

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 2008*

Sommaire

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

Quelques repères épidémiologiques de l'infection à VIH/SIDA 3

Le point sur ...

L'épidémie de sida en PACA	4
Les COREVIH.....	11
Le dépistage de l'infection à VIH	16
La prévention auprès des homosexuels	21
La réduction des risques liés à l'usage de drogue	25
La prévention en milieu carcéral	32
La prévention auprès des femmes.....	36
La prévention auprès des jeunes.....	40
Les nouvelles problématiques de la prévention	45

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

La prise en charge et le traitement de l'infection à VHC 49

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 :

- **33,2 millions de personnes** vivent avec le VIH à travers le monde
- **2,1 millions** de décès sont dus au sida en 2007
- **2,5 millions** de personnes se sont contaminées en 2007.

En Afrique Subsaharienne : 22,5 millions de personnes vivent avec le VIH soit 68% du total mondial.

FRANCE

(Institut National de Veille Sanitaire, données au 31/12/06)

- **62 059 cas de sida** déclarés depuis le début de l'épidémie dont 34 873 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 2007 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.
- L'épidémie évolue vers une **féminisation des nouveaux cas de sida**.
- En 2006, **près de la moitié des cas de sida concernent des personnes qui ignoraient leur séropositivité** avant le stade sida.

Depuis 2003, s'est mis en place un système de surveillance des nouvelles séropositivités.

- En France, **6 à 7 000** personnes par an découvrent leur séropositivité.
- Les femmes se contaminent et/ou se dépistent plus tôt que les hommes.
- 66% des nouvelles contaminations sont liées à des **relations hétérosexuelles** et 30% à des **relations homosexuelles**.

REGION PACA

(Institut National de Veille Sanitaire, données au 31/12/06)

- **7 485** 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 (12,06% des cas de sida déclarés en France alors que la région PACA représente 7,5% de la population française). **Les Alpes-Maritimes, avec 2 912 cas de sida, et les Bouches-du-Rhône, avec 2 809 cas**, représentent les deux départements les plus touchés par l'épidémie. 11,5% des personnes vivant en France au stade sida de la maladie sont domiciliées en PACA, dont 1 200 dans les Alpes-Maritimes.

Les indicateurs montrent une **épidémie persistante en région PACA et active** avec un nombre de nouvelles séropositivités la plaçant toujours en 2^{ème} position derrière l'Ile-de-France.

Les nouvelles contaminations concernent toutes les tranches d'âge en région PACA : **53%** des nouvelles contaminations sont liées à des **relations hétérosexuelles** et **41%** 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, 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.

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. 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 7 485 cas de sida déclarés au 31 décembre 2006, la région PACA est la deuxième région de France la plus touchée par l'épidémie de sida, après l'Île-de-France. La France présente un taux de 998 cas de sida par million d'habitants, en PACA, le taux se situe à 1 592 cas de sida par million d'habitants. Le nombre de cas de sida en PACA représente 12,06% des cas de sida déclarés en France depuis le début de l'épidémie (PACA = 7,5% de la population française).

Région PACA, Cas de sida par département et par année de diagnostic au 31 décembre 2006

<i>Département</i>	2003	2004	2005	2006*	Total
04 Alpes de Hte-Provence	4	2	2	1	126
05 Hautes-Alpes	3	4	.	1	114
06 Alpes-Maritimes	31	31	37	17	2 912
13 Bouches-du-Rhône	55	37	27	25	2 809
83 Var	17	18	12	10	1 008
84 Vaucluse	9	4	5	.	516
Total	119	96	83	54	7 485

* Données provisoires non redressées pour 2006

Deux départements ont une prévalence particulièrement élevée : les Alpes-Maritimes avec 2 912 cas de sida cumulés depuis le début de l'épidémie et les Bouches-du-Rhône avec 2 809 cas. Mais le taux par million d'habitants est très différent entre ces deux départements puisque l'on note 2 755,1 cas par million d'habitants dans le 06 et 1 484,1 dans le 13.

**Région PACA, nombre de cas de sida par département et taux par million d'habitants*
au 31 décembre 2006**

*Population révisée : données INSEE 17/01/2006

Département	Nombre	Taux par million
04 Alpes de Haute Provence	126	865,9
05 Hautes Alpes	114	891,6
06 Alpes Maritimes	2 912	2 755,1
13 Bouches du Rhone	2 809	1 484,1
83 Var	1 008	1 052,5
84 Vaucluse	516	989,0
Total région PACA	7 485	1 591,7

Décès liés au sida

Sur les 7 485 déclarations de sida, 4 406 sont décédées.
3 079 personnes vivent au stade sida de l'infection à VIH en région PACA, ce qui représente 11,5% des personnes vivant avec le sida en France.

**Région PACA, répartition des cas de sida selon le statut vital
au 31 décembre 2006**

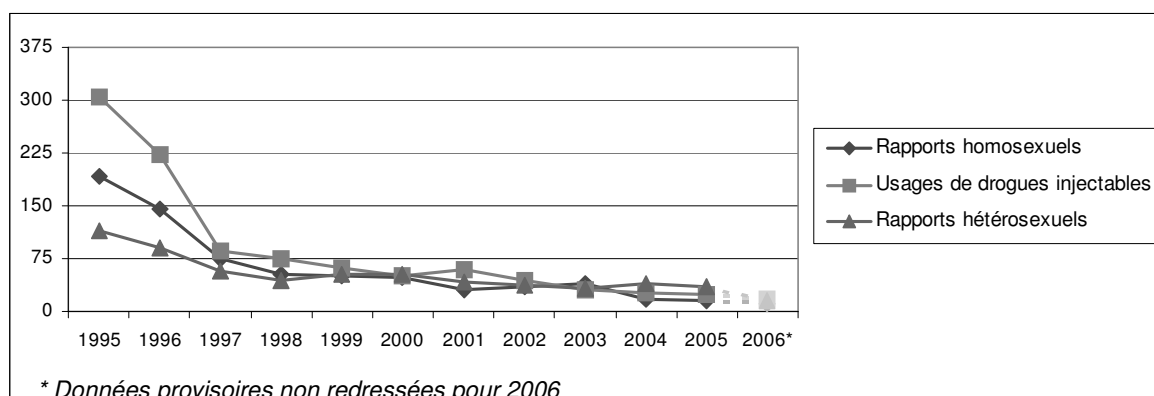
Statut vital	Total
décédé	4 406
non connu comme décédé	3 079
Total	7 485

En 2006, 21 décès ont été déclarés en PACA parmi les cas de sida, ce qui représente 9,7% des cas de sida décédés en France en 2006.

Caractéristiques des nouveaux cas de sida

Les femmes représentent 28,1% des nouveaux cas de sida en 2004 et 33,7% en 2005. L'épidémie évolue vers une féminisation comme sur le reste du territoire français (les femmes représentent 32,5% des nouveaux cas de sida en France en 2005).

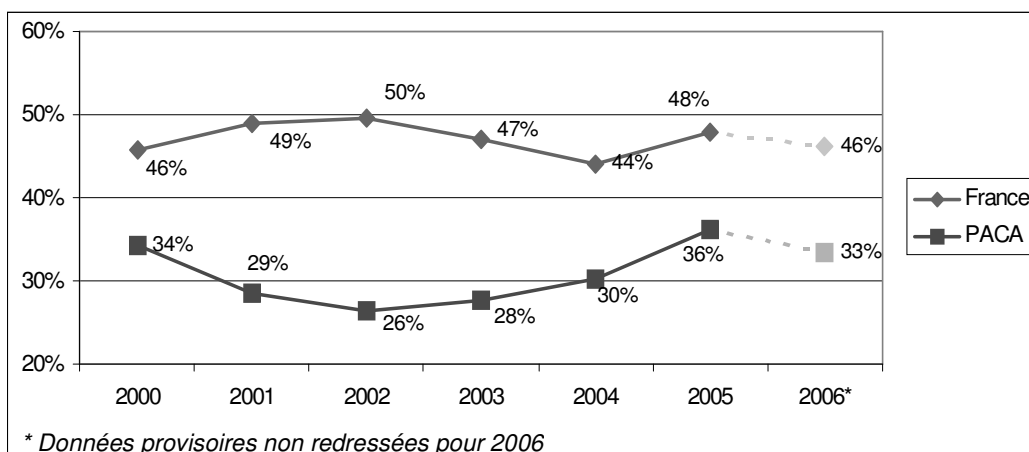
**Région PACA, nouveaux cas de sida par mode de contamination par an
au 31 décembre 2006**



En 2005, parmi les nouveaux cas de sida, 44% sont liés à une contamination par rapports hétérosexuels, 30% par rapports homosexuels et 19% à un usage de drogues par voie intraveineuse.

On note donc une évolution marquée par une majorité de cas de sida liés à une contamination par relations hétérosexuelles et 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. Ce mode de contamination historique dans la région PACA représente toujours plus de 42 % du total des cas de sida.

Pourcentage de diagnostics tardifs en France et en région PACA par an au 31 décembre 2006



En région PACA, en 2005, **36% des cas de sida concernent des personnes qui ignoraient leur séropositivité avant le stade sida**. Cette proportion de diagnostic tardif, au stade sida, est nettement meilleure en PACA qu'en France où elle se situe à 48% en 2005.

Cependant, depuis 2002, ce pourcentage de diagnostic tardif est en progression en région PACA (26% en 2002, 28% en 2003, 30% en 2004, 36% en 2005) alors qu'il se stabilise plutôt en France (49%, 47%, 45%, 48% de 2002 à 2005). En résumé, en France le nombre de dépistages tardifs au stade sida est mauvais mais stable, alors qu'en PACA, il est meilleur mais évolue dans la mauvaise direction.

Les nouveaux cas de sida concernent en 2006, **80,8% de personnes de nationalité française en région PACA**. Seuls 5,8% 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 58,8% des cas de sida en 2006 et les personnes originaires de pays d'Afrique subsaharienne 26,6% des cas.

Diagnostics d'infection à VIH - découvertes de séropositivités

La notification obligatoire du VIH a été mise en place en 2003 et permet de comptabiliser les nouveaux diagnostics d'infection à VIH, c'est-à-dire les découvertes de séropositivité.

En région PACA, la montée en puissance du dispositif s'est opérée sur les trois ans avec une augmentation constante des nouveaux diagnostics.

Découvertes de séropositivité VIH par département et par année de diagnostic au 31 décembre 2006

Département	2003	2004	2005	2006*	Total
04 Alpes de Hte-Pce	3	5	9	9	26
05 Hautes-Alpes	0	4	0	1	5
06 Alpes-Maritimes	22	52	63	53	190
13 Bouches-du-Rhône	64	52	106	61	283
83 Var	33	42	44	34	153
84 Vaucluse	5	16	13	4	38
Total	127	171	235	162	695

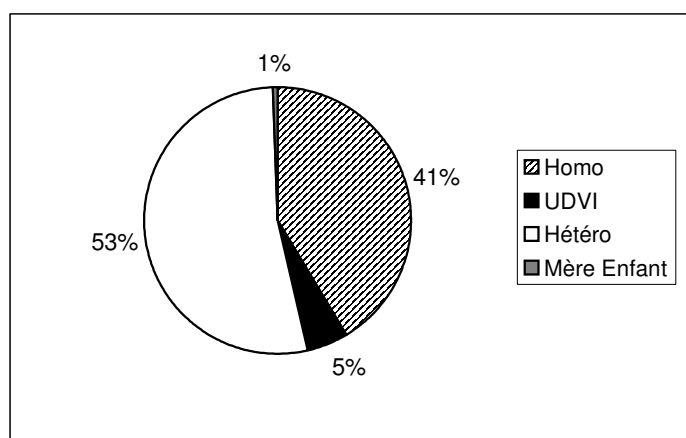
* Données provisoires non redressées pour 2006

Modes de contamination

Les rapports hétérosexuels représentent 53% des nouvelles contaminations. Les contaminations par usage de drogues par voie intraveineuse ne représentent que 5% des découvertes de séropositivité. (Pour mémoire, les UDVI représentent 42,3% 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.

Région PACA, répartition des découvertes de séropositivité par mode de contamination* entre janvier 2003 et décembre 2006

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

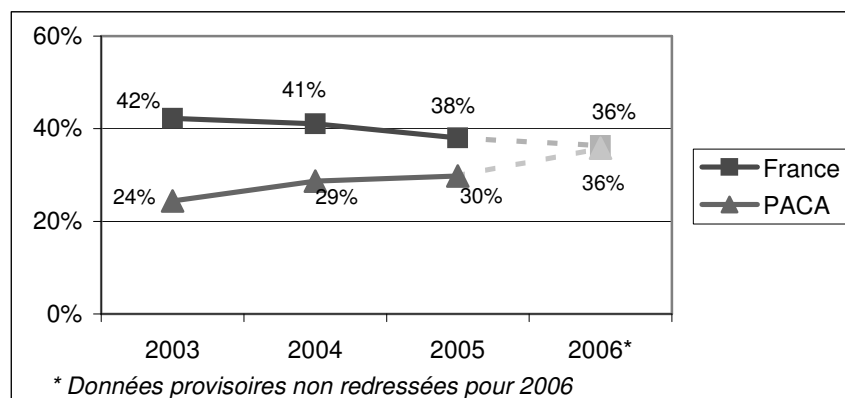


On note donc une très nette évolution de l'épidémie d'infection à VIH qui historiquement en région PACA prédominait chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et qui marque là, la réussite de la réduction des risques dans cette population, portée par une volonté politique forte des pouvoirs publics en PACA.

Genre

En région PACA, l'épidémie se féminise et la proportion de femmes dans les nouveaux diagnostics rejoint les chiffres relevés en France. D'autant plus important que les statistiques nationales sont fortement influencées par l'IDF avec un nombre important de femmes africaines diagnostiquées.

Découvertes de séropositivité pour les femmes en France et en région PACA au 31 décembre 2006



Nationalité

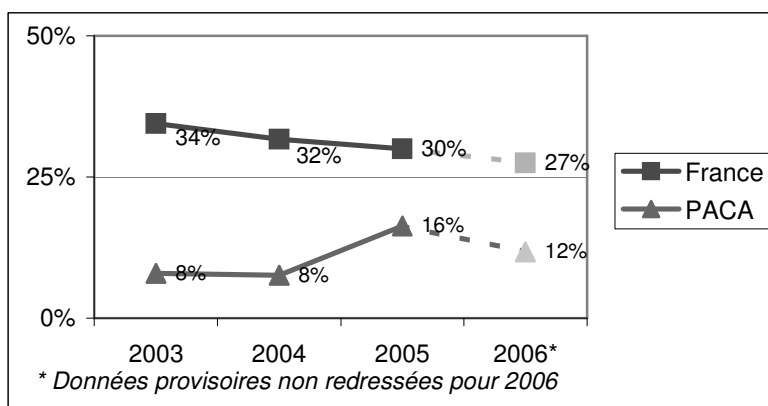
La répartition par nationalité des découvertes de séropositivités en PACA montre une **très importante augmentation de déclaration dans la population d'origine d'Afrique subsaharienne en 2005**.

Nationalités	Année de diagnostic				Total
	2003	2004	2005	2006*	
Afrique du Nord	3	10	8	6	27
Afrique subsaharienne	10	13	38	19	80
Amériques	2	2	1	2	7
Asie	1	1	1	1	4
Europe occidentale	3	4	7	7	21
Europe de l'Est	-	2	2	1	5
France	89	113	148	95	445
Inconnu / non renseigné	19	26	30	31	106
Total	127	171	235	162	695

* Données provisoires non redressées au 31 décembre 2006

Bien que dans une proportion moins importante qu'en région Ile-de-France, cette augmentation de diagnostic VIH dans la population d'Afrique subsaharienne est nette et significative. Elle 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.

Découvertes de séropositivité pour les personnes originaires d'Afrique Subsaharienne en France et en région PACA par an au 31 décembre 2006



Le pic observé en 2005 traduit l'initiation des actions d'incitation au dépistage. Il convient de surveiller une baisse éventuelle qui pourrait être due à l'application des nouvelles règles sur l'immigration avec des populations qui ne bénéficieraient plus du dépistage.

Stade clinique

Parmi les découvertes de séropositivité de 2003 à 2006, en région PACA, **17% sont au stade sida**. Pour 30% des personnes, le motif du dépistage était la présence de signes cliniques, 21% avaient présenté un risque d'exposition au VIH.

En 2006, **12% sont au stade sida**. Pour 27% des personnes, le motif du dépistage était la présence de signes cliniques, 25% avaient présenté un risque d'exposition au VIH.

