



## ***Rapport adopté par le Conseil national lors de la session de février 2019 :***

### ***VIH, VHC, IST***

#### ***Du constat de la nécessité de promouvoir de nouvelles actions de prévention et d'information pour la santé publique***

##### **Introduction**

Le Conseil National de l'Ordre des médecins avait invité le 28 Mai 1988 le Pr Montagnier directeur du service d'oncologie virale à l'Institut Pasteur.

Le Professeur Montagnier citait parmi les co-facteurs, c'est à dire à la fois les facteurs liés à notre civilisation et les facteurs biologiques :

- Les transfusions sanguines jusqu'en 1985,
- Le traitement des hémophiles,
- Les changements en matière de sexualité, et particulièrement d'homosexualité,
- La toxicomanie par voie intra-veineuse favorisant la dissémination du VIH...

Le Professeur Montagnier rappelait que le nombre de cas de SIDA augmentait encore considérablement : doublement du nombre de cas par an, dans les principaux pays touchés. En revanche, il relevait un net ralentissement du nombre de personnes nouvellement infectées, depuis que le phénomène était mieux connu et les mesures de préventives appliquées.

Interrogé sur les perspectives en matière thérapeutique et plus particulièrement sur la mise au point d'un vaccin, il répondait qu'il s'agissait d'une opération difficile et de longue durée du fait que le virus avait évolué pour échapper au système immunitaire, en particulier humoral.

Depuis cette intervention, notre Institution a produit 5 rapports sur ce sujet :

- Mars 1996 : Docteur Grunwald : « contaminations soignants-soignés par le VIH » ;
- Décembre 1996 : recommandations du CNOM : « l'opérateur, les virus, le risque de contamination des patients » ;
- Octobre 1997 : Docteur Marcelli : « conduite à tenir après blessure accidentelle d'un soignant en contact avec un produit sanguin dans le cadre des maladies virales » ;
- Novembre 2002 : Pr Langlois : « la contamination de patients » ;
- Septembre 2003 – Mars 2005 : Docteur Mornat : « virus, médecin, malades ».

Ces rapports avaient pour objectif de rappeler aux médecins les règles de prévention à mettre en place pour éviter d'être contaminés par un patient, la conduite qu'ils devaient adopter quand leur patient était porteur du VIH, VHC ou VHB et les recommandations que le CNOM pouvait faire dans la situation où un médecin était contaminé et concernant son avenir professionnel.

Dix ans après l'adoption du dernier rapport, notre Institution a été amenée à se positionner sur les tests mis à la disposition des personnes (auto-tests et TROD) et à réfléchir sur la problématique de la notification aux partenaires dans le but d'accélérer le processus de prévention des populations à risque.

30 ans après la Conférence du Professeur Montagnier, il est nécessaire de faire le point sur les progrès médicaux dans le cadre de la prise en charge des malades atteints de ces pathologies virales, de présenter les différentes structures qui travaillent sur ces pathologies et qui prennent en charge les patients.

La détection précoce du VIH chez un individu permet de le prendre en charge médicalement rapidement par des traitements innovants. Ces nouveaux traitements évitent aux patients de développer le SIDA et leur permettent de mener une vie presque normale.

La recherche scientifique a permis de mieux prendre en charge depuis les malades ; on relève néanmoins un net recul parmi les jeunes populations du suivi des mesures de prévention, du fait de l'idée fautive véhiculée qu'aujourd'hui, on peut guérir de la maladie et de l'absence de campagnes de prévention ciblées.

Si les messages de prévention ont reçu un écho très positif chez certaines populations à risque (homosexuels et toxicomanes) au début de la découverte de la maladie, car l'espoir de guérison était très faible, aujourd'hui les jeunes générations se sentent moins concernées par la dangerosité de ce virus, pensant à tort que l'on guérit du SIDA.

Dans le même esprit, les autres maladies virales VHB et VHC, moins connues du grand public, sont en nette augmentation en France, entraînant pour les malades porteurs de ces pathologies des conditions de vie difficiles.

Enfin, force est de constater que la recrudescence des maladies sexuellement transmissibles sont en très forte progression en France et qu'elle « touche » essentiellement les jeunes générations ; là encore, le manque d'information et de communication sur ces IST risque d'entraîner une multiplication de ces maladies dans la population française.

On ne peut que regretter que les messages de prévention ne soient plus d'actualité en France, comme si ces maladies étaient éradiquées sur notre territoire.

Il est donc opportun de s'interroger sur les conséquences pour la santé publique de la recrudescence des IST en France et sur le rôle du médecin pour informer et prendre en charge les patients.

Le CN du Sida et des hépatites virales a adopté un avis le 19 Janvier 2017 à la suite d'une saisine de la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement et de la recherche et la ministre en charge des affaires sociales et de la santé en 2016 sur la définition de nouvelles orientations dans le cadre de la prévention et de la lutte contre les IST chez les adolescents et les jeunes adultes, dans un contexte d'augmentation de l'incidence des IST (dont le VIH) chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans, y compris chez les adolescents (15 à 19 ans), celles-ci entraînant des conséquences importantes en termes de santé individuelle, physique et psychique et de santé publique.

La première partie de ce rapport fera un état des lieux du VIH en France, en Europe et dans le monde. La même analyse sera faite pour le VHC et les IST avec des données statistiques permettant d'appréhender la situation française.

Dans une seconde partie, il conviendra de s'interroger sur le rôle du médecin dans le cadre de la prévention de ces pathologies : comment atteindre les jeunes générations pour les inciter à consulter et à bénéficier d'un dépistage précoce.

La 3ème partie de ce rapport reprendra les conclusions des anciens rapports adoptés par notre Institution. Les réponses que notre Institution avait apportées sur l'exercice des médecins porteurs d'une pathologie virale doivent être réexaminées afin de savoir si elles sont toujours en adéquation avec les procédés thérapeutiques actuels.

## SOMMAIRE

<b>PARTIE I – VIH et IST : État des lieux</b> .....	<b>6</b>
A – VIH en France .....	6
1 - L'Etat des lieux de séropositivité VIH en France.....	6
2- Les modes de transmission.....	9
3- Le VIH régional et territorial.....	10
4 - Le VIH en Île-de-France .....	11
5 - Le VIH dans les Dom Com .....	13
6 - Le SIDA.....	18
B- VHC en France .....	20
1- Mode de transmission .....	21
2- Dépistage.....	21
3- Eradication du VHC d'ici à 2025.....	22
4- Rôle du médecin dans cette nouvelle politique.....	23
5- Un dépistage pour les professionnels de santé qui doit être fait à l'hôpital sous peine de sanctions .....	23
C- IST .....	24
1- Syphilis précoce (de moins d'un an).....	25
2- Gonococcies .....	27
3- Infections à Chlamydia .....	29
4- IST chez les jeunes.....	30
<b>PARTIE II - LE ROLE DU MEDECIN DANS LE CADRE DE LA PREVENTION DE CES PATHOLOGIES</b> .....	<b>31</b>
I- La prévention et la prise en charge.....	31
A- Les outils de la prévention VIH-SIDA /IST .....	31
1- Les dépistages.....	31
a. Le prélèvement sanguin (Elisa 4ème génération) .....	32
b. Le test rapide à orientation diagnostique (TROD) .....	33
c. Autotest de dépistage de l'infection par le VIH (ADVIH).....	35
2- La prévention par les traitements antirétroviraux .....	37
a. Le traitement post-exposition ou TPE .....	37
b. Le traitement comme prévention (TasP) .....	37
c. La prévention : la prophylaxie pré-exposition (PrEP) .....	37
3- La déclaration obligatoire en ligne (e-DO) .....	38
a. Echelon local : les déclarants.....	39

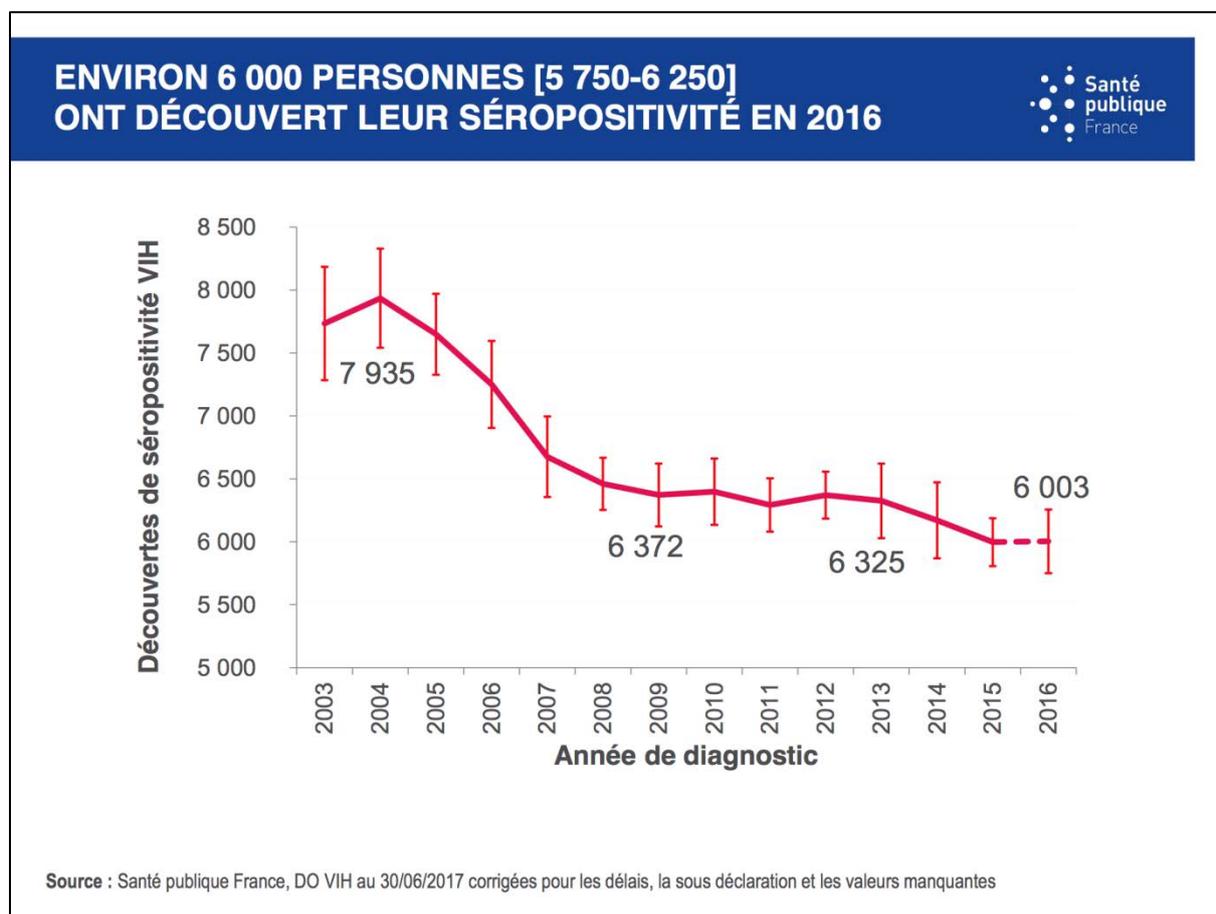
b.	Echelon régional : Les Agences régionales de santé (ARS) et les médecins désignés par le directeur général de l'Agence régionale de santé.....	39
c.	Echelon régional (Cire) et national (Santé publique France) .....	40
4-	Les structures de Dépistage et de Diagnostic.....	41
a.	Le Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) .....	41
b.	Autre structure de dépistage.....	43
<b>B –</b>	<b>Hépatite C .....</b>	<b>43</b>
a.	Les problématiques à résoudre en fonction des malades à prendre en charge...43	
b.	Place du médecin généraliste .....	44
c.	Dépistage chez les professionnels de santé pour éviter la contamination.....	46
<b>II –</b>	<b>Prise en charge médicale.....</b>	<b>46</b>
<b>A -</b>	<b>La prise en charge des personnes infectées VIH/ SIDA .....</b>	<b>46</b>
a.	Les ressources hospitalières.....	46
b.	La prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH.....	46
<b>B-</b>	<b>Hépatite C : prise en charge médicale.....</b>	<b>47</b>
a.	Des populations fragiles.....	47
b.	Evolution du traitement .....	49
c.	Co-infection VIH/VHC .....	49
d.	Les déterminants de santé.....	50
<b>III -</b>	<b>Une prévention accrue nécessaire pour les jeunes.....</b>	<b>51</b>
1-	Un état des lieux inquiétant en termes de santé publique.....	51
2-	Structures et dispositifs en faveur des jeunes.....	54
3-	Accès aux préservatifs dans les établissements scolaires, de l'enseignement supérieur et de formation professionnelle .....	55
4-	Offre dématérialisée de prévention et de dépistage.....	56
5-	L'offre de dépistage en ligne .....	57
<b>Partie III –</b>	<b>RAPPORTS 1996 à 2005 VS 2018.....</b>	<b>59</b>
1.	Conclusions des anciens rapports .....	59
2.	Evolution de réponses .....	61

# PARTIE I – VIH, VHC et IST : État des lieux

## A – VIH en France

### 1 - L'Etat des lieux de séropositivité VIH en France

En France, actuellement, plus de 153 000 personnes vivent avec le VIH\*. En 2016, le nombre de découvertes de séropositivité VIH était de 6003 personnes, ce nombre a baissé de 24,3% par rapport à 2004.



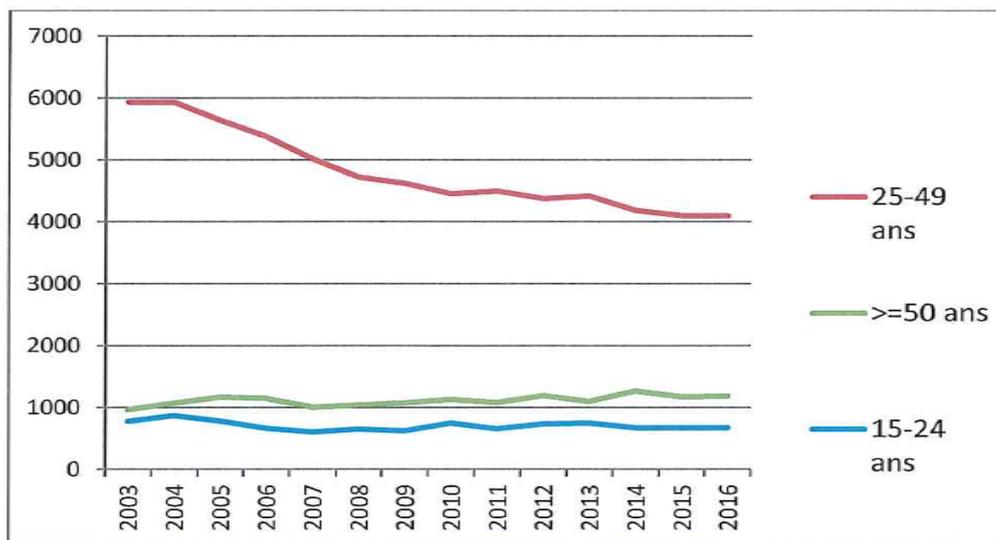
(\* VIH.org)

Sur les 6003 personnes ayant découverts leur séropositivité en 2016, les 15/ 24 ans représentent 11% des cas. 47% d'entre eux sont nés à l'étranger et plus particulièrement en Afrique Subsaharienne. La part des jeunes usagers de drogues contaminés est quasiment nulle.

Les séniors sont dans la même configuration que les 15-24 ans. Ceux sont essentiellement des hommes et des femmes hétérosexuels nés à l'étranger. Ils proviennent également pour la plupart d'Afrique Subsaharienne.

Comme les 15-24 ans, ils sont diagnostiqués à un stade avancé de la maladie.

**Nombre de découvertes de séropositivité VIH par classe d'âge, France, 2003-2016**

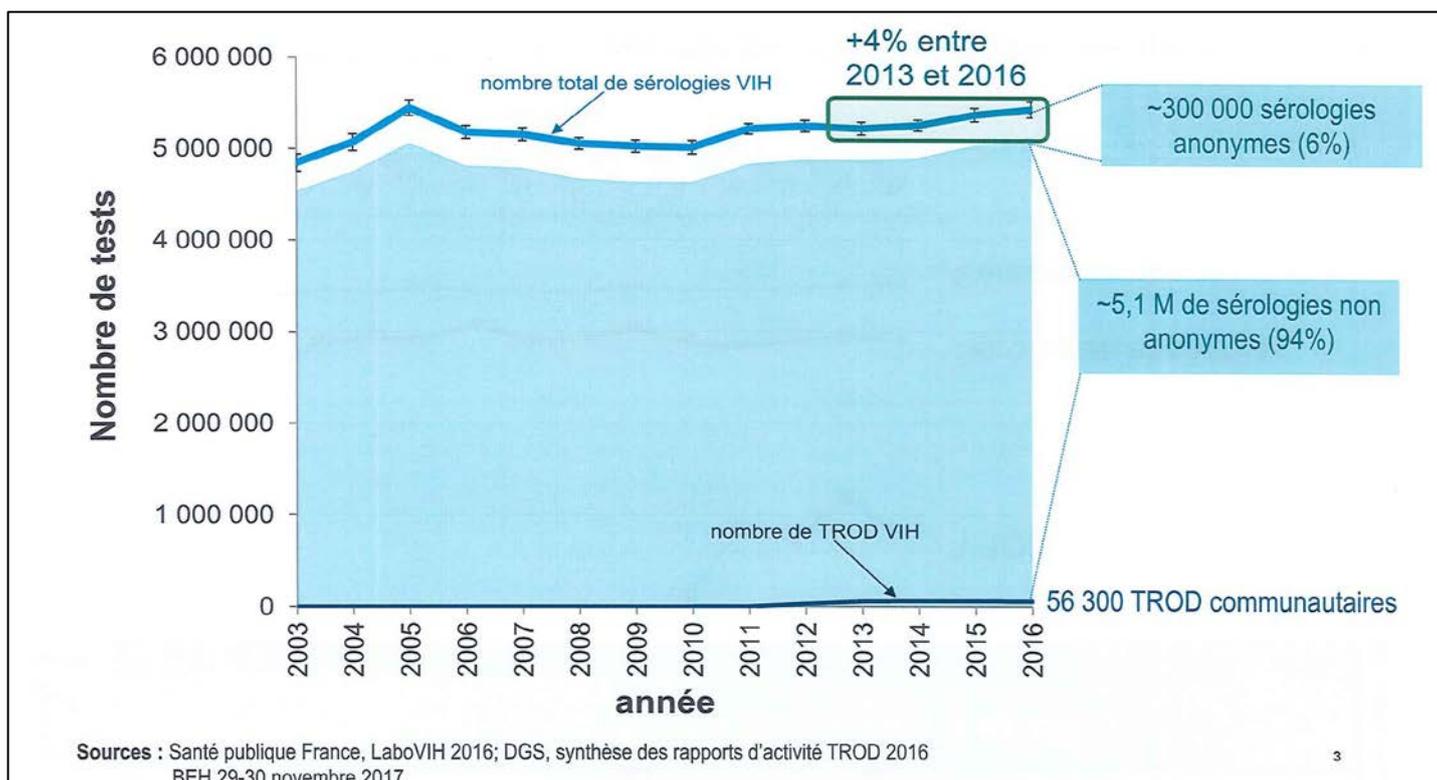


Sources : Santé Publique France – Données au 31 janvier 2018

En 2016, 5,4 millions de sérologies ont été réalisées dans les laboratoires de biologie médicale (3/4 réalisées par des laboratoires de ville), ce nombre a augmenté de 4% par rapport à 2013.

