



JOURNÉE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA 2013

Dossier coordonné par :

Direction générale de la santé

Sous-direction de la prévention des risques infectieux

Bureau des infections par le VIH, les IST et les hépatites

INTRODUCTION

La Journée mondiale de lutte contre le sida, organisée chaque 1^{er} décembre depuis 1994, donne l'occasion aux pouvoirs publics de témoigner de leur engagement constant dans ce combat, et de faire part des avancées obtenues grâce à la mobilisation des acteurs institutionnels et de leurs partenaires. Pour la période allant de 2011 à 2015, le thème retenu par l'Organisation mondiale de la santé est « Objectif zéro : zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination, zéro décès lié au sida ».

Le présent dossier détaille tout d'abord les dernières évolutions épidémiologiques de l'infection à VIH/sida en France. Les données sont actualisées par l'Institut de veille sanitaire (InVS), qui édite, à l'occasion de cet événement, un numéro spécial du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* relatif à quatre études touchant des populations particulières.

Dans un deuxième temps sont détaillées les actions déployées en 2013 par la Direction générale de la santé (DGS) dans le cadre du plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014.

Enfin, la nouvelle campagne de prévention conçue par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), axée cette année sur la promotion du préservatif auprès des jeunes comme outil de protection contre l'ensemble des IST, fait l'objet d'une présentation spécifique en dernière partie.

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DE L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE SUR L'INFECTION PAR LE VIH/SIDA ET LES IST



Données épidémiologiques sur l'infection à VIH et les IST 1^{er} décembre 2013 Institut de veille sanitaire

L'Institut de veille sanitaire (InVS) produit chaque année, à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida, des données actualisées sur l'infection à VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST) en France. Ces données reposent sur différents systèmes de surveillance auxquels participent biologistes et/ou cliniciens, de façon obligatoire ou volontaire, et sur des enquêtes menées auprès de populations spécifiques.

Le nombre de découvertes de séropositivité à VIH est estimé à 6 400 en 2012 ; ce nombre est stable depuis 2007. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les hétérosexuels nés à l'étranger (dont les $\frac{3}{4}$ sont nés dans un pays d'Afrique subsaharienne) restent les deux groupes les plus touchés et représentent respectivement 42% et 38% des découvertes en 2012. Les hétérosexuels nés en France et les usagers de drogue représentent respectivement 17% et 1%.

Une stabilité des découvertes de séropositivité VIH est observée dans tous les groupes, sauf chez les HSH où le nombre augmente en 2012. L'augmentation du nombre de découvertes observée dans ce groupe s'accompagne d'une **plus grande précocité des diagnostics**, avec davantage de découvertes aux stades de primo-infection et d'infection asymptomatique. Cette tendance semble être le résultat d'un recours au dépistage plus important dans cette population. L'effort en matière de dépistage depuis fin 2010, notamment par l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), a bénéficié à la population HSH. En 2012, parmi plus de 32 000 TROD réalisés, environ 13 000 l'ont été chez des HSH, et 200 se sont avérés positifs dans ce groupe.

Néanmoins, la progression des autres IST chez les HSH sur les années récentes, et notamment du nombre de syphilis récentes et d'infections à gonocoques, ainsi que l'augmentation des comportements sexuels à risque dans cette population, laissent penser que le risque de transmission du VIH est toujours important dans cette population, comme l'avaient montré les estimations d'incidence jusqu'en 2010.

Le dépistage ciblé auprès des HSH ne semble pas s'être accompagné d'un élargissement du dépistage dans la population générale, dans la mesure où l'activité de dépistage du VIH n'a pas augmenté en 2012 par rapport à 2011 (5,2 millions de sérologies). Depuis les recommandations d'élargissement du dépistage fin 2010, le nombre de sérologies réalisées a augmenté faiblement, de 5% entre 2010 et 2012.

