programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France, mis en oeuvre depuis 2004 et recommandations pour le développement ou la réorientation de certains axes au titre du programme prévu pour 2007-2008 : rapport final

Paris : Ernst & Young, 2007, 183 p.

BLACHERE E

Quand l'Europe chasse les étrangers malades

Transversal, n°44, 2008, pp. 10-11

CABIE A, LIAUTAUD B

Situation des émigrés séropositifs en France : effet pervers du Fonds global des Nations unies

Journal du Sida, n° 201, 2007, pp. 29-31

COMITE MEDICAL POUR LES EXILES

Migrants/étrangers en situation précaire. Prise en charge médico-psycho-sociale. Guide pratique destiné aux professionnels

Paris : INPES, 2008, 568 p.

DARMON L

Etrangers malades : Paris interdit la carte de résident

Journal du sida, n° 209, 2008, pp. 29-30

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

Circulaire n° DGS/RI2/2007/383 du 23 octobre 2007 relative à la politique nationale de prévention des infections par le VIH et les IST en direction des patients migrants/étrangers

Paris : DGS, 2007

FASSIN D

La prévention du sida à l'épreuve des politiques de l'immigration

Santé de l'homme, n°379, 2005, pp. 25-27

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

L'infection à VIH-sida en France

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°45-46, 2008, 28 p.

LANGLET M

Droit de séjour pour soins : restriction sans bruit

Journal du sida, n°193, 2007, p. 8

LANGLET M

L'espace Santé droit : Cimade et Comède sur le même front

Journal du sida, n°204, 2008, pp. 25-26

LANGLET M

La santé, un droit mal en point

Journal du sida, n°203, 2008, pp. I-XV

MBIRIBINDI R, NDZIESSI G, BERTINI B

Stratégies de prévention du VIH auprès des migrants

Lettre du CRIPS Ile-de-France, n° 85, 2008, 8 p.

OBSERVATOIRE DU DROIT A LA SANTE DES ETRANGERS

La régularisation pour raison médicale en France : un bilan de santé alarmant : 1998-2008 : dix ans d'application du droit au séjour des étrangers malades

Paris : ODSE, 2008, 47 p.

RAYNAL F

Etrangers : le droit à la santé en permanence

Transversal, n°41, 2007, pp. 7-9

VIALLE E, HALFEN S

Migrants et fausses croyances : la prévention avance masquée

Journal du sida, n° 203, 2008, pp. 27-28

Le point sur...

La réduction des risques liés à l'usage de drogue

L'apparition du sida et sa propagation fulgurante parmi la population des usagers de drogues au début des années 1980 introduit un changement de paradigme fondamental dans le domaine de la lutte contre la toxicomanie. C'est dans ce contexte que va naître la réduction des risques infectieux liés à l'usage de drogues. L'objectif premier de la réduction des risques est de limiter au maximum la transmission du VIH au sein de la population des usagers de drogues par injection. Son champ d'action va s'élargir par la suite, notamment en offrant aux usagers de drogues une prise en charge globale de leur santé et en prenant en compte les différents dommages liés aux drogues selon les produits, les personnes et leur environnement.

En France, la mise en place d'une politique de réduction des risques et son officialisation en tant que politique publique sera difficile, car en totale contradiction avec les principes fondamentaux de la lutte contre les drogues. La réduction des risques est officiellement reconnue par la loi de santé publique du 9 août 2004 et le décret n°2005-347 du 14 avril 2005 approuve le référentiel national des actions de réduction des risques auprès des usagers de drogues. Il complète ainsi le code de la santé publique en introduisant « un axe de réduction des risques dans la politique sanitaire de la toxicomanie entre la prévention primaire et le soin ».

Le contexte épidémiologique

Historiquement, l'épidémie de sida en région PACA a concerné majoritairement les usagers de drogues par voie intraveineuse et 50% des cas de sida diagnostiqués en 1995 étaient liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse (UDVI). Les chiffres épidémiologiques montrent le succès de la Réduction Des Risques (RDR) et la capacité des usagers de drogues à se protéger du VIH. En effet, l'analyse des modes de contamination sur les vingt dernières années montre une évolution marquée par une diminution des cas de sida liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse.

La politique de réduction des risques menée de façon très volontariste depuis une douzaine d'années a donc porté ses fruits avec un résultat spectaculaire concernant le VIH : les contaminations par usage de drogues par voie intraveineuse ne représentent que 5,2% des découvertes de séropositivité entre 2003 et juin 2008. Pour mémoire, les UDVI représentent 42% des cas de sida cumulés en PACA.

Concernant la transmission du VHC, les mesures de réduction des risques semblent avoir moins d'effets. Les résultats du dispositif de surveillance du virus de l'hépatite C dans les CDAG et les CES de la région PACA indiquent, chez les UDVI, une séroprévalence du VHC de 31,1% en 2007 (43,1% pour la période 2004-2006) et un taux de cas nouvellement dépistés de 11,6% (19% pour la période 2004-2006).

Les résultats indiquent une nette diminution de la séroprévalence du VHC pour un usage ayant débuté après 1986 puis après 1999, ces années correspondant respectivement à la

mise en vente libre de seringues dans les pharmacies et à la mise en place du Programme national de lutte contre l'hépatite C. Cependant la séroprévalence du VHC chez les UDVI plus récents reste relativement élevée ce qui laisse supposer des contaminations dès l'initiation et des pratiques à risques persistantes.

L'enquête Coquelicot 2004-2007

L'enquête Coquelicot est une enquête épidémiologique transversale menée entre 2004 et 2007 dans différentes villes auprès de plus de 1 000 usagers de drogues fréquentant des associations et ayant sniffé ou injecté au moins une fois dans leur vie. Un volet socio-anthropologique complémentaire a été mené auprès d'une centaine d'usagers. Cette enquête a permis de décrire la situation et les besoins des usagers de drogues en France vis-à-vis des virus du sida et des hépatites afin d'améliorer la prévention et la prise en charge de ces maladies. Elle a également été l'occasion d'appréhender les représentations du traitement de l'hépatite C chez des usagers de drogues en confrontant résultats quantitatifs et approche qualitative.