Infection récente

Le résultat du test d'infection récente est disponible pour 75% des personnes dépistées. 24% d'entre elles présentent une infection récente, datant de moins de 6 mois.

Cette proportion est stable et correspond à la moyenne française. Ce pourcentage montre en tout cas que l'on peut certainement améliorer l'offre de dépistage pour obtenir un taux plus important de diagnostic précoce après une contamination.

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, 85% de l'ensemble des laboratoires participent à cette surveillance.

En 2006, près de 502 000 tests de dépistage ont été réalisés en PACA, soit 106 sérologies pour 1 000 habitants.

Le nombre de sérologies positives est de 739 pour l'année 2006, soit 156 sérologies positives par million d'habitants, ou 1,5 sérologies positives pour 1 000 tests.

La région est la deuxième région de France métropolitaine derrière l'Île-de-France tant pour le nombre de dépistages réalisés pour 1 000 habitants que pour le nombre de sérologies positives par million d'habitants.

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 Etats-Unis.

Historiquement, l'épidémie a concerné majoritairement dans notre région les usagers de drogue 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 en 2006.

En revanche, le nombre de nouvelles contaminations continue de progresser, contaminations principalement par relations hétérosexuelles mais aussi par relations homosexuelles. Comme dans le reste du territoire français, ces nouvelles contaminations sont à relier à un relâchement des comportements de prévention.

Pour mémoire, la région PACA est une région particulièrement concernée par l'immigration. On voit depuis deux ans évoluer les diagnostics d'infection à VIH dans les populations concernées avec une très nette augmentation des migrants parmi les découvertes de séropositivité. Cette augmentation est liée à un meilleur accès à l'information et au dépistage.

En région PACA, s'y ajoute la notion de réservoir important de virus. En effet, on décompte huit fois 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 2008, une espérance de vie augmentée et une meilleure qualité de vie. Actuellement la région PACA représente 7,5% de la population française et 11,5% 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.

Bibliographie

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France. 10 ans de surveillance, 1996-2005,

Saint-Maurice : InVS, 2007, 159 p.

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE, PILLONEL J coord.

Surveillance de l'infection à VIH/sida en France, 2006

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2007, n°46-47, pp. 386-393

LE VU S, SEMAILLE C

Dépistage anonyme et gratuit du VIH en France 2006

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2008, n°7-8, pp. 49-59

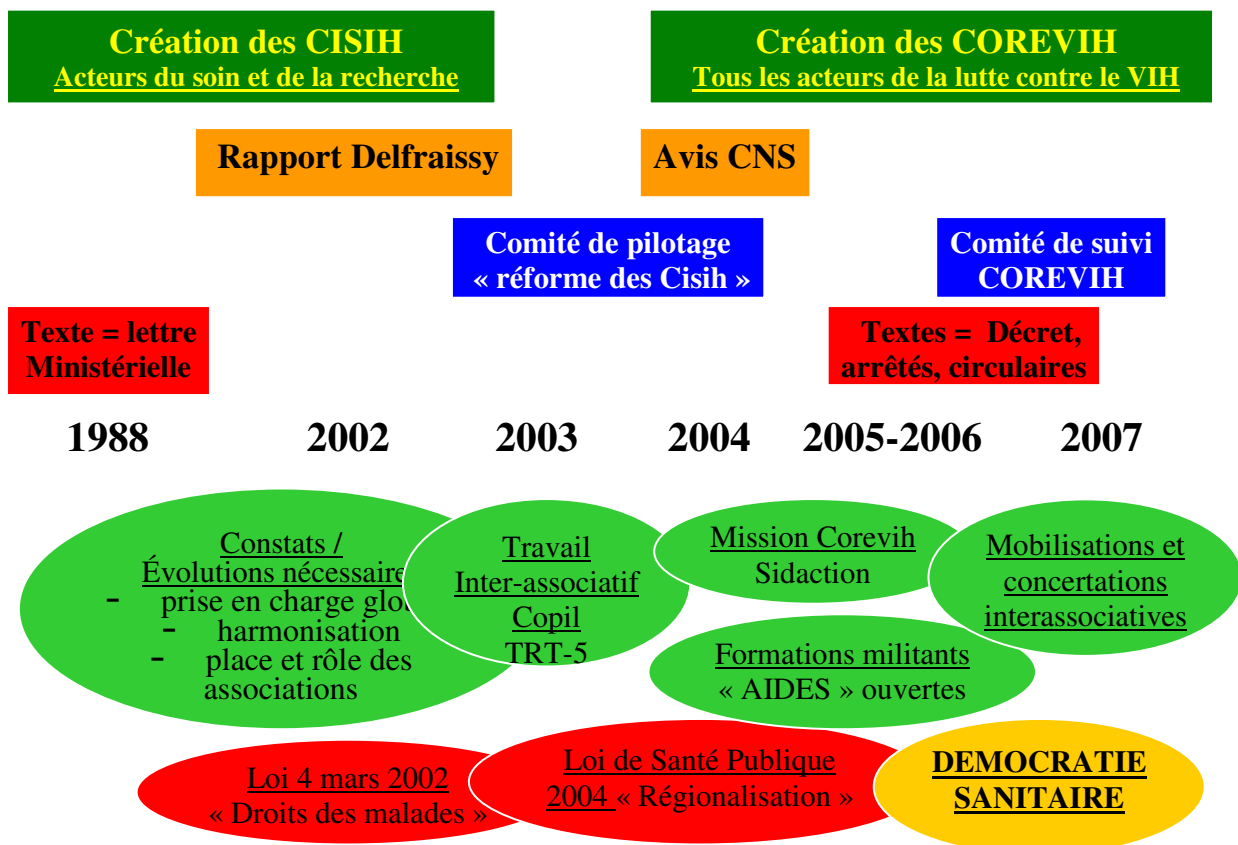
Le point sur...

Les Comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH)

La fin des Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (CISIH), une nécessaire évolution :

Depuis la création des CISIH, des modifications progressives des caractéristiques de l'infection par le VIH ont été observées, liées notamment à l'augmentation de la prévalence, à l'augmentation de la durée de vie des patients, au caractère polymorphe de l'infection, à la diversité des patients pris en charge avec des besoins ou des problématiques spécifiques, à l'évolution de l'arsenal thérapeutique et à l'implication des différents acteurs, associations, institutions, professionnels médicaux, dans la lutte contre le VIH.

En 2002, le rapport du groupe d'experts coordonné par le Professeur Delfraissy constatait cette évolution et précisait qu'il fallait adapter les CISIH, structures clé de la prise en charge hospitalière des personnes infectées par le VIH, pour s'ouvrir à d'autres disciplines (cardiologie, hépatologie, observance...) et s'impliquer plus dans la santé publique et la prévention. Un comité de pilotage national s'est mis en place en 2003, piloté par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) en lien avec la Direction Générale de la Santé (DGS). Le groupe pluridisciplinaire et pluriprofessionnel comprend la Société Française de lutte contre le Sida (SFLS), le Conseil National du Sida (CNS), la Coordination Nationale des Réseaux (CNR), des directeurs de Centres Hospitaliers et de l'Assistance Publique, des Associations de lutte contre le sida (TRT-5), l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), des DRASS-DDASS.



Les COREVIH

Après plusieurs années de préparation, les COREVIH sont officiellement installés fin 2007. Ce sont des instances de coordination de lutte contre le sida, globalement à l'échelle des régions. Ce qui les différencie des CISIH réside dans l'association de ses membres : des acteurs de la recherche et des soins, de la prévention et du dépistage, qu'ils travaillent au sein des hôpitaux ou à l'extérieur, des membres d'associations de malades et d'utilisateurs du système de santé qui représentent au moins 20% des membres.

Législation relative aux COREVIH :

- Décret relatif à la création des COREVIH du 15 novembre 2005
- Décret du 25 mars 2007, modifiant le décret n° 2005-1421 du 15 novembre 2005
- Circulaire d'application du 19 décembre 2005
- Arrêté d'implantation des COREVIH du 4 octobre 2006
- Arrêté de composition des COREVIH du 4 octobre 2006
- Circulaire relative la mise en place des COREVIH du 17 janvier 2007
- Arrêtés préfectoraux désignant les membres titulaires et suppléants - novembre 2007

Les COREVIH sont composés de 4 collèges :

1. Les représentants des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux
2. Les représentants des professionnels de santé et de l'action sociale
3. Les représentants des malades et usagers du système de santé
4. Les personnalités qualifiées en raison de leur compétence ou de leur rôle particulier dans la lutte contre le VIH

Pour pouvoir avoir des représentants de malades et d'utilisateurs du système de santé au sein du 3^{ème} collège des COREVIH, les associations ont dû obtenir un agrément national ou régional. Ce préalable a été à l'origine de difficultés. Aussi, les arrêtés préfectoraux qui devaient paraître en mars 2007 ont été reportés à novembre 2007 pour laisser le temps aux associations de s'organiser. Les associations qui avaient moins de trois années d'existence ou celles qui n'avaient pas encore réussi à diversifier leurs sources de financement ont été d'emblée exclues.

Les trois missions principales des COREVIH reprennent les recommandations du groupe d'experts réuni autour du Professeur Patrick Yéni en 2006 :

- Favoriser la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique, paraclinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, des actions de coopération internationale, de la formation et de l'information, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'utilisateurs du système de santé;
- Participer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation et à l'harmonisation des pratiques;
- Procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH suivis.

L'évolution de la base de données DMI2 est en cours vers une nouvelle version DMI3 ou Domevih qui doit permettre aux COREVIH de participer à l'analyse des données médico-épidémiologiques sur leur territoire et prévoit un recueil régional de données. Chaque COREVIH devra faire l'analyse des données épidémiologiques de son territoire.

28 COREVIH maillent désormais le territoire national dont 4 pour les départements d'Outre-Mer. Un COREVIH ne recouvre pas forcément une région.

La **région Provence Alpes Côte d'Azur** se distingue par la création de deux COREVIH calqués sur les territoires des CISIH :

- COREVIH PACA EST (Alpes-Maritimes + partie Est du Var)
- COREVIH PACA OUEST/CORSE

Administrativement aucun des deux COREVIH PACA ne correspond à une DRASS, ni à une ARH, ce qui peut poser problème pour le financement. Dans leur règlement intérieur, il est spécifié que ces deux instances régionales participent à une assemblée générale commune une fois par an.

Des aménagements régionaux ont eu lieu en ce qui concerne la représentativité au sein des collèges. Des commissions internes thématiques de travail ont été déterminées en tenant compte des spécificités régionales des COREVIH. Chacun des thèmes doit prendre en compte les sensibilités de tous les collèges et notamment celui des représentants de patients.

La méthodologie de travail est laissée à la liberté de chaque groupe de travail. Ils comprennent cependant un organisateur, un rapporteur à chaque séance, avec validation du compte-rendu par le groupe avant envoi aux membres du Bureau. Le COREVIH doit rester dans le cadre de la réflexion, et non pas se substituer aux acteurs de ces groupes par rapport aux demandes de financement de projets. Les COREVIH n'ont pas vocation à être des monteurs de projets mais définissent des axes de travail et proposent un cadre de réflexion. Le travail en commun de toutes les structures et personnes physiques peut s'avérer complexe. De plus, le temps passé à travailler au sein d'un COREVIH est autant de disponibilité en moins pour la structure originelle des participants. Pas de rémunération, pas de frais de déplacements : début 2008, le financement reste un point d'interrogation. La DHOS qui organise le suivi de la réforme indique que chaque COREVIH connaîtra son budget imparti dans le cadre des missions d'intérêt général des hôpitaux et à l'aide de la contractualisation. Le budget servira à faire marcher les services administratifs à l'image des financements des CISIH. Certains groupes souhaitent la mise en place de réunions en visioconférence afin d'alléger les déplacements mais là encore, le problème du financement de ce mode de communication reste à résoudre.

Thèmes des groupes de travail en PACA

PACA OUEST : 8 thématiques	
	RECHERCHE CLINIQUE
Recueil des données	
	COOPERATION INTERNATIONALE
Améliorer la visibilité des actions en direction des pays du sud existantes au sein du COREVIH	
	PREVENTION ET DEPISTAGE
Réduction des risques (sexuels, UDVI) - Tests rapides - Messages en direction de groupes spécifiques Sous-groupe AEV	
	COORDINATION DES SOINS
Harmonisation de pratiques (ville/hôpital/autres structures) - Dossier Médical Partagé - Education thérapeutique - Amélioration de la qualité de vie - Santé sexuelle Sous-groupe : CANCER ET VIH	
	FEMMES SEROPOSITIVES
Particularités, vulnérabilités	
	PERSONNES AGEES
Particularités de la prise en charge - Etude de cohorte - Confidentialité Sous groupe : Aspects pharmacologiques particuliers	
	ASPECTS SOCIAUX <i>(interactions avec groupe Coordination des soins)</i>
Hébergement - Migrants - Stigmatisations - Cas particulier de la Corse Harmonisation des pratiques / Coordination des prises en charge	
	FORMATION
Etat des lieux - Propositions	

PACA EST : 6 thématiques	
	GROUPE 1
Information - Formation - Prévention primaire	
	GROUPE 2
Dépistage	
	GROUPE 3
Prise en charge médico-psycho-sociale - Evaluation et harmonisation des pratiques professionnelles	
GROUPE 4	
Education pour la santé : éducation thérapeutique - Hygiène de vie – Addictologie - Recherche psycho-socio-comportementale	
	GROUPE 5
Recherche clinique Evaluation médico-économique - Systèmes d'information - Gestion de données sanitaires	
	GROUPE 6
Coopération internationale	

Bibliographie

Conseil National du Sida, France

Note valant avis sur l'évolution de l'organisation et de la coordination des soins en réponse à l'épidémie de l'infection à VIH : 17 mars 2005

Paris : CNS, 2005, 2 p.

DAGHER E

Mise en place des COREVIH : quelle place pour les malades

Actif santé, 2007, n° 11, pp. 6

DARMON L

Santé publique : quelle place pour le VIH/sida ?

Journal du sida (Le), 2006, n° 189, pp. 12-19

Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Direction Générale de la Santé,

Circulaire n° DHOS/DGS/561 du 19 décembre 2005 relative à l'instauration des coordinations régionales de la lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine

DHOS : 2005, pp. 16

MALSAN S ; ROZENBAUM W ; ELGHOZI B

Les COREVIH bientôt dans les starting blocks...

Journal du Sida (Le); 2007, n° 196, pp. 21-23

MALSAN S

Les COREVIH : la promesse d'une véritable démocratie sanitaire

Journal du Sida (Le), 2006, n° 183, pp. 25-28

Ministère de la Santé et des Solidarités, France ; Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, France ; Direction Générale de la Santé, France

Circulaire n° DHOS/E2/DGS/SD6A/2007/25 du 17 janvier 2007 relative aux modalités de mise en place des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH)

2007, 5 p.

Ministère de la Santé et des Solidarités, France

Décret n° 2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine

Journal officiel de la République française, lois et décrets, 2005

Ministère de la Santé et des Solidarités, France

Circulaire n°2007-328 relatif au rapport des coordinations régionales de la lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine

Journal officiel de la République française, lois et décrets, 2007

Ministère de la Santé et des Solidarités, France

Arrêté du 4 octobre 2006 relatif aux modalités de composition des comités de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine

Journal officiel de la République française, lois et décrets ; 2006

REVI-HOP 06 (Réseau Ville-Hôpital des Alpes-Maritimes), Nice

La COREVIH : enfin !

Bulletin ReVi-Hop 06, 2007, n° 28, pp. 6-7

REPELLIN M ; FOURAN-PERALTA S ; CUIILLIEZ M

COREVIH : bientôt du concret

Info traitements, 2007; n° 166, pp. 8-10

VLAEMYNCK F

COREVIH : les règles du jeu

Transversal, 2007, n° 34, pp. 4-5

VLAEMYNCK F ; PARIENTE-KHAYAT A

COREVIH : place à l'action / Les COREVIH passent le cap

Transversal, 2008, n° 40, pp. 13-15

YENI P, dir.

Organisation des soins et infection par le VIH

in : Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH, rapport 2006 : recommandations du groupe d'experts, Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2006, pp. 318-341

Le point sur...

Le dépistage du VIH : problématiques actuelles et évolutions

La France s'est dotée assez tôt dans l'histoire de l'épidémie d'un dispositif de dépistage réglementé et reposant sur la démarche volontaire et individuelle de réalisation du test. La pratique de dépistage et les structures mises en place telles que les CDAG se sont inscrites en interaction avec la politique de prévention. Cependant, les acteurs de la lutte contre le sida doivent actuellement faire face à un certain nombre de problématiques telles que le dépistage tardif, le sérotriage ou la diffusion des home-tests sur internet.