I - Le dépistage de l'infection à VIH

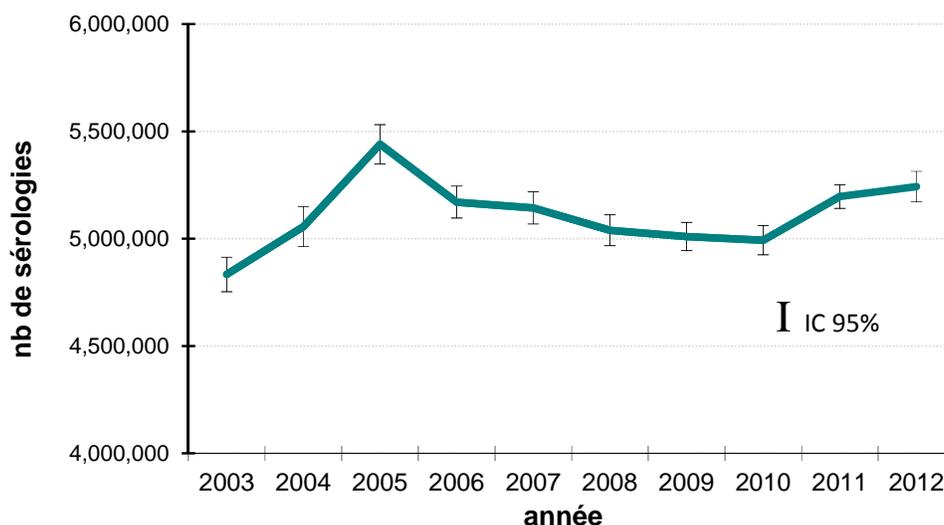
Plus de 5,2 millions de sérologies VIH ont été réalisées en 2012, soit 80 sérologies pour 1 000 habitants¹. Le nombre de sérologies réalisées dans le cadre d'une consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) est stable sur les deux dernières années et représente 8% de l'ensemble des sérologies.

Les trois quarts des sérologies sont réalisées dans des laboratoires de ville. Les Départements d'Outre-mer (DOM), l'Île-de-France et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur restent les régions où l'activité de dépistage est la plus importante.

Alors que le nombre de sérologies réalisées avait augmenté de +4% entre 2010 et 2011, ce nombre se stabilise en 2012 (fig. 1). Sur les 2 dernières années (2010-2012), l'activité de dépistage a globalement augmenté de +5%, de façon plus marquée en Île-de-France (+9%) et en Outre-Mer (+13%) qu'en métropole hors Île-de-France (+3%).

Fig. 1 : Nombre de sérologies VIH réalisées chaque année en laboratoires, France, 2003-2012

(Source : LaboVIH, données corrigées au 31/12/2012, InVS)



Cette augmentation modérée du recours au dépistage du VIH, observée depuis 2010 au niveau national, laisse supposer que les recommandations d'élargissement du dépistage à l'ensemble de la population, préconisées fin 2010, ont été suivies par un nombre limité de professionnels de santé.

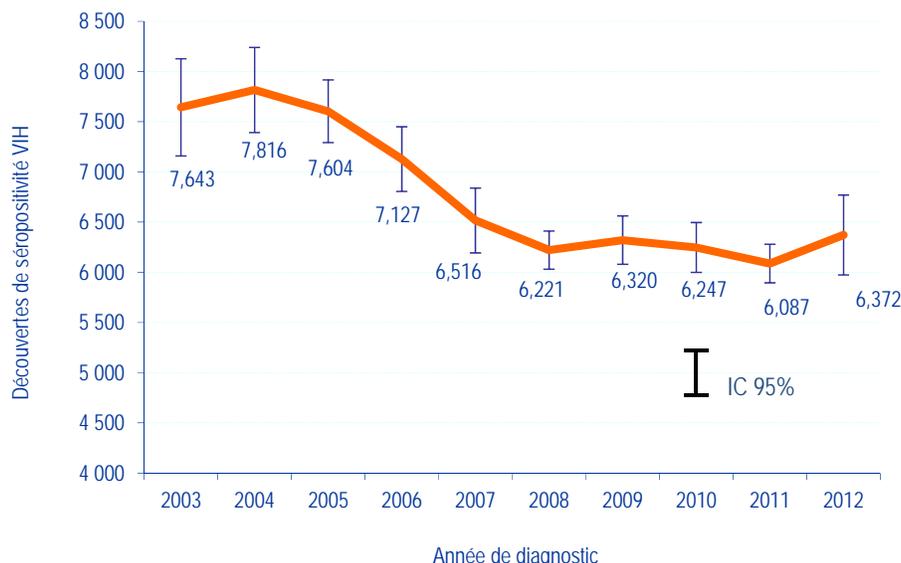
En plus des sérologies réalisées en laboratoires, environ 32 000 tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) ont été réalisés en 2012 par des associations, soit une augmentation importante par rapport aux 4 000 TROD réalisés en 2011.