Un des résultats marquants de l'enquête montre que les usagers de drogues sont très nombreux à être contaminés par l'hépatite C, beaucoup plus que par le VIH. Ainsi, si 11% des usagers sont contaminés par le VIH, ils sont 60% à être contaminés par le VHC. Notons que les usagers contaminés par le VIH le sont aussi très majoritairement par le VHC. Cependant, la comparaison entre les données biologiques et déclaratives montre que 27% des usagers continuent à se croire négatifs pour l'hépatite C alors qu'ils sont en réalité positifs (ce taux de méconnaissance du statut sérologique est seulement de 2% pour le VIH).

Certains groupes d'usagers sont encore plus vulnérables que d'autres (les femmes, les jeunes et les personnes précaires et/ou marginalisées) en raison de leurs conditions de vie ou de la dépendance à d'autres usagers de drogues pour l'obtention de produits. Ainsi, si la prévalence de l'infection à VHC augmente avec l'âge, l'enquête souligne que les contaminations par l'hépatite C sont déjà très fréquentes chez les jeunes de moins de 30 ans.

Globalement, les usagers de drogues sont nombreux à être dépistés pour le VHC puisque plus de 9 sur 10 ont déjà effectué un test au cours de leur vie. Cependant la date du dernier test est en moyenne ancienne d'un an et demi. Si différentes raisons sont évoquées pour avoir recours au dépistage (usage de drogues, relations sexuelles, problèmes de santé,...), le test est le plus souvent réalisé à l'occasion d'un bilan de santé.

Les résultats de l'enquête mettent aussi en évidence que les pratiques à risque sont encore très répandues, aussi bien pour l'injection que pour le sniff ou l'inhalation. En effet, 42% des usagers de drogues ne connaissent pas en totalité les risques de transmission de l'hépatite C liés à l'usage de drogues surtout ceux liés au petit matériel. Concernant l'injection, 13% partagent la seringue, 38% partagent le petit matériel (coton, cuillère, eau) et 74% réutilisent la même seringue. Cette dernière pratique présente un risque mal connu : si un usager porteur de l'hépatite C utilise sa seringue personnelle pour le partage du produit et qu'il pompe le produit dans un récipient commun, il risque de « déposer » le virus dans le récipient qui sera « aspiré » par un autre usager et donc expose ce dernier à une contamination. De même, 81% des usagers de drogues partagent la pipe à crack et 25% partagent la paille à sniff.

Le niveau de séroprévalence de l'hépatite C reste donc particulièrement élevé et la persistance de comportements à risque (quel que soit le mode de consommation) peut être responsable d'une contamination alors même qu'un dépistage antérieur négatif avait pu être perçu comme rassurant par l'utilisateur. L'étude Coquelicot montre aussi que si les usagers de drogues ont conscience des risques et de la gravité de la maladie, ainsi que l'existence de traitements efficaces, ils considèrent encore aujourd'hui, pour plus d'un tiers d'entre eux, que ces traitements leur sont peu accessibles.

Les témoignages mettent en évidence l'importance de la circulation d'informations négatives sur le traitement de l'hépatite C au sein de la population des usagers de drogues. L'analyse des représentations vis-à-vis du traitement de l'hépatite C offre un panorama des différents facteurs expliquant les difficultés liées à l'accès au traitement : dans 54% des cas il s'agit de craintes liées au traitement (notamment les effets secondaires), dans 33% des craintes liées aux examens préalables. L'attitude des médecins, la précarité des conditions de vie et le manque d'information sont aussi évoqués par 20% des usagers de drogues. Notons enfin que dans 45% des cas les difficultés d'accès au traitement sont liées aux traits de personnalité stéréotypés accordés aux usagers de drogues.

Si des barrières vis-à-vis du traitement de l'hépatite C sont encore présentes et multifactorielles, ces difficultés peuvent être dépassées. En effet, pour être efficace une politique de prise en charge de l'hépatite C chez les usagers de drogues doit appréhender ce phénomène dans sa complexité en prenant en compte l'ensemble des acteurs impliqués ainsi que les conditions de vie, les craintes et les attentes des patients concernés. Cette prise en charge globale de l'hépatite C conciliant une prise en compte conjointe de l'addiction et du virus est initiée depuis plusieurs années en France dans quelques centres spécialisés pour les toxicomanes au sein desquels des consultations spécialisées en hépatologie ont été mises en place en interaction avec le reste des intervenants.

Les usagers des CAARUD

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de Santé publique a permis notamment la création des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues (CAARUD) dont les missions sont :

- l'accueil collectif et individuel des usagers de drogues ainsi qu'une information et un conseil personnalisé,
- le soutien aux usagers dans l'accès aux soins et aux droits sociaux (logement, insertion ou réinsertion professionnelle),
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections,
- l'intervention de proximité à l'extérieur du centre en vue d'établir un contact avec les usagers et de développer des actions de médiation sociale avec l'environnement,
- et enfin, la participation au dispositif national de veille en matière de drogues et de toxicomanie.

Une enquête nationale a été réalisée pendant une semaine en novembre 2006 pour identifier les profils et pratiques des usagers de drogues fréquentant les CAARUD. Cette enquête s'est déroulée sous forme de questionnaire anonyme administré en face à face

dans l'ensemble des 114 structures ayant reçu l'autorisation préfectorale et situées dans 23 régions et 66 départements.

Les résultats de l'enquête montrent que quatre usagers sur dix ont entre 30 et 39 ans et la moyenne d'âge de l'échantillon s'élève à 33,4 ans. Le sexe ratio est d'une femme pour quatre hommes. Cependant, les femmes sont plutôt moins âgées que les hommes et représentent 55% des usagers de moins de 20 ans et 30% des 20-24 ans. On note également une précarité sociale importante. En effet, plus d'un quart des usagers sont sans domicile fixe et près de la moitié dépendent de la CMU. La majorité des usagers possède un faible niveau scolaire (moins d'un usager sur dix a atteint le niveau du baccalauréat) et plus de la moitié vivent de prestations sociales, notamment du RMI.