Dans ce contexte où l'on semble atteindre les limites du dépistage tel qu'il avait été défini, un travail de réflexion a été mis en place qui s'est traduit notamment par la publication par le Conseil National du Sida d'un rapport sur l'évolution du dispositif fin 2006.

Si l'aspect volontaire du test et son caractère confidentiel sont des éléments incontournables, différentes approches apparaissent comme des pistes possibles pour faire évoluer le dispositif et la pratique du dépistage en France. Ceci passe notamment par l'amélioration et la diversification du dispositif existant ainsi que par l'augmentation des circonstances d'offre de dépistage.

- **Les problématiques actuelles**

Le dépistage tardif

Selon la définition donnée par l'InVS, le dépistage tardif concerne les personnes qui n'ont découvert leur séropositivité qu'au stade sida. En 2005, cela correspondait en France à 48% des cas de sida diagnostiqués contre 36% en région PACA. Cependant, depuis 2002, ce pourcentage de diagnostic tardif est en progression en région PACA alors qu'il se stabilise plutôt en France.

Plusieurs facteurs sont évoqués pour expliquer les dépistages tardifs : certaines personnes ne se perçoivent pas comme « à risque », d'autres personnes ont conscience d'avoir pris des risques mais elles n'ont pas fait la démarche de dépistage et certains groupes de population ont un accès difficile au dispositif de dépistage.

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. La vulnérabilité sociale, la précarisation ou l'exclusion représentent également des barrières évidentes pour l'accès à la prévention, aux soins et bien évidemment au dépistage tout comme la barrière culturelle et/ou linguistique.

Les home-tests

Dans certains pays, tels que les Etats-Unis ou le Canada, différents tests à domicile ou « home-tests » sont commercialisés. Les home-tests sont actuellement illégaux en France où le cadre législatif du dépistage du VIH est extrêmement rigide. L'autorisation de diffusion et/ou de commercialisation d'auto-tests (auto-prélèvement + auto-analyse) nécessiterait une révision de la législation sur le dépistage.

Sous cette appellation sont regroupés le test par auto-prélèvement à domicile et analyse en laboratoire (« home sample collection » ou « home-access testing ») et le test par auto-prélèvement et auto-analyse à domicile (« home self-testing » ou « home validated testing »).

Un certain nombre d'interrogations et de réflexions existent autour des auto-tests concernant tant leur efficacité que l'impact de leur utilisation : problèmes liés au prélèvement, à l'auto-analyse ou à l'interprétation du résultat. Ainsi, des études ont montré que si les home-tests jouissaient d'une bonne acceptabilité de la part du public, la plupart des sujets commettaient des erreurs au cours du processus de prélèvement ou d'analyse.

Les home-tests peuvent apparaître comme une solution palliative pour ceux qui ne souhaitent pas, ou ne peuvent pas, recourir au dispositif classique de dépistage. Ainsi, les personnes qui n'osent pas aller se faire dépister ou celles qui sont géographiquement éloignées d'un centre de dépistage pourraient réaliser anonymement leur test à domicile. Cependant, des doutes persistent sur l'interprétation et l'impact du résultat obtenu hors de tout accompagnement et soutien psychologique. De plus, l'accès à l'utilisation des auto-tests ouvre également la possibilité de les employer dans des situations coercitives.

Le sérotriage

Dans un 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 et elle se développe essentiellement au sein de la communauté homosexuelle masculine. Les individus y ayant recours ne se protègent pas systématiquement et entendent minimiser les risques en choisissant leur(s) partenaire(s) en fonction de leur séroconcordance.

Les personnes pratiquant le sérotriage ont recours au test de dépistage de manière itérative. Cependant, 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 ou ultérieures au test ni sur d'autres infections virales.

Notons que le dispositif actuel de dépistage 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 pratiquant le sérotriage qui ont besoin à la fois d'une information récente et répétée sur leur statut sérologique et qui cherchent aussi à se rassurer après des prises de risques.

- **Les évolutions de la pratique du dépistage : des pistes et des expériences**

Un travail de réflexion sur le dispositif et la pratique du dépistage en France est d'actualité. Deux approches complémentaires existent pour améliorer l'offre de dépistage :

- **augmenter les circonstances d'offre du test** à travers une proposition systématique du 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.

Augmenter les circonstances d'offre du test

Augmenter l'offre de dépistage se traduit par la mise en place d'une offre concrète de test lorsque les circonstances amènent les individus à fréquenter le milieu médical (consultation avec le médecin généraliste, en centre de planification ou chez le gynécologue,..) ou des structures d'accueil et de prise en charge de populations vulnérables ou ayant des comportements à risques (associations communautaires, centres de soins à destination des personnes précaires et lieux d'accueil pour les usagers de drogues,...).

L'élargissement de l'offre de dépistage basé sur la proposition du test par les prestataires de soins peut permettre d'approcher des personnes qui ne se seraient pas inscrites d'elles-mêmes dans une démarche active de dépistage.

Cependant, on peut s'interroger sur la perception et l'acceptabilité du test proposé à l'initiative du prestataire de soins. Si le test ne s'inscrit pas dans une démarche où le patient est à l'initiative de la demande, il est possible que le taux de personnes ne venant pas chercher leur résultat soit plus important que dans le dispositif actuel. Il est aussi intéressant de s'interroger sur l'impact du résultat du test et des conseils de prévention dans le cadre d'un dépistage où la personne n'est pas l'initiateur et l'acteur principal de la démarche.

D'autre part, il est également nécessaire que chaque médecin se livre individuellement à un travail de réflexion concernant sa volonté et sa capacité à mettre en place les conditions indispensables à un bon déroulement du dépistage. En effet, le médecin doit savoir instaurer un climat favorable pour pouvoir aborder le thème de la sexualité et le faire sans jugement.

Les tests hors les murs

L'absence d'accès au dispositif de dépistage est l'un des facteurs de dépistage tardif. Il est donc nécessaire de diversifier les lieux d'accès au test et d'améliorer la visibilité du dépistage à travers des opérations de dépistage « hors les murs ». L'impact de ces actions ne se chiffre pas uniquement à travers le nombre de tests réalisés. En effet, c'est aussi l'occasion d'instaurer des échanges avec le public, de l'informer, de répondre à ses questions éventuelles et d'offrir une visibilité accrue au dispositif existant.

Ces initiatives consistent à apporter l'offre de dépistage dans des lieux non liés au domaine médical fréquentés par le public visé. Le contexte reste le même que dans les CDAG avec une démarche volontaire de la part du consultant. C'est l'occasion de créer un contact, d'informer, de faire connaître le dispositif existant et de réaliser le test si la personne le souhaite. Les opérations de dépistage hors les murs traduisent une volonté de construire une relation privilégiée avec le public visé et repose sur une prise en compte, voire une anticipation, des problèmes propres aux populations ciblées auxquelles on apporte une réponse adaptée et la possibilité de faire le test.

Ce type d'initiatives peut également chercher à sensibiliser le plus grand nombre en informant sur les missions et le travail des CDAG. Dans ce cas, elles se déroulent dans des lieux fréquentés par le grand public tels que les gares ou les centres commerciaux.

Les tests rapides

Effectué à partir d'une goutte de sang prélevée au bout du doigt ou à partir d'un prélèvement classique, le test rapide permet d'obtenir un résultat entre 20 et 40 minutes sans avoir besoin d'avoir recours aux équipements sophistiqués d'un laboratoire.

Le fait de réduire significativement le temps d'attente permet une récupération plus importante des résultats par les patients. Cependant, le délai de quelques jours actuellement nécessaire pour connaître son statut sérologique est un moment marquant, notamment lié à l'inquiétude générée, qui permet de se préparer à l'éventualité d'un résultat positif. Cette période est aussi propice à la réflexion de la personne par rapport à son comportement, ses prises de risques éventuelles et les pratiques de prévention qu'elle pourra adopter dans l'avenir.

En Europe, différentes initiatives associatives à destination de populations vulnérables ou ayant des comportements à risque ont vu le jour dans l'optique de proposer une consultation de dépistage rapide dans un cadre alternatif au dispositif général. Ces expériences sont un succès tant dans la perception de l'offre que dans la fréquentation du lieu. Différents tests rapides ont obtenu aux Etats-Unis une autorisation de mise sur le marché par la Food and Drug Administration et certains sont autorisés également sur le marché européen. Leur spécificité et leur sensibilité se rapprochent de celles des tests classiques sauf au moment de la séroconversion.

Cependant, la France est l'un des rares pays européens à imposer un double test dont au moins un ELISA et de ce fait l'utilisation des tests rapides en tant que test unique nécessiterait une évolution de la législation. De plus, le Conseil National du Sida dans son rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France préconise une évaluation de leurs performances et de la pertinence de leur utilisation avec en parallèle une réflexion sur l'accompagnement du test à travers notamment la réorganisation de la démarche de counseling. Un autre point à prendre en compte concerne la perception que les patients auront de ce test et de sa fiabilité.

Le counseling et le rendu des résultats

La qualité du rendu des résultats, y compris négatifs, et du counseling est également un élément important. Une standardisation des pratiques à travers une formation commune et une implication volontaire du personnel pour devenir acteur du dépistage permettraient de valoriser le dispositif.

Pour pallier le manque de temps, de formation ou d'implication des personnels des lieux de dépistage, il est possible d'envisager un partenariat avec des associations de lutte contre le sida. Ces structures pourraient prendre en charge l'accompagnement et le counseling des personnes bénéficiant d'un dépistage. Des expériences de ce type ont été menées en milieu hospitalier. Cette approche nécessite la définition d'un cadre fixant les modalités d'action et les compétences indispensables aux différents intervenants. Il faut également prendre en compte la perception et l'acceptabilité de ce type d'interaction tant par les personnels du dépistage que par les personnes venant en consultation.

Bibliographie

COLLET M

Le test rapide de dépistage : un outil adéquat

Le Journal du sida, n°199, 2007, pp. 28-29

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.

CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur

Le dépistage de l'infection à VIH

Nice : CRIPS PACA, 2007, 22 p.

CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur

Actes du Séminaire départemental sur le dépistage de l'infection à VIH dans les Alpes-Maritimes

Nice : CRIPS PACA, 2007, 77 p.

CRIPS-CIRDD Ile-de-France

Dépistage du VIH : nouveaux enjeux, nouvelles pratiques

La Lettre du CRIPS Ile-de-France, n°83, 2007, 8 p.

CSETE J, ELLIOTT R

Expansion du test du VIH : les droits humains et les coûts cachés

Revue VIH/sida, droit et politiques, vol.11, n°1, 2006, pp. 1 et 5-10

DELPierre C, CUZIN L, LERT F

Routine testing to reduce late HIV diagnosis in France

BMJ, vol.334, 2007, pp. 1354-1356

GILLANT Y

L'auto-test : une occasion de repenser le dépistage ?

Le Journal du Sida, n°191, 2006, pp. 28-29

HEARD M

Dépistage du VIH : en finir avec l'exceptionnalisme ?

TranscriptaseS, n°125, 2006, pp. 25-27

HUTCHINSON A B, BRANSON B M, KIM A, FARNHAM P G

A meta-analysis of the effectiveness of alternative HIV counseling and testing methods to increase knowledge of HIV status

AIDS, vol.20, n°12, 2006, pp. 1597-1604

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France : 10 ans de surveillance, 1996-2005

Saint-Maurice : InVS, 2007, 155 p.

JANSSEN R

HIV Testing : Rationale for Changing Recommendations

Topics in HIV Medicine, vol.15, n°1, 2007, pp. 6-10

L'HENAFF M, DARMON L, LANGLET M, FISCHER H

Dossier spécial : la prise en charge tardive

Le Journal du Sida, n°185, 2006, pp. II-XV

LEE J V, TAN S C, EARNEST A et al.

User acceptability and feasibility of self-testing with HIV rapid test

JAIDS, vol.45, n°4, 2007, pp. 449-453

LE VU S

Le dépistage sauf avis contraire

TranscriptaseS, n°131, 2007, pp. 3-6

Le point sur...

La prévention auprès des homosexuels

Après s'être fortement mobilisés au début de l'épidémie, les homosexuels manifestent leur lassitude vis-à-vis de la prévention et restent encore aujourd'hui très exposés au VIH.

Selon les enquêtes, le taux de prévalence au VIH parmi les homosexuels en France atteint 10 à 15%, soit 100 fois supérieur à la moyenne nationale. Ce taux est semblable à ceux que l'on observe dans les régions les plus touchées de la planète et qu'Onusida qualifie d'épidémie généralisée. La situation n'est pas propre à la France et se rencontre dans la plupart des pays occidentaux à épidémiologie comparable.

En France, parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2006, 29% ont été contaminés par rapports homosexuels. Les données virologiques précisent que près de la moitié des homosexuels séropositifs ont été infectés dans les six mois précédant le diagnostic. Cette forte proportion d'infections récentes illustre, outre les nouvelles contaminations, les stratégies de suivi de sérologie VIH plus systématique parmi les homosexuels. Depuis dix ans, ces habitudes de recours au dépistage VIH ont permis aux homosexuels de découvrir plus rapidement leur séropositivité et donc de bénéficier d'une prise en charge précoce. Près d'un homosexuel sur cinq découvre sa séropositivité au moment d'une primo-infection. En région PACA, 41% des nouvelles contaminations sont liées à des relations homosexuelles.

En 2007, la recrudescence des IST s'est confirmée. L'augmentation du nombre de diagnostics de LGV rectale en France suggère un meilleur diagnostic par les cliniciens et les laboratoires concernés mais surtout, l'amplification de l'épidémie au sein de la communauté homosexuelle. L'épidémie de syphilis est toujours d'actualité, affectant pour 3 diagnostics sur 4 les homo-bisexuels masculins. L'étude Hépaig met en évidence la transmission du VHC dans cette population, notamment par les pénétrations anales fréquemment traumatiques sous l'emprise de produits psychoactifs ou sédatifs et majoritairement non protégées avec de multiples partenaires sexuels.

L'étude des données épidémiologiques montre que la mise en œuvre de stratégies de sérotriage parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, permettrait d'expliquer le paradoxe de l'augmentation des IST et de la stabilité de l'incidence annuelle de l'infection VIH. Internet jouerait également un rôle facilitateur permettant aux utilisateurs des sites de rencontres de dévoiler leur statut sérologique. Mais l'enquête de Sida Info Service en 2006 montre que 30% des hommes ayant eu une relation non protégée dans ces circonstances ignoraient leur statut sérologique.

La littérature atteste un constat d'impuissance face au regain de l'épidémie VIH parmi les Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes. Cette notion d'HSB, est née de la volonté de prendre en compte toutes les personnes ayant des rapports avec des personnes du même sexe et non plus uniquement celles se définissant d'emblée comme homosexuelles et/ou ayant une vie sociale « gay » assumée.

Les enquêtes presse gay suivent, depuis vingt ans, l'évolution des modes de vie et des comportements de prévention des homosexuels ou bisexuels masculins. Celle de 2004 confirme les pires scénarios en matière d'abandon du préservatif, et montre que les relations sexuelles non protégées ont augmenté de 70% entre 1997 et 2004. Plus alarmant encore, 36% des hommes répondant à l'enquête déclarent une pénétration anale

non protégée avec un partenaire occasionnel au moins une fois dans les 12 derniers mois. Parmi ceux là, 30% déclarent également une pénétration vaginale sans préservatif.

Le relâchement préoccupe d'autant qu'il s'agit d'un groupe auquel s'adresse un effort prioritaire de prévention et historiquement très impliqué dans la prévention, semblant le mieux à même d'intégrer la prévention. Aussi, études, enquêtes, sondages explorent différents aspects dans la compréhension du phénomène. L'épuisement des mouvements identitaires, l'évolution des normes et des valeurs de la communauté homosexuelle face au sida, le repli individualiste, la fragmentation associative, jouent probablement un rôle. L'enquête Presse Gay 2004 montre que la prévention est parfois perçue comme une contrainte ou un obstacle potentiel aux relations et à l'épanouissement sexuel. De plus, même si la perception et l'acceptation de l'homosexualité de la part de l'entourage proche se sont nettement améliorées, les états dépressifs et les actes de suicide liés aux situations d'homophobie restent fréquents. Dépression, manque d'estime de soi peuvent aussi expliquer la prise de risque.