On constate que l'augmentation de sérologie est plus marquée dans les départements d'Outre-Mer. En 2016, on comptabilisait environ 180 sérologie/ 1000 habitants en Guyane et en Guadeloupe, 148 en Martinique et 112 en Ile de France\*.

Le nombre de TROD communautaires réalisés en 2016 reste faible (56 300) ainsi que le nombre d'autotests vendus en pharmacie. Ces autotests étant en vente libre, il est difficile de connaître la population qui les utilise.



(\* Point épidémiologique – Infection par le VIH et les IST bactériennes)

## 2- Les modes de transmission

Les populations clés les plus exposées au risque d'infection à VIH sont au nombre de 3.

### a. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)

En 2016, environ 2600 HSH ont découvert leur séropositivité VIH, ce qui représente 44% de l'ensemble des découvertes. Parmi eux, 19% sont nés à l'étranger.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces taux de séropositivité importants.

- Premièrement, le nombre de HSH bénéficiant de la PreP reste trop faible pour avoir un réel impact sur la baisse de la contamination.
- Deuxièmement, on note que les découvertes de séropositivité se font à un stade avancé de la maladie pour 18% d'entre elles. 26% des HSH ayant découverts leur séropositivité n'avaient jamais été diagnostiqués avant, alors que selon les recommandations de la HAS le dépistage de cette population était d'au moins un par an. (En 2017, un dépistage tous les 3 mois).

### b. Les utilisateurs de drogues par injection (UDI)

Les usagers de drogues par injections sont à 75% des hommes dont 59% sont nés à l'étranger, principalement en Europe de l'Est et du Centre. Ils sont très souvent diagnostiqués à un stade avancée de la maladie ce qui retarde leur prise en charge médicale (43% en 2016).

La HAS recommande que les UDI procèdent à un dépistage tous les ans.

### c. Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes

En 2016, 2300 personnes hétérosexuelles nées à l'étranger ont découvert leur séropositivité.

80% d'entre elles proviennent d'Afrique subsaharienne et sont essentiellement des femmes (63%). Les hommes de cette population sont diagnostiqués à un stade plus avancé de la maladie.

Selon l'OFII (Office français de l'Immigration et de l'Intégration), les personnes migrantes issues d'Afrique Subsaharienne découvrent leur séropositivité environ deux ans après leur arrivée sur le territoire français. Les femmes sont souvent diagnostiquées lors d'une grossesse.

Chez les personnes originaires de zones de forte prévalence à l'infection VIH, notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes, la HAS recommande un dépistage annuel.

Par ailleurs, l'étude Afro-Baromètre 2016 publiée dans le BEH du 1<sup>er</sup> décembre 2017, relève que la prévalence du VIH est très élevée dans la communauté HSH afro-caribéenne.

([http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/29-30/2017\\_29-30\\_3.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/29-30/2017_29-30_3.html))

### 3- Le VIH régional et territorial

En 2016, le taux de découvertes de séropositivité était de 90 par million d'habitants.

On remarque que ce taux est plus élevé en Ile de France et dans les Départements d'Outre-Mer. La Guyane est particulièrement touchée ce qui s'explique par des facteurs socio-économiques, et géographiques.

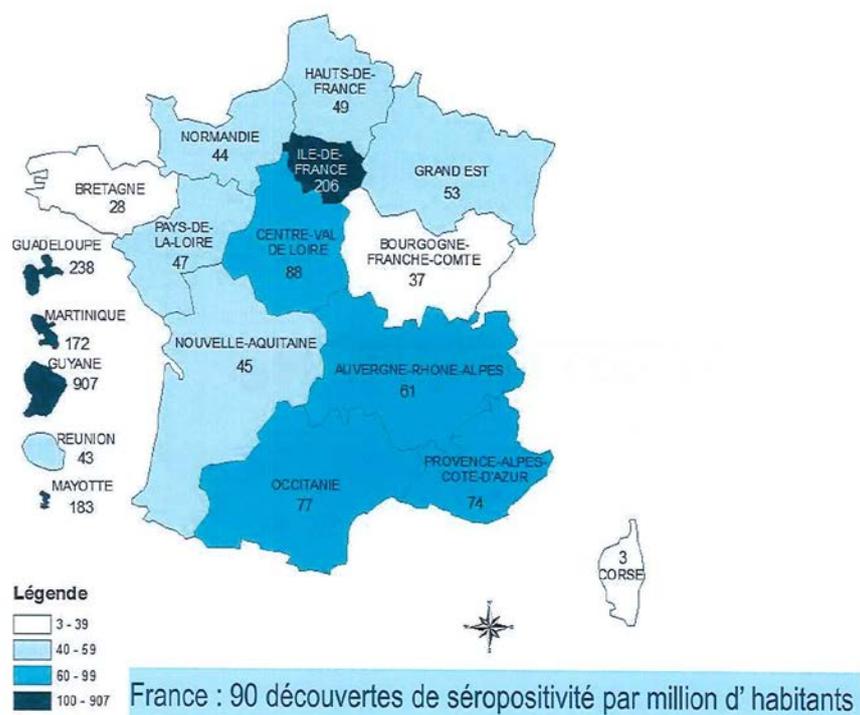
On observe également que 4 grandes régions métropolitaines ont un taux élevé, à savoir :

- Le Centre Val de Loire
- Auvergne- Rhône Alpes
- l'Occitanie
- Provence-Alpes-Côte-D'azur

Entre 2013 et 2016, le taux de découverte de séropositivité\* n'a pas baissé significativement : de 2 700 à 2 500 cas en Ile de France, de 2 960 à 2 870 en métropole hors Ile de France et de 508 à 488 dans les DOM.

En 2016, la région l'IDF a concentré toujours 42% des découvertes de séropositivité VIH pour 18% de la population et les DOM 8% pour 3% de la population.

(\* Santé publique France Point épidémiologique - Infection par le VIH et les IST bactériennes - 28/11/2017)

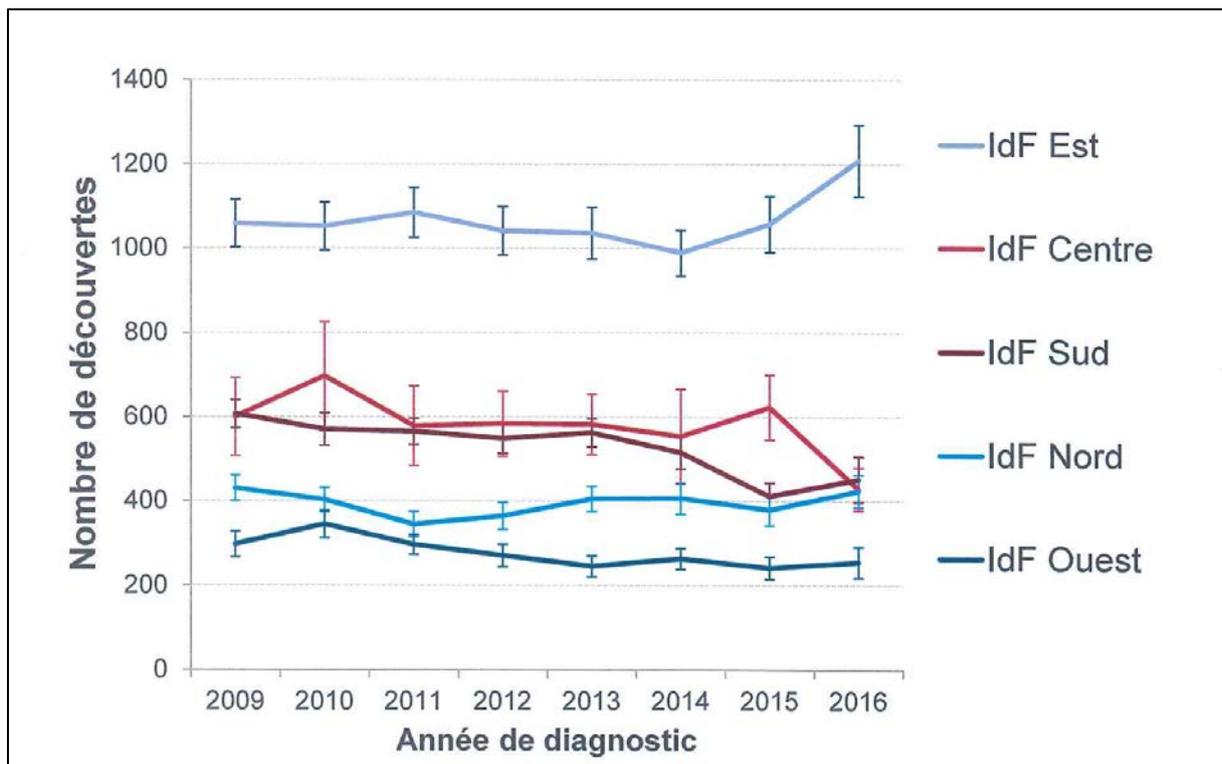


Source : Santé publique France, DO VIH au 30/06/2017 corrigées pour les délais, la sous déclaration et les valeurs manquantes

#### 4 - Le VIH en Île-de-France

La région Ile de France est la région de France Métropolitaine la plus touchée par l'épidémie de VIH.

On constate une disparité entre les 8 départements de cette région. Le département de Paris est celui où le nombre de dépistage annuel est le plus élevé environ 200 par an. Viennent ensuite les départements de la petite couronne (92, 93, et 94) : 100 /an et enfin les 4 départements de la grande couronne (77, 78, 91,95) : moins de 100 par an.



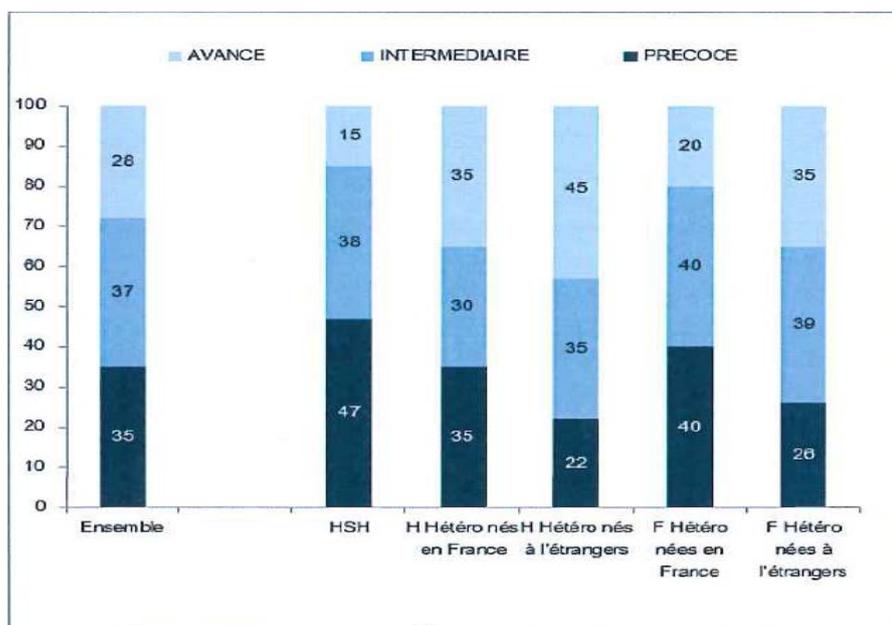
Source : Santé publique France, DO VIH au 30/06/2017, données corrigées pour les délais, la sous déclaration et les valeurs manquantes

En 2016, en Ile de France 206 découvertes de séropositivité par million d'habitants ont été détectées.

La Seine St Denis arrive en seconde position avec une légère baisse en 10 ans (2006/2016).

La baisse du nombre de cas s'observe dans tous les départements et pour toutes les populations qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes hétérosexuels nés en France ou l'étranger ainsi que de HSH.

Malgré le nombre important de dépistages annuels, en 2016, les découvertes de séropositivité à un stade avancé représentent 28% des cas.



Sources : Bulletin Cire - ORS - Île-de-France | décembre 2017 | numéro 1 |

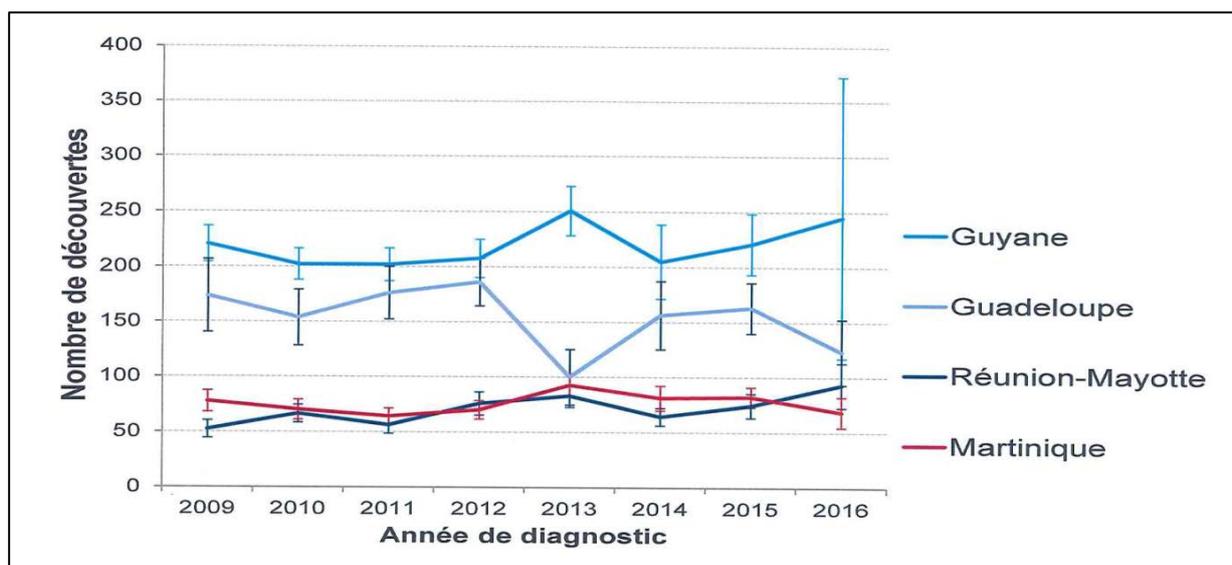
## 5 - Le VIH dans les Dom Com

La région des Antilles (Guadeloupe, Martinique, Guyane) est la région la plus touchée par l'épidémie de VIH après l'Île de France. Cela s'explique en partie par des facteurs, socio-économiques défavorables (taux de chômage élevé, précarité ...) et par des facteurs sociologiques et géographiques.

Les hommes d'origine française âgés entre 25 et 49 ans sont les plus touchés en Guadeloupe et Martinique, alors qu'en Guyane il s'agit majoritairement d'hommes et de femmes originaires d'Haïti.

Selon les données épidémiologiques disponibles, les taux de découverte de séropositivité sont de 7,9 pour 1000 habitants en Guyane, de 2 pour 1000 en Martinique et de 1,9 pour 1000 en Guadeloupe.

On note une légère diminution de ce taux sur les 10 dernières années mais cela ne fait que mettre en perspective le réel déficit en matière de prévention dans ces territoires. En 2016, le COREVIH Guadeloupe-St Martin a annoncé une baisse de 31 % en Guadeloupe.



Source : Santé Publique France, DO VIH au 30/06/2017, données corrigées pour les délais, la sous déclaration et les valeurs manquantes

## Préservatifs et dépistage

On note que l'utilisation du préservatif reste stable, bien qu'une légère augmentation de son utilisation soit notée chez les personnes à risques d'infection par le VIH.

L'usage du préservatif est plus fréquent chez les jeunes générations et chez les femmes. L'enquête KABP 2011 rapporte qu'en 2011, 47,8 % des hommes en avaient utilisé au cours des 12 derniers mois, contre 32,6 % des femmes.

Les femmes ont tendance à utiliser le préservatif plus comme un moyen de contraception plutôt que comme moyen de prévention.

Selon l'enquête KABP 2011, depuis 2004, bien que le nombre de dépistage ait augmenté dans ces territoires, il n'est pas assez ciblé et reste faible.

Les femmes sont plus nombreuses à se faire dépister. Elles ont accès plus facilement au dépistage notamment dans le cadre de leur grossesse. On note que chez les hommes, ce sont les 18/24 ans qui ont le plus recours au dépistage.

Tout comme l'utilisation du préservatif, le recours au dépistage reste insuffisant chez les populations à risque.

La Guyane et les Antilles françaises se caractérisent par un recours important aux rapports sexuels payés et multipartenaires.

En 2011, les femmes et les hommes de ces territoires déclarent avoir eu plus de rapports tarifés qu'en 2004.

Ces 2 pratiques (rapports tarifés et multi-partenariat) peuvent s'expliquer par la prédominance, dans ces territoires, de familles monoparentales et plus particulièrement de familles dites « matrifocales ».

Les femmes consolident leur statut en utilisant leur sexualité comme un pouvoir économique, leur permettant de subvenir aux besoins de leur foyer.

Les hommes, quant à eux, utilisent leur sexualité pour consolider leur image, leur réputation.

On constate également dans ces territoires d'Outre-Mer un haut niveau de violences sexuelles. Et une opinion conservatrice vis-à-vis du VIH et des personnes atteintes de cette maladie.