Au moment de l'enquête, 59,6% des usagers déclaraient bénéficier d'un traitement de substitution médicalement prescrit. Pour près des deux tiers il s'agissait de la BHD et pour un tiers de méthadone. Les usagers qui reçoivent un produit de substitution sont en moyenne plus âgés que ceux qui n'en bénéficient pas. Dans 59,0% des cas pour la BHD mais seulement 16,4% des cas pour la méthadone, le médicament de substitution était également cité parmi les produits consommés hors cadre thérapeutique.

En moyenne, abstraction faite du tabac, chaque usager dit avoir consommé 2,5 produits au cours du dernier mois. Les opiacés restent les produits les plus fréquemment consommés (par 56,7% des usagers). Viennent ensuite les stimulants (46,7%), le cannabis (49,7%), l'alcool (36,8%), les médicaments non opiacés (13,8%) et en dernier lieu les hallucinogènes (8,6%).

Près de sept usagers sur dix ont utilisé la voie intraveineuse au moins une fois au cours de la vie. Il n'existe pas de différences significatives entre hommes et femmes. Parmi les personnes qui se sont injectées un produit au cours de la vie, 73% l'ont fait au cours des 12 derniers mois (injecteurs récents) soit 50,2% de l'ensemble de l'échantillon. C'est chez les 20-24 ans et les 25-29 ans que l'injection récente est la plus fréquente. Parmi les usagers injecteurs, 52,6% déclarent n'avoir jamais partagé de seringues au cours de la vie et 23% n'avoir « presque jamais » eu recours au partage. Les autres ont partagé leur seringue « occasionnellement » (16,9%) ou « régulièrement » (5,4%). Parmi les injecteurs récents, 20,4% reconnaissent avoir partagé un ou plusieurs éléments du matériel indispensable à l'injection.

Parmi les usagers interrogés, 44% déclarent être vaccinés contre le virus de l'hépatite B sans que l'on sache s'il s'agit d'une vaccination complète ou pas. La majorité des usagers a effectué le test de l'infection à VIH (84,4%) et à VHC (81,4%). Il n'y a pas de différence significative entre hommes et femmes. Les plus jeunes et les plus âgés ont moins fréquemment réalisé ces tests. Au total, 7,3% des usagers déclarent être positifs au VIH et 35,1% au VHC. Les UDVI sont deux fois plus séropositifs au VIH que les non injecteurs (8,7% vs 3,7%) et plus de six fois plus séropositifs au VHC (47,2% vs 7,6%).

Alors que la contamination déclarée par le VIH reste faible chez les plus jeunes probablement du fait de la politique de réduction des risques mise en œuvre à la fin des années 80, la contamination déclarée par le VHC demeure significative. Enfin, si la grande majorité des personnes séropositives pour le VIH ou le VHC a consulté un médecin au cours des douze derniers mois pour cette affection, 68,5% des personnes séropositives au VIH bénéficient d'un traitement contre seulement 22,5% des personnes séropositives pour le VHC.

Bibliographie

CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur

Actualités épidémiologiques, mai 2009

Marseille : CRIPS PACA, 2009, 10 p.

CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur

Réduction des risques : bilan et perspectives : dossier de synthèse documentaire et bibliographique

Marseille : CRIPSPACA, 2007, 25 p.

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

Enquête coquelicot 2004-2007 : résultats d'une enquête sur l'hépatite C, le VIH et les pratiques à risques chez les consommateurs de drogues

Saint-Maurice : InVS, 2008, 6 p.

JAUFFRET-ROUSTIDE A, OUDAYA L, LE STRAT Y, COUTURIER E, EMMANUELLI J, DESENCLOS J-C

Représentations du traitement de l'hépatite C chez les usagers de drogues – enquête InVS-ANRS Coquelicot, France, 2004-2007

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°20-21, 2009, pp. 213-217

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE PACA

Surveillance continue du virus de l'hépatite C dans les centres de dépistage anonyme et gratuit et centres d'examens de santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Surveillance VHC, n°5, 2009, 4 p.

TOUFIK A, DADET-TAÏROU A, JANSSEN E, GANDILHON M

Profils, pratiques des usagers de drogues Ena-CAARUD : résultats de l'enquête nationale 2006 réalisée auprès des usagers des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques

Saint-Denis : OFDT, 2008, 47 p.

Le point sur...

La prévention auprès des personnes prostituées

La prostitution en France, n'est pas en elle-même illégale, elle peut s'exercer dès lors qu'elle ne trouble ni la morale ni l'ordre public. Cependant, le racolage, l'organisation et l'exploitation de la prostitution, le proxénétisme et les maisons closes sont interdits et réprimés. Historiquement, l'une des conséquences de la répression contre la prostitution se trouve être le passage à la clandestinité et le retour du proxénétisme afin de se protéger de la police. Les décisions politiques ou administratives ont un impact sur les conditions du travail sexuel et altèrent les conditions d'existence, le bien-être et la santé des personnes qui se prostituent.

Depuis une vingtaine d'année, la prostitution a connu d'importantes évolutions : multiplication des réseaux de proxénétisme, modifications de la répartition des prostituées par nationalités, forte augmentation de la prostitution masculine et diversification des formes de prostitution.

La lutte contre le sida a permis de mettre en lumière les conditions de vie et la situation sanitaire dégradée des personnes prostituées. Parallèlement aux projets de réinsertion, sont apparues des actions à plus court terme centrées sur l'urgence de leurs conditions sanitaires. Cette approche a également mis en relief la non prise en compte d'une frange de cette population : toxicomanes, travestis, transsexuels, sans papiers.

Quelques chiffres sur la prostitution

Le recours à la prostitution ne semble pas être en voie de recul chez les hommes. Selon l'enquête sur le contexte de la sexualité en France, en 2006, 3,1% des hommes avaient eu un rapport sexuel avec une prostituée dans les 5 ans contre 3,3% en 1992. D'autre part, après 50 ans plus d'un homme sur quatre a payé au moins une fois dans sa vie pour avoir un rapport sexuel.