La consommation de substances psychoactives constitue également un facteur associé à la prise de risque et à la baisse de vigilance vis à vis du risque VIH comme l'ont démontré plusieurs enquêtes à l'étranger ainsi que la dernière enquête Presse Gay en France. Cette consommation est souvent associée aux situations de drague et aux lieux de consommation de sexe. L'émergence du crystal décrite aux Etats Unis et en Australie parmi la communauté gay semble encore marginale en France.

Par ailleurs, l'enquête de Sida Info Service révèle que les hommes ayant pris un risque ont globalement une fréquentation plus importante de backrooms, sex club et vidéo clubs. Ils ont davantage de partenaires sexuels masculins. Plus d'un tiers des répondants ignorent leur statut sérologique. La proportion des individus qui ne connaissent pas leur statut sérologique, les séro-interrogatifs augmente et cette ignorance existe également au sein des relations stables.

La proportion de plus en plus importante d'HSH qui fréquentent Internet, et plus particulièrement des sites de rencontre, conduit à s'interroger sur l'impact du média sur les comportements sociosexuels de ces internautes. Aussi, la prévention et l'information œuvrent auprès de ces nouveaux réseaux. Des programmes d'intervention en ligne voient le jour portant sur la promotion de la santé physique, mentale et sexuelle. Si la toile a montré ses atouts en matière d'enquête sur les comportements sexuels, elle doit faire ses preuves comme instrument efficace de prévention. Certaines associations interviennent sur des sites de rencontre Internet par le biais des questions/réponses, des « chats » ou des espaces forum sur le thème de la santé sexuelle. Un groupe de travail réunissant Sida Info Service, Aides, Act up et le Sneg réfléchit à une action commune sur Internet.

Les campagnes ciblées vers les homosexuels séropositifs font toujours débat au sein des associations. De la réduction des risques sexuels lancée par Aides jusqu'au concept de santé gaie du collectif Warning, il s'agit de construire une prévention qui valorise les comportements de solidarité, de responsabilité et de citoyenneté.

Un premier séminaire européen sur la santé gay s'est tenu à Paris en juin 2007 et a permis d'échanger autour des expériences en matière de prévention du VIH chez les gays. Un Salon International Gay et Lesbien a eu lieu également au Carrousel du Louvre en novembre 2007. Ces manifestations devraient avoir des retombées positives en matière de capitalisation des savoir-faire et d'échanges d'expériences.

La prévention se joue à tous les niveaux. Au niveau individuel, l'enjeu pour les acteurs de la prévention est de reconquérir en permanence l'adhésion individuelle des personnes. Chacun doit être convaincu à chaque instant de la nécessité d'inventer individuellement et avec ses partenaires des manières de se protéger et de réduire les risques sans que soient perturbées leurs relations et leurs aspirations sexuelles. Il s'agit de prendre des décisions personnelles adaptées à la grande diversité des situations relationnelles.

Dans son discours du 1^{er} décembre, la Ministre de la Santé a rappelé que les personnes les plus exposées au risque constituent les publics prioritaires des actions de prévention et qu'il faut s'appuyer sur l'expérience associative pour la diffusion au plus près des populations notamment les homosexuels et bisexuels ainsi que les transexuels.

Bibliographie

ANRS (Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales), InVS (Institut de Veille Sanitaire)
Enquête Presse Gay 2004
Saint-Maurice : InVS; 2007/06; 132 p.

BACHELOT NARQUIN R.
Conférence de presse de la journée mondiale de lutte contre le sida, 1^{er} décembre 2007
Paris : Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports; 2007; 21 p.

BOZON M, DORE V, LEOBON A et al
Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins : un nouveau rapport au risque
Paris : ANRS; 2007; Coll. : Sciences sociales et sida; 106 p.

BERTIN X ; GIRESE C ; OHAYON M,
Prise de risque sexuel dans la population homosexuelle
Paris : Sida Info Service; 2006; 15 p

CAZEIN F ; LOT F ; LE VU S et al.
Actualités épidémiologiques sur le VIH et le sida
Saint-Maurice : InVS; 2007; 29 p.

DESTOMBES C
Du nouveau sur la toile
Journal du Sida (Le); 2007; n° 195; pp. 28-29

DESTOMBES C
Les gays de nouveau en première ligne
Journal du Sida (Le); 2007; n° 200; pp. 19-20

DELAUNAY S
Quelle prévention en direction des gays ?
Têtu; 2007; n° 126; pp. 162-163

DELAUNAY S ; LESTRADE D
"On peut jouir en restant safe."
Têtu ; 2007; n° 123; pp. 168

DE BUSSCHER P-O
Le sérotriage, une hypothèse tangible
TranscriptaseS ; 2007; n° 132; pp. 22-23

ESSID S ; WASSON-SIMON A
Un séminaire européen sur la santé gay à Paris. Est/ouest : Echanges de bons procédés !
Remaides ; 2007; n° 65; pp. 26-27

GALLAY A ; BOUYSSOU-MICHEL A ; BASSELIER B ;
Epidémiologie des infections sexuellement transmissibles (IST) en France
Saint-Maurice : InVS; 2007; 24 p.

GIRARD G ; LE GALL J-M ; MONVOISIN D
Les gays ont-ils un rapport spécifique aux drogues ?
Swaps; 2007; n° 48; pp. 6-7

GHOSN J

L'hépatite C aigüe chez le patient infecté par le VIH

In : VIH et foie coinfection VIH et hépatites, 15-16 novembre 2007, Marseille

Marseille : Rencontres VIH de Sainte-Marguerite, 2007, 20 p.

HALFEN S, ORS (Observatoire Régional de la Santé), Ile-de-France

Suivi de l'infection à VIH/sida en Ile-de-France, données épidémiologiques : évolution en Ile-de-France et spécificités de la région

Bulletin de santé : épidémiologie en Ile-de-France; 2007; n° 12, 8 p.

InVS (Institut de Veille Sanitaire)

Etude Hepaig, analyse descriptive : hépatites C aiguës chez des homosexuels séropositifs pour le VIH, en 2006 et 2007, en France

Saint-Maurice : InVS; 2007; 15 p.

JAUFFRET-ROUSTIDE M ; VELTER A

Drogue et prise de risques sexuels : les données de l'Enquête presse gay

Swaps; 2007; n° 48; pp. 2-4

KIPPAX S C, dir. ; AGGLETON P, dir. ; MOATTI J-P, dir.

Living with HIV : recent research from France and the French Caribbean (VESPA study), Australia, Canada and the United Kingdom

AIDS; 2007; vol. 21; n° Suppl. 1; 95 p.

LANGLET M

Pratiques à risque : une étude questionne la prévention

Journal du Sida (Le); 2007; n° 199; pp. 20-21

LEOBON A ; FRIGAULT L R ; VELTER A

Le Net gay baromètre 2006 : une enquête auprès des internautes gays fréquentant des sites de rencontre français

CNRS : 2007; 11 p.

LEOBON A ; FRIGAULT L R

L'Internet gay : un nouveau territoire, face à une géographie des espaces de visibilité et de rencontre "en face à face"

ANRS : 2005; 23 p.

LERT F

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

TranscriptaseS, n°135, 2007, pp.1415

ORS (Observatoire Régional de la Santé), Provence-Alpes-Côte d'Azur

Les comportements de prévention des personnes vivant avec le VIH/SIDA

RegardSanté; 2007; n° 17; 4 p.

RAYESS E, ROFES E ; VERGNOUX O, et Al

Parlons sexe...!

Info traitements ; 2007; n° 158

Truong HM, Kellogg T, Klausner JD, et Al.,

Increases in sexually transmitted infections and sexual risk behaviour without concurrent increase in HIV incidence among men who have sex with men in San Francisco : a suggestion of HIV serosorting ?

Sexually Transm Infections, 2006, n°82, pp. 461-466

VLAEMYNCK F

Liaisons dangereuses

Transversal : journal des acteurs de la lutte contre le sida ; 2007/01 ; n° 34 ; pp. 8

Le point sur...

La réduction des risques liés à l'usage de drogue

Les chiffres épidémiologiques montrent le succès de la réduction des risques (RdR) et la capacité des usagers de drogues à se protéger du VIH. Le taux de découvertes de séropositivité VIH en 2006 par usage de drogue par voie intraveineuse en PACA est de 3%. Historiquement, il s'agissait du premier mode de contamination dans notre région et il représente encore 42,3% des cas de sida déclarés depuis le début de l'épidémie.

Pour la première fois en 2006, l'enquête Coquelicot établit une estimation nationale de la séroprévalence du VIH et du VHC pour les usagers de drogues. Sur les 5 villes de l'étude, en 2004, Marseille est au premier rang avec 31% pour la prévalence au VIH et 66% pour le VHC (Paris : 11% au VIH et 62% au VHC).

Chez les usagers de drogue de moins de 30 ans, qui ont débuté leur consommation après la mise en place de la RdR, les résultats de l'enquête Coquelicot en France confirment que la prévalence au VIH est quasi nulle (0,3%). Pourtant, 28% de ces moins de trente ans sont déjà infectés par le VHC. Cette forte prévalence de l'infection à VHC chez les jeunes usagers laisse supposer des contaminations dès l'initiation et des pratiques à risques persistantes.

Les traitements de substitution

Dans le cadre de la réduction des risques, les traitements de substitution ont largement contribué au coup de frein sur l'épidémie de sida chez les usagers de drogue en diminuant les pratiques d'injection.

La Buprénorphine Haut Dosage (BHD) ou Subutex[®] est le traitement de substitution le plus largement prescrit en France. L'ouverture de sa prescription à la médecine de ville, la souplesse de son accès et sa délivrance en pharmacie ont assuré un large succès à ce traitement. La BHD peut être prescrite sur 28 jours et délivrée dès l'initiation du traitement en médecine de ville. En comparaison, le traitement par la méthadone, produit inscrit au tableau des stupéfiants, ne peut être initié que dans un centre spécialisé ou un établissement de soins, pour une durée de 14 jours seulement et se présente sous la forme d'un sirop. La BHD se présente sous la forme de comprimés à laisser fondre sous la langue. Elle bloque l'action des opiacés. Ainsi, une consommation d'héroïne par dessus une prise de Subutex[®] n'a aucun effet. Par contre, le Subutex[®] pris après une consommation d'opiacés crée un état de manque sévère. Une prise associée de Subutex[®] et de benzodiazépines peut être extrêmement dangereuse et provoquer une overdose. Depuis avril 2006 une forme générique, la buprénorphine Arrow[®], est commercialisée.

Si en 2006, parmi les personnes en contact avec les structures de soins spécialisés, l'usage de la BHD s'insère dans plus de 94% des cas dans le cadre d'un protocole médical, il n'en va pas de même pour les personnes rencontrées dans les structures bas seuil et dans la rue, où 23% en ont un usage détourné en marge de sa finalité thérapeutique, et 28% déclarent une consommation en tant que stupéfiant. Le 7^{ème} rapport TREND 2007 indique le renforcement du mésusage de la BHD et des sulfates de morphine et surtout la progression de l'injection. On remarque également une visibilité accrue des femmes usagères de drogues, ce qui devrait faire l'objet d'une investigation spécifique lors du prochain rapport.

Le premier type de mésusage décrit par l'OFDT relève de l'autosubstitution : usage de type thérapeutique, la BHD venant se substituer pour tout ou partie à une consommation antérieure d'héroïne dans le but d'en réduire la consommation, mais en dehors d'un protocole médical. Cette pratique est surtout le fait de personnes très précarisées ou en errance, de jeunes et adolescents ou encore de migrants qui ne sont pas en contact avec le système de soins pour diverses raisons (absence de couverture sociale, besoin d'anonymat, besoin de doses importantes).

Autre mode de consommation, l'usage détourné ne relève pas d'une tentative de substitution : la BHD est utilisée comme une drogue parmi d'autres soit chez des personnes préalablement dépendantes à un opiacé, soit chez des personnes pour lesquelles la BHD est le premier opiacé consommé ou le premier à l'origine d'une dépendance. Les observations issues du dispositif TREND relèvent depuis plusieurs années l'existence de personnes pour qui la BHD constitue le premier opiacé consommé dans la vie d'un consommateur. Dans ces primo consommations de BHD, on observe des sorties d'usage de BHD, remplacée par d'autres opiacés, notamment l'héroïne. Pour ces personnes, ces transferts semblent traduire une lassitude à l'égard de la BHD en raison de ses effets secondaires, mais aussi de la crainte du sevrage réputé difficile et enfin, de l'image stigmatisée du toxicomane à la BHD auprès de ses pairs. La BHD consommée uniquement de façon détournée serait d'abord le fait de jeunes en grande précarité sociale et d'immigrés récents venus d'Europe centrale et orientale.

Sur le plan sanitaire, l'injection de la BHD est préoccupante. En 2007, le rapport TREND de l'OFDT rapporte l'enquête PRELUD (première ligne : usagers de drogue) réalisée auprès des usagers fréquentant les structures de première ligne, 58% des usagers de la BHD déclarent se l'être injectée au cours du mois précédant l'enquête. Ils étaient 47% en 2003.

C'est le mode d'administration le plus répandu quand le médicament est détourné de son usage thérapeutique. Elle permet une montée rapide du produit et la conservation d'un rituel de prise que beaucoup d'anciens héroïnomanes ne parviennent pas à abandonner. L'injection est également pratiquée par 13% des usagers sous protocole de substitution vus dans un cadre thérapeutique.

Ce produit est considéré comme très addictogène par les usagers de drogues dont le sevrage est difficile. Il souffre aussi d'une image négative auprès des usagers qui serait de plus en plus liée aux dommages causés par l'injection : lésions locorégionales dans les zones d'injection, abcès, dépression respiratoire, surdose (notamment lorsqu'elle est associée à la consommation de benzodiazépines et d'alcool), manifestations systémiques, contaminations virales. Le dernier rapport de l'OFDT note une diminution de la fréquence des problèmes habituels liés à l'injection du Subutex® attribuée à la diffusion du recours au Stérifilt® lors des injections. Ce nouveau filtre empêche le passage des composants responsables d'abcès provoqués par l'injection.

Pour lutter contre l'injection de la BHD, l'association buprénorphine-naloxone devrait être commercialisée en 2008, sous le nom de Suboxone®. La naloxone, molécule antagoniste des récepteurs morphiniques est destinée à accentuer l'effet de manque lorsqu'elle est administrée par voie intraveineuse.

Le trafic du Subutex® est souvent une activité de petite revente du fait de patients traités s'assurant ainsi un petit revenu. Il est également, pour un nombre de personnes plus réduit, une activité intensive de polyprescription et de revente. Les premiers retours

d'observations portant sur l'année 2007 suggèrent la survenue de chutes de la disponibilité du Subutex[®] avec augmentation des prix, du fait probablement de son remplacement partiel par les génériques peu recherchés en usage détourné.

Contrairement aux ventes de Subutex[®] qui peuvent être l'œuvre de trafiquants non usagers, la méthadone vendue provient presque exclusivement de stocks et de surplus accumulés par des patients substitués qui, pour une raison ou une autre ne consomment pas la totalité des doses prescrites et délivrées. Début 2006, parmi les usagers de méthadone fréquentant les structures de première ligne, 71% la consomment uniquement dans un objectif thérapeutique, 12% déclarent en faire un usage détourné en plus de son usage thérapeutique et 17% affirment en faire un usage détourné uniquement.

La Commission nationale des stupéfiants et des psychotropes ainsi que la MILDT avaient demandé, en 2006, le classement du Subutex[®] dans la liste des stupéfiants afin de lutter contre le mésusage et le trafic constaté. Une réunion d'experts OMS s'est tenue à Genève fin mars 2006. Les experts ont décidé de ne pas classer la buprénorphine dans la liste des stupéfiants et le Conseil National du Sida a édité un avis (27 avril 2006) dans le même sens afin de ne pas remettre en cause l'ensemble de la politique de réduction des risques et de garder prioritaires l'accès aux soins et à la prévention. Si l'on ne peut nier le trafic et le mésusage du produit, il ne concerne que 2% des patients, chiffre qui ne diminuerait pas forcément avec la répression. La région PACA est sensible à ce problème car les données du rapport CNAMTS/OFDT montrent un indice de détournement qui concernerait 11% des quantités prescrites de Subutex[®] pour la région.

En octobre 2006, les premières rencontres nationales de réduction des risques ont rappelé que mésusages, reventes et trafics ne sont pas forcément et uniquement liés au produit et à son cadre de prescription mais plutôt à l'absence et au non développement d'autres propositions de substitution pouvant répondre de façon plus adéquate à la situation des personnes dans le mésusage.