¹ Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2012 (BEH 33-34;2013)

II - Les diagnostics d'infection à VIH et des autres IST

Environ 6 400 personnes ont découvert leur séropositivité en 2012, nombre qui est stable depuis 2007 (fig 2). Les deux tiers de ces découvertes ont été effectuées à l'hôpital et un tiers en médecine de ville, alors que ¼ des sérologies sont réalisées à l'hôpital et ¾ en ville.

Fig. 2 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH, France, 2003-2012
(Source : Déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 31/12/2012, InVS)

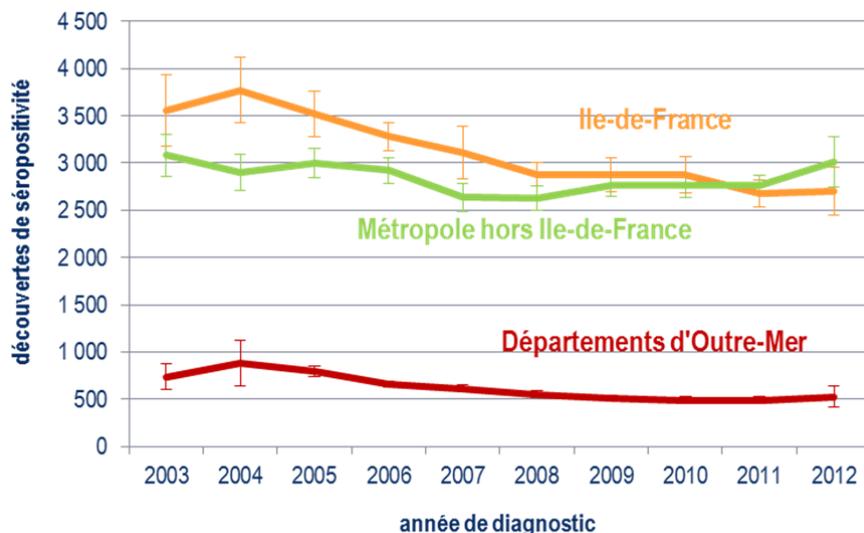


Les personnes de moins de 25 ans représentent 12% des découvertes de séropositivité en 2012 et celles de 50 ans et plus, 18%.

Pour la première fois en 2012, un nombre plus élevé d'infections ont été découvertes en métropole hors Île-de-France (3 000) qu'en Île-de-France (2 700) (fig 3). La région Île-de-France concentre encore néanmoins 42% des personnes ayant découvert leur séropositivité et les DOM 8%.

Fig. 3 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par région de domicile, France, 2003-2012

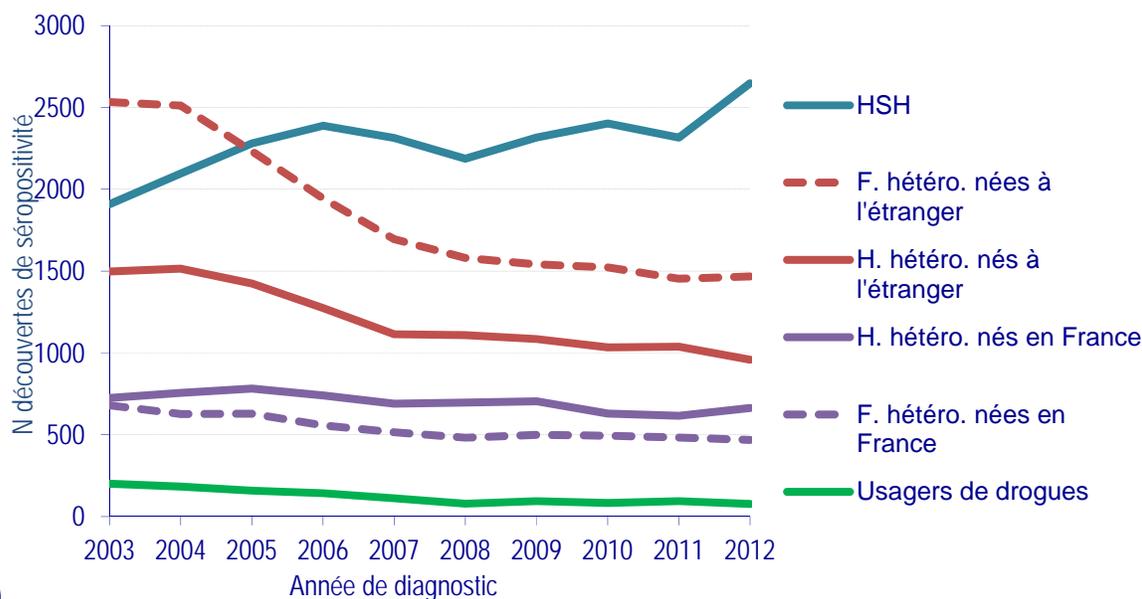
(Source : Déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 31/12/2012, InVS)



La relative stabilité du nombre de découvertes de séropositivité cache des disparités selon le mode de contamination et l'origine géographique.