L'arrivée du sida, qui a joué un rôle de révélateur social, a également contribué à révéler la diversité du monde de la prostitution de rue, masculine et féminine. La variabilité des sources et des chiffres rend difficile une estimation générale de la population prostitutionnelle. Cependant, le nombre des personnes prostituées serait relativement stable. La prostitution est aujourd'hui diffuse sur tout le territoire français mais reste majoritairement un phénomène urbain, Paris concentrant 50% de l'ensemble. D'après les évaluations faites sur la base des contrôles de police sur la voie publique et communiqués par l'Office Central pour la Répression de la Traite des Etres Humains (OCRTEH), 12 000 à 15 000 personnes, principalement des femmes, se prostituaient au début de l'année 2002. Il est encore plus difficile d'évaluer la prostitution clandestine ou occasionnelle ou encore celle masquée qui s'exerce sous le couvert des bars à hôtesses, des salons de massage, appartements particuliers ou d'autres prestations souvent proposées par le biais du minitel ou d'Internet. Ce type de prostitution concernerait entre 3 000 et 4 000 personnes.

Nous ne disposons pas de données récentes sur le taux de prévalence du VIH chez les personnes prostituées. Cependant les dernières données (1992) montrent que ce taux est faible au regard des facteurs de vulnérabilité et de la situation dans d'autres pays, mais élevé par rapport au taux dans la population générale. En revanche, ce taux augmente fortement lorsqu'elles cumulent des facteurs de vulnérabilité, notamment lorsqu'elles sont usagères de drogue ou originaire d'un pays à forte prévalence.

Les effets pervers de loi de sécurité intérieure

La loi de sécurité intérieure du 18 mars 2003 habilite désormais tous les corps de police à contrôler les personnes prostituées alors qu'auparavant leur surveillance ne relevait que d'un seul service (la brigade des mœurs). La nouveauté de cette loi est la réintroduction de la notion de racolage passif. Elle punit le racolage de deux mois de prison et 3 750 euros d'amende et prévoit également le retrait de la carte de séjour temporaire pour toute personne étrangère. Tout en restant dans un cadre officiellement abolitionniste, la logique est maintenant celle de la criminalisation de la prostitution avec des effets dramatiques pour les personnes prostituées.

Tous les témoignages montrent que la loi de sécurité intérieure a encouragé et entériné le harcèlement permanent par les forces de l'ordre en multipliant les contrôles et les gardes à vue. Aujourd'hui, les personnes se soucient avant tout de leur sécurité et sont entrées dans une logique de clandestinité et de survie au jour le jour qui entre en concurrence avec tout projet de vie et de santé. Les abus et les violences de la part des clients et des passants ont augmenté. Ce sont les personnes prostituées elles-mêmes qui sont considérées comme délinquantes du fait de leur prostitution. Certains clients en profitent pour exiger des rapports sexuels non protégés.

Le harcèlement constaté conduit généralement à l'éclatement des lieux de prostitution ce qui a pour conséquence d'augmenter l'insécurité des personnes prostituées et rend le travail de terrain des associations plus compliqué. Elles s'éloignent des centres-villes et vont dans des lieux plus isolés où elles sont plus vulnérables face aux violences et au racket et ne disposent pas d'accès aux soins ou aux actions de prévention. Les entraves à leur activité étant multipliées elles gagnent donc moins bien leur vie et sont précarisées. L'activité clandestine de prostitution produit des effets néfastes et contre-productifs en matière de prévention et de santé des personnes prostituées, des clients et de leurs partenaires. Certaines craignent, si elles sont arrêtées, que les préservatifs soient perçus comme une preuve de racolage passif et n'en ont donc pas sur elles.

Les prostitué(e)s migrant(e)s

Aujourd'hui, les personnes prostituées de nationalité étrangère sont aussi nombreuses que celles de nationalité française. Cette évolution s'explique notamment par l'arrivée massive, depuis la chute du mur de Berlin, de prostituées originaires des pays d'Europe centrale. D'après l'OCRTEH, cette filière représente désormais la moitié des prostituées étrangères en France. Il existe également d'autres filières importantes comme celles en provenance d'Afrique, d'Amérique latine ou d'Asie du sud-est.

Les personnes immigrées prostituées sont souvent coupées des institutions médico-sociales particulièrement lorsqu'il existe des barrières linguistiques, culturelles, qu'elles sont isolées dans leurs différentes communautés ou qu'elles sont en situation irrégulière. Leur vulnérabilité peut également être liée à une méconnaissance sur les IST et le VIH.

Les prostitué(e)s étranger(e)s sont condamnés à la plus grande discrétion pour éviter les services de police. Elles sont d'ailleurs les premières victimes de la loi de sécurité intérieure qui permet l'éloignement des personnes prostituées en situation régulière ou non, au motif qu'elles menacent l'ordre public ou qu'elles sont passibles de poursuites pénales.

Lorsqu'elles ont été achetées par des trafiquants, la santé des personnes n'est absolument pas une priorité. Ils savent qu'en les faisant travailler quelques jours, ils seront remboursés. Pour eux, l'important n'est pas leur bonne santé mais leur rentabilité.

Tout cela rend particulièrement indispensable l'existence d'actions de prévention en direction de ce public.

La prévention

Lors de la conférence internationale de Mexico, les militants des droits des professionnel(le)s du sexe ont vivement critiqué les recommandations publiées en avril 2007 par l'ONUSIDA. En traitant les personnes prostituées comme une population en direction de laquelle il faut agir et non comme des partenaires en prévention, l'ONUSIDA prend le problème à l'envers. Les militants interpellent sur le fait que les personnes se prostituant ne sont pas le problème mais font plutôt partie de la solution. Elles ne sont pas vulnérables face au sida à cause de leur métier mais à cause des conditions dans lesquelles elles travaillent. Pour les acteurs de prévention, chaque préservatif mis à un client par un(e) prostitué(e) représente un geste de santé publique. Pour elles, les personnes prostituées ont toujours été de véritables agents de prévention.

De nombreux obstacles rendent parfois complexe la prévention auprès des personnes prostituées. Si les barrières linguistiques et culturelles y sont pour beaucoup en ce qui concerne les prostitué(e)s migrant(e)s, d'autres éléments entrent également en compte comme la réticence de ces personnes à évoquer leur activité professionnelle (souvent par pudeur ou par peur d'être arrêté) ou encore l'isolement. Le travail d'éducation à la santé et de prévention doit donc être continuellement renouvelé afin de s'adapter aux évolutions de la prostitution.