Dans l'extrait de l'Avis et recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST en Guyane et dans les Antilles françaises du CN Sida de janvier 2018, on peut lire que :

*« Enfin, les représentations sociales du VIH/sida paraissent particulièrement connotées. Les données de l'étude KABP 2011 rappellent que la crainte du VIH/sida est toujours extrêmement forte dans les territoires de Guyane et des Antilles françaises.(...) Le VIH/sida apparaît associé à une image relativement ancienne de l'infection, qui évoque la mort, la*

*dégradation physique et le rejet social. Les représentations sociales du VIH/sida semblent, comme en métropole, fondées sur « une présomption de l'altérité de cette maladie et des malades », en disjonction complète avec les savoirs d'experts et les progrès thérapeutiques.*

*L'altérité ethnique, sexuelle ou morale, permet d'établir une distance identitaire et sociale entre les personnes considérées comme « à risque » du fait de leur identité ou de leurs pratiques, et le reste de la société, dont l'immunité et l'invulnérabilité au VIH seraient garanties par des comportements « respectables », au sens de conformes aux normes sexuelles et aux valeurs morales en vigueur. Ces représentations du VIH/sida s'inscrivent dans une logique où le risque épidémique est circonscrit à certaines catégories sociales<sup>78</sup>. En outre, des croyances erronées sur la transmission du VIH par simple contact ou lors d'un rapport sexuel protégé subsistent et concernent environ 15 % à 20 % des individus »*

Enfin, on observe une culture du secret qui entraîne des taux de dépistages tardifs élevés dans ces territoires comparés à la métropole.

*« Conséquence de ces niveaux importants de rejet, la place du secret dans l'expérience du VIH/sida demeure particulièrement prépondérante dans les territoires de Guyane et des Antilles. Les données de l'enquête Vespa<sup>279</sup> sur les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH prises en charge en 2010 dans les hôpitaux montrent qu'en moyenne 25 % à 35 % des personnes, selon les territoires, vivent dans le secret absolu de leur séropositivité vis-à-vis de leur partenaire/conjoint, leur famille, leurs amis, dans leur milieu de travail. La proportion n'a pas évolué par rapport à l'enquête Vespa départements français d'Amérique (DFA) de 2003, et apparaît cinq à sept fois supérieure à la proportion observée en métropole. »*

Dans ces circonstances, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a eu l'occasion d'informer le Pr Yéni, Président du CNSida que la notification aux partenaires envisagée ne paraissait pas être adaptée à la situation décrite

Ci-dessous on retrouve quelques recommandations qui ont été émises par le CNSida à l'adresse, entre autre, de la Ministre des solidarités et de la santé, des Directeurs Généraux des ARS, des Présidents des COREVHI ...

*« Porter l'offre de prévention et de dépistage du VIH et des autres IST à hauteur des besoins en recourant, le cas échéant, aux souplesses de gestions prévues par la loi ; les marges de manœuvres financières à disposition des ARS doivent permettre de mieux adapter le niveau des financements à ces priorités de santé publique »*

*« Favoriser le recrutement pérenne de médiatrices et médiateurs communautaires formés aux questions de santé afin de consolider l'offre de prévention et de dépistage. »*

*« Renforcer l'offre publique et gratuite de prévention et de dépistage du VIH et des autres IST en veillant à doter les établissements dédiés existants, comprenant les*

*CeGIDD et tes CPEF, des moyens leur permettant de poursuivre effectivement l'ensemble de leurs missions, à promouvoir, accompagner et financer, dans les zones isolées de la Guyane, le développement d'une offre globale de santé sexuelle par les COPS conçue et mise en œuvre en partenariat avec les acteurs associatifs. »*

*« Développer une offre de santé mobile, globale et intégrée de prévention, en particulier à l'intention des populations les plus éloignées des dispositifs de droit commun et notamment établir une cartographie territoriale affinée des besoins et des ressources, privilégier les permanences et offres mobiles en matière de prévention, vaccination, dépistage et prise en charge, intégrant un accompagnement à l'accès aux soins et aux droits, inscrire ces actions dans le cadre de partenariats avec des acteurs du secteur social et médico-social pertinents pour la prise en charge des publics ciblés par les interventions ;*

*« Assurer une politique de développement des TROD afin de favoriser la démarche de dépistage et pour cela promouvoir des actions en termes de formation, d'habilitation, d'approvisionnement et de financement, mobiliser l'ensemble des établissements de santé ainsi que les opérateurs mobiles. »*

*« Concourir à la formation des acteurs locaux résidant sur ces territoires et reflétant la diversité ethnique, culturelle et linguistique de ces sociétés et notamment (i) contribuer à renforcer les compétences des acteurs dans le cadre des PRC et dispositifs de formation de droit commun avec le concours des collectivités territoriales, (ii) évaluer l'activité de formation des PRC pour leur permettre d'une part de conduire leurs missions au profit de l'ensemble des acteurs de prévention et d'autre part pour mettre en œuvre des formations permettant l'acquisition de compétences dans les domaines de l'ingénierie de projets et de communication d'influence, (iii) développer et valoriser la formation à la médiation en santé dans le prolongement des expérimentations antérieures (IMEA 2000-2005) »*

*« Sensibiliser les professionnels du champ de la santé et du champ social et médico-social à la diversité ethnique, culturelle et linguistique et aux inégalités et discriminations qui y sont associées, ainsi qu'aux inégalités liées au genre. »*

Par ailleurs, en date du 26 mars 2018, le Premier Ministre et la Ministre de la santé ont réuni un comité interministériel de la santé pour présenter 25 mesures-phares de la politique de prévention. Ces mesures s'inscrivent dans la Stratégie nationale de Santé, stratégie qui porte l'action du Gouvernement en matière de santé pour les cinq prochaines années.

### **Les mesures spécifiques aux territoires d'Outre-Mer relatives à la prévention du VIH et des IST**

- ✓ Mise en place d'une expérimentation dans quelques régions à forte incidence d'IST (dont une région d'Outre-mer) un programme de prévention en santé sexuelle à destination des jeunes de moins de 25 ans. (2019)
- ✓ Mise à disposition d'une carte donnant un accès gratuit à des préservatifs.
- ✓ Adapter à la situation locale et cultures ultra-marines les outils nationaux de préventions des IST, VIH, grossesses précoces (12 – 25 ans)
- ✓ Développer et favoriser les actions mobiles et hors les murs des structures en santé sexuelle à destination des jeunes dans les territoires d'Outre-mer en tenant compte des spécificités de ces populations (culture, isolement géographique, tradition ...)
- ✓ Dans le domaine de la santé sexuelle : Favoriser de déploiement associatif en proposant un appui logistique : ingénierie, création d'un guichet unique, aide à la création de dossiers d'appels d'offre, aide à la recherche de fonds budgétaires (ARS, conseil régional, conseil de l'Europe).
- ✓ Promouvoir l'expérimentation d'actions innovantes (délégation de tâches, protocoles de coopération entre professionnels, coopération entre soignants et associations œuvrant dans les champs de la prévention et de l'accompagnement).

## 6 - Le SIDA

Le SIDA (le syndrome d'immunodéficience acquise) est le stade avancé ( $CD4 < 200/mm^3$ ) de l'infection à VIH et correspond à l'apparition d'une pathologie opportuniste liée à l'affaiblissement du système immunitaire.

En 2016, environ 900 personnes ont développé une pathologie inaugurale du sida. La plupart (77 % en 2016) n'avaient pas bénéficié de traitement antirétroviral avant leur diagnostic de sida ; le plus souvent parce que leur infection à VIH n'avait pas été diagnostiquée avant l'apparition du sida.

### **Nouvelle génération qui n'a pas connu l'effet « peur du SIDA »**

La génération, née après 1990, fait face à un "déficit d'information" du fait de l'arrivée de traitements qui a fait apparaître un recul de la mortalité, et donc, une diminution des campagnes de prévention.

En 2015, le résultat de l'enquête de l'IFOP (1001 personnes âgées entre 15 et 24 ans) montre un recul de la peur du VIH en comparaison à 2015 : 76 % des interrogés disent aujourd'hui craindre le VIH alors qu'ils étaient 83 %.

Les jeunes ont des convictions erronées sur la façon dont se transmet le virus. Ils sont 30% à avoir des croyances fausses sur la maladie.

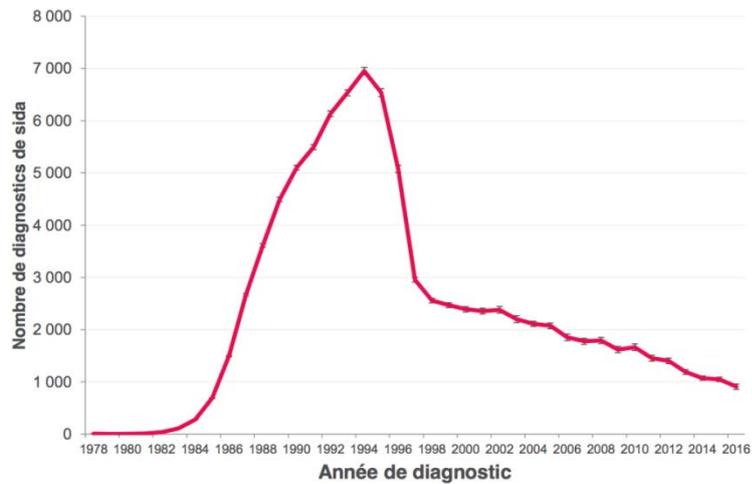
20% des jeunes pensent que l'on peut attraper le virus en embrassant quelqu'un (2015). En 2016, 15% des jeunes sont certains que s'asseoir sur la cuvette des toilettes publiques comportent des risques de contamination.

Selon l'enquête de l'IFOP, 17% des jeunes croient que la pilule du lendemain est un médicament qui empêche la transmission du VIH.

Le résultat de l'IFOP montre le manque d'information et d'éducation des jeunes dans les collèges et lycées. Les 15-17 ans sont les plus touchés par l'ignorance autour du virus et 24% d'entre eux estiment être mal informés.

La stratégie nationale de santé sexuelle dont l'objectif est de « Promouvoir la santé sexuelle et l'éducation à la sexualité » et qui se donne pour objectif jusqu'à 2020 de fixer des priorités et des cibles, doit accentuer son effort vers cette génération.

## ENVIRON 900 NOUVEAUX DIAGNOSTICS DE SIDA EN 2016



La plupart des cas de sida (76% en 2016) sont diagnostiqués chez des personnes qui n'avaient pas reçu d'ARV

Source : Santé publique France, DO sida au 30/06/2017 corrigées pour les délais et la sous déclaration



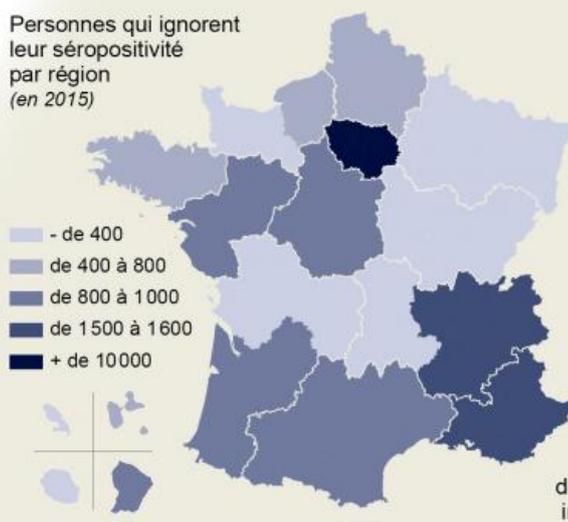
### SIDA | LE POINT SUR L'ÉPIDÉMIE EN FRANCE

En 2016, environ  
153 000 personnes  
vivent avec le VIH...

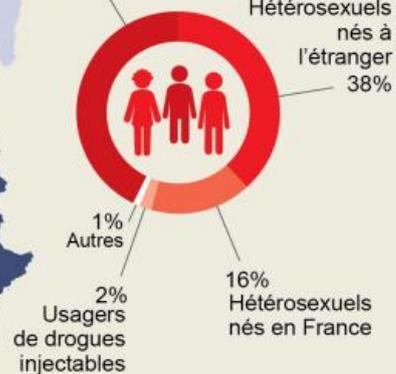
... mais 25 000  
personnes ignorent  
leur séropositivité.

6 000 personnes  
découvrent leur séropositivité  
chaque année dont 27 %  
à un stade avancé.

Personnes qui ignorent  
leur séropositivité  
par région  
(en 2015)



Homosexuels  
43% des découvertes



Sources : ministère de la Santé, Inserm, Invs.

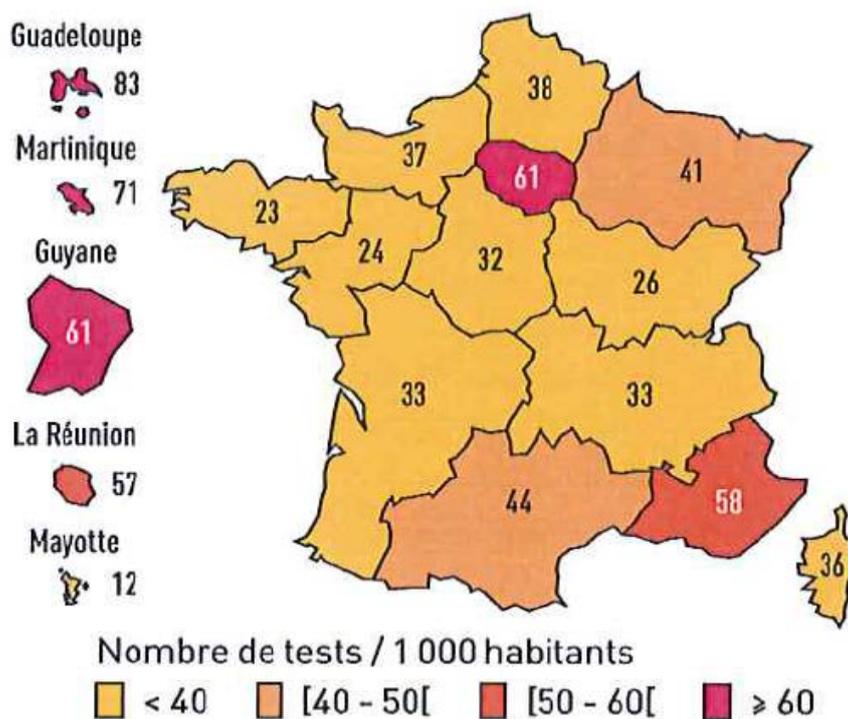
## B- VHC en France

La lutte contre l'hépatite C représente un enjeu majeur de santé publique compte tenu de la gravité de cette infection chronique et du coût qu'elle représente pour les autorités sanitaires. Le traitement de cette infection a connu une grande avancée depuis ces dernières années et les antiviraux à action directe (AAD) permettent désormais la guérison de cette infection dans plus de 90 % des cas.

A l'occasion de la journée nationale de lutte contre les hépatites C et B, en juin 2017, Santé Publique France a estimé à 192.700 personnes vivant avec une hépatite C (infection chronique), parmi elles 75.000 personnes ignorent en être atteintes.

Les régions métropolitaine les plus touchées sont Provence-Alpes-Côte-D'azur, l'Île de France et l'Occitanie. Ce chiffre a tendance à diminuer, du moins, en France Métropolitaine. Si on compare l'activité de dépistage entre les DOM et la Métropole, on s'aperçoit que l'activité de dépistage est plus importante dans les DOM et particulièrement en Guadeloupe (83/1000).

Nombre de tests VHC pour 1000 personnes - 2015



Source : Sniiram, exploitation Santé publique France.

## 1- Mode de transmission

Avec la mise en place dans les années 90 du programme de réduction des risques basé sur l'échange de seringues, dans différents pays occidentaux, on a pu constater une baisse d'utilisateurs de drogues injectables ce qui a entraîné une baisse de nouveaux patients co-infectés VIH/VHC.

On remarque également une diminution de la prévalence du VIH chez les usagers de drogues, en opposition aux pays qui n'ont pas mis en place ces programmes comme les pays d'Europe de l'Est. Il n'en reste pas moins que la communauté des usagers de drogues reste la population la plus touchée :

- 44% chez les usagers de drogue\*
- 65% chez les usagers de drogue par voie injectable\*
- 90% chez les usagers de drogue par voie injectable russophones\*

On observe aujourd'hui de nouveaux modes, tel que l'utilisation de matériel contaminé non stérilisé dans les domaines du tatouage, du piercing ou de l'acupuncture.

## 2- Dépistage

En 2014, la HAS a modifié ses recommandations concernant le dépistage du VHC en l'élargissant aux hommes de 18 à 60 ans et aux femmes enceintes. En 2016, elle étendra le dépistage à l'ensemble des adultes quel que soit leur sexe.

*« En complément du dépistage ciblé sur les facteurs de risque, le rapport 2014 recommandait que soit mis en place un dépistage systématique du VHC (associé à celui du VHB et du VIH) chez les hommes de 18 à 60 ans, au moins une fois dans leur vie, et chez les femmes, lors du premier trimestre d'une grossesse. Avec l'évolution récente des traitements et la décision prise que chaque personne infectée par le VHC puisse être traitée, le présent rapport recommande d'élargir la proposition de dépistage systématique à tous les adultes quel que soit leur sexe. Cette recommandation repose sur une analyse récente qui, en tenant compte de l'efficacité et la tolérance des traitements actuels anti-VHC et en considérant la possibilité de traiter quel que soit le stade de fibrose, a montré que le dépistage des adultes en population générale était plus efficace que le dépistage des hommes uniquement et qu'il était coût-efficace »*

Cependant une surveillance plus spécifique est mise en place :

- Les nouveaux donneurs de sang
- Les usagers de drogues par voie injectable

(\* Données de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011-2013)

### 3- Eradication du VHC d'ici à 2025

La France s'est engagée dans le cadre de l'OMS en 2014 à éliminer les hépatites B et C. Lors de la présentation du plan prévention du gouvernement, une des mesures phares concerne l'hépatite C. Les pouvoirs publics souhaitent éradiquer la maladie à l'horizon 2025. Pour cela, ils misent sur :

#### **Le renforcement de l'accessibilité aux traitements de l'hépatite C par l'ouverture à de nouveaux prescripteurs en favorisant les réseaux ville-hôpital**

La HAS et l'AFEF (Association française pour l'étude du Foie) parlent de « Traitement Universel ». Pour développer ce traitement, il est nécessaire :

- Simplifier le parcours de soin
- Favoriser une prise en charge de proximité
- Accessibilité pour chaque patient au traitement par AAD

L'AFEF préconise la prescription des AAD par tous les médecins.

#### **Le renforcement du dépistage de proximité par des TROD**

En 2014, la HAS autorise les TROD dans le dépistage rapide des hépatites C.