La lutte contre le mésusage figure dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 et est intégrée au plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 qui entend améliorer l'accessibilité aux traitements de substitution aux opiacés. La commission « Addictions » rappelle la nécessité de poursuivre le rééquilibrage de l'offre entre méthadone et BHD. Une étude de faisabilité est en cours pour permettre à certains médecins généralistes de réaliser une primo-prescription de la méthadone. La mise sur le marché d'une forme orale sèche de méthadone plus pratique que le sirop actuel est une avancée ainsi que l'assouplissement du cadre de délivrance de la méthadone. L'autorisation de l'Afssaps de mise sur le marché de la méthadone en gélules est associée à plusieurs restrictions pour suivre et minimiser les risques de sa mise à disposition. Une enquête nationale officielle sera coordonnée par les centres de pharmacovigilance et de pharmacodépendance de Marseille qui permettra une première évaluation.

Les CAARUD

La réduction des risques (RdR) a obtenu une reconnaissance officielle dans le cadre de la loi du 9 août 2004 avec entre autres, la création des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogues (Caarud). 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* ». Il protège les actions et les acteurs de la réduction des risques « *en énumérant les différents actes dont l'efficacité préventive est avérée et les conditions dans lesquelles leur promotion peut être réalisée* ». Il donne un cadre légal à des actions mises en place depuis plusieurs années et en interdit d'autres, et définit clairement les objectifs des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues :

- prévenir les infections sévères, aiguës ou chroniques, en particulier celles liées à l'utilisation commune du matériel d'injection ;
- prévenir les intoxications aiguës, notamment les surdoses mortelles résultant de la consommation de stupéfiants et de leur association avec l'alcool ou des médicaments ;
- prévenir et prendre en charge les troubles psychiatriques aigus associés à ces consommations ;
- orienter vers les services d'urgence, de soins généraux, de soins spécialisés et vers les services sociaux ;
- améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale (logement, accès aux services et aux dispositifs sociaux notamment).

Le décret du 19 décembre 2005 définit 6 missions prioritaires :

- l'accueil, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues
- l'appui aux usagers dans l'accès aux soins
- l'appui aux usagers dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle
- l'accès au matériel de prévention des infections
- l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers
- la participation à des actions de médiation sociale en vue d'assurer leur bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues

La circulaire de la Direction Générale de la Santé du 2 janvier 2006 structure le dispositif de réduction des risques en intégrant certaines structures dans le champ des établissements médico-sociaux et en transférant leur financement à l'assurance maladie. D'autres actions de RdR peuvent être menées par des associations ne gérant pas de Caarud et potentiellement financées par l'Etat. Les Caarud peuvent être portés par des associations ou par des établissements publics de santé dès lors que ces derniers gèrent aussi un Centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST). Les DDASS et les DRASS ont été amenées à identifier les structures pouvant devenir Caarud au regard de leur capacité à remplir les missions prévues ainsi que les obligations législatives et réglementaires relatives aux établissements médico-sociaux. La possibilité de disposer à terme de moyens plus réguliers rassure les professionnels mais quelques craintes ont gagné les associations concernant le désengagement possible des anciens bailleurs. Les dossiers doivent être déposés au Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (Crosms). Les associations se plaignent de la lourdeur des dossiers et

s'interrogent sur l'organisation communautaire de certains dispositifs. Les ex-usagers de drogues investis dans les associations sans les diplômes reconnus par l'action sociale vont-ils voir leurs postes financés et leur savoir-faire pris en compte grâce à la validation des acquis de l'expérience ?

Une enquête inter-associative SAFE de juin 2007 permet d'évaluer le dispositif national auprès de 213 structures dont 114 Caarud qui comptent une file active globale d'usagers de drogues de 60 536 personnes pour l'année 2005. Actuellement, 50 villes de plus de 40 000 habitants ne disposent encore d'aucun programme de réduction des risques (9 départements).

La majorité des structures réalisant des actions de réduction des risques sont des associations indépendantes du secteur du soin. Cependant, les CSST, CCAA et services hospitaliers représentent plus du tiers du dispositif. Enfin, les services municipaux représentent 8% essentiellement par leur implication dans la gestion d'automates distributeurs de seringues. Les Caarud réalisent de plus en plus fréquemment des actions de prise en charge psychologique, d'accompagnement social incluant le conseil juridique, l'hébergement, l'insertion ainsi que des suivis médicaux et infirmiers. Quelques expériences de « travail bas seuil » se développent également. En 2007, 65 structures proposent une solution de dépistage du VHC et 15 ont expérimenté le « dépistage avancé » du VHC avec la « salivette ou le buvard ». La distribution des seringues par le dispositif national de réduction des risques est en hausse significative de 19,9% entre 2004 et 2005. En 2005, le dispositif associatif assure 44,75% de la diffusion de seringues contre 55,25% pour les ventes de Stéribox[®] en pharmacie, 57% des seringues usagées ont été récupérées. La fonction de facilitation de l'accès aux soins du dispositif est démontrée.

La loi de santé publique de réduction des risques, bien qu'étant une avancée, a restreint les modalités d'intervention pour la RdR festive en la privant d'un de ses outils de terrain qu'est l'identification des produits (le testing). Il apparaît que la spécificité de la RdR en milieu festif n'a pas été reconnue.

Les premières rencontres nationales de la réduction des risques liés à l'usage de drogues, les 12 et 13 octobre 2006, à Bobigny, et la première journée nationale des acteurs des Caarud, à Lyon, en juin 2007, ont permis d'émettre des recommandations à adresser aux pouvoirs publics. La pratique du testing a occupé une place importante durant les débats ainsi que l'interdiction pour les usagers de drogues participant aux interventions de consommer des stupéfiants pendant cette activité.

Le rapport de recherche-action, menée en PACA dans le milieu festif par le GRVS, livre des données indicatives quant à l'impact des interventions de réduction des risques et notamment de l'interdiction du testing et du cadre légal sur le rapport aux risques.

Si aujourd'hui la réduction des risques bénéficie d'un cadre légal, elle doit rester en constante évolution : les consommations et les pratiques changent, la prévention du VHC stagne. La politique de réduction des risques et les actions de prévention associées ont donné des résultats exemplaires pour la transmission du VIH. Il revient donc aujourd'hui aux pouvoirs publics et aux professionnels de se mobiliser pour :

- prendre en compte les évolutions des pratiques et les nouveaux publics
- insister plus particulièrement sur la prévention du passage à l'injection, le partage du petit matériel et l'initiation à la pratique d'injection

- repenser les messages de prévention à destination des usagers de drogues. Les usages et les consommations évoluent. Les outils actuels doivent s'adapter et de nouveaux doivent être créés.
- penser une approche de santé globale du dépistage à l'accès aux soins.
- agir sur la prise en charge de la précarité chez les usagers de drogues car elle accentue leur vulnérabilité.

L'ouverture de lieux d'expérimentation sur l'accompagnement à l'injection en s'appuyant notamment sur les expériences à l'étranger pourrait être envisagée.

Les Conseils de la Vie Sociale commencent à émerger au sein des Caarud. Instances de discussion et de concertation, ces conseils prévoient de réunir au moins trois fois par an, les représentants des usagers et des membres du personnel, de la direction, du conseil d'administration, voire des partenaires extérieurs afin d'émettre des avis consultatifs sur tout ce qui a trait à la vie de la structure. Asud et l'Anit s'impliquent dans ce processus. L'enquête nationale Ena-Caarud, intégrée au système d'information institutionnel de ces structures en 2007, ainsi que les rapports d'activité des structures intégrant un travail de veille devraient permettre une meilleure analyse.

Bibliographie

AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE
Plan de gestion de risque des spécialités pharmaceutiques contenant de la Buprénorphine (Subutex[®], Buprénorphine arrow[®], Burprénorphine Merck[®]),
AFSSAPS, 2007, 2 p.

AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE
Mentions légales Buprénorphine,
AFSSAPS, 2007, 5 p.

AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE
Autorisation de mise sur le marché de la méthadone en gélule, AFSSAPS, 2007, 2 p.

ASSOCIATION FRANCAISE POUR LA REDUCTION DES RISQUES
Réduction des risques et prison, ruptures et continuités : journée thématique : 22 août 2007
Lyon : AFR, 2007, 20p.

ASSOCIATION FRANCAISE POUR LA REDUCTION DES RISQUES, PRIEZ JM, coord.
Premières rencontres nationales de la réduction des risques liés à l'usage de drogues : 12-13 octobre 2006 :
Bobigny
Lyon : AFR, 2007, 90p.

ASSOCIATION RUPTURES
Rencontre des acteurs francophones de la réduction des risques : 18 novembre 2005 : Lyon
Lyon : Ruptures, 2006, 41 p.

CADET-TAIROU A, TOUFIK A, GANDILHON M
Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005 : septième rapport national du dispositif TREND
Paris : OFDT, 2007, 105 p.

CONSEIL NATIONAL DU SIDA
Note valant avis sur le classement de la buprénorphine en produit stupéfiant : 27 avril 2006
Paris : CNS, 2006, 3 p.

CRIPS (Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida), Provence-Alpes-Côte d'Azur
Réduction des risques : bilan et perspectives : dossier de synthèse documentaire et bibliographique
Marseille : CRIPSPACA, 2007, 25 p.

HOAREAU E, GROUPE DE RECHERCHE SUR LA VULNERABILITE SOCIALE
Etude exploratoire des usages de substances psychoactives dans le milieu festif gay Marseillais en 2006
Tourrette-Levens : GRVS, 2007, 29 p.

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE
L'infection à VIH/sida en France et en Europe
Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n°46-47, 2007, pp.385-400

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE
Transmission du VIH et du VHC chez les usagers de drogues injectables In : L'Etat de santé de la population en France, InVS, 2007, pp. 186-189

JAUFFRET-ROUSTIDE M, COUTURIER E, LE STRAT Y et al.
Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogue en France : étude InVS-ANRS Coquelicot - 2004,
Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2006, 33, pp. 244-247

JAUFFRET-ROUSTIDE M
Evolution des profils sociologiques et des comportements à risque des usagers de drogues
In : Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France, 10 ans de surveillance
Saint-Maurice : InVS, 2007, pp. 95-103

LANGLET M.
L'enquête Coquelicot
Journal du sida (Le), n°192, 2007, pp.13

Ministère de la Santé et des Solidarités
Circulaire n° DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C/2006/01 du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie
Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006, 16 p.

Ministère de la Santé et des Solidarités
Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)
Journal officiel de la République française, 2005, n° 297, pp. 19743

Ministère de la Santé et des Solidarités
Décret n°2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique
Journal officiel de la République française, 2005, n° 88, 4 p.

Ministère de la Santé et des Solidarités
Décret n°2005-336 du 8 avril 2005 fixant les listes des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques donnant lieu à un financement au titre de la dotation mentionnée à l'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale
Journal officiel de la République française, 2005, 2 p.

POLOMENI P
Suboxone® , l'éclairage des expériences à l'étranger
Swaps, n°50, 2008, pp14-16

REYNAUD MAURUPT C, CHAKER S, CLAVERIE O et al.
Pratiques et opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif « musiques électroniques
Paris : OFDT, 2007, 140 p.

SAFE (ASSOCIATION)
Le dispositif national de réduction des risques : enquête interassociative
Paris : SAFE, 2007, 39 p.

RAYNAL F
Usagers de drogue : la réduction des risques, une clinique du lien ?
ASH, 2007, n° 2492, pp. 39-41

RAYNAL F
La substitution, un stupéfiant progrès... à poursuivre
Transversal, n°37, 2007, pp. 8-11

Sousa A
Traitements de substitution, du nouveau en 2008 !
Swaps, n°50, 2008, pp 9-14

Le point sur...

La prévention en milieu carcéral

L'entrée du VIH/sida dans les prisons a constitué un révélateur du fonctionnement et des dysfonctionnements de l'institution carcérale. Aujourd'hui, les enquêtes démontrent que la prison devient parfois un lieu de prise en charge médicale pour les plus précaires et un observatoire de la précarité. Le faible accès aux soins de cette population avant qu'elle n'entre en prison et, plus fondamentalement, les situations de précarité et d'exclusion auxquelles elle a été souvent confrontée, en font une population qui cumule les facteurs de risque. Aussi, lorsque l'on parle de la santé en prison plusieurs questions se posent. S'agit-il de maintenir l'état de santé du détenu en veillant à ce que celui-ci ne se dégrade pas du fait de l'incarcération, ou s'agit-il plutôt d'améliorer un état de santé reconnu comme globalement médiocre à l'entrée ? La pratique soignante intra muros doit-elle être essentiellement curative ou doit-elle intégrer un développement de la prévention et de l'éducation sanitaire qui s'inscrit dans un suivi sanitaire au-delà du temps de l'incarcération ?

Peu d'études scientifiques sur le VIH et la prison ont été réalisées à ce jour. La connaissance de la situation épidémiologique dans les prisons françaises repose sur les données issues des visites médicales obligatoires pour les entrants et, des résultats des enquêtes de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins menées depuis 1998 dans les établissements un jour dans l'année. La prévalence du VIH et du VHC en milieu carcéral est 3 à 5 fois supérieure à celle de la population générale faisant de la prison un haut lieu de risque pour la propagation du sida comme des hépatites virales. Les données épidémiologiques montrent que près de 40% des entrants en prison déclarent avoir fait un test de dépistage du sida avant l'incarcération et 1,1% être séropositifs. Parmi eux, 44% ont un traitement en cours par antirétroviraux.

Près d'un tiers des entrants sont toxicomanes. Ils déclarent beaucoup plus de consommations de substances psychoactives (tabac, alcool, drogues illicites, médicaments psychotropes) que l'ensemble de la population et pour le quart d'entre eux, des consommations qui se cumulent. Loin de constituer une opportunité de prise en charge médicale, l'emprisonnement pour les usagers de drogues accroît souvent leur vulnérabilité. Cependant, l'accès aux moyens de traitement de la dépendance a progressé et l'entrée en milieu carcéral ne se traduit plus que marginalement par un arrêt des traitements lorsqu'ils ont été initiés à l'extérieur. De plus, la circulaire du 30 janvier 2002 a élargi la prescription et l'initialisation de la méthadone aux médecins exerçant en établissement de santé. Les associations s'inquiètent pourtant du risque de séroconversion durant l'incarcération où l'usage de drogue est avéré alors que l'accès aux matériels de réduction des risques est inexistant. En matière de programmes d'échanges de seringues, malgré les évaluations favorables et les recommandations officielles de l'Onusida ou de l'OMS, la France ne semble pas prête à les introduire dans les prisons. Le refus de rendre accessibles des seringues stériles dans les établissements pénitentiaires où il y a injection de drogue et partage de matériels revient à fermer les yeux sur la propagation du VIH et du VHC et c'est sans doute dans ce domaine que le principe d'équivalence des soins avec l'extérieur se pose avec le plus d'acuité.

Les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit assurent des permanences en milieu carcéral par le biais des UCSA avec des modalités différentes selon les établissements. Tout mouvement en prison nécessitant une autorisation de l'administration, l'accès à une consultation de dépistage puis de résultat, même avec la mise en place de l'anonymat dans certaines structures, peut rarement se faire en toute discrétion. Des problèmes de

confidentialité se posent avec les surveillants qui sont souvent au courant de la pathologie des détenus. La stigmatisation, dont peuvent faire l'objet les personnes séropositives en détention, est l'un des freins à la démarche de dépistage. Le détenu réclamant un dépistage en cours de détention peut voir sa demande perçue comme l'aveu d'une pratique à risque, interdite au sein de la prison, comme l'injection de drogue par voie intraveineuse ou les relations sexuelles. Au cours de la période 2003-2006, 11 000 sérologies ont été réalisées en moyenne par an et 0,35 % d'entre elles ont été retrouvées positives. Ce taux, notablement faible pour le milieu carcéral, ne permet pas d'appréhender l'offre de dépistage qui est très hétérogène selon les établissements.

Selon le Code de déontologie médicale, « *quelles que soient les circonstances, la continuité des soins au malade doit être assurée* » mais parloir, audience chez un magistrat, transfert vers un autre établissement pénitentiaire, isolement disciplinaire, sont autant d'événements de la vie des personnes détenues qui interfèrent avec la prise en charge sanitaire. Les occasions de rupture des soins durant la détention sont multiples et commencent dès la garde à vue. De plus, les médicaments permettant d'atténuer les effets secondaires sont difficiles à obtenir. Les traitements post-exposition sont difficilement applicables en prison. Il n'existe pas d'étude scientifique de cohorte permettant de déterminer si le devenir des personnes séropositives incarcérées sous traitement est équivalent à celui des personnes à l'extérieur.