En France, de nombreuses associations communautaires ont mis en place des actions de prévention afin que la nouvelle épidémie ne débouche sur une stigmatisation des personnes vulnérables et particulièrement des personnes prostituées. Ces associations sont centrées sur la prévention du sida et la réduction des risques liés à l'usage de drogues. Le concept de base est qu'une personne concernée est la mieux placée pour intervenir auprès de ses pairs car elles parlent le même langage et expérimentent les mêmes problèmes. L'approche communautaire sur le terrain prend dans de nombreuses villes la forme d'un bus circulant sur les différentes zones de prostitution.

Pour un certain nombre d'acteurs, les messages de prévention doivent aussi être adressés aux clients. En effet, l'enquête de Sida Info Service de novembre 2006 a démontré cette nécessité en relevant un nombre particulièrement élevé de non-utilisation

du préservatif chez les clients de prostitué(e)s. Une méconnaissance des modes de transmission du virus dans cette population est également confirmée. La principale difficulté pour toucher ce public réside dans le fait que les clients ne sont identifiés qu'au moment de leur rencontre avec un(e) travailleur(se) du sexe. C'est pourquoi, par exemple, dans certaines villes, des brochures sur le sexe à moindre risque « safer sex » ont été distribuées aux prostitué(e)s pour leurs clients ou que des campagnes de prévention ont eu lieu en direction des clients pour faire face à la montée des demandes de passe sans préservatif.

De la rue au « virtuel »

Moins repérable, la prostitution via le Net ou les petites annonces tendrait à se développer et un certain nombre de personnes préfèrent désormais recruter par ces biais par souci de discrétion. Ce phénomène est probablement à mettre en relation avec l'utilisation de plus en plus importante d'internet comme outil de rencontre qui a été mis en évidence par l'enquête sur le contexte de la sexualité en France de 2006. De plus, les réseaux de proxénétisme profitent de toutes les évolutions pour trouver des nouveaux "marchés" qu'il s'agisse de l'ouverture des frontières, du progrès technologique ou des nouvelles formes de communication.

Les associations investies dans le travail de rue auprès des prostitué(e)s ont constaté cette évolution même si elles n'ont pas encore d'idée claire sur les chiffres et sur la réalité qui se cachent derrière ce phénomène. Elles cherchent à connaître les besoins éventuels de ces publics et les moyens d'intervenir auprès d'eux. La principale difficulté est d'entrer en contact avec les personnes. Si certains sites sont gratuits, d'autres ont un coût rédhibitoire. De plus, il n'est pas toujours évident de s'assurer que les annonces passées correspondent réellement à un service sexuel rémunéré. D'autre part, il y a certaines personnes à qui on n'accède jamais en direct. Pour la police, il existerait des réseaux qui ont mis en place des standards basés à l'étranger et qui dispatcheraient les clients potentiels vers des appartements. Tout cela complique la tâche des associations.

Pour les associations ayant réussi à établir des liens, les besoins des personnes se prostituant via Internet, le téléphone ou les petites annonces semblent les mêmes : réduction des risques, accès aux droits et aux soins. En revanche, elles témoignent d'un isolement particulier qui peut avoir un impact en matière de prévention. Dans la rue, des conseils peuvent être échangés, des questions ou des besoins peuvent être exprimés auprès des associations. Certaines personnes ne savent pas vers qui se diriger en cas de prise de risque, elles ne connaissent pas les associations qui pourraient leur apporter des conseils ou un soutien.

Ces évolutions posent des problèmes d'intervention et de prévention qui poussent les associations à revoir leur méthodologie et leur communication. De nombreuses questions sont encore sans réponses face à ce nouveau phénomène et tout reste à inventer : Comment entrer en contact ? Quels informations et/ou service proposer une fois le contact noué ?

Bibliographie

ANRS, INSERM, INED

Premiers résultats de l'enquête CSF, Contexte de la Sexualité en France

Dossier de presse, 2007, 27 p.

CARARELLI T

Réduire les risques liés à la prostitution : l'expérience du Lotus Bus

TranscriptaseS, n°139, 2008, pp. 20-22

COLLET M

Association GPAL-Entr'actes : pour et avec les personnes prostituées

Journal du sida, n°205, 2008, pp. 32-33

DIMOTORE M

Les professionnel(le)s du sexe en pleine lumière

TranscriptaseS, n°138, 2008, pp. 71-72

LANGLET M, VERNIER J

Quand la loi dérape

Journal du Sida, n°202, 2008, pp. 25-26

MICHELON V

Les migrants au cœur de l'épidémie

Transversal, n°43, 2008, pp. 19-20

PAICHELER G dir., JOB-SPIRA N dir.

Les femmes et le sida en France : enjeux sociaux et de santé publique

Médecine sciences, vol. 24, hors-série n°2, 2008, 216 p.

RAYNAL F

De la rue au « virtuel »

Transversal, n°43, 2008, pp. 25-27

RAYNAL F, MATHIEU L

« Zone de vulnérabilité sociale »

Transversal, n°40, 2008, pp. 29-31

Programme 15

Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge globale des hépatites B et C

Le point sur...

Les hépatites B et C

En France, on estime à environ 500 000 le nombre de personnes infectées de façon chronique par une hépatite virale B ou C mais près de la moitié ignorent être porteuses de ces infections. Ainsi, en 2004, seulement 45% des personnes infectées par le virus de l'hépatite B et 57% des personnes infectées par le virus de l'hépatite C connaissaient leur statut.

Le contexte épidémiologique de l'infection à VHC

Les résultats d'une enquête nationale réalisée en 2004 par l'InVS en partenariat avec la CNAM montrent une prévalence des anticorps anti-VHC dans la population âgée de 18 à 80 ans de 0,84% ce qui correspond à environ 367 000 personnes. Parmi ces individus ayant des anticorps anti-VHC, 65%, soit 221 000 personnes, présentent une infection chronique par le VHC.