##### **Recommandations ANRS-CNSida 2016**

*« La proposition d'un dépistage associant VHC, VHB et VIH apparaît enfin comme un élément important pour le développement de la politique de dépistage en France : les infections à VHC, VHB et VIH ont des similitudes épidémiologiques et le développement des techniques va permettre de proposer l'utilisation de tests rapides d'orientation diagnostique combinés (tri-TROD) dépistage combiné permettra de faciliter l'organisation du dépistage à destination des populations à risque éloignées des structures de soins et notamment en milieu médicosocial et associatif. »*

#### **Le renforcement de la prévention ou « Dépistage Universel »**

##### **Recommandations ANRS-CNSida 2016**

- *Proposer dès 2017 un dépistage de l'infection par le VHC (associé à celui du VHB et du VIH) chez tous les adultes au moins une fois dans leur vie et évaluer les effets de cette stratégie.*
- *Développer le niveau de connaissances de la population générale sur l'infection par le VHC et les facteurs de risque de transmission par des campagnes d'information.*
- *Améliorer la formation des professionnels de santé et notamment des médecins pour faciliter le dialogue avec les patients ayant des pratiques à risque d'infection (usage de drogues, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes).*
- *S'assurer que la prise en charge des hépatites C aiguës soit associée à une séance éducative axée sur la prévention de la réinfection, en particulier en cas d'usage de drogues, ou de risques liés à la sexualité.*

- *Dans les DROM et les COM, renforcer les actions de formation médicale continue afin de favoriser le dépistage et de mobiliser l'ensemble des acteurs de santé autour de la prise en charge de l'infection à VHC.*

#### **4- Rôle du médecin dans cette nouvelle politique**

La place du médecin généraliste est essentielle lors du dépistage et tout au long du parcours de santé du patient.

L'offre d'un traitement aux patients infectés doit être systématique, mais la décision de ce traitement dépend du choix éclairé du patient, compte tenu de sa perception de la maladie et du traitement dont le médecin spécialiste doit exposer les avantages et les inconvénients. Ce choix peut aussi être influencé par le contexte psychologique, familial et professionnel.

La prise en charge des patients est multidisciplinaire avec l'ensemble des acteurs médicaux, paramédicaux et souvent médico-sociaux.

#### **5- Un dépistage pour les professionnels de santé qui doit être fait à l'hôpital sous peine de sanctions**

L'absence de dépistage sérologique pré-opératoire des patients peut avoir pour conséquence la contamination des soignants, notamment lors d'une intervention chirurgicale.

D'où la nécessité pour l'administration, comme l'y oblige la Loi d'assurer à ses agents les conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé.

La Chambre sociale de la Cour d'Appel de Pau dans son arrêt du 1<sup>er</sup> Décembre 2016 a retenu le caractère inexcusable de la faute d'un centre hospitalier qui résultait de l'absence de suivi par la médecine du travail d'un médecin qui aurait permis de détecter bien avant sa contamination par le sang du virus de l'hépatite C et une prise en charge à un stade moins avancé de la maladie.

## C- IST

En 20 ans, la France a constaté comme partout dans le monde, une recrudescence des infections sexuellement transmissibles. Certaines qui avaient été éradiquées sont réapparues et d'autres sont apparues : 1998, la gonococcie, 2000 la syphilis, 2003 la Chlamydia trachomatis (lymphogranulomatose vénérienne (LGV)). Ces infections touchent indifféremment les hommes et les femmes entre 20 et 49 ans.

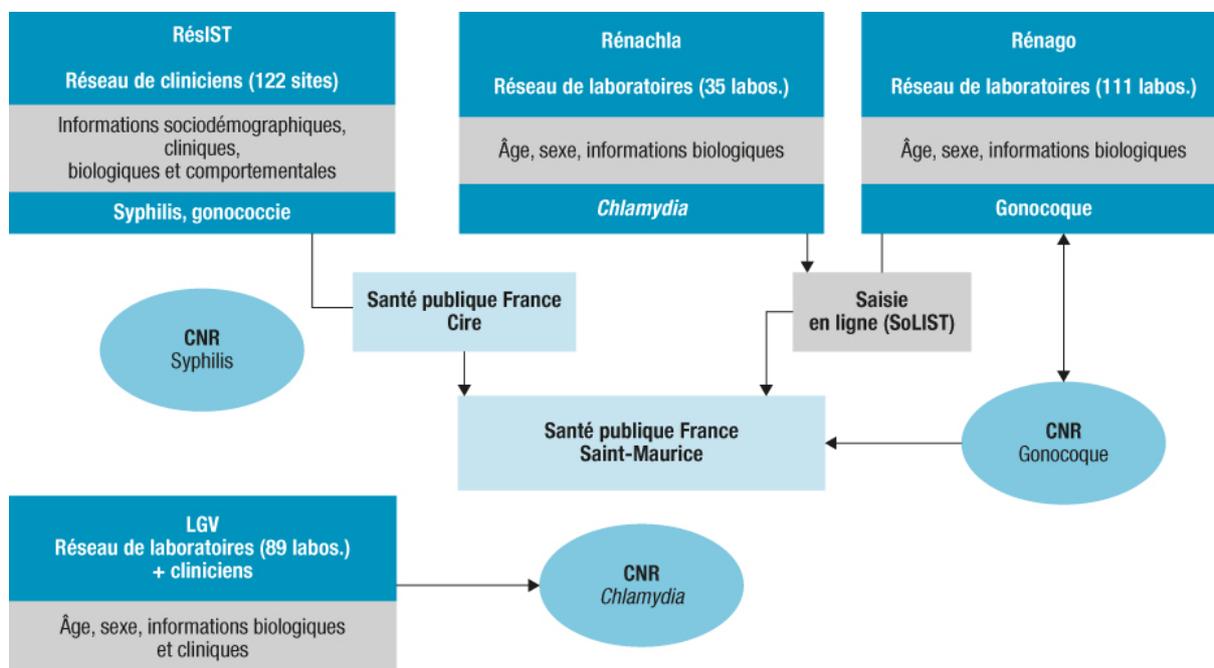
Cette augmentation rapide des cas d'IST est le résultat de la banalisation des rapports sexuels (hétérosexuels et/ou homosexuels) non protégés, en particulier chez les jeunes populations qui estiment que le préservatif n'est pas un moyen de protection fiable.

Ces infections ont un rôle majeur dans la transmission du VIH. C'est pourquoi une surveillance épidémiologique a été mise en place afin de contribuer à l'orientation et à l'évaluation des actions de préventions à mener.

Des réseaux de surveillance ont été mis en place en fonction des infections :

- ResIST : syphilis et gonococcie : réseaux de cliniciens
- Rénachla : LGV (Chlamydia): Réseau de laboratoires
- Rénago : Gonococcie : Réseau de laboratoires

### Organisation de la surveillance des infections sexuellement transmissibles en France



LGV : lymphogranulomatose vénérienne.

Cire : Cellule d'intervention en région, Santé publique France ; CNR : Centre national de référence.

Sources Santé Publique France, Nov 2016 (BEH)

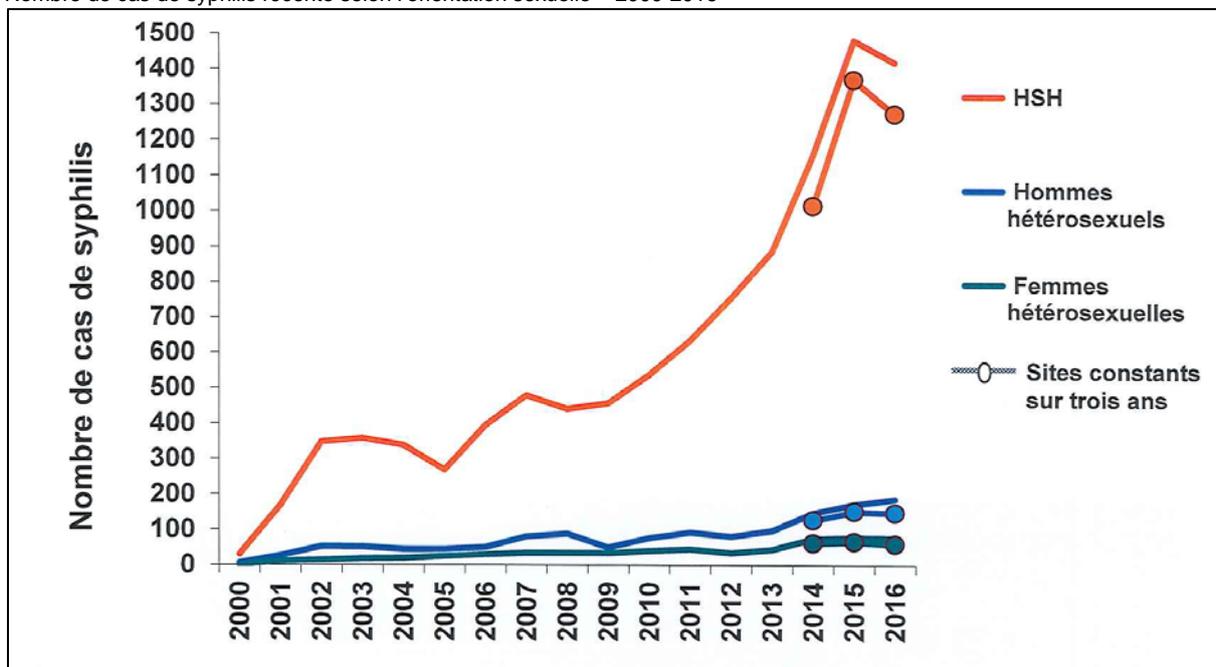
## 1- Syphilis précoce (de moins d'un an)

La syphilis est en forte augmentation depuis sa résurgence en 2000. Bien que le nombre de cas soit élevé ces dernières années, celui-ci a tendance à se stabiliser en 2016.

Cette stabilisation du nombre de cas s'observe dans toutes les régions de France Métropolitaine.

La syphilis touche essentiellement les hommes qu'ils soient hétérosexuels ou homosexuels. Les HSH représentent 81% des cas.

Nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle – 2000-2016



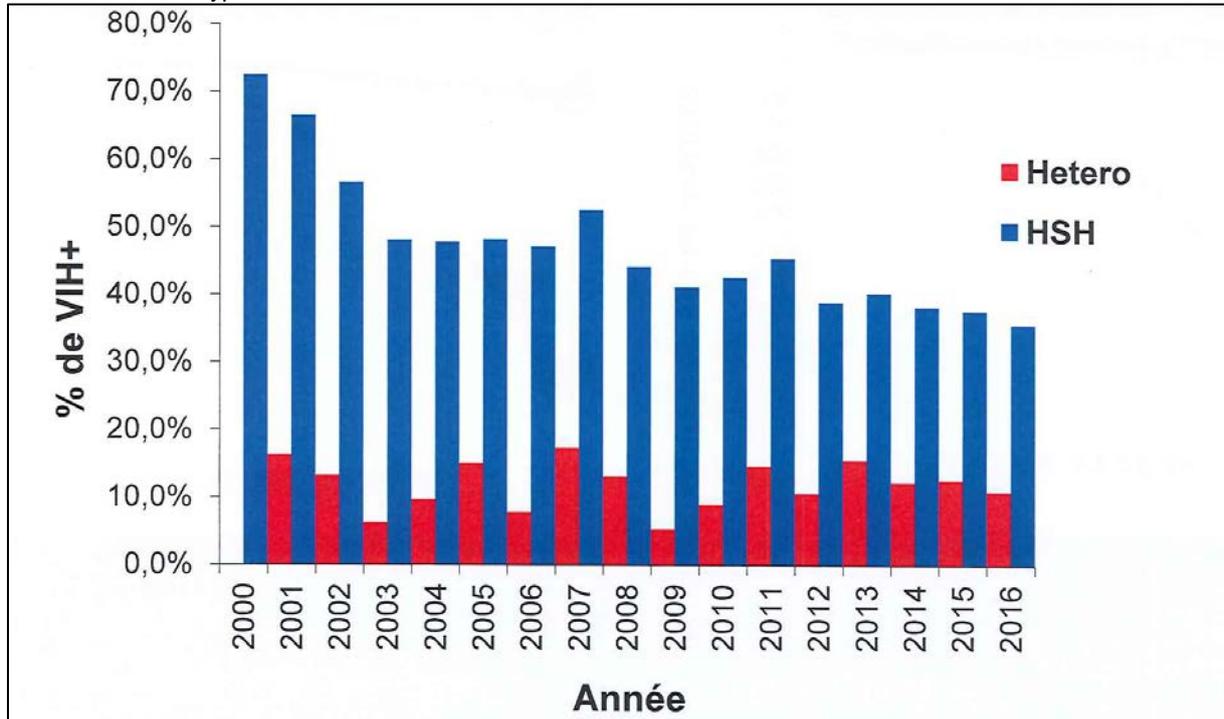
Source : Santé publique France, réseau RésIST, 2007-2016

Cette infection est majoritairement diagnostiquée dans des structures spécialisées gratuites telles que Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (Ciddist), les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les CeGIDD depuis 2016.

En 2016, selon les données des Réseaux de surveillance des IST, 2/3 des patients diagnostiqués pour une syphilis étaient co-infectés par le VIH.

35% des HSH sont co-infectés par le virus du Sida.

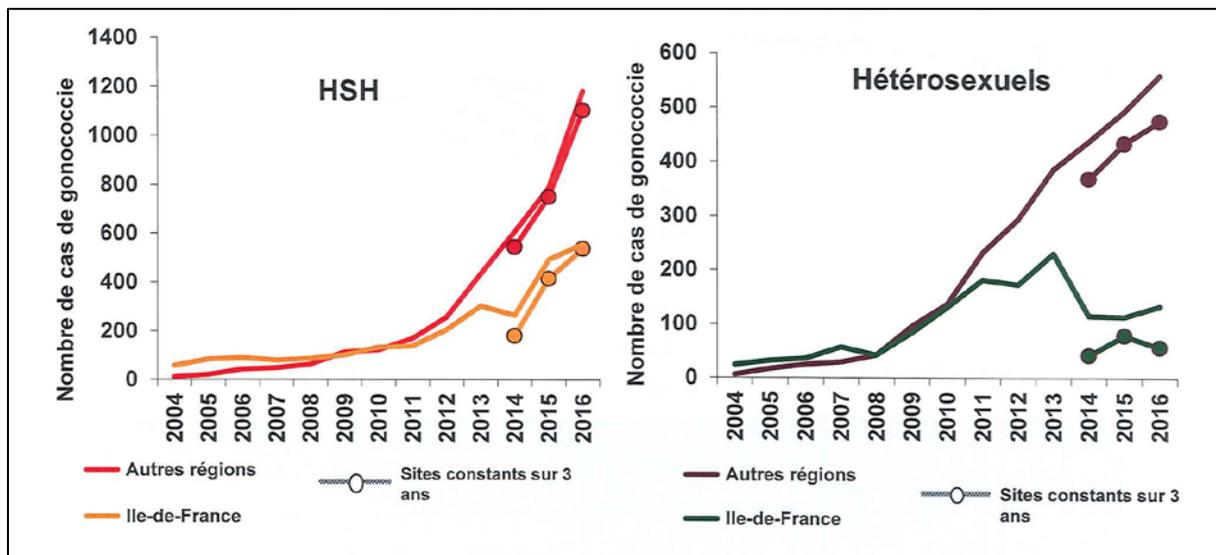
Co-infection VIH/ Syphilis selon l'orientation sexuelle



Source : Santé publique France, réseau RésIST, 2007-2016

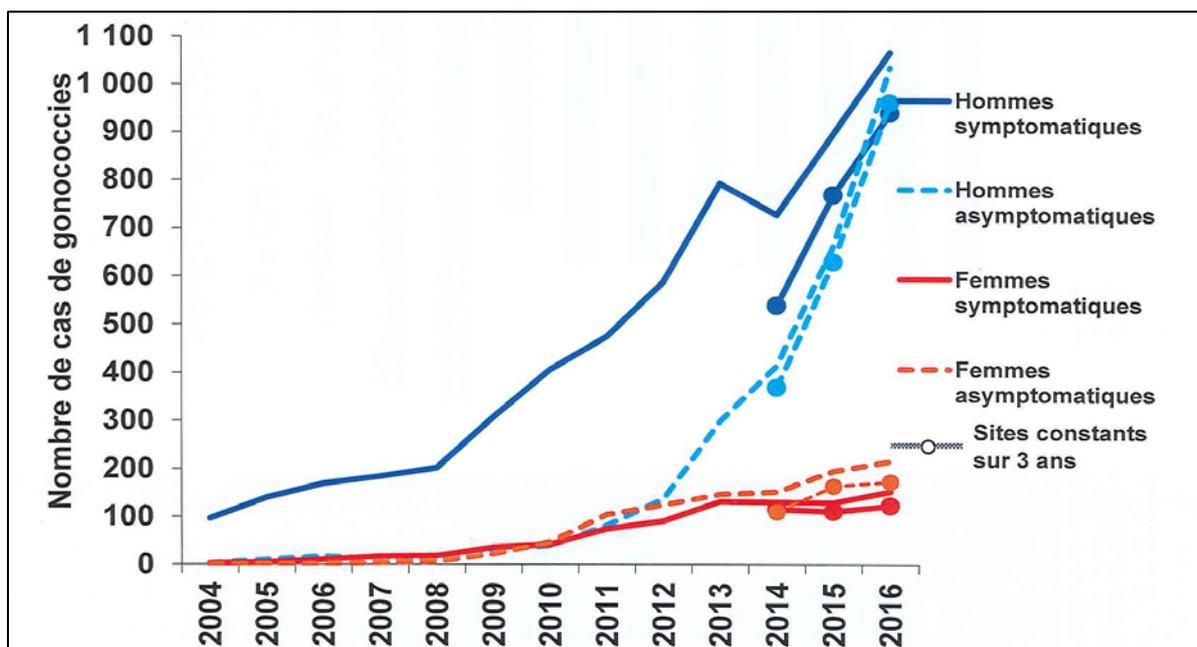
## 2- Gonococcies

Les cas de gonococcies déclarés sont en constante augmentation en France (+ 32% entre 2015 et 2016) comme dans le reste du monde. Seule l'Ile de France n'est pas touchée.



Cette infection touche les hommes quelle que soit leur orientation sexuelle, bien que l'on note qu'elle soit plus prégnante chez les HSH (+ 127% entre 2014 et 2016). Les 20-29 sont particulièrement plus touchés d'où l'importance d'un dépistage de cette population, compte tenu des risques que cela entraîne pour la fertilité.

Le réseau de surveillance des gonococcies est composé du réseau de cliniciens RésIST et du réseau de laboratoires Rénago.



Selon Santé publique France au 31 décembre 2016,

*« La proportion de souches résistantes au céfixime est stable entre 2014 et 2016. Aucune souche résistante à la ceftriaxone, traitement de référence, n'a été isolée depuis 2011 »*

Cependant en mars 2018, la presse britannique et Public Health England publient plusieurs articles relatant qu'un britannique qui a contracté une gonococcie, en Asie du Sud Est, ne réagit pas aux traitements classiques.

Il apparaît que la souche de la gonococcie de ce patient est résistante à une combinaison d'azithromycine et de ceftriaxone.

Aujourd'hui, l'OMS et les CEDC (Centres européens pour le contrôle et la prévention des maladies) confirme qu'il s'agit d'une première mondiale.