Les HSH constituent le seul groupe de population chez lequel le nombre de découvertes de séropositivité augmente entre 2003 et 2012 (+39%). Concernant les découvertes de séropositivité chez les hétérosexuels nés à l'étranger (dont les trois quarts sont nés en Afrique subsaharienne), leur nombre se stabilise depuis 2007. Une stabilité des découvertes de séropositivité est également observée dans les autres groupes, depuis 2003 chez les hétérosexuels nés en France et depuis 2008 chez les usagers de drogues (UD) (fig. 4).

Fig. 4 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination et par pays de naissance, France, 2003-2012 (Source : Déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 31/12/2012, InVS)



En 2012, environ 2 650 HSH ont découvert leur séropositivité, représentant 42% de l'ensemble des découvertes. Les HSH représentent 37% des découvertes en Île-de-France, 51% en métropole hors Île-de-France et 16% dans les DOM. L'augmentation du nombre de découvertes de séropositivité dans ce groupe en 2012 est observée en métropole hors Île-de-France, mais pas en Île-de-France ni dans les DOM.

L'augmentation du nombre de découvertes chez les HSH s'accompagne d'une plus grande précocité des diagnostics avec davantage de découvertes aux stades de primo-infection et d'infection asymptomatique (respectivement de 18% en 2011 à 21% en 2012, et de 60% en 2011 à 62% en 2012). Cette tendance semble être le résultat d'un recours au dépistage plus important dans cette population. L'effort en matière de dépistage depuis fin 2010, notamment par l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), a bénéficié à la population HSH. En 2012, parmi plus de 32 000 TROD réalisés, environ 13 000 l'ont été chez des HSH, dont 200 se sont avérés positifs.

Néanmoins la progression des autres IST depuis plusieurs années dans cette population, et notamment du nombre de syphilis récentes et d'infections à gonocoque, laisse penser que le risque de transmission du VIH est toujours important chez les HSH, comme l'avaient montré les estimations d'incidence jusqu'en 2010. Près de 90% des diagnostics de syphilis², la moitié des diagnostics d'infections à gonocoque prises en charge dans les structures

² Source : Réseau RésIST de Ciddist, de CDAG, de consultations hospitalières et de médecins de ville, coordonné par l'InVS.

spécialisées², et la quasi-totalité des cas de lymphogranulomatose vénérienne rectale -LGV-³ (infection à Chlamydiae d'un génotype particulier) concernent cette population.

Ces constats peuvent être mis en parallèle avec l'augmentation des comportements sexuels à risque observée dans l'enquête Presse Gays et Lesbiennes (EPGL) 2011⁴ par rapport à la même enquête réalisée en 2004 : 38% des HSH ont déclaré au moins une prise de risque dans les 12 derniers mois avec un partenaire masculin occasionnel de statut VIH inconnu ou différent, alors qu'ils étaient 33% concernés en 2004. Ces prises de risque sont rapportées plus fréquemment par les répondants se déclarant séropositifs que par les répondants se déclarant séronégatifs.

La proportion d'HSH déclarant être séropositifs pour le VIH a également augmenté entre les 2 enquêtes : 17% ont déclaré être séropositifs en 2011 versus 14% en 2004.

Enfin, cette enquête montre également que le recours au dépistage était insuffisant, puisqu'en 2011, 14% des répondants n'avaient jamais été testés pour le VIH et 14% se disaient séro-interrogatifs⁵. Aucune stratégie de réduction des risques vis-à-vis du VIH⁶ n'a été rapportée par 16% des répondants séronégatifs, 25% des séropositifs, 35% des non testés et 55% des séro-interrogatifs. Les niveaux de dépistage et de contrôle de l'infection à VIH apparaissent donc encore insuffisants pour inverser la tendance de l'épidémie chez les HSH.

Les personnes contaminées par rapports hétérosexuels

En 2012, environ 3 500 personnes contaminées par rapports hétérosexuels ont découvert leur séropositivité VIH, représentant 56% de l'ensemble des découvertes.