Les facteurs associés à la présence d'anticorps anti-VHC sont la naissance dans un pays d'endémie moyenne ou élevée au VHC, l'usage de drogues par voie veineuse ou nasale et un antécédent de transfusion avant 1992. Notons aussi que la prévalence des anticorps anti-VHC est trois fois plus élevée chez les personnes en précarité sociale. Enfin, elle est deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes et varie avec l'âge (la plus élevée est retrouvée chez les personnes de 45 à 49 ans).

Les progrès majeurs de ces dernières années permettent de guérir maintenant plus de 50% des hépatites C. Or, près de 4 personnes infectées sur 10 ne se savent pas séropositives pour le VHC ce qui entraîne pour le patient et son entourage une perte de chance qui n'est pas acceptable.

Dans ce contexte thérapeutique, l'accès au dépistage est donc un élément clé. Initiée dès le début des années 1990, l'incitation au dépistage de l'hépatite C a été renforcée à travers l'application des différents plans nationaux successifs de prévention des hépatites virales et on estime à 5,5 millions le nombre de sérologies anti-VHC réalisées par les laboratoires français en 2005. Les données du dispositif Rena-VHC de surveillance de l'activité de dépistage de l'hépatite C en France montrent que l'activité sérologique a

globalement augmenté entre 2000 et 2007. Dans les faits, elle a augmenté de 45% entre 2000 et 2005 avant de diminuer de 15% entre 2005 et 2007. Cette évolution s'explique probablement par l'impact des campagnes d'information et de dépistage menées essentiellement entre 2000 et 2005.

Si l'activité de dépistage a augmenté, on note en parallèle, une évolution vers un dépistage moins ciblé. En effet, l'indicateur de contrôle de positivité (ICP), c'est-à-dire le ratio du nombre de contrôles positifs et du nombre de tests anti-VHC, a été divisé par deux entre 2000 et 2007 passant de 1,3% à 0,6%. Pour être plus efficace, la pratique du dépistage doit être aujourd'hui plus spécifiquement orientée vers certains groupes non initialement ciblés et chez lesquels les études épidémiologiques ont montré une prévalence élevée de l'infection (personnes en situation de précarité, migrants originaires de pays de forte endémie, détenus).

Les données concernant les patients nouvellement pris en charge par les pôles de référence participant au dispositif de surveillance montrent que les hommes sont majoritaires (54,6%) et sont en moyenne plus jeunes que les femmes. Près de 40% des patients nouvellement pris en charge l'ont été dans l'année où ils ont été dépistés.

Quels que soient l'âge et le sexe, l'hépatite C est le plus souvent découverte fortuitement à l'occasion d'un bilan de santé. Cette proportion a significativement augmenté passant de 46,2% en 2001 à 56,8% en 2007. Une exposition à risque est retrouvée chez 77,8% des patients pour lesquelles la découverte de l'hépatite C a été fortuite (86,3% pour les autres modalités) et cette proportion reste stable au cours de la période. Un stade avancé de la maladie est retrouvé chez respectivement 9,3% et 11,6% des patients en 2001 et 2007.

Un dispositif de surveillance nationale des contaminations virales survenues chez des soignants dans les suites d'un accident d'exposition au sang (AES) a été mis en place en 1997 pour le VHC. Au 31 décembre 2007, 61 séroconversions professionnelles ont été recensées dont 46 au contact d'un patient source connu comme infecté par le VHC. Les tâches en cours au moment de l'AES sont le plus souvent des prélèvements sanguins. Néanmoins, les injections, les tâches de rangement, nettoyage ou transport de déchets, et les poses ou déposes de perfusion sont aussi souvent citées. Près de la moitié de ces séroconversions étaient évitables par l'application des précautions standard. Notons que ces chiffres ne reflètent que les AES effectivement déclarés.

Dans le cadre du Programme Régional de Santé Publique un dispositif de surveillance continue a été mis en place en 2004 auprès des CDAG et des Centres d'examen de Santé effectuant des tests de dépistage en PACA. L'analyse des derniers résultats montre qu'au total 36 968 consultants ont été testés dans ces structures (9 383 en 2004, 9 021 en 2005, 9 116 en 2006 et 9 448 en 2007). En 2007, en région PACA, sur l'ensemble des consultants testés, la séroprévalence du VHC est estimée à 2,2% (2,3% sur la période 2004-2006) et le taux de sérologies positives nouvellement dépistées est de 1,5% (1,3% sur la période 2004-2006). La séroprévalence du VHC et le taux de cas nouvellement dépistés sont donc restés relativement stables au cours de la période d'étude.

Chez les UDVI, les résultats de la surveillance réalisée dans les CDAG et les CES en PACA, indiquent une diminution significative de la séroprévalence du VHC entre 2004-2006 (43,1%) et 2007 (31,1%) ainsi que du taux de cas nouvellement dépistés (11,6% en 2007 vs 19% en 2004-2006). Cette tendance est nettement moins marquée dans le sous-groupe des UDVI actifs avec une séroprévalence du VHC de 37,9% pour 2004-2006

contre 30,8% en 2007. Les résultats indiquent aussi une nette diminution de la séroprévalence du VHC pour un usage ayant débuté après 1986 puis 1999, ces années correspondant respectivement à la mise en vente libre des seringues dans les pharmacies et à la mise en place du Programme national de lutte contre l'hépatite C.

Le contexte épidémiologique de l'infection à VHB

Les résultats de l'enquête réalisée par l'InVS en partenariat avec la CNAM estiment à 0,65% la prévalence du portage de l'antigène HBs dans la population adulte âgée de 18 à 80 ans. Ceci représente environ 281 000 porteurs chroniques qui sont majoritairement de sexe masculin (les hommes sont 5 fois plus représentés que les femmes) et en situation précaire (4 fois plus de bénéficiaires de la CMU). La prévalence des anticorps HBc est estimée à 7,30% soit plus de trois millions de personnes avec des antécédents d'infection par le VHB.

L'incidence des hépatites B aiguës est plus difficile à chiffrer car l'infection est le plus souvent asymptomatique. Son estimation est basée sur les cas d'infection aiguë symptomatique à déclaration obligatoire en France depuis mars 2003. Un total de 633 cas d'hépatite B aiguë symptomatique a été notifié entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2007, soit une moyenne de 158 cas symptomatiques déclarés par an. Après prise en compte de l'exhaustivité des déclarations, le total des infections symptomatiques et asymptomatiques dues au VHB a été estimé à près de 2 600 infections par an soit une incidence de l'infection estimée à 4,1 cas pour 100 000 habitants.