Les autorités sanitaires cherchent à contenir l'infection en retraçant le parcours du patient.

En juillet 2017, l'OMS a décidé d'informer les populations sur la résistante des gonococcies aux antibiotiques et sur sa rapide propagation.

### 3- Infections à Chlamydia

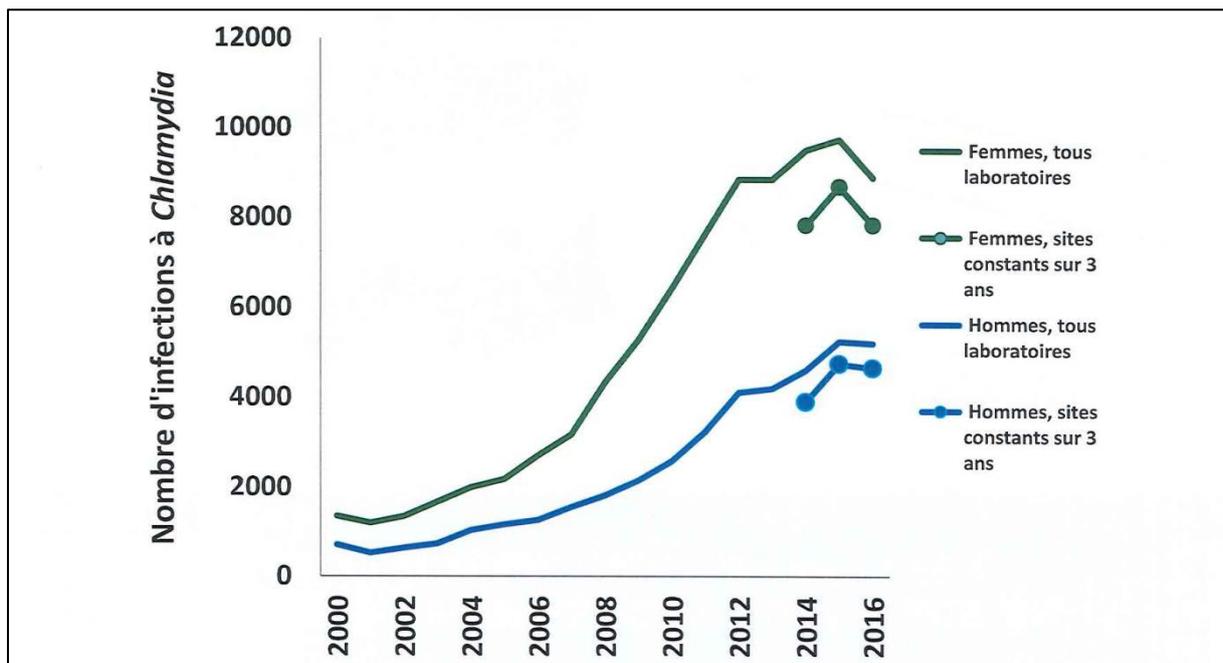
Les infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* sont surveillées par les réseaux Rénacla.

Elles sont généralement diagnostiquées par les Cegidd et les Centres de planification et d'éducation familiale, ou par les médecins généralistes et les gynécologues.

Ces infections touchent essentiellement les femmes âgées de moins de 25 ans. 63% des cas déclarés en 2016 touchent des femmes.

On constate qu'il n'y a pas d'augmentation des cas en 2016, mais cela reste à confirmer.

Evolution du nombre des infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* 2000-2016



Source : Santé Publique France , réseau Rénacla, 2000-2016

#### 4- IST chez les jeunes

Le développement chez les jeunes des IST: pas toujours diagnostiquées ou tardivement révèle le problème de l'absence d'un suivi médical suffisant pour cette tranche d'âges (15/18 ans).

Structure pour IST :

Le CeGIDD joue un rôle essentiel dans la lutte contre les IST. Les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) est le deuxième opérateur public essentiel de la lutte contre les IST chez les jeunes.

Les diverses structures de prise en charge des addictions (Centres d'accueil et d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et Consultations jeunes consommateurs (CJC) en particulier) ont aussi un rôle important à jouer dans la lutte contre les IST.

D'autres structures sont susceptibles de jouer un rôle dans la lutte contre les IST chez certains jeunes (l'accès et la prévention) comme :

- Espaces santé jeunes
- Les Maison des adolescents
- Les points d'accueil écoute jeunes
- Le réseau des structures labellisées Information jeunesse

Papilloma Virus Humain : Les HPV sont détectés chez 1/3 des femmes entre l'adolescence et le début de la vingtaine. Depuis 2007, la vaccination des jeunes filles contre les infections par les HPV 16 et 18 à l'origine de 70% des cancers du col de l'utérus est introduite au calendrier vaccinal.

Depuis 2013, la recommandation concerne les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans avec un rattrapage pour celles de 15 à 19 ans révolus. Les données de Santé publique France montrent un niveau de couverture vaccinale insuffisant et en baisse régulière.

En 2014, le niveau de couverture est le plus bas estimé depuis 2009.

# ***PARTIE II - LE ROLE DU MEDECIN DANS LE CADRE DE LA PREVENTION DE CES PATHOLOGIES***

## **I- La prévention et la prise en charge**

### **A- Les outils de la prévention VIH-SIDA /IST**

La prévention reste en première ligne de lutte contre le VIH-sida, elle réduit fortement le risque d'exposition au VIH et les taux de prévalence du VIH-sida et des autres IST.

3 principaux outils de la prévention du VIH : préservatif, dépistage, la prévention par les traitements antirétroviraux

#### **1- Les dépistages**

Santé Publique France rappelle que malgré un nombre élevé de tests de dépistage réalisés chaque année en France (5,4 millions en 2016), 27% des découvertes de séropositivité se font à un stade avancé et les délais entre infection et diagnostic sont longs : 3,3 ans en médiane. Conséquence de cette situation: on estime aujourd'hui qu'environ 25000 personnes ignorent qu'elles sont porteuses d'une infection à VIH. Le dépistage est une mesure simple qui permet d'identifier puis traiter les personnes infectées et par voie de conséquence :

- au niveau individuel, de diminuer la morbi-mortalité liée à ce virus,
- au niveau populationnel, de limiter la transmission de l'infection grâce au traitement des personnes infectées.

Le dépistage des personnes qui ignorent leur séropositivité au VIH est donc un enjeu central des politiques de lutte contre l'épidémie.

En France, l'épidémie d'infection à VIH est dite concentrée, touchant majoritairement des populations-clés: hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) ; personnes originaires de zones de forte prévalence, notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes ; usagers de drogues par injection.

Dans la population générale, il est recommandé de proposer un test de dépistage de l'infection à VIH au moins une fois au cours de la vie entre 15 ans et 70 ans. Toutes les opportunités doivent être saisies pour proposer un test : bilan biologique, changement dans la vie affective, prescription de contraception, projet de grossesse, etc.

Dans les populations-clés les plus exposées au risque d'infection à VIH, la fréquence optimale de dépistage est de tous les trois mois chez les HSH, une fois par an chez les

personnes originaires de zones de forte prévalence, notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes, et chez les usagers de drogues par injection.

Parmi les personnes qui ignorent leur séropositivité, un tiers environ sont des hétérosexuel(le)s né(e)s en France, un tiers sont des HSH et un tiers des migrant(e)s hétérosexuel(le)s principalement d'Afrique subsaharienne.

Tous les tests peuvent être utilisés mais il convient de s'assurer du délai après exposition au VIH pour garantir la fiabilité du résultat du test pratiqué.

En cas d'une possible infection récente, au moment d'un diagnostic d'une IST, d'une hépatite B ou C, ou encore après un viol, il est recommandé d'utiliser un test ELISA.

Lorsqu'il existe une suspicion de primo-infection (syndrome mononucléosique ou pseudo-grippal chez une personne exposée à un risque élevé), la pratique d'une charge virale (détection de l'ARN VIH plasmatique) en complément du test ELISA peut s'avérer utile. Elle permet de diagnostiquer une infection très précoce et orienter la personne pour une mise au traitement rapide.

Tout résultat positif ou "indéterminé" par TROD ou autotest doit être confirmé par un test ELISA.

Si un test ELISA est positif, le diagnostic d'infection par le VIH nécessite :

- un test de confirmation (Western blot réalisé en laboratoire de biologie médicale et dont la spécificité est de 100%).
- un deuxième test ELISA sur un autre prélèvement pour éviter une erreur d'identité.

La Haute Autorité de la Santé (HAS) rappelle que le dépistage de l'infection à VIH doit s'insérer dans une démarche de prévention reposant sur une information renouvelée et des messages clairs adaptés aux différents publics : la promotion du préservatif, le traitement post-exposition, le contrôle des infections sexuellement transmissibles, l'utilisation des traitements antirétroviraux dans une stratégie de prévention (prophylaxie pré-exposition) et la prise en charge globale et rapide des personnes infectées (Treatment as prevention).

Dans ce cadre, la proposition conjointe de tests de dépistage de l'infection à VIH, du VHB et du VHC en fonction des facteurs de risque peut permettre d'inscrire cette démarche dans une approche plus globale de santé sexuelle.

#### Présentation des tests de dépistage et tableau récapitulatif :

Trois tests de dépistage du VIH sont actuellement disponibles en France : le test classique Elisa 4ème génération, le test rapide à orientation diagnostique (TROD) et l'autotest.

##### **a. Le prélèvement sanguin (Elisa 4ème génération)**

Un test de dépistage du VIH peut se faire après une certaine période qui suit une prise de risque ou régulièrement pour les personnes à haut risque d'exposition au VIH, afin de savoir le résultat de contamination et le stade. Il est préférable de se faire dépisté le plus tôt possible.

Le prélèvement sanguin est aujourd'hui le principal test du dépistage en France, la plupart des tests sont réalisés dans les Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD), dans les laboratoires d'analyses ou dans les autres établissements de santé. Le test est anonyme, confidentiel et gratuit.

Après une évaluation de pratiques et de prises de risque de la personne, le médecin prescrira un test pour le VIH (aussi pour contre les autres IST ou les hépatites B et C) et l'infirmier réalise la prise de sang. Le médecin prescripteur communiquera sur place les résultats de test.

Si le test est positif, le Centre ou l'établissement proposera un second test pour confirmation.

#### **b. Le test rapide à orientation diagnostique (TROD)**

Le TROD permet de proposer un dépistage du VIH à des populations dans lesquelles le risque d'infection est élevé ou pour lesquelles l'accès au test est limité.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), un test de dépistage rapide correspond à un test unitaire, à lecture subjective, de réalisation simple et conçu pour donner un résultat dans un délai court lorsqu'il est pratiqué auprès du patient. Il peut être réalisé sur sang total, salive, plasma ou sérum en fonction de la (les) matrice(s) revendiquée(s) par le fabricant pour son produit. Il permet la détection des anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2.

Le TROD peut être réalisé dans différentes structures (cabinet libéral, établissement de santé, CeGIDD, structure de prévention, structure associative impliquée en matière de prévention sanitaire...) par :

- ✓ Tout professionnel de santé (médecin, biologiste médical(e), sage-femme ou infirmier(e).
- ✓ Salarié(e) ou bénévole non professionnel (le) de santé (intervenant dans une structure de prévention ou une structure associative impliquée en matière de prévention sanitaire, sous réserve d'avoir suivi une formation de l'utilisation des TROD).
- ✓ Tout professionnel pouvant le faire en situation d'urgence.

Lorsque le résultat est négatif, la personne est séronégative pour le VIH si le TROD a bien été réalisé au moins 12 semaines après la dernière prise de risque.

Lorsque le résultat est positif, le résultat doit être confirmé par un test classique Elisa de 4ème génération et western-blot réalisés par prise de sang dans un CeGIDD ou un laboratoire d'analyses.

**Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a émis les conclusions suivantes  
(Session 6 février 2015)**

Dans la situation de l'annonce d'un résultat positif, il appartient aux médecins d'être présents auprès des personnes, qui ont accepté ou à qui il a été proposé de réaliser un TROD ; eux seuls sont habilités à faire la déclaration obligatoire de la maladie VIH auprès de l'INVS.

Les bénévoles non professionnels de santé présents dans des structures associatives impliquées dans la prévention sanitaire ou la réduction des risques associés à la consommation de substances psycho-actives, ont toute leur place et ont une mission incontournable pour accueillir les personnes vulnérables ou pour les inciter à prendre contact avec elles.

Cependant, le Conseil national de l'Ordre des médecins s'oppose à ce que ces bénévoles, « non professionnels de santé », mènent un entretien avec un « patient », réalisent un test de dépistage rapide, interprètent ce test, et qui plus est, décident s'il est nécessaire que la personne qu'ils ont pris en charge soit orientée ou non vers un médecin après le résultat du test.

Ces bénévoles non professionnels de santé doivent inciter les personnes qu'ils sont amenés à rencontrer dans le cadre de leur activité associative, à réaliser un TROD et à les orienter dans un établissement médico-social où un médecin les accueillera pour réaliser le test.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins souhaite en effet rappeler qu'il lui paraît opportun d'accompagner la personne qui réalise un test au moment où elle découvre le résultat.

### **c. Autotest de dépistage de l'infection par le VIH (ADVIH)**

Un autotest est un TROD de l'infection par le VIH pour lequel le prélèvement, la lecture de l'interprétation des résultats sont réalisés par l'individu lui-même à domicile en toute confidentialité.

Il fournit un résultat dans un délai court (15 à 30 minutes) et permet la détection des anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2.

Lorsque le résultat est négatif, la personne n'est pas infectée par le VIH et ce résultat n'est fiable qu'en l'absence de prise de risque depuis au moins trois mois.

Lorsque le résultat est positif, la personne est très probablement infectée par le VIH et ce résultat doit être confirmé par un test Elisa de 4ème génération sur prise de sang dans un CeGIDD ou un laboratoire d'analyses.

Le test de dépistage rapide (TROD) et l'autotest sont plus en plus utilisés grâce à leur facilité d'accès et le délai court d'obtention du résultat, mais le test classique est toujours nécessaire pour la confirmation si le résultat de Le test de dépistage rapide (TROD) et l'autotest est positif.

Tous les tests peuvent être utilisés mais il convient de s'assurer du délai après exposition au VIH pour garantir la fiabilité du résultat du test pratiqué.

En cas d'une possible infection récente, au moment d'un diagnostic d'une IST, d'une hépatite B ou C, ou encore après un viol, il est recommandé d'utiliser un test ELISA.

Lorsqu'il existe une suspicion de primo-infection (syndrome mononucléosique ou pseudo-grippal chez une personne exposée à un risque élevé), la pratique d'une charge virale (détection de l'ARN VIH plasmatique) en complément du test ELISA peut s'avérer utile. Elle permet de diagnostiquer une infection très précoce et orienter la personne pour une mise au traitement rapide.

Tout résultat positif ou "indéterminé" par TROD ou autotest doit être confirmé par un test ELISA.

Si un test ELISA est positif, le diagnostic d'infection par le VIH nécessite :

- un test de confirmation (Western blot réalisé en laboratoire de biologie médicale et dont la spécificité est de 100%).
- un deuxième test ELISA sur un autre prélèvement pour éviter une erreur d'identité.

La Haute Autorité de la Santé (HAS) rappelle que le dépistage de l'infection à VIH doit s'insérer dans une démarche de prévention reposant sur une information renouvelée et des messages clairs adaptés aux différents publics : la promotion du préservatif, le traitement post-exposition, le contrôle des infections sexuellement transmissibles, l'utilisation des traitements antirétroviraux dans une stratégie de prévention (prophylaxie pré-exposition) et la prise en charge globale et rapide des personnes infectées.

Dans ce cadre, la proposition conjointe de tests de dépistage de l'infection à VIH, du VHB et du VHC en fonction des facteurs de risque peut permettre d'inscrire cette démarche dans une approche plus globale de santé sexuelle.

## QUELS SONT LES TESTS DE DÉPISTAGE DU VIH DISPONIBLES ?

Trois modalités de dépistage du VIH sont actuellement disponibles en France :

- ① **Le test ELISA, dit de 4<sup>e</sup> génération :**  
il détecte à la fois les anticorps anti-VH1 et anti-VIH 2 et l'antigène P24 qui est un marqueur d'infection récente.
- ② **Le test rapide d'orientation diagnostique ou TROD :**  
le sang est prélevé au bout du doigt. Il détecte uniquement les anticorps anti-VIH1 et anti-VIH2<sup>1</sup>.
- ③ **L'autotest VIH sanguin :**  
il s'agit également d'un TROD, effectué par la personne elle-même à partir d'une goutte de sang au bout du doigt. Il détecte uniquement les anticorps anti-VIH1 et anti-VIH2.

	 ELISA	 TROD	 AUTOTEST SANGUIN
SENSIBILITÉ	> 99 %	94-99 %	94-99 %
SPÉCIFICITÉ	98-99 %	98-99 %	98-99 %
FIABILITÉ DU RÉSULTAT DU TEST	6 semaines après la dernière exposition au VIH	3 mois après la dernière exposition au VIH	3 mois après la dernière exposition au VIH
PRESCRIPTION MÉDICALE	Non obligatoire mais nécessaire pour le remboursement	Non nécessaire	Non nécessaire
DÉLAIS MOYENS DE RENDU DU RÉSULTAT	< 4 jours	< 30 min	< 30 min
LIEUX DE PRÉLÈVEMENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratoire de biologie médicale</li> <li>• Services hospitaliers</li> <li>• CeGIDD<sup>2</sup></li> <li>• CSAPA/CAARUD<sup>3</sup></li> <li>• CPEF<sup>4</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lieux de soins habilités</li> <li>• Associations habilitées</li> <li>• CeGIDD<sup>2</sup></li> <li>• CSAPA/CAARUD<sup>3</sup></li> <li>• CPEF<sup>4</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Délivrance en pharmacie</li> <li>• CeGIDD<sup>2</sup></li> <li>• Associations habilitées</li> <li>• Réalisation par la personne dans l'environnement de son choix</li> </ul>
TAUX DE REMBOURSEMENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 100 % si prescription médicale</li> <li>• Pas d'avance de frais dans la plupart des cas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas d'avance de frais</li> <li>• Gratuit dans les CeGIDD<sup>2</sup>, CSAPA/ CAARUD<sup>3</sup>, associations habilitées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non remboursé</li> <li>• Délivrance en pharmacie (prix habituellement constaté autour de 25€)</li> <li>• Gratuit pour certains publics exposés à des risques répétés, dans les CeGIDD et les associations habilitées</li> </ul>

<sup>1</sup> Des TROD de 4<sup>e</sup> génération détectant les anticorps et l'antigène P24 sont en cours de déploiement.

<sup>2</sup> CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles ;

<sup>3</sup> CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie ; CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues ;

<sup>4</sup> CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale.