Les 2 400 personnes hétérosexuelles nées à l'étranger représentent la majorité des découvertes chez les hétérosexuels. Il s'agit essentiellement de personnes nées en Afrique subsaharienne (77%) et de femmes (60%). Les analyses de sérotypage réalisées par le Centre national de référence du VIH ont permis d'établir qu'un quart des personnes nées en Afrique subsaharienne ont été infectées par un VIH-1 de sous-type B. Ceci indique une probable contamination en France pour au moins un quart des personnes d'Afrique subsaharienne, dans la mesure où cette souche virale est quasiment absente du continent africain.

Environ 1 100 personnes nées en France ont également été contaminées par rapports hétérosexuels, dont 59% sont des hommes.

Le pourcentage de découvertes précoces de séropositivité n'augmente pas sur les dernières années chez les hétérosexuels. En 2012, ce sont 5% des séropositivités qui ont été découvertes à un stade de primo-infection, 65% à un stade asymptomatique, 14% à un stade symptomatique non sida et 16% au stade sida. Cette stabilité des stades cliniques d'infection au moment du diagnostic indique que la généralisation du dépistage ne semble pas avoir bénéficié à la population hétérosexuelle.

Bien que le nombre de découvertes de séropositivité chez les hétérosexuels n'augmente pas sur les années récentes, le risque de transmission du VIH demeure puisque la transmission des autres IST persiste dans cette population.

³ Source : Réseau de la lymphogranulomatose vénérienne rectale coordonné par le Centre National de Référence (CNR) des infections à Chlamydia

⁴ Enquête Presse Gays et lesbiennes 2011 sur les modes de vie, la santé et les comportements sexuels des homosexuels masculins et féminins, enquête coordonnée par l'InVS et co-financée par l'ANRS (BEH 39-40;2013)

⁵ Séro-interrogatifs : séronégatifs lors de leur dernier test VIH, mais plus certains de l'être encore au moment de l'enquête

⁶ Stratégies de réduction des risques : non pratique de la pénétration anale, utilisation du préservatif, séro-sorting, séro-positionning, et/ou contrôle de la charge virale

En 2012, le nombre d'infections urogénitales à Chlamydia, la plus fréquente des IST, continue d'augmenter, chez l'homme comme chez la femme⁷. Cette augmentation reflète un accroissement des pratiques de dépistage, objectivé par un plus grand nombre de diagnostics chez des personnes asymptomatiques. Dans une moindre mesure, cette augmentation concerne également des personnes présentant des symptômes, reflet d'une hausse des contaminations.

Le nombre d'infections à gonocoque continue également d'augmenter depuis 10 ans, chez l'homme comme chez la femme, aussi bien en Île-de-France que dans le reste de la métropole⁸. Une partie de cette augmentation est liée, notamment chez la femme, à la montée en charge, depuis 2009, des techniques moléculaires (PCR) qui combinent le diagnostic des infections à chlamydia et à gonocoque.

Les usagers de drogues

Le nombre d'UD découvrant leur séropositivité VIH est toujours très faible (80 cas, soit 1% de l'ensemble des diagnostics en 2012). La majorité d'entre eux sont des hommes (90%) et sont nés à l'étranger (51%), notamment en Europe (principalement de l'Est et du Centre).

La réalisation de l'enquête Coquelicot en 2011⁹ auprès des UD a également montré la part de plus en plus importante des UD injecteurs nés à l'étranger dans les files actives des structures de réduction des risques, ce qui a justifié la réalisation d'un volet d'enquête auprès d'usagers russophones, entre juillet et octobre 2013, dont les résultats ne sont pas encore disponibles.

L'étude Coquelicot 2011 confirme les constats observés lors de la précédente édition en 2004. La population des UD est majoritairement masculine (79% d'hommes). Les UD fréquentant les dispositifs spécialisés sont très fortement marqués par la précarité sociale, un usager sur 5 vit dans un squat ou dans la rue, et 79% des usagers ne travaillent pas au moment de l'enquête. Les produits illicites les plus couramment consommés restent des stimulants et tout particulièrement le crack (pour 33% d'entre eux au cours du dernier mois), puis la cocaïne (pour 28%). La pratique d'injection active, au cours du dernier mois, concerne plus d'un tiers des UD (36%), et de manière plus importante ceux âgés de moins de 30 ans (53% d'entre eux). La proportion d'UD séropositifs pour le VIH est stable entre 2004 et 2011, autour de 10%. En revanche, la séoprévalence du VHC est en baisse entre 2004 et 2011 (de 60% à 44%), de façon encore plus marquée chez les jeunes UD (de 28% à 9%)¹⁰. Malgré ce résultat encourageant, l'importance des pratiques d'injection chez les plus jeunes UD et la persistance de pratiques à risque nécessitent de rester vigilants sur la prévention du VHC et du VIH dans cette population et de proposer de nouveaux modes d'intervention en matière de réduction des risques.