Malgré l'existence d'un vaccin, l'infection à VHB demeure un problème de santé publique et les couvertures vaccinales restent grandement insuffisantes. Les études montrent en effet que le taux de couverture vaccinale des nourrissons en France est l'un des plus bas d'Europe et reste inférieur à 30%. La couverture est également insuffisante chez les jeunes de moins de 16 ans : 39% à l'âge de 11 ans et 42% à 15 ans d'après des enquêtes récentes en milieu scolaire. Enfin, plus de la moitié des cas d'hépatite B aiguë notifiés (56%) auraient pu être évités si les recommandations de vaccination en vigueur avaient été respectées.

Le calendrier vaccinal prévoit la vaccination systématique contre l'hépatite B de tous les enfants avant l'âge de 13 ans en privilégiant la vaccination du nourrisson. Sont également concernés les personnels soignants et les personnes à risque élevé d'exposition : personnes ayant des pratiques sexuelles à risque, usagers de drogues, sujets au contact de porteurs chroniques du VHB et personnes voyageant dans des zones à forte endémie. Cependant, les réticences d'une partie de la population mais aussi une certaine perplexité des professionnels de santé, liées à des polémiques répétées sur le risque de sclérose en plaque, rendent difficile l'application de ce calendrier vaccinal.

Deux enquêtes qualitatives relatives à l'hépatite B et sa prévention ont été mises en place par l'INPES auprès de la population et de médecins. Elles montrent, des deux côtés, une attente d'information précise et transparente sur cette maladie de la part des autorités. Si la population est demandeuse d'information, elle semble dans sa globalité prête à recevoir la vaccination contre l'hépatite B si l'initiative de cette prévention émane du médecin traitant. De l'autre côté, les médecins peu à l'aise avec cette pathologie et ses controverses continuent à ressentir la population comme globalement réticente.

Dans ce contexte, le Haut Conseil de la santé publique a émis, en octobre 2008, un avis où il souligne que l'hépatite B reste un problème de santé publique en France. Il recommande le maintien de la politique vaccinale vis-à-vis de l'hépatite B chez l'enfant ainsi que le renforcement de la mise en œuvre de cette politique, compte tenu des faibles couvertures vaccinales actuelles.

Les perceptions et connaissances des hépatites virales

Début 2006, l'enquête Nicolle sur les maladies infectieuses, réalisée par l'INPES et l'InVS sur le modèle des enquêtes de type KABP (Knowledge, Attitude, Behaviour and Practice), a permis d'évaluer la perception des maladies infectieuses en population générale. Cette enquête ne portait pas spécifiquement sur les hépatites virales mais quelques questions spécifiques, concernant plus particulièrement les hépatites B et C, ont été incluses dans le questionnaire.

Les résultats de l'enquête Nicolle indiquent que la population semble avoir conscience de l'enjeu de santé publique que constituent les hépatites virales. En effet, seuls 26,4% des répondants citent les hépatites parmi les trois maladies qu'ils déclarent craindre (loin derrière les cancers et les maladies cardio-vasculaires). Cependant, lorsqu'ils sont interrogés spécifiquement sur les maladies infectieuses les plus craintes, les hépatites virales sont citées par près d'une personne sur deux.

Les questions posées dans l'enquête Nicolle relatives aux facteurs de risque des hépatites virales se limitent à la pratique du tatouage et du piercing ainsi qu'aux voyages hors de France métropolitaine, questions pour lesquelles le type d'hépatite n'est d'ailleurs pas précisé. Deux tiers des personnes interrogées ont indiqué qu'il existait un risque de contracter une hépatite virale en se faisant faire un tatouage ou un piercing.

Concernant l'hépatite C, plus de trois quart des personnes interrogées (76,8%) s'accordent à dire qu'elle constitue un important problème de santé pour la population française. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à l'affirmer ainsi que les personnes les plus âgées de l'échantillon.

Une personne sur 3 déclare qu'il existe un traitement efficace contre l'hépatite C, près de 2 personnes sur 5 pensent qu'il n'en existe pas et plus d'un quart ne savent pas répondre à cette question. Une proportion importante (42,4%) des sujets interrogés pensent, à tort, qu'il existe une vaccination contre l'hépatite C et près d'une personne sur 5 (19,3%) ne se prononce pas sur l'existence d'un tel vaccin. Ainsi, seuls 38,3% répondent négativement et donc correctement à cette question. Ces bonnes réponses sont plus fréquentes parmi les femmes et les personnes les plus diplômées et aux revenus les plus élevés. Elles sont plus rares parmi les personnes les plus âgées et parmi celles déclarant l'existence d'un traitement efficace contre l'hépatite C.

Concernant la perception du risque d'être contaminé par le virus de l'hépatite B, seulement 2 personnes sur 5 perçoivent ce risque comme étant « moyen » (31,9%) ou « important » (7,7%). La majorité le considérant comme faible (47,0%) ou quasi-nul (6,4%). Le risque de contracter une hépatite B, perçu comme moyen ou important, est davantage exprimé par les femmes, les personnes les plus âgées et par les moins diplômés.

La moitié des personnes interrogées déclarent que la vaccination contre l'hépatite B est tout à fait ou plutôt justifiée pour les nourrissons. Près de trois quart de l'échantillon estime cette vaccination justifiée pour les adolescents et les pré-adolescents et près de 9 personnes sur 10 pour les sujets à risque comme le personnel soignant, les personnes qui se rendent dans les pays à risque ou les personnes à partenaires multiples.

Il est observé que les connaissances sont liées au sexe et au niveau de diplôme : les femmes et les plus diplômés ont une meilleure connaissance des modes de transmission alors que les moins diplômés tendent à surestimer les risques. Les différents résultats tendent cependant à montrer qu'il pourrait exister dans la population générale une certaine confusion entre les différentes formes d'hépatites ainsi qu'un manque de connaissance réel de ces maladies tout particulièrement sur les traitements disponibles et les mesures de prévention efficaces.