## 2- La prévention par les traitements antirétroviraux

### a. Le traitement post-exposition ou TPE

Le traitement post exposition (TPE) est un traitement d'urgence qui est donné à une personne séronégative après une prise de risque élevée (par exemple : après une relation sexuelle non protégée avec une personne séropositive, en cas de rupture, de glissement de préservatif, partage ou réutilisation de seringue, exposition au sang ou à un liquide biologique) pour réduire le risque de contamination par le virus.

Le traitement post exposition doit être pris le plus rapidement possible après l'exposition au risque, au mieux dans les 4 heures, au plus tard dans les 48 heures.

Le traitement post exposition (TPE) est une trithérapie. Il associe trois médicaments antirétroviraux dont deux inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse et un inhibiteur de protéase.

Il s'agit d'un traitement lourd qui doit être pris durant 4 semaines avec un suivi médical et des prises de sang réparties sur une période de 6 mois,

### b. Le traitement comme prévention (TasP)

TasP ("treatment as prevention" en anglais) est un traitement précoce d'une personne séropositive comme moyen de prévention.

En 2008, la stratégie du TasP a été popularisée par le Pr Bernard Hirschel (Responsable de l'Unité VIH-sida des hôpitaux universitaires de Genève) et ses collègues de la Commission fédérale suisse : « les personnes séropositive ne souffrant d'une MST (Maladie sexuellement transmissible) et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle ».

Plusieurs études sont venues par la suite montrer que lorsqu'une personne séropositive est sous traitement antirétroviral bien conduit et bien suivi avec une charge virale indétectable, elle bénéficie d'une bonne protection contre la transmission du VIH lors de relations sexuelles sans préservatif.

Le traitement TasP permet donc de contrôler la charge virale du nombre de particules virales contenues dans le sang ou dans un liquide contaminant (le sperme et le lait maternel). Plus la charge virale est élevée, plus le nombre de copies du virus dans le sang ou dans un liquide contaminant est grand, plus le risque de transmission du VIH est important.

### c. La prévention : la prophylaxie pré-exposition (PrEP)

La prophylaxie pré-exposition (PrEP) est une nouvelle stratégie de prévention du VIH. Elle propose le traitement préventif aux personnes qui sont à haut risque (les couples sérodifférents et toutes les personnes de plus de 18 ans qui n'utilisent pas systématiquement le préservatif lors de leurs rapports sexuels, en particulier les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes selon certains critères et d'autres publics en situation de

vulnérabilité au cas par cas) de contracter le VIH afin d'empêcher une infection de se produire.

Le médicament Truvada® est une association pour le traitement antirétroviral qui fixe le principe actif de l'Emtricitabine et Ténofovir disoproxil (sous forme de fumarate).

Le médicament Truvada® qui a bénéficié une RTU (recommandation temporaire d'utilisation) est autorisé sous prescription en France depuis le 4 janvier 2016 mais seulement réservée aux médecins hospitaliers expérimentés dans la prise en charge de l'infection au VIH.

Un arrêté publié le 10 juin 2016 au Journal officiel élargissant des possibilités de prescription autorise les médecins exerçant en CeGIDD à prescrire aussi le médicament Truvada® dans la PrEP du VIH.

La RTU de Truvada® dans la PrEP du VIH a pris fin le 28 février 2017, compte-tenu de l'extension de l'AMM de Truvada® dans la PrEP chez l'adulte, octroyée par la Commission Européenne le 18 août 2016.

Le médicament Truvada® (et génériques) a obtenu l'AMM pour la PrEP au VIH le 1er mars 2017. Les patients bénéficient d'une prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie.

Selon l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), en France, entre le 1er janvier 2016 et le 31 juillet 2017, 5 352 personnes ont été identifiées comme initiant un traitement préventif par Truvada® ou génériques dans le cadre d'une prophylaxie pré-exposition.

Les CeGIDD représentent 8% des prescriptions de la Truvada®, contre 92% pour les hôpitaux.

Les hôpitaux représentent 92% des prescriptions du Truvada® ou génériques, contre 8% pour les CeGIDD. Plusieurs études, dont l'essai ANRS Ipergay, ont montré que la prise du Truvada® pouvait, à titre préventif, faire chuter significativement le risque de contamination. La prise en charge de CeGIDD pour la prescription du médicament Truvada® et génériques dans le cadre de la PrEP pourrait être renforcée.

### **3- La déclaration obligatoire en ligne (e-DO)**

Le dispositif des maladies à déclaration obligatoire (MDO), outil majeur pour la surveillance des maladies du VIH et du sida, permet aux Pouvoirs Publics de disposer d'informations sur certaines maladies épidémiques et de lutter contre ces maladies par les mesures d'hygiène, dès sa création à la fin du XIXème siècle.

La déclaration obligatoire permet une action rapide sur les interventions urgentes, les mesures de contrôle et de prévention. Depuis 1999, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est inscrite sur la liste des maladies à déclaration obligatoire. Les médecins ont l'obligation de transmettre des informations et des données de tous les cas d'infection à VIH ou de sida aux autorités sanitaires.

A partir de janvier 2016, la dématérialisation de la déclaration obligatoire (DO) est présentée sous la forme d'une application en ligne nommée « e-DO » qui a remplacé progressivement l'ancien dispositif de déclaration des Maladies à Déclaration Obligatoire (MDO) pour les sites pilotes de Guyane et d'Ile-de-France.

Depuis Avril 2016, le déploiement de l'application a été généralisé à l'ensemble des déclarants. Le circuit de la déclaration obligatoire du VIH et du sida est modifié complètement par rapport au circuit papier. Le passage d'une déclaration papier à une déclaration en ligne (e-DO) pour la découverte de séropositivité a réduit les délais de déclaration.

#### **a. Echelon local : les déclarants**

L'application permet de saisir et d'envoyer directement ses déclarations d'infection par le VIH et de sida aux autorités sanitaires.

L'obligation de déclaration concerne aussi bien les biologistes, responsables de services hospitaliers et de laboratoires d'analyses de biologie médicale publics et privés, que les médecins libéraux et hospitaliers, qui suspectent et diagnostiquent ces maladies.

#### **b. Echelon régional : Les Agences régionales de santé (ARS) et les médecins désignés par le directeur général de l'Agence régionale de santé**

Les déclarations envoyées via l'application sont immédiatement disponibles pour les ARS. Les agents habilités dans les ARS peuvent consulter pendant 12 mois les déclarations faites par les déclarants exerçant dans leur région. En cas d'information manquante ou d'incohérence dans les déclarations transmises, les échanges entre les épidémiologistes de l'InVS (SPF) et les déclarants se font via e-DO.

L'article R3113-3 du code de la santé publique précise que :

« Le déclarant transmet la fiche, soit par voie postale sous pli confidentiel portant la mention : " secret médical ", soit par télétransmission après chiffrement des données, au médecin de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général de l'agence qui la transmet à son tour, dans les mêmes conditions de confidentialité, au médecin de l'Agence nationale de santé publique désigné par son directeur général.

Le déclarant ou le médecin de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général de l'agence qui établit la correspondance entre le numéro d'anonymat et les éléments d'identité de la personne en assure la conservation, aux fins de validation et d'exercice du droit d'accès, dans des conditions garantissant la confidentialité des informations et la détruit douze mois après la date d'envoi portée par le déclarant sur la fiche de notification. Dans le même délai, le médecin de l'Agence nationale de santé publique supprime de la fiche les coordonnées du prescripteur et celles du responsable du service de biologie ou du laboratoire. »

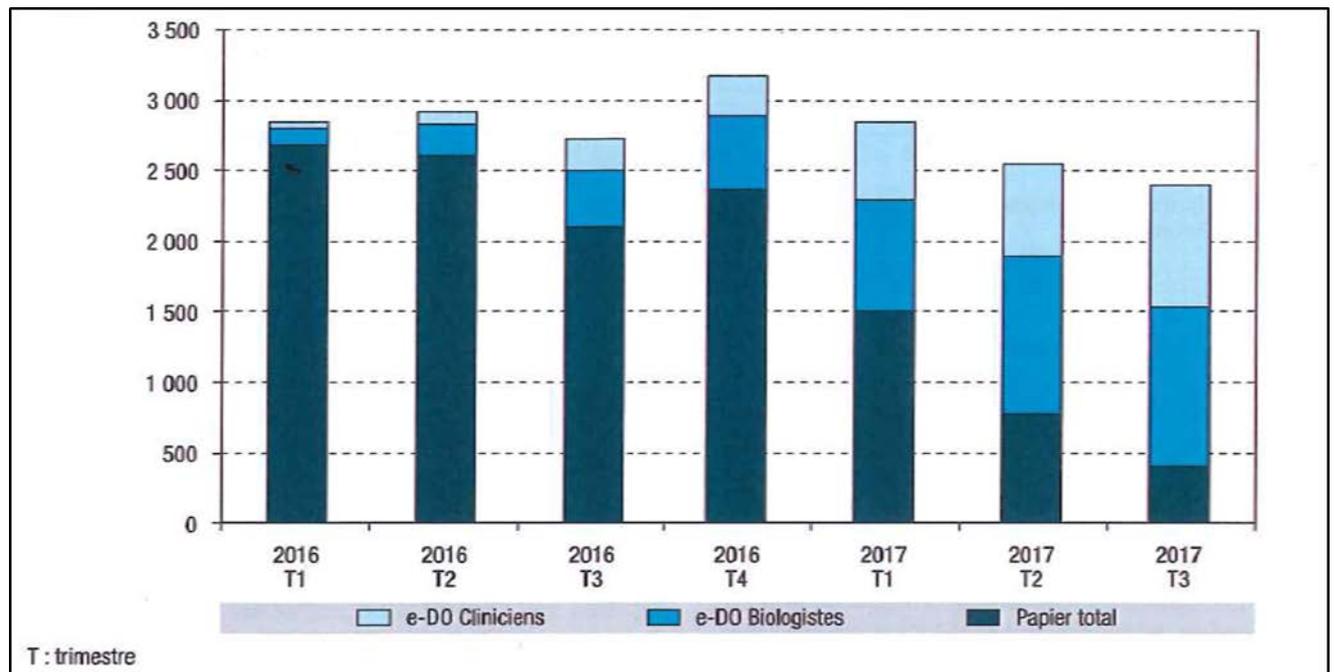
L'Agence Régionale de Santé est destinataire de la déclaration au niveau régional.

### c. Echelon régional (Cire) et national (Santé publique France)

« Dans le cadre de la surveillance des maladies à déclaration obligatoire, les épidémiologistes de l'InVS, au niveau régional et national, centralisent l'ensemble des données, les analysent et les transmettent aux pouvoirs publics avec des recommandations sur les mesures ou actions à mettre en place et apportent une expertise scientifique aux ARS pour les investigations épidémiologiques, notamment lors de la survenue d'épidémies. Ils assurent également la communication de ces informations aux acteurs du dispositif, à la communauté médicale et scientifique, et au public.

Le ministère chargé de la Santé et plus particulièrement la Direction générale de la santé sont destinataires des alertes sanitaires et interviennent, en tant que de besoin, dans les décisions en matière de gestion des risques en lien avec les ARS. Les données de surveillance sont transmises par l'InVS au ministère chargé de la Santé qui les utilise pour définir et adapter les politiques de santé publique » .

### Evolutions des déclarations de VIH - via E-do par trimestre (Janvier 2016 – novembre 2017)



Sources : santé Publique France, Journée mondiale du Sida, 1er décembre 2017, BEH 29-30 (28 novembre 2017)

#### 4- Les structures de Dépistage et de Diagnostic

##### a. Le Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD)

Le Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles (IST) a été mis en place à partir du 1er janvier 2016, sous la responsabilité des agences régionales de santé (ARS). Leur financement est assuré par la sécurité sociale au moyen des fonds d'intervention régionaux (FIR). Ils résultent des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et des Centres d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, les IST (Ciddist).

Les missions de CeGIDD sont :

- La prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (le VIH, responsable du sida) et des hépatites ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés;
- La prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles;
- La prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, notamment par la prescription de contraception.

Dans le cadre de ses missions de surveillance, l'agence nationale de santé publique est en charge de la surveillance épidémiologique de l'activité des CeGIDD :

- le décret n°2015-796 du 1er juillet 2015 relatif aux CeGIDD prévoit que : « Le centre fournit, avant le 31 mars de chaque année, au directeur général de l'agence régionale de santé et à l'Institut de veille sanitaire un rapport d'activité et de performance portant sur l'année précédente et conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la santé. »
- l'arrêté du 23 novembre 2016 précise dans son article 2 que « Le rapport d'activité et de performance des CeGIDD, prévu à l'article D.3121-25 du code de la santé publique, transmis à l'Agence Nationale de Santé Publique, correspond à une extraction annuelle des données individuelles anonymes collectées, en conformité avec le modèle figurant à l'annexe II et à son guide de remplissage à l'annexe III du présent arrêté.»

Les principaux objectifs de la surveillance sont :

- décrire les caractéristiques sociodémographiques de la population fréquentant les CeGIDD ;
- décrire l'activité de dépistage concernant le VIH, les hépatites et les IST réalisée par les CeGIDD, ainsi que leurs activités autres (vaccinations, prescription de contraception, TPE, PrEP...);
- estimer les taux de positivité du VIH, des hépatites virales et des IST dans la population fréquentant les CeGIDD (globalement et par sous-groupe de population).



## **b. Autre structure de dépistage**

Cf : sida info service : <https://www.sida-info-service.org/?Ou-faire-un-test-de-depistage#>

<http://sexosafe.fr/> (site dédié santé publique France – prévention VIH )

## **B – Hépatite C**

Les données qui sont présentées dans ce chapitre sont issues du rapport « Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C de 2016 ».

En 2016, le nombre de personnes ayant une infection par le virus de l'hépatite C (VHC) qui restaient à traiter en France était de 150 000 à 160 000, dont 75 000 personnes non encore dépistées.

### **a. Les problématiques à résoudre en fonction des malades à prendre en charge**

Le dépistage et l'accès universel aux AAD anti-VHC ne seront efficaces que s'il est possible d'atteindre les populations à haut risque de contamination et de transmission qui sont le plus souvent exclues du système de soins.

L'accès aux AAD des personnes à haut risque de contamination et de transmission va permettre d'évaluer de nouvelles stratégies de « traitement comme prévention » ou de traitement préventif de la contamination, comme cela a été le cas dans l'infection à VIH.

- ✓ Proposer dès 2017 un dépistage de l'infection par le VHC (associé à celui du VHB et du VIII) chez tous les adultes au moins une fois dans leur vie et évaluer les effets de cette stratégie ;
- ✓ Développer le niveau de connaissances de la population générale sur l'infection par le VHC et les facteurs de risque de transmission par des campagnes d'information.

### Les personnes migrantes :

- ✓ Des difficultés d'accès aux soins des populations migrantes, ainsi que les retards et refus de soins en lien avec le prix des nouveaux antiviraux à action directe et sans aucune justification médicale, ont été rapportés. Cela renforce la nécessité, d'une part, de mieux diffuser l'information sur la protection maladie et les dispositifs comme les permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Réaliser chez les personnes migrantes et étrangères le dépistage des hépatites virales B et C, de l'infection à VIH et des autres IST, mais aussi de la tuberculose pulmonaire, du diabète, de l'hypertension artérielle, de l'insuffisance rénale, etc. Ces dépistages seront réalisés dans une unité de temps et de lieu (stratégie dite de « guichet unique »), financièrement accessible pour le public (sans avance de frais chez les personnes ayant une protection maladie et gratuitement chez les autres). Améliorer la formation initiale et continue dans le domaine de la déontologie professionnelle.

- ✓ Être né dans un pays à forte endémie d'infection par le VI-1C et bénéficier de la CMU-C ou de l'AME sont des facteurs de risque de l'infection par le VHC, qui doivent déboucher sur une proposition de dépistage à titre individuel et des actions de prévention à titre collectif, y compris chez des personnes vivant en France depuis plusieurs années.

#### Les usagers de drogues :

- ✓ Dans les pays développés, comme la France, les usagers de drogues par voie injectable (UDI) sont les premiers concernés par les nouvelles contaminations et constituent le principal réservoir de l'infection à VHC.  
Certaines difficultés limitent l'accès des UDI au dépistage, leur engagement dans le traitement, leur observance et les risques de recontamination. Pour l'essentiel, ces difficultés sont de nature psychosociale, liées aux addictions elles-mêmes, aux fréquentes comorbidités psychiatriques et à la précarité sociale qui leur est associée. Il s'y ajoute parfois des interrogations, voire des réticences, des professionnels.  
Les méthodes qui permettent d'aller au-devant des UDI (« outreach ») sur leurs lieux de vie (équipes mobiles de RDR notamment), la mobilisation des médecins généralistes et les techniques non invasives de dépistage (comme les TROD) permettent d'améliorer la couverture du dépistage et l'accès aux soins de ces populations éloignées des dispositifs.

#### La population carcérale :

- ✓ Une proposition de dépistage systématique de l'infection à VHC à tous les entrants en détention est recommandée. Lors de la consultation médicale d'entrée, se donner les moyens d'informer dans un délai rapide chaque détenu de son statut sérologique, renouveler la proposition de dépistage chez les personnes incarcérées de façon prolongée et s'assurer du rendu des résultats.
- ✓ L'utilisation des TROD pour le dépistage en prison et l'articulation de ce dépistage avec les USMP ont fait l'objet d'expériences favorables qui plaident pour leur diffusion dans toutes les USMP.
- ✓ Garantir les moyens d'assurer un dépistage échographique semestriel du carcinome hépatocellulaire chez tous les patients détenus dont l'atteinte hépatique le justifie.

#### **b. Place du médecin généraliste**

La place du médecin généraliste est essentielle lors du dépistage et tout au long du parcours de santé du patient.

Le dépistage ciblé sur les facteurs de risque des patients doit être poursuivi, mais il ne peut à lui seul permettre de dépister l'ensemble des personnes contaminées. De nouvelles stratégies de dépistage sont nécessaires.

Améliorer la formation des professionnels de santé et notamment des médecins pour faciliter le dialogue avec les patients ayant des pratiques à risque d'infection (usage de drogues, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes).

Renforcer la formation (hors quota) des médecins généralistes afin de leur permettre de participer plus efficacement aux enjeux du dépistage et de la prise en charge des patients infectés par le VHC.

Dans les DOM et les COM, renforcer les actions de formation médicale continue afin de favoriser le dépistage et de mobiliser l'ensemble des acteurs de santé autour de la prise en charge de l'infection à VHC. Bien que les données épidémiologiques doivent être précisées, la population migrante et étrangère est particulièrement concernée par les infections chroniques par le VHC, tout en méconnaissant le plus souvent son statut sérologique.