La sortie de prison peut également être synonyme de rupture de soins. Les soignants sont souvent peu informés des dates de sorties et les détenus sortent sans ordonnance. La journée nationale "Prison", organisée par Sidaction le 22 juin 2007 à Paris, a d'ailleurs été consacrée au suivi médicosocial des personnes, atteintes d'une infection à VIH ou d'une hépatite virale, sortant de prison.

Des actions de soins mais aussi de prévention sont essentielles pour couvrir les besoins de la population incarcérée. Même si les situations sont contrastées au sein des différents types d'établissements pénitenciers, globalement, la vétusté des locaux, la surpopulation carcérale, les manques en personnel et parfois l'attitude des soignants à l'égard des détenus, sont partout des freins à la prévention.

La sexualité en prison reste largement taboue qu'il s'agisse des relations entre détenus, avec leurs compagnes au moment des parloirs, ou de prostitution. La distribution des préservatifs en prison pose plus largement la question de la privation de sexualité. Dans les parloirs, les couples se retrouvent et les rapports sexuels ont lieu même si les conditions sont difficiles. Pourtant, aucun parloir ne met à disposition des préservatifs puisque la sexualité n'est pas censée y exister. Les efforts entrepris pour la création d'unités de vie familiale pour les couples doivent être développées. Les huit unités de vie familiale existantes en France marquent, en ce sens, une avancée. En matière d'accès aux préservatifs, force est de constater qu'il y existe une grande disparité entre établissements. Les préservatifs sont le plus souvent disponibles uniquement dans les locaux des Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) et donc limités aux heures d'ouverture du service médical.

En 2008, le VIH/sida continue à occuper dans la problématique générale de la santé en prison, comme dans celle des relations entre surveillants et détenus, une place particulière. L'ensemble des acteurs de la lutte contre le sida exerçant en détention souhaite la mise en place d'une étude sur la dynamique du VIH et des hépatites en détention qui permettrait de réévaluer les actuelles pratiques de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et de réduction des risques liés à l'usage de drogue

ainsi que d'étudier les moyens qui leur sont alloués pour ensuite les améliorer et les renforcer. Les données épidémiologiques doivent être recueillies et servir d'outils pour faire valoir les droits et les besoins des personnes séropositives incarcérées sans hypocrisie.

Bibliographie

BETTERIDGE G

L'Agence de santé publique du Canada affirme que l'échange de seringues en prison réduit les risques et ne compromet pas la sécurité

Revue VIH/sida, droit et politiques, 2007, vol. 12, n° 1, pp. 22-24

CENTRE REGIONAL D'INFORMATION ET DE PREVENTION DU SIDA, Provence-Alpes-Côte d'Azur

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

Marseille : CRIPS PACA, 2007, 25 p.

CENTRE REGIONAL D'INFORMATION ET DE PREVENTION DU SIDA, Provence-Alpes-Côte d'Azur

Prison et VIH : dossier de synthèse documentaire et bibliographique

Marseille : CRIPS PACA, 2007, 24 p.

COCHET A , ISNARD H

Tuberculose dans les maisons d'arrêt d'Ile-de-France : enquête prospective, 1er juillet 2005-30 juin 2006

Saint-Maurice : InVS, 2007, 41 p.

COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME

Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues : propositions

Paris : CNCDH, 2006, 25 p.

COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET LA TERRE

La santé et la médecine en prison

Paris : CCNE, 2007, avis n°94, 46p.

DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES, Ile-de-France

VIH/IST/hépatites en milieu carcéral en Ile-de-France

Paris : DRASS, 2007, 54 p.

DELPECH B

Réduire les risques en prison, une question de santé publique et de droit

Swaps, 2007, n° 48, pp. 20-21

FARGE E, LE GRAND E

Pourquoi faire de l'éducation pour la santé en milieu carcéral ?

La Santé de l'homme, 2007, n°389, pp.61-61

GIORDANELLA C

Trois heures avec les détenus de Fleury, pour parler sida et sexualité

La Santé de l'Homme, 2005, n°379, pp. 42-44

LANGLET M

Prison : poursuivre le soin une fois libre

Journal du Sida (Le), 2007, n° 199, pp. 17-19

LANGLET M, DARMON L

Prévention en prison

Journal du Sida (Le), 2008, n°202, pp. 13-20

LE VU S, SEMAILLE C

Dépistage anonyme et gratuit du VIH en France 2006

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2008, n°7-8, pp. 49-59

LINES R

Miser sur le droit des droits humains pour militer en faveur de programmes d'échange de seringues dans les prisons d'Europe

Revue VIH/sida, droit et politiques, 2006, vol. 11, n° 2-3, pp. 89-91

LINES R, JURGENS R, BETTERIDGE G, et al
L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales
Montréal : Réseau juridique canadien VIH/sida, 2006, 97p.

MARZO J-N , ROTILY M
Traitement de substitution aux opiacés à l'entrée en milieu carcéral : résultats initiaux de l'étude prospective IRCAMS
Courrier des addictions (Le), 2006, vol. 8, n° 4, pp. 96-98

MAGUET O
Prisons et drogues : savoir et faire savoir pour agir
Swaps, 2007, n° 48, pp. 18-19

OBRADOVIC I, MARZO JN, ROTILY M et al.
Substitution et réincarcération : éléments d'analyse d'une relation complexe - Résultats d'une étude prospective menée auprès de 507 patients incarcérés en maison d'arrêt entre 2003 et 2006
Tendances, 2007, n°57, 4 p.

OBRADOVIC I, CANARELLI T
Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire
Paris : OFDT, 2008, 88 p.

RAYNAL F
Le secret médical, un rempart contre l'exclusion
Transversal : 2007, n° 34, pp. 16-21

RAYNAL F
Intervenir en prison, un casse-tête salutaire
Transversal : 2006, n° 32, pp. 24-26

RAYNAL F
La libération, une sortie sans issue ?
Transversal, 2007, n° 38, pp. 5-6

Sidaction Ensemble contre le sida
Journée nationale : le suivi medico-social des personnes atteintes d'une infection à VIH et/ou d'une hépatite virale sortant de prison
Paris : Sidaction, 2007, 18 p.

SELLERET JB , AMEUR Y
Réduction des risques et prison, ruptures et continuités
Lyon : Association Française de Réduction des risques, 2007, 20 p.

Le point sur...

La prévention auprès des femmes

Plus de trois décennies après l'identification des premiers cas de sida, l'épidémie continue de progresser et touche de plus en plus les femmes dans tous les pays du monde. Un peu moins de la moitié (48%) de toutes les personnes vivant avec le VIH sont de sexe féminin.

En France, les femmes représentent environ 20% des cas de sida depuis le début de l'épidémie. L'épidémie se féminise, parmi les nouveaux diagnostics de sida en 2006, la proportion de femmes est de 36%. Les femmes représentent 39% des déclarations de séropositivité depuis 2003. Les rapports hétérosexuels sont le mode de contamination quasi exclusif des nouvelles séropositivités. Les femmes se contaminent et se font dépister plus jeunes que les hommes : ainsi, le nombre de diagnostics VIH chez les femmes est supérieur à celui observé chez les hommes dans les tranches d'âge 15-19 et 20-29 ans. Le suivi gynécologique et la surveillance de la grossesse favorisent la réalisation des tests de dépistage. Cependant, près d'une femme sur cinq est encore dépistée à un stade tardif de l'infection. La répartition par nationalité des nouvelles séropositivités montre une part importante de la population originaire d'Afrique subsaharienne. Plus de 50 % des femmes nouvellement contaminées sont originaires d'un pays d'Afrique sub-saharienne.

En PACA, l'épidémie évolue vers une féminisation comme sur le reste du territoire français. Les rapports hétérosexuels représentent 53% des nouvelles contaminations. Bien que dans une proportion moins importante qu'en région Ile-de-France, l'augmentation des diagnostics VIH dans la population d'Afrique subsaharienne est nette et significative. Elle 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. Pour mémoire, la région PACA est une région particulièrement concernée par l'immigration.

La prise de conscience des vulnérabilités spécifiques des femmes face au VIH/sida s'est faite tardivement en France. Au début de l'épidémie, les femmes n'étaient pas perçues comme particulièrement exposées au risque. Les spécificités de l'infection dans la population féminine, tant au plan social que médical, sont restées longtemps peu étudiées. Aujourd'hui, **la vulnérabilité des femmes** par rapport à l'épidémie fait consensus auprès des organisations de santé publique. Elle s'explique par des facteurs biologiques et physiologiques mais aussi par des pressions sociales et économiques, voire affectives ou culturelles qui ne leur permettent pas toujours d'assurer leur prévention.

Biologiquement, le risque de contamination de la femme lors d'un rapport hétérosexuel serait au moins deux à quatre fois supérieur à celui encouru par l'homme. En effet, la muqueuse vaginale est fragile et la concentration du virus est plus importante dans le sperme que dans les sécrétions vaginales. De plus, le sperme peut rester plusieurs jours dans le tractus génital féminin. Les rapports pendant les règles, la perméation du col pour les femmes les plus jeunes, la période suivant l'accouchement, les autres infections sexuellement transmissibles, la ménopause qui fragilise les muqueuses, les rapports traumatisants ou non désirés dans lesquels la lubrification est insuffisante et qui favorisent les micro lésions sont autant d'autres facteurs biologiques accentuant la vulnérabilité des femmes.

Physiquement plus exposées, les femmes peuvent être **économiquement, socialement, émotionnellement** ou **culturellement** dans l'impossibilité d'exiger la protection de leurs rapports sexuels. Par amour, par peur de la séparation, de l'insécurité financière ou de la solitude, certaines femmes pour garder leur partenaire sont prêtes à accepter des relations à risque non protégées. Parler de la sexualité dans certains milieux ou certaines communautés est difficile, voire tabou. Le silence sur les questions de sexualité, les réalités de l'inégalité des sexes et le manque d'éducation sur la santé sexuelle et en matière de reproduction sont autant de facteurs de risque pour les filles et les femmes. Lorsque le préservatif n'est pas admis, la femme est parfois contrainte de vivre des relations sexuelles sans protection. Dans les sociétés où la différenciation sexuelle est marquée, la lutte contre le VIH/sida se doit de prendre en compte ce contexte défavorable pour les femmes et d'encourager les actions visant à initier une construction sociale et culturelle des rôles sexuels plus égalitaire.

La question des vulnérabilités est au cœur de la problématique de la prévention pour les femmes. Des enquêtes spécifiques montrent le cumul de ces vulnérabilités pour certaines femmes. L'enquête Coquelicot a mis en évidence que les femmes usagères de drogues peuvent être qualifiées de « vulnérables parmi les vulnérables » vis à vis des risques infectieux. Leur dépendance vis à vis des hommes pour se procurer des drogues les soumet à une double vulnérabilité. Une étude sur la prostitution montre que les prostituées, dans leur grande majorité, encouragent l'utilisation des préservatifs dans le cadre préventif mais également pour mettre les clients à distance physique et symbolique, mais le négligent lorsqu'il s'agit de leur relation de couple. La toxicomanie liée à la prostitution est un vecteur supplémentaire de prise de risque. Les recherches consacrées aux femmes migrantes dévoilent une situation de plus grande précarité économique, sociale voire affective qui les expose plus fortement à la transmission du VIH d'autant qu'elles évoluent dans des réseaux de socialisation où la prévalence de l'infection est particulièrement élevée. Leur contexte de domination sociale est peu favorable à une prise en charge du risque et de la maladie. L'enquête VESPA auprès des personnes séropositives montre que l'information du partenaire sur sa séropositivité et l'utilisation des préservatifs se différencient peu en fonction du sexe ou de l'origine. Pour tous, l'annonce de la séropositivité à des nouveaux partenaires ou lorsque la relation s'installe reste une difficulté majeure.

Les premières campagnes de prévention ciblées vers les femmes ont été mises en place après 1997. C'est très progressivement que la communication a traité de la spécificité des femmes dans la sexualité et que leur vulnérabilité a été reconnue, abordée et que les femmes les plus exposées originaires des départements d'Outre-mer ou d'Afrique subsaharienne ont été la cible de communications.

L'enquête Contexte de la Sexualité en France atteste un rapprochement des pratiques sexuelles féminines et masculines mais conforte tout autant les représentations de la sexualité qui opposent une sexualité féminine fondée sur l'affectivité et la conjugalité et une sexualité masculine qui s'appuierait sur des besoins physiques. Ces représentations génèrent des tensions qui rendent plus difficile pour les femmes l'adoption de pratiques préventives et les campagnes de prévention doivent prendre en compte la dimension de genre. La puissance sociale et économique qui permettrait aux femmes de négocier la fidélité ou l'usage du préservatif leur fait défaut et elles sont exposées, dans le domaine de la sexualité, au pouvoir prédominant des hommes, voire parfois à leur violence.

Le préservatif féminin représente une alternative mais exige toujours une part de négociation et la coopération de l'homme. En 2008, il est toujours plus coûteux que le

préservatif masculin, ni largement disponible, ni accepté sur le plan social. La Ministre de la Santé a récemment demandé à l'INPES de mener une politique globale en direction de toutes les femmes afin que chacune puisse se sentir concernée.

Au niveau de la recherche, plusieurs candidats microbicides sont actuellement étudiés dans des essais cliniques, ils incluent environ 30 000 femmes dans le monde. Ils permettent de recueillir des données de tolérance, d'efficacité et d'acceptabilité. Les microbicides sont une alternative au préservatif intéressante pour les femmes car, sous forme d'éponges, gels, crèmes ou anneaux vaginaux, ils peuvent être insérés dans le vagin avant le rapport sexuel sans que le partenaire en soit informé. Cependant, porteurs d'espoir, ils ont révélé des résultats d'efficacité décevants lors d'essais à grande échelle. Deux essais de phase III, sur le sulfate de cellulose, ont été interrompus prématurément car il y avait un nombre plus élevé de transmissions à VIH dans le groupe testant le produit que dans le groupe contrôle. Il existe actuellement trois autres essais de phase III concernant d'autres microbicides avec des résultats attendus pour 2008-2009.

Chaque année depuis 2004 une journée autour de la prise de parole des femmes séropositives est organisée à Paris. Depuis 2005, elle se décline également en région PACA. Ces journées permettent de porter la parole des femmes séropositives et de faire avancer la prévention spécifique au féminin.

Bibliographie

ACT UP, MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL, SIDA INFO SERVICE
Femmes et VIH 1997-2007 : où en sommes nous 10 ans après ?
Paris : ACT UP, MFPP, SIS, 2008, 223 p.

ANRS, INSERM, INED
Premiers résultats de l'enquête CSF, Contexte de la Sexualité en France : dossier de presse
Paris : ANRS, 2007, 27 p.

BAJOS N, LOT F, SCHILTZ MA et al.
Les femmes et le sida en France : enjeux sociaux et de santé publique
Médecine et sciences, n°2 hors série, 2008, 216 p.

CRITON C, FENER P
Dossier Femmes et VIH
Paris : CNRS, 2007, 69 p.

COLLECTIF FEMMES ET SIDA EN PACA
Parlons ensemble de notre vécu du VIH au quotidien : 2ème Rencontre Régionale Femmes et Sida
Marseille : AIDES, 2006, 65 p.

COMITE TECHNIQUE DES VACCINATIONS, CONSEIL SUPERIEUR D'HYGIENE PUBLIQUE
Avis relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 6, 11, 16 et 18
Paris : CTV, 2007; 7 p.

GIRARD P-M, dir., KATLAMA C, dir., PIALOUX G, dir.
VIH : édition 2007
Rueil-Malmaison : Doin, 2007, 7 éd., 727 p.

INSTITUT NATIONAL DE VEILLE SANITAIRE
Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France : 10 ans de surveillance, 1996-2005
Saint Maurice : InVS, 2007, 156 p.

INVS, ANRS
Le recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH : modalités d'accès et contextes socio-culturels – enquête RETARD
Saint-Maurice : InVS, 2006, 36 p.

MALSAN S

Groupe de femmes du TRT-5 : plaidoyer pour l'insertion des femmes dans les essais thérapeutiques

Journal du Sida (Le), 2007, n° 199, pp. 24-25

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Essai sur le sulfate de cellulose comme microbicide interrompu : déclaration du 31 janvier 2007

Genève : OMS, 2007, 1 p.