Le plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012

Depuis 1999, deux plans de prévention des hépatites virales chroniques ont été mis en œuvre : le "*Plan national de lutte contre l'hépatite C, 1999-2002*" et le "*Programme national hépatites C et B, 2002-2005*". Si des traitements de plus en plus efficaces ont été développés et mis à disposition, le constat reste mitigé et les objectifs des plans précédents n'ont été que partiellement atteints. C'est pourquoi un troisième plan national de lutte contre les hépatites B et C a été élaboré qui s'articule autour de cinq axes stratégiques.

- Premier axe stratégique : Réduction de la transmission des virus B et C

Le plan prévoit de renforcer l'information et la communication sur les hépatites B et C ainsi que les moyens de s'en protéger et de se traiter, à travers des messages adaptés aux différents publics ciblés notamment les usagers de drogue et les migrants, plus exposés aux risques, mais aussi en direction des professionnels de santé.

Il a aussi pour objectif de renforcer les programmes de réduction des risques de transmission chez les usagers de drogues et d'améliorer la prévention de la transmission des virus B et C lors des actes à risque que ce soit lors des soins chez les soignants ou lors de tatouages et percings avec effraction cutanée.

Enfin, il vise l'augmentation de la couverture vaccinale contre l'hépatite B ce qui aura pour conséquence de faire diminuer l'incidence de l'hépatite B aiguë.

- Deuxième axe stratégique : Renforcement du dépistage des hépatites B et C

Le renforcement du dépistage est nécessaire pour permettre une prise en charge médicale adaptée des personnes atteintes. Pour ce faire, il est nécessaire de créer les conditions d'un recours accru au dépistage des hépatites B et C en améliorant les pratiques de dépistage et diagnostic biologique des hépatites B et C ainsi que celles de rendu des résultats.

Les objectifs quantifiés sont de passer de 57 à 80% des personnes porteuses de marqueurs sérologiques ayant connaissance de leur séropositivité pour l'hépatite C et de 45 à 65% pour l'hépatite B.

- Troisième axe stratégique : Renforcement de l'accès aux soins. Amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des personnes atteintes d'hépatite chronique B et C

Les progrès thérapeutiques majeurs de ces dernières années permettent de guérir plus de 50% des hépatites C et d'obtenir un contrôle, avec arrêt de la multiplication virale, dans 80% des cas pour l'hépatite B. C'est pourquoi, améliorer l'accès aux soins et l'optimisation de leur qualité devient une nécessité.

Les principaux objectifs sont d'optimiser les pratiques médicales et la coordination entre les différents acteurs dans la prise en charge des hépatites B et C et de promouvoir les programmes d'éducation thérapeutique du patient. Il est aussi nécessaire d'améliorer la formation des professionnels de santé et de soutenir l'ensemble des actions hors soins qui permettent une prise en charge pluridisciplinaire du patient.

- Quatrième axe stratégique : Mise en place de mesures complémentaires adaptées au milieu carcéral

Cet axe vise une adaptation des actions proposées dans le plan au contexte particulier du milieu carcéral. Il prévoit le renforcement de l'incitation au dépistage des hépatites et la proposition de la vaccination contre l'hépatite B (les personnes détenues étant désormais inscrites dans la liste des recommandations vaccinales) lors de la visite « entrant ».

De plus, il prévoit de développer le soutien des malades par un partenariat avec les associations qui interviennent en prison et la rédaction d'une circulaire, commune au VIH et aux hépatites, qui précisera les mesures d'amélioration de la prévention, de l'éducation à la santé et de la prise en charge médicale en milieu carcéral.

- Cinquième axe stratégique : Surveillance et connaissances épidémiologiques. Evaluation. Recherche et prospective

Il s'agit d'améliorer la surveillance et les connaissances épidémiologiques à travers notamment la réalisation d'enquêtes portant sur des populations spécifiques comme les usagers de drogues et les personnes détenues. Différentes études ou évaluations vont aussi permettre de couvrir les aspects médico-économiques et de santé publique de la prise en charge et du traitement des malades.

Un comité de suivi du plan national de lutte contre les hépatites sera mis en place et son évaluation sera programmée pour 2012 en prenant en compte les indicateurs existants.

Bibliographie

DESENCLOS J-C coord., JESTIN C coord., HAUS R, MOREL B, et al.

Numéro thématique – surveillance et prévention des hépatites B et C en France : bilan et perspectives

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°20-21, 2009, pp. 193-220

HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE

Avis relatif à la vaccination contre l'hépatite B

Paris : HCSP, 2008, 3 p.

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE, CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE ET DES TRAVAILLEURS SALARIES, CENTRE TECHNIQUE D'APPUI ET DE FORMATION DES CENTRES D'EXAMENS DE SANTE

Estimation des taux de prévalence des anticorps anti-VHC et des marqueurs du virus de l'hépatite B chez les assurés sociaux du régime général de France métropolitaine, 2003-2004 : analyse descriptive

Saint-Maurice : InVS, 2005, 14 p.

LOT F, ABITEBOUL D, INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

Surveillance des contaminations professionnelles par le VIH, le VHC et le VHB chez le personnel de santé : situation au 31 décembre 2007

Saint-Maurice : InVS, 2008, 11 p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012

Paris : MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, 2009, 97 p.

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE Provence-Alpes-Côte d'Azur

Surveillance continue du virus de l'hépatite C dans les centres de dépistage anonyme et gratuit et centres d'examens de santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Surveillance VHC, n°5, 2009, 4 p.

Les références bibliographiques citées sont classées par ordre alphabétique d'auteur physique ou moral. Tous les documents sont disponibles et consultables dans les deux centres de documentation du CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Nos deux centres de documentation :

Marseille

18, rue Stanislas Torrents
13006 Marseille
☎ 04 91 59 83 83
☎ 04 91 59 83 99
eMail : cripspaca.marseille@lecrips.net

Nice

6, rue de Suisse
06000 Nice
☎ 04 92 14 41 20
☎ 04 92 14 41 22
eMail : cripspaca.nice@lecrips.net

Heures d'ouverture

14h-18h, du lundi au jeudi, 14h-17h le vendredi
le matin sur rendez-vous

Site web : <http://paca.lecrips.net/>