Le bilan préthérapeutique des UDI nécessite une concertation pluridisciplinaire permettant de proposer un réel parcours de soins, incluant de manière individualisée des compétences hépatologiques, addictologiques, psychologiques, sociales et de RDR étroitement coordonnées.

Faire bénéficier les UDI d'un dépistage régulier de l'infection par le VHC ; ce dépistage doit être fait tous les 12 mois, notamment en médecine générale. Cette périodicité doit être rapprochée (tous les six mois) chez les injecteurs actifs.

Recommander le traitement de tous les UDI ayant une infection chronique par le VHC pour réduire le réservoir viral et donc la transmission de l'infection.

Ne pas considérer la poursuite des pratiques d'injection et/ou le traitement par TSO comme une contre-indication au traitement de l'hépatite C.

Faire que le bilan préthérapeutique soit pluridisciplinaire et comporte une évaluation addictologique, psychologique et sociale, permettant de proposer un suivi global et coordonné.

Une implication et une formation des équipes des USMP en lien avec un médecin spécialiste du traitement de l'infection à VHC sont nécessaires pour prendre en charge rapidement les patients dépistés en détention.

Utiliser le temps du dépistage pour promouvoir l'éducation à la santé et à la réduction des risques par des méthodes pragmatiques et donner accès, au sein de tous les établissements, aux outils de réduction des risques (seringues, traitement de substitution aux opiacés, traitement rapide de l'infection à VHC).

Soutenir la recherche sur l'identification et l'évaluation de nouvelles stratégies pour attirer vers le dépistage les populations « cachées ».

Améliorer les interventions de prévention pour réduire le risque d'infection ou de réinfection chez les patients guéris de leur infection virale C et appartenant aux groupes les plus à risques.

### **c. Dépistage chez les professionnels de santé pour éviter la contamination**

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a écrit à la Ministre de la santé pour l'obligation légale d'un suivi annuel des agents hospitalier par la médecine du travail soit effectivement mis en œuvre.

Cette demande est consécutive à l'arrêt rendu par la Cour d'Appel de Pau qui a sanctionné pour faute inexcusable, un établissement qui n'avait pas respecté cette obligation à l'égard d'un chirurgien qui a contracté une hépatite C dans le cadre professionnel, à la suite d'une intervention chirurgicale (Cf : 5 page 23)

## **II - Prise en charge médicale**

### **A - La prise en charge des personnes infectées VIH/ SIDA**

#### **a. Les ressources hospitalières**

Les établissements de santé, les hôpitaux, les structures de soins ont leur mission et fonction d'assurer la prise en charge médicale des personnes atteintes de séropositivité du VIH et des malades atteints du sida. Les ressources médicales permettent aux malades d'obtenir l'accès aux soins médicaux élémentaires et les structures spécialisées permettent l'accès à une prise en charge médicale spéciale.

Il existe actuellement 28 services à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) qui prennent en charge les maladies VIH et sida, dont 20 services d'adultes et 8 services pédiatriques. Ce sont principalement des services immunologies et/ou des services maladies infectieuse et tropicales.

#### **b. La prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH**

Une croyance à combattre : maladie qui se soigne (sans connaître les contraintes du traitement)

Différentes approches préventives et curatives permettent de réduire les risques de transmissions pour tenter d'enrayer l'épidémie, en attendant un traitement qui permettra enfin de guérir définitivement. Pour l'instant, aucun médicament n'est capable de soigner les personnes séropositives ou atteintes du sida.

En France, depuis 2013, il est recommandé de démarrer un traitement antirétroviral quel que soit le stade de l'infection au moment du diagnostic, pour éviter les morbidités liées à l'infection par le VIH et réduire le risque de transmission.

Un traitement antirétroviral permet de rendre la charge virale indétectable, ce qui s'accompagne d'une remontée du taux de CD4 et diminue le risque de morbidité sévère. Ce traitement réduit également le risque de transmission du virus à un tiers. En revanche, il ne permet pas d'éliminer les réservoirs de virus constitués dans certaines cellules immunitaires au cours des premiers jours de l'infection. Le traitement doit donc être poursuivi à vie pour contrôler durablement l'infection.

Le traitement de référence est une thérapie antirétrovirale qui consiste à associer trois médicaments antirétroviraux (ARV), voire plus. Cette thérapie ne guérit pas l'infection, mais empêche la réplication du virus dans l'organisme et permet au système immunitaire de se renforcer.

Malgré les traitements, 40% des personnes traitées à l'heure actuelle gardent un taux de CD4 inférieur de 500/mm<sup>3</sup>, car il faut des années pour qu'une personne diagnostiquée à un stade avancé parvienne à ce taux. En revanche, lorsque le traitement est démarré suffisamment tôt et que le taux de CD4 est restauré, l'espérance de vie semble équivalente à celle de la population générale.

## **B- Hépatite C : prise en charge médicale**

L'infection chronique par le VHC est une maladie systémique qui nécessite une prise en charge globale. Celle-ci implique la recherche et l'évaluation des manifestations extra-hépatiques liées à l'infection et la recherche et la prise en charge des comorbidités (consommation d'alcool, surcharge pondérale, diabète), mais aussi un suivi à long terme. L'offre d'un traitement aux patients infectés doit être systématique, mais la décision de ce traitement dépend du choix éclairé du patient, compte tenu de sa perception de la maladie et du traitement dont le médecin spécialiste doit exposer les avantages et les inconvénients. Ce choix peut aussi être influencé par le contexte psychologique, familial et professionnel.

Dans le contexte d'un traitement accessible à tous les patients infectés, les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) doivent être réservées aux patients complexes ou aux médecins spécialistes souhaitant des conseils pour leurs patients. Elles ne seront plus nécessaires en dehors de ces cas.

Pendant le traitement, la place des programmes d'éducation thérapeutique doit évoluer ; l'attention portée à l'observance, aux interactions médicamenteuses et à la tolérance des traitements est essentielle.

Après l'obtention d'une réponse virologique soutenue, le suivi du patient doit être assuré par le médecin généraliste et/ou le médecin spécialiste et une attention particulière sera portée aux comorbidités, au risque de carcinome hépatocellulaire et au risque de réinfection.

Une recherche de l'ARN viral 48 semaines après l'arrêt du traitement permet de contrôler la guérison virologique et de rechercher une réinfection, notamment chez les patients à risque.

### **a. Des populations fragiles**

La prise en charge de l'hépatite C doit faire évoquer avec le patient les infections par le virus de l'hépatite B (VHB) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et leur prévention (et notamment la vaccination antivirale B).

Après confirmation du diagnostic d'hépatite chronique virale C (présence d'ARN du VHC), assurer une prise en charge par un médecin spécialisé dans le traitement de l'hépatite C en moins de 15 jours.

S'assurer que la prise en charge des hépatites C aiguës soit associée à une séance éducative axée sur la prévention de la réinfection, en particulier en cas d'usage de drogues, ou de risques liés à la sexualité.

Après l'obtention d'une réponse virologique soutenue, prolonger le suivi des patients dans le cadre d'un continuum de soins ; informer les patients du risque de recontamination et les faire bénéficier d'un suivi pour la RDR, d'une recherche au moins annuelle de l'ARN du VHC et d'un suivi hépatologique en cas de fibrose sévère ou de cirrhose, en raison du risque de carcinome hépatocellulaire.

Les traitements de l'infection virale C par les AAD sont courts et bien tolérés ; leur suivi est simple et nécessite peu d'examen complémentaires. Ce progrès fait tomber de nombreux obstacles à l'initiation et au suivi des traitements antiviraux chez les personnes détenues.

Identifier dans chaque USMP un médecin spécialiste du traitement de l'infection à VHC, présent ou non au sein des USMP. Ce médecin spécialiste aura pour mission :

- d'accompagner les médecins des USMP dans la réalisation du bilan complémentaire et son interprétation,
- de former ces médecins à la prise en charge des hépatites C et au suivi des traitements par AAD,
- de faciliter la présentation des fiches de RCP pour les patients qui en relèvent
- de prescrire le traitement par les AAD et contribuer à sa mise en oeuvre soit lors de consultations au sein de l'établissement pénitentiaire, soit par un soutien (téléphonique ou visioconférence) aux équipes des USMP.

Identifier les professionnels et les associations vers lesquels pourront être orientés les patients transférés ou libérés durant leur traitement ou nécessitant un suivi après guérison.

Avec la décision récente de la ministre des Affaires sociales et de la Santé de l'accès universel au traitement de l'hépatite C, cet accès aux antiviraux à action directe de l'ensemble des personnes migrantes et étrangères infectées par le VHC permettra à la fois de guérir ces personnes de leur infection, en garantissant une équité d'accès au traitement, et de participer au contrôle de l'endémie de l'hépatite C.

Renforcer le dispositif des PASS. Rappeler à travers des instructions ministérielles et des formations sur la base de situations concrètes, la prééminence des critères médicaux pour le fonctionnement des PASS sur ceux socio-administratifs ou économiques, dans les décisions d'hospitalisation et de choix stratégiques diagnostiques et thérapeutiques. En faire la promotion auprès de tous les acteurs médicaux (dont les médecins libéraux) et sociaux.

## **b. Evolution du traitement**

Les combinaisons d'AAD actuelles permettent d'obtenir une guérison virologique chez plus de 95 % des patients et dans la plupart des situations cliniques.

Dans les cinq prochaines années, de nouvelles combinaisons efficaces sur tous les génotypes (pangénotypiques) vont être disponibles, associant soit deux classes de molécules (anti-NS5A et anti-NSSB nucléotidiques ou anti-NS5A et anti-NS3-4A), soit trois classes de molécules (anti-NS5A et anti-NS5B nucléotidiques et anti-NS3-4A). Ces nouvelles combinaisons sont en cours d'étude, mais on sait déjà qu'elles ont une très bonne barrière génétique de résistance et une excellente efficacité antivirale, y compris chez les patients en échec d'un traitement par les AAD actuels et ayant des mutations de résistance dans le domaine NS5A.

D'autres classes de molécules sont également en développement. Parmi les agents dirigés contre l'hôte, les études les plus avancées concernent les agents ciblant le micro-ARN-122 (mir-122), qui joue un rôle important dans la réplication du VHC et son accumulation dans l'hépatocyte [12]. On peut donc rapidement envisager l'arrivée de traitements de très courte durée (4 semaines) combinant des AAD et des molécules dirigées contre l'hôte.

Pour autant, l'effort de recherches sur les hépatites virales, qui a mis la France en deuxième position mondiale dans ce domaine, ne doit pas être ralenti.

## **c. Co-infection VIH/VHC**

L'épidémiologie de la co-infection par le VIH et le VHC s'est modifiée au cours de ces dernières années :

- la prévalence des infections à VHC a augmenté chez les HSH ayant une infection à VIH, du fait de leurs pratiques à risques de plus en plus élevés ;
- la prévalence des infections à VHC a diminué chez les usagers de drogues ayant une infection à VIH, sous l'effet des politiques de réduction des risques ;
- chez les PPVIH, la prévalence de l'infection à VHC a globalement diminué ;

Avec les progrès du traitement antirétroviral, la survenue de décès en relation avec une maladie hépatique a diminué de façon significative, mais l'atteinte du foie demeure une cause importante de mortalité chez les PVVIH.

Les PVVIH co-infectées par le VHC diffèrent des personnes non infectées par le VHC par leur histoire naturelle, souvent plus complexe, les comorbidités plus fréquentes et le risque d'interactions médicamenteuses.

Les taux de réponse virologique soutenue après traitement par antiviraux à action directe des PVVIH sont excellents et similaires à ceux des personnes mono-infectées par le VHC, que ce soit dans les essais ou les cohortes observationnelles.

Toutes les PVVIH co-infectées par le VHC n'ont pas encore fait l'objet d'un traitement anti-VHC, malgré un accès élargi des antiviraux à action directe à l'ensemble de ces patients depuis deux ans.

Les PVVIH ayant une fibrose hépatique peu évoluée sont celles qui ont été le moins souvent traitées, probablement au moins du fait d'une non priorisation des traitements à l'échelon collectif et/ou d'un sentiment de non urgence au niveau individuel, dans un contexte de coût élevé des traitements.

Il persiste chez les PVVIH un risque de surmorbidity hépatique et extra-hépatique après la guérison de l'infection virale C.

Il existe un risque important de recontamination après la guérison de l'infection à VHC chez les PVVIH, essentiellement parmi les HSH (du fait de leurs pratiques à haut risque).

Il convient par conséquent de :

- Traiter toutes les PVVIH co-infectées par le VHC, en s'affranchissant des freins et préjugés qui empêchent d'atteindre cet objectif.
- Prévenir le risque d'échec thérapeutique, notamment en recourant à des réunions de concertation pluridisciplinaire en cas de comorbidités ou d'interactions médicamenteuses potentielles et devant toute situation jugée complexe.
- Poursuivre le suivi des atteintes hépatiques (dont le dépistage du carcinome hépatocellulaire) et extra-hépatiques après la guérison de l'infection virale C, en collaboration avec un hépatologue.
- Intégrer des interventions ciblées visant notamment les troubles métaboliques et les addictions dans la prise en charge des PVVIH guéries de leur infection à VHC.
- Développer une intervention éducative et un soutien social dans la prise en charge des PVVIH co-infectées par le VIH et le VHC.
- Promouvoir une recherche observationnelle et interventionnelle pour comprendre les déterminants des comportements à risque chez les HSH et prévenir les nouvelles contaminations par le VHC.

#### **d. Les déterminants de santé**

Analyser les inégalités sociales de santé portant sur les personnes infectées par le VHC en France et soutenir les recherches interventionnelles visant à réduire ces inégalités.

Identifier la part des déterminants des inégalités inter-régionales de l'endémie à VHC en France et les principales mesures régionales susceptibles de réduire ces inégalités.

### III - Une prévention accrue nécessaire pour les jeunes

#### 1- Un état des lieux inquiétant en termes de santé publique

Le CNSIDA a adopté un avis le 19 Janvier 2017 relatif au « suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes ».

Plusieurs extraits de ce document vont être repris ci-dessous pour mettre en exergue la nécessaire prise en charge médicale de cette population :

*Les études épidémiologiques et socio-comportementales mettent en évidence des différences importantes d'exposition des jeunes au risque d'IST en fonction de leurs pratiques sexuelles et de leur statut social : ainsi, l'épidémie VIH n'est pas contrôlée chez les jeunes HSH, et les jeunes économiquement défavorisés ont moins souvent recours que les autres au dépistage et à la prise en charge des IST ainsi qu'à certaines vaccinations.*

*Actions menées dans le cadre de la lutte contre les IST chez les jeunes :*

*Concernant le système éducatif, la mission a principalement évalué la situation de l'enseignement public.*

*A l'échelon local, le contraste entre les ambitions des objectifs inscrits dans la réglementation et portés par la DGESCO, et leur concrétisation dans les établissements apparait important. Ainsi, et en l'absence de données récentes disponibles de l'Éducation nationale, le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) rapporte que seuls 10 à 21% des élèves du second degré reçoivent le nombre de séances d'éducation à la sexualité prévues par la loi ; les interventions uniques de deux heures, telles qu'elles sont souvent appliquées une ou deux fois au cours de la scolarité, sont insuffisantes pour permettre un abord raisonné et contextualisé de la prévention des IST.*

*Les comités d'éducation à la santé et la citoyenneté (CESC), dont l'intérêt est largement souligné, sont un dispositif de gouvernance qui reste peu investi dans l'éducation à la sexualité.*

*Au niveau universitaire, alors que certaines observations suggèrent un renoncement aux soins de plus de 10% des étudiants pour des raisons financières, les services universitaires ou interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé n'ont souvent pas les moyens d'assurer des interventions collectives portant sur la prévention des IST ni des accompagnements individuels vers les soins.*

*L'analyse des conditions d'accès aux préservatifs, outil essentiel de la prévention des IST dans le système éducatif, montre que :*

- *Il n'existe pas de positionnement institutionnel sur la question de la mise à disposition des préservatifs dans les collèges, alors que 18% des élèves de 3ème déclarent avoir des relations sexuelles, avec un usage du préservatif en recul ;*
- *L'accès au préservatif par distributeurs dans les lycées soulève la question de leur lieu d'implantation pour un accès confidentiel, et de leur caractère opérationnel ;*

*Concernant le système de santé, des données de sources diverses, incluant le nombre de remboursements par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie de tests diagnostiques de certaines IST, montrent le rôle quantitativement important joué par la médecine libérale dans la lutte contre les IST chez les jeunes au niveau de la prise en charge et de la prévention, y compris les vaccinations. Malgré cette importance, les médecins généralistes bénéficient*

*peu d'une coordination territoriale et d'une incitation susceptibles de faciliter et de valoriser leur rôle dans la lutte contre les IST chez les jeunes et, plus largement, dans l'éducation à la sexualité.*

*De façon convergente, les données disponibles montrent la prédominance des IST chez les jeunes et l'augmentation récente et préoccupante de leur fréquence dans cette population. Ainsi, les jeunes âgés de 15 à 24 ans rendent compte d'environ 40% des IST (VIH, syphilis, gonocoque, et chlamydia) rapportées en 2013-2014 en France. Les jeunes HSH sont particulièrement exposés au risque d'infection par le VIH, ainsi qu'au risque de syphilis et de gonococcies ; les infections à chlamydia sont plus fréquentes chez les jeunes femmes. On observe, depuis quelques années, en France comme dans d'autres pays d'Europe et aux Etats-Unis, une augmentation de l'incidence des IST (dont le VIH) chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans, y compris chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans. L'augmentation de fréquence des chlamydioses, gonococcies et syphilis se confirme dans certaines données récemment rapportées pour 2015.*

*L'activité des médecins généralistes dans la prévention et la prise en charge des IST, y compris chez les jeunes, est difficile à quantifier ; un faisceau de données, certaines indirectes, suggère néanmoins l'importance de cette activité à côté de celle déployée par les opérateurs publics.*

*Un grand nombre d'examens de dépistage ou de diagnostic des IST chez les jeunes (15-29 ans) sont remboursés par l'Assurance maladie (donc réalisés dans le cadre de la médecine libérale) en France métropolitaine :*

- 1 291 000 sérologies VIH en 2015, dont 170 000 chez les adolescents (15 à 19 ans) ; les  $\frac{3}{4}$  des sérologies VIH sont réalisées par les laboratoires de ville.
- 933 000 recherches d'antigène HBs en 2014, dont 127 000 chez les adolescents ; parallèlement, les CDAG ont réalisé environ 100 000 recherches d'antigène HBs.
- 783 000 sérologies de la syphilis dont 76.000 chez les adolescents et 483 000 recherches de chlamydia, dont 60 000 chez les adolescents.