WARSAWSKI J, TUBIANA R, LE CHENADEC J, et Al.

Transmission mère enfant du VIH en France : l'impact majeur des stratégies de prévention : résultats de l'enquête périnatale française ANRS-EPF

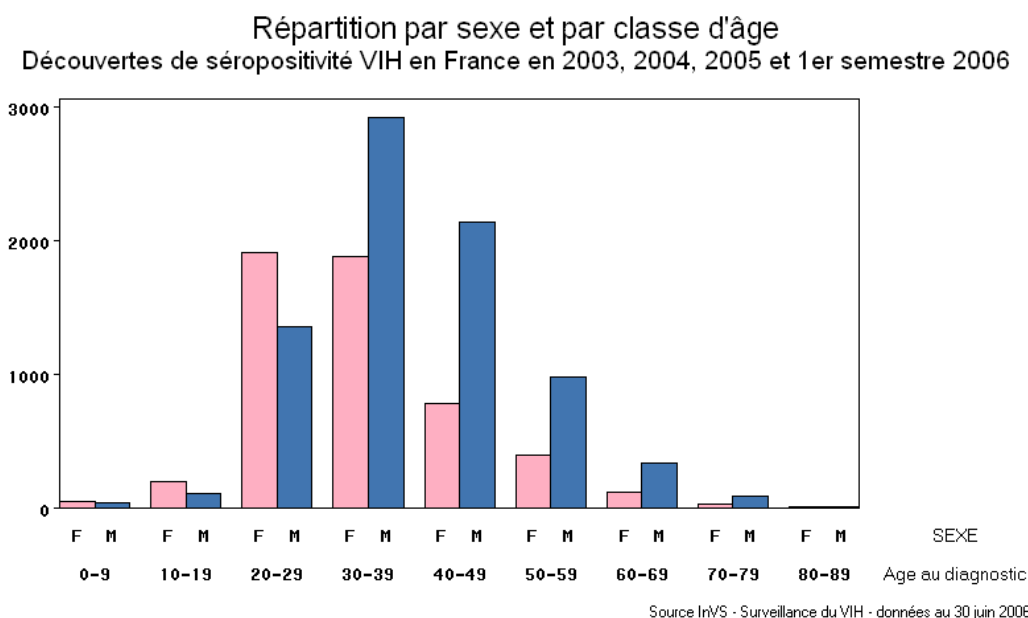
Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2008, n°14-15, pp. 98-101

Le point sur...

La prévention auprès des jeunes

En France, le nombre annuel de diagnostics de sida chez les 15-24 ans est faible, environ 40 cas par an, ce qui est normal compte tenu de la durée de l'incubation. Ce qui est plus inquiétant, c'est qu'il ne diminue pas depuis 1998, alors qu'il diminue régulièrement chez les plus de 25 ans. Au diagnostic de sida, environ la moitié des jeunes comme des plus âgés ignoraient leur séropositivité.

Pour les nouveaux diagnostics de séropositivité en France, la classe d'âge 20-29 ans est la deuxième représentée avec 25 % des contaminations, dont une majorité de femmes. Les 15-24 ans représentent 12% de l'ensemble des découvertes de séropositivité notifiées. Quatre sur cinq de ces jeunes ont entre 20 et 24 ans. La proportion de femmes est plus élevée chez les jeunes de 15 à 24 ans (68%) que dans le reste de la population (globalement 39%).



Les enquêtes mesurant les connaissances, attitudes et pratiques des Français (KABP) attestent que le thème du sida a reculé dans l'intérêt général en particulier chez les jeunes et que la perception de la dangerosité du sida a considérablement diminué : 46,9% des personnes craignent le sida pour elles-mêmes en 1994 contre 23% en 2004. Cependant, la répartition des appels sur Sida Info Service en 2006 montre que 7,7% des appelants sont âgés de moins de 20 ans et 40,7% ont entre 20 et 29 ans. Près des trois-quarts des appelants de moins de 25 ans du dispositif ne connaissent pas leur statut VIH, ils évoquent un risque ou envisagent un test.

L'analyse des données d'activité des Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) sur les dernières années et l'enquête transversale CDAG réalisée en 2004 montre que les jeunes ont une fréquentation importante du dispositif. En effet, 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. Ainsi, 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%). Parmi les jeunes de 15-25 ans ayant déjà eu un rapport sexuel, 24% ont déclaré avoir effectué un test de dépistage du VIH, au cours des 12 derniers mois.

Selon les premiers résultats du dernier baromètre santé l'âge de survenue du premier rapport sexuel est presque identique pour les garçons et pour les filles : 17,2 ans contre 17,6 ans. Cet âge varie peu en fonction de leur origine sociale. Actuellement à 25 ans, seuls 11% des hommes et 15% des femmes n'ont pas eu de rapport sexuel. Près des 2/3 des jeunes de 15-25 ans ont eu un rapport sexuel au cours de leur vie et parmi eux 91% ont déclaré avoir été sexuellement actifs au cours des 12 mois précédant l'enquête. La proportion des jeunes sexuellement actifs augmente avec l'âge (17% à 15 ans et plus de 91% à 25 ans).

S'il n'y a pas eu d'évolution marquée dans le sens d'une précocité au premier rapport sexuel, la place qu'occupe le préservatif masculin a changé. Les données montrent une augmentation régulière et significative de l'usage du préservatif au premier rapport sexuel depuis 1988 et du maintien à un niveau élevé après cette date, jusqu'à 90% en 2007. Une telle évolution des pratiques atteste de l'efficacité des politiques de prévention. La dernière enquête KABP montre que même si l'image du préservatif s'améliore, elle reste contrastée en 2004 : si 70% pensent que le préservatif c'est banal (contre 66% en 2001), ils sont toujours plus nombreux à affirmer que le préservatif diminue le plaisir (40% vs 35%).

L'âge du premier rapport sexuel constitue le facteur le plus important pour la non utilisation du préservatif car il est ainsi moins fréquemment utilisé lorsque le premier rapport a lieu à un âge « tardif » (20 ans ou plus). Aujourd'hui, l'utilisation du préservatif relève d'une norme préventive fortement intégrée par les plus jeunes au début de leur vie sexuelle. Le niveau d'études et la pratique régulière d'une religion sont cependant des facteurs de moins bonne utilisation du préservatif lors de la première expérience sexuelle, ce qui interroge sur la situation des jeunes se trouvant aujourd'hui en dehors du système scolaire ou le quittant prématurément. Il s'agit de renforcer les actions de prévention auprès de ces populations.

Contraception et IVG

Malgré une large diffusion de la contraception, les données de la DREES montrent un recours à l'IVG important en France avec 210 700 IVG réalisées en 2004 (contre 203 000 en 2003) soit une augmentation de 3,6%. Sur le long terme, on constate une hausse annuelle moyenne de 1,8% depuis 1995. Cela représente un taux de 14,6 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2004 contre 12,3 en 1995. Une étude réalisée par l'INSERM et l'Institut National d'Etudes Démographiques souligne 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.

Les enquêtes du Baromètre Santé montrent une augmentation importante du recours à la contraception d'urgence au cours des cinq dernières années notamment chez les 15-24 ans. 30% des jeunes filles de 15-19 ans déclarent avoir eu recours à la contraception d'urgence au cours de leur vie. Il est vrai que le niveau d'information à ce sujet s'est nettement amélioré et la plupart des jeunes savent qu'une ordonnance n'est pas nécessaire pour obtenir la pilule contraceptive.

En revanche, l'enquête INPES BVA montre que les jeunes véhiculent encore des idées reçues sur la contraception : 34% des 15-20 ans pensent que la pilule peut rendre stérile et qu'elle fait systématiquement grossir. Un jeune sur dix n'a pas conscience que la pilule ne protège pas du VIH ni des IST.

En Provence Alpes Côte d'Azur, l'enquête réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) auprès des étudiants de première année inscrits dans les universités de la région PACA montre que près de 80% des jeunes sexuellement actifs déclarent utiliser un moyen de contraception, 5% de manière occasionnelle, et 12% pas du tout. Les moyens de contraception les plus utilisés chez les jeunes sont la pilule et le préservatif masculin sachant que certains jeunes utilisent plusieurs moyens de contraception et de prévention. Chez les étudiants ayant eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels, 19% des garçons et 31% des filles ont déclaré ne pas avoir toujours utilisé un préservatif.

En PACA, l'usage de la contraception d'urgence est déclaré par un tiers des jeunes et dans 2/3 des cas le recours à la contraception d'urgence chez les jeunes était occasionné par un problème de préservatif ou un oubli de pilule.

Avec comme objectif prioritaire la prévention des risques liés à la sexualité, le Centre Régional d'Information et de Prévention Sida a organisé en 2007, dans le cadre de la politique menée par le Conseil Régional PACA, un concours d'affiches sur la contraception. Les jeunes de moins de 25 ans de la région PACA ont été appelés à s'exprimer à travers la création d'une affiche sur le thème : **La contraception, une histoire de filles et de garçons**. Le CRIPS PACA a reçu 420 productions graphiques individuelles ou collectives et c'est au total 643 jeunes qui ont participé en envoyant leurs œuvres : 315 filles, 319 garçons (9 non précisé). La contraception, c'est donc bien une histoire de filles et de garçons. La forte participation montre un intérêt réel des jeunes vis-à-vis des questions liées à la sexualité en général et à la contraception en particulier. Les affiches réalisées permettront de continuer la diffusion du message de prévention autour de la contraception en direction des jeunes à partir d'outils conçus par les jeunes pour les jeunes.

Le pôle prévention du CRIPS PACA intervient directement auprès des jeunes, dans les Centres de Formation des Apprentis et depuis cette année dans les lycées de la région. En 2007, ces actions de sensibilisation et ces interventions de prévention ont permis de toucher plus de 7 000 jeunes scolarisés ou en formation professionnelle. Les interventions sont axées sur une éducation à la sexualité en abordant les notions de relation à l'autre, de plaisir, d'amour, de contraception, d'infections sexuellement transmissibles dont le sida ainsi qu'une approche non discriminative de l'homosexualité. C'est donc de manière plus générale un espace de parole autour de la sexualité qui est offert aux jeunes lors des interventions.

Depuis le début de l'épidémie de sida, les jeunes sont une cible privilégiée d'interventions de prévention qui ont longtemps perduré sous la forme de cours didactiques très informatifs sur les modes de transmission et l'incitation à l'utilisation du préservatif. Mais les interventions de prévention basées sur la dispensation univoque d'un message empreint d'un savoir médical n'ayant que peu d'efficacité, quel que soit le thème abordé, la prévention du sida a évolué vers un travail de réflexion sur les comportements de chacun et des formes plus participatives impliquant directement les jeunes.

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'éducation nationale. Son développement permet une approche éducative qui tient compte des enjeux de santé

publique : prévention du sida, des IST, des grossesses non désirées, des violences sexuelles. Le gouvernement s'est engagé depuis 2006 en faveur du préservatif à 20 centimes afin qu'il soit présent dans tous les lieux de formation, insistant sur l'importance du renforcement de l'accès des jeunes aux préservatifs.

Trouver le préservatif dans un maximum d'endroits de la vie quotidienne, c'est l'assurance de voir son usage devenir un réflexe. C'est vers les jeunes que doivent tout particulièrement se tourner les efforts afin que le réflexe préservatif s'acquière dès le début de la sexualité. Aussi, l'Education Nationale s'est impliquée dans l'installation des distributeurs de préservatifs à 0,20€ à travers une circulaire d'incitation adressée aux recteurs d'Académie à l'occasion du 1^{er} décembre 2006. Cependant, tous les établissements ne se sont pas encore mobilisés. Un état des lieux effectué par la direction générale de l'enseignement scolaire, fin juin 2007, montre au niveau national 874 distributeurs installés pour 2 559 lycées soit un taux moyen de 34%. Une nouvelle circulaire 2007-12 du 15 novembre du Ministère de l'Education Nationale est donc venue compléter le dispositif demandant l'installation de deux distributeurs de préservatifs à 20 centimes dans chaque établissement et ce, avant les vacances de printemps 2008.

L'adolescence constitue un temps privilégié pour la construction des représentations liées à la sexualité et cette période est propice à l'acquisition des capacités de comportements de prévention tout au long de la vie. L'action préventive doit donc se situer dans une logique d'éducation à la sexualité en tenant compte des préoccupations essentielles ayant trait à l'intimité, à la vie sexuelle et à la vie sentimentale. L'objectif principal de la prévention est de donner à la personne et à l'ensemble de la population les compétences et les moyens nécessaires à la gestion de sa santé.

Bibliographie

ADOSEN

De la prévention du sida à l'éducation à la sexualité

L'éducation au service de la santé, 2006, n°152, pp.3-13

ATHEA N, UGIDOS A

Jeunes : l'éducation sexuelle, préalable à la prévention

Santé de l'Homme (La), 2005, 379, pp. 15-17

CRIPS (Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida), Provence-Alpes-Côte d'Azur

Les principaux modèles d'interventions de prévention et leur application dans la lutte contre le sida : synthèse documentaire

Nice : CRIPS PACA, 2007, 19 p.

HCPF (Haut Conseil de la Population et de la Famille), NISAND I ; TOULEMON L

Avis du Haut Conseil de la Population et des Familles pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures

Paris : HCPF, 2006, 25 p.

INSTITUT FRANÇAIS D'OPINION PUBLIQUE

Les jeunes face au sida : représentations et comportements face à l'épidémie

Paris : IFOP, 2007, 38 p.

INSTITUT NATIONAL DE VEILLE SANITAIRE

Données de la déclaration obligatoire sida/VIH chez les enfants et les adolescents : données au 31 décembre 2006

Saint-Maurice : InVS, 2007, 24 p.

INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE

Contraception : que savent les français ?

Saint Denis : INPES, 2007, 10 p.

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

ORS Ile de France, ANRS, INPES

Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France : évolution 1992-1994-1998-2001-2004

Paris : ORS Ile de France, 2005, 204 pages.

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE PACA

Comportements de santé des étudiants de première année inscrits dans les universités de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur

RepèreSanté, 2007, n°14, 6 p.

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE PACA

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

RepèreSanté, 2006, n°10, 4 p.

SIDA INFO SERVICE

Jeunes, sexualité et prévention du VIH : étude sur les appels reçus à Sida Info Service,

Paris : Sida Info Service, 2005, 8 p.

VILAIN A, DREES

Les interruptions volontaires de grossesse en 2004

Etudes et résultats, 2006, n° 522, 8 p.

Le point sur...

Les nouvelles problématiques de la prévention

L'impact des traitements antirétroviraux

Le visage de l'épidémie de sida a beaucoup changé en vingt-cinq ans avec l'arrivée de traitements antirétroviraux puissants et efficaces. Depuis 2000, on note une recrudescence des infections sexuellement transmissibles autres que le sida due à un relâchement des comportements de prévention et l'on s'interroge à juste titre sur la possibilité d'un lien avec le succès des multithérapies. La dernière enquête sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France a mis en évidence une banalisation de la maladie avec une diminution globale de la crainte inspirée par le sida pour soi et pour les autres. Si le sida apparaissait il y a vingt ans comme une maladie mortelle très dangereuse, il fait moins peur aujourd'hui et est considéré comme une maladie chronique. Les campagnes de prévention et d'information suscitent un moindre intérêt. Le relâchement des comportements de prévention concerne les personnes potentiellement les plus exposées comme les jeunes et les multipartenaires. Les progrès considérables de la recherche thérapeutique, qui ont changé fondamentalement l'évolution de l'infection à VIH en termes de mortalité mais aussi de qualité de vie des personnes atteintes, ont un impact direct sur l'efficacité de la prévention.

Mais les multithérapies antirétrovirales soulèvent aussi un espoir concernant la **réduction de la transmission du VIH avec une charge virale indétectable**. S'appuyant sur des études épidémiologiques antérieures, l'équipe suisse du Pr Hirschel affirme, en janvier 2008, 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. Cette déclaration fait débat parmi les acteurs de la lutte contre le sida, scientifiques, associatifs, institutionnels et les personnes concernées elles-mêmes. Le raisonnement est basé sur le fait que la charge virale influence la transmission du VIH. Une charge virale plasmatique indétectable s'accompagnerait d'une suppression du virus dans le tractus génital. S'il est clair que les deux sont corrélés, le lien n'est probablement pas aussi direct.

D'autres éléments incitent à une certaine prudence : les études publiées reposent sur de petites cohortes, les couples sérodiscordants étudiés sont tous hétérosexuels, et surtout les couples n'étaient pas randomisés, ce qui aurait permis un calcul du risque de contamination.

A l'instar de l'ONUSIDA, l'ANRS ou encore le Conseil National du Sida, on peut appeler à la prudence. Toutefois, ces études sont un appui supplémentaire à la réduction des risques sexuels telle qu'elle est évoquée par une partie des acteurs associatifs. De nombreux cliniciens abordent déjà cette question dans le cadre de la consultation individuelle avec leurs patients. La déclaration suisse pose le problème de la généralisation. Comme toutes les autres pratiques qui ne concourent pas à une protection totale et efficace, l'accompagnement du message en direction du public est primordial pour éviter que cet élément de réduction des risques ne soit compensé par une prise de risques supplémentaire.

Même avec des restrictions prudentes, ces études sont un argument supplémentaire plaidant pour une bonne observance aux traitements antirétroviraux et pour une large diffusion des traitements dans les pays du Sud.

Le sérotriage

Dans le contexte actuel de relâchement des comportements de prévention, certaines personnes ont développé une pratique de réduction des risques sexuels : le « serosorting » ou sérotriage qui consiste à choisir son partenaire sexuel en fonction de son statut sérologique. Cette pratique se développe essentiellement au sein de la communauté homosexuelle masculine. Les individus y ayant recours ne se protègent pas systématiquement et entendent minimiser les risques en choisissant leur(s) partenaire(s) en fonction de leur séroconcordance. **Les personnes pratiquant le sérotriage ont recours au test de dépistage de manière itérative.** Le rapport du Conseil National du Sida note que le dispositif actuel de dépistage 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 pratiquant le sérotriage qui ont besoin à la fois d'une information récente et répétée sur leur statut sérologique mais aussi de se rassurer après des prises de risques. Le risque majeur de ces pratiques est la diminution de fréquence des tests de dépistage qui conduit vite à transformer le sérotriage en sérodevinette.

La circoncision

Les publications récentes, montrant que **la circoncision réduit substantiellement le risque d'infection à VIH chez les hommes**, ont déclenché un espoir en prévention. Ces essais randomisés montrent que la circoncision pratiquée par des professionnels médicaux qualifiés réduit de 50 à 60% l'incidence du VIH dans les groupes concernés, durée moyenne de suivi de 18 mois. La circoncision apparaît donc comme un outil de réduction des risques de transmission par relations hétérosexuelles de la femme à l'homme.

Mais cet espoir a été vite assombri par la préoccupation que la diminution du risque soit compensée par l'augmentation de comportements à risques suscités par une moindre perception du risque VIH. Dans les deux groupes (circoncis et non circoncis) de nouvelles contaminations ont eu lieu malgré une incitation à l'usage du préservatif. On peut penser que même si l'homme circoncis a moins de risque, l'exposition répétée va le conduire à s'infecter.

L'ONUSIDA et l'OMS recommandent en mars 2007 que la circoncision soit encouragée dans le cadre des stratégies globales de prévention du VIH, en informant les personnes que la circoncision ne confère qu'une protection partielle et qu'il est nécessaire d'utiliser des mesures efficaces de protection contre le VIH comme les préservatifs.

L'avis du Conseil National du Sida en mai 2007 précise que la circoncision est un moyen de réduction des risques dans les pays de forte endémie dans le cadre d'une stratégie élargie de santé publique et ne peut pas constituer un moyen de prévention individuelle. Aucune donnée n'est disponible en ce qui concerne l'incidence de la circoncision dans la transmission du VIH lors de rapports homosexuels.

Une grande vigilance doit être accordée aux répercussions possibles sur les femmes en s'interrogeant sur un possible renforcement de leur vulnérabilité avec une difficulté accrue

à négocier l'utilisation du préservatif face à des hommes se sentant protégés (par la circoncision). Il convient donc de poursuivre recherche et surveillance sur une durée plus importante afin de mieux cerner l'impact que pourrait avoir la circoncision sur la dynamique de l'épidémie de VIH dans les pays de forte endémie.

L'infection par le VIH évolue aujourd'hui en France selon un mode endémique plus qu'épidémique. Néanmoins les nouvelles contaminations ne baissent qu'à la marge et 6 à 7 000 personnes se contaminent chaque année. Le nombre important de personnes vivant avec le VIH, qui va continuer à augmenter, peut être à l'origine de nouvelles flambées épidémiques. Les données récentes montrent incontestablement un relâchement des protections individuelles. Dans ce contexte, le maintien d'une politique de prévention apparaît fondamental, en adaptant les actions de prévention en direction de certaines communautés, en tenant compte de la féminisation de l'épidémie et en luttant contre les discriminations dont sont victimes les personnes séropositives. Il s'agit de construire une prévention qui valorise les comportements de solidarité, de responsabilité et de citoyenneté.

Bibliographie

ACT UP PARIS

Sérotriage, what's up ?

Action, 2007, n° 108, pp. 4-6

AUVERT B, TALJAARD D, LAGARDE E et al.

Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1625 trial

PLoS Medicine, 2005, vol.2, n° 11, pp. 1112-1122

BAILEY R, MOSES S, PARKER C et al.

Male circumcision for HIV prevention in young men in Kusumu, Kenya: a randomised controlled trial

Lancet, 2007, vol.369, pp. 643-656

BENKIMOUN P

Circoncision et santé publique

TranscriptaseS, 2006, n° 129, pp. 19-20

BERNEDE M, N'SONDE V

Circoncision et VIH : dossier

Transversal, 2007, n° 37, pp.16-21

CASTILLA J, DEL ROMERO J, HERNANDO V et al

Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV,

Journal of AIDS, 2005, 40, pp. 96-101.

CONSEIL NATIONAL DU SIDA

Avis sur la circoncision : une modalité discutable de réduction des risques de transmission du VIH

Paris : Conseil National du Sida, 2007, 5 p.

CONSEIL NATIONAL DU SIDA

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

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

CSETE J

Circoncision et prévention du VIH : un défi de droits humains et de santé publique

Revue VIH/sida, droits et politiques, 2007, vol.12, n°1, pp. 4-11

DE BUSSCHER P-O

Le "sérotriage", une hypothèse tangible

TranscriptaseS, 2007, n°132, pp. 22-23

GRAY R, KIGOZI G, SERWADDA D et al.

Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial

Lancet, 2007, vol.369, pp. 657-666

MELO M, VARELLA I, NIELSEN K et al.

Demographic characteristics, sexual transmission and CD4 progression among heterosexual HIV-1 serodiscordant couples followed in Porto Alegre - Brazil

Toronto : 2006, 16th International Conference AIDS, TUPE 0430.

NEWELL M-L, BÄRNIGHAUSEN T

Male circumcision to cut HIV risk in the general population

Lancet, 2007, vol.369, pp. 617-619

ONUSIDA, OMS

Circoncision et prévention du VIH : conséquences des recherches sur les politiques et les programmes

Montreux : ONUSIDA/OMS, 2007, 12 p.

ORS ILE DE FRANCE, ANRS, INPES

Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France : évolution 1992-1994-1998-2001-2004

Paris : ORS Ile de France, 2005, 204 p.

QUINN TC, WAWER MJ, SEWANKAMBO N et al.

Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group

New England Journal of Medicine, 2000, 342 : pp. 921-929

RENNIE S, MUULA A, WESTREICH D

Male circumcision and HIV prevention: ethical, medical and public health tradeoffs in low-income countries

Journal of Medical Ethics, 2007, n°33, pp. 357-361

SAWIRES S, DWORKIN S, FIAMMA A et al.

Male circumcision and HIV/AIDS: challenges and opportunities

Lancet, 2007, vol.369, pp. 708-713

SICONOLFI DE, MOELLER RW

Serosorting

Bulletin of Experimental Treatments for AIDS, Winter 2007, pp.45-49

Programme 15

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

Le point sur...

La prise en charge et le traitement de l'infection à VHC

Le congrès de l'Association Européenne pour l'étude du foie en avril 2007, a permis de faire le point sur les pistes de recherche concernant le traitement de l'hépatite C. En attendant le développement de nouvelles molécules comme les inhibiteurs des enzymes virales (protéases et polymérasés), l'optimisation des traitements actuels et l'adaptation des schémas thérapeutiques sont devenues nécessaires pour traiter l'hépatite C et permettent d'individualiser chaque traitement en l'adaptant au génotype du virus, aux facteurs prédictifs de réponse et aux résultats des traitements.

Malgré des progrès importants réalisés ces dernières années pour la prise en charge de l'hépatite chronique C, le traitement est long et entraîne de nombreux effets secondaires ainsi que des complications multiples qui peuvent entraîner son interruption.

- ***Différents facteurs prédictifs de réponse au traitement***

Il existe différents facteurs pouvant entraîner une mauvaise réponse au traitement. Parmi ces facteurs on peut noter la nature du virus, le génotype 1 étant beaucoup plus pathogène que les autres, mais aussi l'âge tardif de la contamination, le sexe masculin, la consommation d'alcool, même modérée, la coinfection avec le VIH et l'usage de drogues injectables. Un problème d'obésité ou d'insulino-résistance ou des troubles psychiatriques peuvent aussi avoir une influence négative sur l'évolution du traitement.

A l'inverse, une charge virale initiale faible et/ou une fibrose peu sévère sont des facteurs prédictifs de bonne réponse au traitement. L'observance est également un facteur clé. La prise en charge d'un malade atteint du VHC doit donc être globale et anticiper les difficultés éventuelles notamment d'ordre psychologique et diagnostiquer rapidement les effets secondaires. La motivation du patient et celle de son entourage pour la mise en œuvre du traitement sont aussi à prendre en compte et le dialogue entre médecin et patient est primordial.

- ***Les indications de traitement***

Dans l'optique d'un traitement antiviral, il faut rechercher le génotype du VHC et préciser le degré d'atteinte hépatique par la ponction biopsie hépatique à partir du score Métavir. La classification Métavir regroupe deux items permettant d'évaluer l'activité inflammatoire de A0 à A3, et l'état de la fibrose de F0 à F4.

Le traitement est indiqué lorsque les lésions de fibrose sont modérées ou sévères (score Métavir au moins F2) ou si l'activité est modérée ou sévère (score Métavir au moins A2).

Au stade de primo-infection, avec ou sans hépatite aiguë, le traitement peut également être préconisé pour permettre d'éviter le passage à la chronicité. On applique cette démarche en particulier dans les accidents professionnels d'exposition au sang.

L'objectif premier du traitement est l'éradication du virus (définie par un ARN-VHC < 100 copies/ml six mois après l'arrêt du traitement). Un deuxième objectif est de prévenir, stabiliser ou faire régresser les lésions hépatiques sans que l'on parvienne à éradiquer le virus.

Le traitement de référence de l'hépatite chronique virale C est aujourd'hui une association : interféron pégylé $\alpha 2a$ ou $\alpha 2b$ et ribavirine. Pour les patients infectés par le génotype 1, la durée du traitement est de 48 semaines avec un taux de réponse virologique prolongée (guérison) de 40 à 50%. Celle des patients infectés par les génotypes 2 et 3 est de 24 semaines avec un taux de réponse virologique prolongée de 70 à 80%, de 60% pour le génotype 4.

- **Comment évaluer la fibrose**

Quand la fibrose atteint le stade de cirrhose, elle s'accompagne d'un risque élevé de carcinome hépatocellulaire. L'indication des traitements antiviraux va dépendre du stade d'avancement de la fibrose. Trois outils sont actuellement disponibles pour évaluer le stade d'avancement de la fibrose : la biopsie, les tests sanguins et le Fibroscan®.

La ponction biopsie hépatique (PBH) est une intervention par laquelle on introduit une aiguille sous les côtes à travers la peau pour ponctionner un petit bout de foie. Elle reste l'examen de référence pour apprécier la gravité de l'atteinte du foie et permettre une décision thérapeutique. Elle est invasive pour les malades et d'un coût important. La fiabilité pose problème en raison de la petite taille de l'échantillonnage et il peut exister un problème d'interprétation. La biopsie ne doit pas être proposée si la décision de traiter ne dépend pas du résultat histologique ou s'il n'y a pas de proposition de traitement à court terme ou si la décision de traitement est déjà prise.

Les tests sanguins donnent une idée dynamique du remodelage de la matrice extracellulaire. Les marqueurs sériques sont une alternative à la biopsie hépatique. Ces tests sont de deux générations : les marqueurs directs correspondent au dosage d'une molécule directement impliquée dans la structure de la fibrose et les marqueurs indirects reflètent plutôt des conséquences de cette fibrose. Les tests sanguins sont bien adaptés au dépistage d'une fibrose et au suivi alors que la PBH a encore toute sa place dans le bilan initial d'une hépatite chronique C.

Le Fibroscan® (sorte d'échographie) fondé sur l'élastographie impulsionnelle ultrasonore, est une méthode physique non invasive permettant d'étudier uniquement la fibrose. Elle ne donne pas d'indication sur l'activité nécrotico-inflammatoire. Il est possible de coupler un marqueur sérique et le Fibroscan® ce qui rend la performance diagnostique supérieure et constitue un progrès certain pour l'évaluation initiale de l'atteinte hépatique et pour la surveillance des patients.

En décembre 2006, la Haute Autorité de Santé a évalué les alternatives à la PBH capables de mesurer la fibrose/cirrhose hépatique de manière non invasive. A l'issue de cette évaluation, deux méthodes non invasives ont été validées dans l'hépatite C chronique non traitée sans comorbidité : le Fibroscan® et le Fibrotest®. La Haute Autorité de Santé estime dans cette indication que le service attendu est suffisant et émet un avis favorable à leur inscription à la liste des actes remboursés, article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

- ***Des pistes pour une individualisation du traitement***

La durée du traitement a été fixée de façon univoque en fonction du génotype sans réellement tenir compte de la cinétique individuelle de décroissance virale sous traitement. Or, l'existence d'une réponse virologique précoce, définie par l'obtention d'une virémie indétectable, est un facteur clé pour prédire une bonne réponse au traitement d'après différentes études. Ainsi, l'analyse dès la quatrième semaine de traitement de la décroissance du taux de l'ARN viral permettrait d'individualiser le traitement de chaque malade.

La guérison dépend de l'existence et de la précocité de la réponse virologique, définie par l'obtention, sous traitement, d'une virémie indétectable. Pour mieux évaluer le délai nécessaire pour obtenir cette réponse, il est indispensable d'utiliser une mesure quantitative très sensible de l'ARN virale. L'individualisation éventuelle du traitement en fonction de la décroissance virale dès la quatrième semaine doit être conditionnée à l'utilisation d'un test quantitatif sensible comme la PCR en temps réel.

L'observance du traitement reste fondamentale surtout pendant les 12 premières semaines. La diminution de la durée des traitements quelque soit le génotype pourrait exposer à des rechutes plus fréquentes (dans les 3 mois qui suivent le traitement). L'augmentation de la durée du traitement en fonction du délai d'obtention d'une virémie indétectable devrait permettre d'obtenir une efficacité maximale du traitement actuel qui restera la base thérapeutique de l'hépatite chronique C pour de nombreuses années.

Bibliographie

ASSELAH T

Hépatite C chronique : les stratégies thérapeutiques actuelles

Journal du Sida, n° 199, 2007, pp. 13-16

BILLOIR T

3èmes Journées Prospect'H : individualiser les traitements

Réseaux Hépatites, n° 45, 2007, pp. 20-21

CRIPS PACA

L'infection par le VHC

Marseille : CRIPS PACA, 2007, 26 p.

FONTANGES T

Réponse au traitement antiviral C : Quels facteurs de prédictibilité ?

Réseaux Hépatites, n° 44, 2007, pp. 14-16

INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE, MINISTERE DE LA SANTE

Hépatite C, dépistage, clinique, prise en charge à l'intention des médecins

Saint Denis : INPES, 2007, 55 p.

INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE, MINISTERE DE LA SANTE

Hépatite C, dépistage, clinique, prise en charge à l'usage des patients

Saint Denis : INPES, 2007, 73 p.

OUZAN D

Comment obtenir une efficacité maximale du traitement actuel de l'hépatite chronique virale C ?

Gastroentérologie clinique biologique, n°31, 2007, pp. 573-577

Rencontres Sainte Marguerite : VIH et foie

Coinfections VIH et hépatites : 15-16 novembre, Palais du Pharo, Marseille

Marseille, 2007, cédérom

VALERIS C

Hépatite C : nouvelles du front

Info Traitements, n° 156, 2007, pp. 2-5

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 : www.lecrips.net/paca/