*Certains de ces examens sont pratiqués de façon systématique dans les bilans de grossesse, mais ils représentent probablement une minorité ; ainsi, on relevait 349 000 accouchements chez les femmes âgées de 15 à 29 ans en 2013, dont 14 100 chez des adolescentes.*

*44% des gonococcies rapportées chez les jeunes en 2014 par le réseau de surveillance RENAGO de Santé Publique France (un réseau majoritairement orienté vers la médecine de ville), ont été diagnostiquées en médecine de ville.*

*Face à ce constat alarmant et malgré le fait que les jeunes interrogés estiment être bien renseignés sur ces maladies, un sondage IFOP 2017 pour sidaction révèle, « la détérioration du niveau d'information sur le VIH au sein de cette génération : le sentiment d'information a chuté de 10 points par rapport à 2014 ».*

*Extrait de l'analyse des réponses au sondage par SIDACTION*

*« Cette année, nous avons voulu vérifier si le manque de connaissances et le sentiment d'invincibilité face aux risques liés au virus ne concernaient vraiment que les plus jeunes, qui n'ont pas connu les années noires du début de l'épidémie. Un échantillon représentatif de la population française âgée de 15 ans et plus a donc été inclus. Contre toute attente, l'état des connaissances sur le VIH/sida de l'ensemble des Français est aussi alarmant, et ce quel que soit l'âge.*

S'agissant des méthodes de prévention, les réponses des Français, tout âge confondu, révèlent de véritables lacunes. Seule une personne sur deux sait par exemple qu'il existe désormais un autotest de dépistage du sida vendu en pharmacie. 42% des Français estiment par ailleurs être mal informés sur les lieux où aller pour se faire dépister afin de connaître son statut sérologique. 57% estiment être mal informés sur l'existence d'un traitement d'urgence si on a pris un risque. Des pourcentages identiques pour les 15-24 ans et l'ensemble de la population.

Surtout, les idées fausses et reçues persistent ! Et les jeunes sont loin d'être les seuls à croire que l'on risque d'être contaminé par le virus du sida en s'asseyant sur des toilettes publiques ou en buvant dans le même verre qu'une personne séropositive... 16% des Français pensent par exemple que l'utilisation d'un produit de toilette intime est efficace pour empêcher la transmission du virus du sida. Un Français sur trois a des représentations partielles et/ou erronées des modes de transmission de la maladie. Plus grave encore, plus de trente ans après l'apparition de l'épidémie et malgré des décennies de promotion du préservatif, un quart reste persuadé que le risque existe même lors d'un rapport sexuel protégé.

Cette méconnaissance généralisée se traduit de façon paradoxale. D'un côté, la peur du VIH/sida reste très présente, pour 71% des Français, et notamment chez les plus jeunes : 80 % contre 76 % en 2016. Mais cela n'empêche ni les pratiques à risque, ni la banalisation de la maladie. Près d'un Français sur deux, qu'il soit en couple ou non, estime qu'il a moins de risques que les autres d'être contaminé par le VIH. Pourtant, face au virus du sida, nous sommes tous égaux, et tous concernés.

## 10 chiffres à retenir \*

42% des Français estiment être mal informés sur les lieux où aller pour se faire dépister afin de connaître son statut sérologique (même % pour les 15-24 ans).

- 71% des Français déclarent que le sida leur fait peur (80% des 15-24 ans).
- 44% des Français pensent que le VIH et le sida renvoient à la même chose (35% des 15-24 ans).
- 15% des Français pensent que l'utilisation d'un produit de toilette intime est efficace pour empêcher la transmission du VIH/sida (12% des 15-24 ans).
- 16% des Français pensent que le virus du sida peut être transmis en s'asseyant sur un siège de toilettes publiques (18% des 15-24 ans).
- 22% des Français pensent qu'il existe des médicaments pour guérir du sida (23% des 15-24 ans).
- 22% des Français pensent que le virus du sida peut être transmis en ayant des rapports protégés avec une personne séropositive (27% des 15-24 ans).
- 15% des Français pensent que le virus du sida peut être transmis en embrassant une personne séropositive (21% des 15-24 ans).
- 15% des Français pensent que le virus du sida peut être transmis en entrant en contact avec la transpiration d'une personne séropositive (21% des 15-24 ans).
- 44% des Français estiment qu'ils ont moins de risques que les autres d'être contaminé par le virus du sida, qu'ils soient en couple ou non (28% des 15-24 ans). »

## 2- Structures et dispositifs en faveur des jeunes

### Dans le secondaire

Création d'un groupe de travail sur l'éducation à la sexualité en 2012 puis d'un comité national de pilotage sur l'éducation à la sexualité en 2013, peu ouvert aux structures extérieures partenaires de l'éducation à la sexualité

Concrètement :

Une absence fréquente de stratégie ainsi qu'un soutien insuffisant aux équipes pluri-professionnelles académiques et aux actions des médecins et infirmières conseillères techniques auprès des recteurs d'académie. Les plans académiques de formation sont dépourvus de volets consacrés à la formation adéquate à la sexualité. Défaut de soutien institutionnel. Démobilisation, et découragement du personnel en charge de cette mission.

### Dans le milieu universitaire les S(I)UMPPS prévoient ,

- au plan individuel : l'organisation d'au moins un examen préventif intégrant une dimension médicale, psychologique et sociale, à réaliser au cours des 3 premières années d'études dans l'enseignement supérieur.
- au plan collectif : impulser et coordonner des programmes de prévention et d'éducation de la santé

*(\*) Sondage Ifop et Bilendi pour Sidaction réalisé par questionnaire auto-administré en ligne du 8 au 13 février 2017 auprès d'un échantillon de 1 001 personnes, représentatif de la population française âgée de 15 à 24 ans et d'un échantillon de 1 007 personnes, représentatif de la population française âgée de 15 ans et plus.*

La loi ouvre la possibilité aux universités qui en feraient le choix de constituer leur S(I)UMPPS en centre de santé, permettant d'offrir un accès facilité et gratuit à des consultations de médecine générale ou spécialisée, de proposer des dépistages, de réaliser des vaccinations.

Faute de moyens et de soutien suffisant des établissements universitaires les S(I)UMPPS ne sont pas en mesure de mettre en œuvre leurs missions et sont peu connus des étudiants.

Ces dispositifs n'entrent pas spécifiquement dans le champ de la santé sexuelle ou de la prévention des IST et ne sont pas fréquentés par les jeunes pour ces motifs ;

- Espaces santé jeunes (ESJ)
  - Présents dans certains territoires uniquement
  - Activité autour de la santé globale avec une attention particulière sur la sexualité et les risques du VIH et des IST
  
- Maisons des adolescents
  - Implantées dans 60 départements
  - Activité fortement axé sur la santé mentale et la prise en charge des vulnérabilités psychologiques
  
- Point d'accueil écoute jeunes (PAEJ) et Point d'écoutes parents-adolescents (PEPA)
  - Démarche de prévention globale
  - Approche plus centrée sur la médiation sociale et familiale
  
- Réseau Information Jeunesse (CRIJ, CIJ, BIJ et PIJ) formés de centres régionaux, départementaux ou locaux regroupent 1500 structures labellisés par le ministère en charge de la jeunesse.
  - Réseau de proximité
  - Accueil anonyme, gratuit, personnalisé et adapté à la demande (remise de brochure ou entretien avec conseil et aides aux démarches)
  
- Missions locales
  - 450 missions
  - Accompagnent + 1.000.000 de jeunes de 16 à 25 ans en difficultés d'insertion professionnelle et sociale.

### **3- Accès aux préservatifs dans les établissements scolaires, de l'enseignement supérieur et de formation professionnelle**

Les collèges :

- La mise à disposition de préservatifs dans les collèges est en pratique laissée à l'appréciation du personnel infirmier de l'éducation nationale. Situation préoccupante – données HBSC 2014 : 18,2% des élèves de 3<sup>ème</sup> déclarent avoir des relations sexuelles et, parmi eux, l'usage du préservatif est en recul puisque la proportion de

collégiens sexuellement actifs déclarent utiliser un préservatif est passé de 85,4% en 2010 à 78,5% en 2014).

Les lycées :

- Accès par distributeurs : depuis 2006 équipement en distributeurs de préservatifs masculins dans les lycées d'enseignement général et technologique et les lycées professionnels
- Accès en infirmerie : disponibilité de préservatifs masculins et éventuellement féminins gratuits auprès des infirmières scolaires est largement assurée dans les lycées d'enseignement général et technologique et les lycées professionnels.

Les universités :

- Offre lacunaire en matière d'opportunités pour les étudiants de se procurer des préservatifs sur les sites universitaires

#### 4- Offre dématérialisée de prévention et de dépistage

##### L'offre numérique

Santé Publique France

- Sida Info Service : prévention du VIH et des IST (tout public)
- Fil Santé Jeune :
  - o public les 12-25 ans
  - o géré par l'association l'Ecole des Parents et des Educateurs de l'Ile de France (EPE)
  - o Répondre aux diverses questions de santé et plus particulièrement aux questions sur :
    - la sexualité
    - la contraception
    - la prévention

Ces lignes d'écoutes sont anonymes et gratuites.

Aujourd'hui, en complément de ces services, SPF a développé une offre numérique (site internet, Facebook, Twitter) qui permet d'échanger avec les équipes de professionnels, par chat individuel ou mail et avec les autres usagers, via des forums et des chats.

Depuis 2008, SPF a développé un site internet « onsexprime.fr » spécifiquement consacré à la sexualité des jeunes. Ce site s'accompagne d'outils participatifs du web tels qu'une page Facebook, un compte Twitter et une chaîne YouTube. Ce site bénéficie d'une large audience avec 1 million de visiteurs en 2015. Une part importante du site est consacrée aux IST.

La stratégie de SPF est d'être également présente sur les réseaux sociaux fréquentés par les jeunes. La production régulière de nouveaux contenus : vidéos, mini web-séries, paroles de You tubeurs connus à propos de leurs « premières fois » permet de maintenir l'attractivité du site.

La SPF a également recours à des campagnes d'affichage ciblé sur les réseaux sociaux et les applications les plus populaires chez les jeunes.

CRIPS Ile de France - (Centre régional d'information et prévention du sida)

Développement d'une application en direction des jeunes HSH intitulée « Tony jeune gay » accessible pour l'instant uniquement sur le web.

Autres acteurs de prévention

Développement d'applications géolocalisées à caractère utilitaire, permettant à l'utilisateur de repérer des ressources de proximité pour répondre à différentes situations : se procurer des préservatifs, trouver où se faire dépister ...

## 5- L'offre de dépistage en ligne

Développement d'outil permettant de réaliser des auto-prélèvements, voire des autotests d'IST à son domicile via une commande sur internet sans prescription médicale.

Les auto-prélèvements pour le dépistage des IST ne sont pas encore accessibles en France, cependant Santé Publique France envisage de développer ce système en France afin de favoriser le dépistage répété du VIH et des IST dans la population des HSH.

### ➤ La médecine générale dans la prévention

La prise en charge de la prévention du VIH et des IST est difficile à quantifier. Cependant, un grand nombre de dépistage ou de diagnostics des IST chez les 15 – 29 ans sont remboursés par l'Assurance Maladie et donc réalisés par prescription médicale.

- 170 000 sérologies VIH chez les adolescents entre 15 et 19 ans (2015)
- 127 000 recherches d'antigène HBs (2014) chez les adolescents
- 76.000 sérologies de syphilis et 60.000 recherches de chlamydia

44% des gonococcies rapportées chez les jeunes en 2014 par le réseau de surveillance RENAGO ont été diagnostiquées en médecine de ville.

Les médecins généralistes jouent un rôle important dans la vaccination chez les adolescents. Ils regrettent un manque de coordination territoriale et un manque d'incitation pour faciliter leur mission de prévention des IST.

Ce qu'il convient de mettre en place pour l'avenir

**Mesures spécifiques dans le domaine de la prévention du VIH, des IST et de la santé sexuelle, prises dans le cadre de 25 mesures-phares du plan prévention, pour les générations jeunes**

Les indicateurs de la santé sexuelle des jeunes sont préoccupants. Les infections aux IST sont en forte augmentation chez les jeunes de moins de 25 ans. Mise en place d'actions ciblées et d'information auprès des jeunes sur les méthodes de contraception, de dépistage et sur les IST et promotion du préservatifs (masculin et féminin).

- ✓ Mise en place d'une expérimentation dans quelques régions à forte incidence d'IST (dont une région d'Outre-mer) un programme de prévention en santé sexuelle à destination des jeunes de moins de 25 ans. (2019) .Mise à disposition d'une carte donnant un accès gratuit à des préservatifs ;
- ✓ Campagnes de dépistages (VIH, hépatites virales autres IST) déployées chaque année en région ;
- ✓ Production d'outils pédagogiques pour les personnels intervenant auprès des enfants et des jeunes dans le cadre de la santé sexuelle (hors cursus scolaire ou universitaire) ;
- ✓ Transformer la « consultation longue IST/ contraception » destinée aux jeunes filles en une consultation « santé sexuelle » destinée aux jeunes (garçons et filles).

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins ne peut que regretter que l'amendement déposé lors des débats sur la Loi de modernisation de notre système de santé et qui proposait la mise en place d'une consultation obligatoire pour les adolescents de 16 à 18 ans n'est pas été retenu.

Il avait argumenté cette proposition en disant qu'un certains nombres de ces adolescents quittaient l'environnement scolaire à partir de 16 ans et que d'autres ne consultaient plus le médecin lorsque les visites médicales n'étaient plus obligatoires.

Il conviendra par conséquent sous une autre forme de sensibiliser les pouvoirs publics sur l'absence de suivi médical de cette catégorie de patients qui peut être porteuse de pathologies infectieuses graves.

## ***Partie III – RAPPORTS 1996 à 2005 VS 2018***

### **1. Conclusions des anciens rapports**

En 1996, le CNOM affirmait qu'en stricte appréciation du risque de contamination, une information large des professionnels de santé, l'application des mesures de prévention nécessaires, constituent les meilleures réponses aux problèmes éthiques, moraux, déontologiques, et éventuellement de responsabilités professionnelles soulevés par ce risque de contamination V.I.H. entre soignants et soignés.

Même si la survie peut être maintenant beaucoup plus longue, grâce aux médicaments, l'infection par le VIH menace la vie et retentit aussi gravement sur la vie sociale des sujets atteints.

Quant aux hépatites virales, elles comportent aussi leur gravité vitale et certaines plus que d'autres menacent le patient de cirrhose et de cancer du foie.

Ces infections virales ont dans l'ensemble un haut potentiel de contamination, chacune en ce qui la concerne.

Le praticien potentiellement contamineur ne peut ignorer qu'il fait courir à son patient le risque de lui transmettre sa pathologie virale au cours d'une intervention chirurgicale ou d'une procédure interventionnelle.

Dans l'état actuel de la réglementation, c'est encore à ce praticien que revient l'initiative de son propre dépistage, de l'évaluation de sa virémie et de sa duplication virale, donc de sa contagiosité, de même que des mesures qu'il doit prendre dans l'intérêt de ses malades.

Même si dans des circonstances rarissimes, une pathologie neurologique ou un antécédent de celle-ci pourrait être une contre-indication éventuelle, rappelons que la loi rend obligatoire la vaccination contre le VHB chez les personnels de santé.

Les patients, victimes du sang contaminé par le VIH et les hépatites, ont vu reconnaître leurs droits à être considérés comme tels et à être indemnisés, sans référence à la faute.

Les médecins qui ont été les acteurs, soit comme intervenants dans les centres de transfusion, soit comme prescripteurs de produits sanguins, ont été pour certains mis en examen.

Deux situations avaient été évoquées :

- ✓ Les soignants contaminés par un accident d'exposition au sang ou son équivalent par un patient-source ont le droit, à juste titre, d'être traités immédiatement et, si possible, que le patient en cause accepte un dépistage de son état viral.
  - on en est au stade de « convaincre »,
  - bientôt, ce pourra être l'obligation d'un dépistage obligatoire dès l'accident signalé.
  
- ✓ Les patients victimes de leur médecin-sujet source :  
Ils ont le droit de ne pas être contaminés ; les infections nosocomiales sont considérées comme des fautes.

L'Ordre des médecins a dit que l'opérateur qui se sait appartenir à une population dite à risque, a le devoir de connaître son statut viral et d'arrêter ses activités invasives s'il est contaminant.

- C'est un devoir moral (responsabilité morale).
- Mais, par le biais des infections nosocomiales, le moment n'est pas loin où sa responsabilité civile professionnelle sera engagée.

Quelle soit d'origine professionnelle ou non, la contamination par VIH, VHB, VHC peut faire entrer dans une maladie chronique = Le médecin contaminé découvre une vie nouvelle, aléatoire, difficile. Il est entré dans une maladie dont il pourrait ne plus pouvoir se débarrasser car celle-ci, d'évolution de plus en plus longue et de moins en moins confortable, du fait des traitements, va néanmoins retentir sur sa vie.

S'il paraît important pour les médecins et autres soignants à risque, de connaître leur statut sérologique, cela pouvant déboucher sur une prise en charge thérapeutique plus efficace, ce qui est leur propre intérêt mais aussi celui de la Santé Publique, il n'est pas exigible pour autant, ni très aisé, d'organiser un contrôle sérologique des opérateurs.

## 2. Evolution de réponses

Fiche actualisée – VIH et hépatites virales B et C

Conduites à tenir : pour le médecin et pour les patients

Décisions du CNOM

Faut-il un dépistage sérologique systématique de l'infection à VIH chez les patients, avant toute procédure à risque, notamment en chirurgie, obstétrique et médecine interventionnelle ?

Le CNOM ne souhaite pas la mise en place d'un dépistage systématique des patients. Il rappelle que l'accord du patient doit toujours être recherché.

Le médecin est contaminé : doit-il cesser toute activité interventionnelle invasive ?

- ✓ Tout médecin, dès lors qu'il a une charge virale indétectable avec une RVS et bénéficiant d'une prise en charge conforme aux règles de l'art, peut poursuivre son activité professionnelle sans restriction.
- ✓ Si le médecin est en cours de traitement, et avant l'obtention d'une charge virale indétectable, le CNOM lui conseille de ne pas prendre en charge les patients si son exercice professionnel comporte des pratiques invasives. Pour rappel, la durée de traitement est en moyenne de 2 mois pour le VHC.
- ✓ En cas de séropositivité non traitée, le CNOM rappelle que le médecin doit cesser son activité ; dans le cas contraire, il engage sa responsabilité pleine et entière en cas de contamination du patient.

Situation d'un chirurgien porteur d'une séropositivité HIV ou VHC, probablement ancienne : doit-il informer ses patients antérieurement opérés ?

- ✓ Le médecin porteur d'une séropositivité informe son patient, uniquement en cas d'accident d'exposition au sang ayant impliqué ledit patient.
- ✓ Le CNOM estime qu'il n'est pas nécessaire que le médecin informe l'ensemble de ses patients de son état de santé.