⁷ Source : Réseau Renachla de laboratoires, coordonné par l'InVS

⁸ Source : Réseau Renago de laboratoires, coordonné par l'InVS

⁹ Etude Coquelicot 2011 sur la santé des usagers de drogues et leurs besoins en matière de réduction des risques, étude coordonnée par l'InVS et co-financée par l'ANRS (BEH 39-40;2013).

¹⁰ Ces données de comparaison entre l'enquête 2004 et 2011 devront être consolidées par des analyses statistiques complémentaires

III – Autres populations vulnérables

Les personnes en situation de prostitution

La Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars) et l'Institut de veille sanitaire (InVS) ont conduit en 2010-2011 l'étude ProSanté¹¹, étude en 2 volets, dans une démarche de recherche-action, afin d'améliorer les connaissances sur l'état de santé, l'accès aux soins et aux droits des personnes en situation de prostitution. Au total, 251 personnes ont participé au volet Santé-social de l'étude, réalisé au sein de structures sociales et 78 personnes ont participé au volet médical, réalisé dans des Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (Ciddist) ou des Centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF).

Les deux tiers des personnes enquêtées étaient des femmes et les trois-quarts (78%) étaient de nationalité étrangère. La rue était le lieu principal de contact avec les clients pour 88% des répondants, qui cumulaient de nombreux indicateurs de précarité (environnement social, conditions de logement, titre de séjour, couverture maladie).

Plus de la moitié des répondants ont déclaré être dans un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais, proportion bien supérieure à la population générale. Les femmes présentaient une vulnérabilité particulière sur le plan gynéco-obstétrical (faible prévention vis-à-vis du cancer du col de l'utérus, faible utilisation d'une contraception orale et fort recours aux IVG). Les personnes transgenres étaient largement touchées par le VIH, avec une prévalence déclarée de 44%.

La population de l'étude, fragile sur le plan de la santé psychique, était particulièrement exposée aux violences physiques et psychologiques.

Compte-tenu des structures sollicitées, cette étude n'est pas représentative de l'ensemble de la population des personnes en situation de prostitution en France. Elle permet néanmoins de formuler des recommandations en termes de prévention et d'accès aux droits et aux soins.

Les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes

L'édition 2011 de l'enquête EPGL a proposé pour la première fois un questionnaire dédié aux femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes, posté sur des sites internet lesbiens et gays. Près de 4 000 femmes ont participé à l'enquête.

Il s'agissait de répondantes jeunes (26 ans d'âge médian), d'un niveau socio-culturel élevé, plutôt urbaines.

Près des trois-quarts d'entre elles se définissaient homosexuelles et 16% bisexuelles. Les répondantes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels uniquement avec des femmes pour un tiers d'entre elles au cours de leur vie, et pour deux tiers au cours des 12 derniers mois.

Le nombre de partenaires sexuels dans les 12 derniers mois était plus important parmi les répondantes ayant des rapports sexuels avec des partenaires des 2 sexes. Plus de la moitié d'entre elles (57%) ont utilisé systématiquement le préservatif lors des pénétrations vaginales. La prévalence des IST dans les 12 derniers mois était plus importante chez les femmes ayant des partenaires masculins (6% versus 2% chez celles ayant eu des rapports sexuels uniquement avec des femmes).

Quant au dépistage du VIH, 61% des répondantes indiquaient avoir déjà été testées au cours de leur vie. La prévalence du VIH déclarée s'élevait à 0,7% [0.3-1.0], toutes les femmes séropositives avaient eu une sexualité avec des hommes.

¹¹ Etude ProSanté 2010-2011 sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution rencontrées dans des structures sociales et médicales (BEH 39-40;2013)

ACTIONS DEPLOYEES EN 2013 PAR LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

Le cinquième plan national de lutte contre le VIH/Sida et les infections sexuellement transmissibles (IST) 2010-2014 constitue le principal outil de programmation dans la lutte que mènent les pouvoirs publics et leurs partenaires (professionnels de santé, acteurs économiques et milieu associatif) contre ces infections.

2.1 AXE « PRÉVENTION, INFORMATION, ÉDUCATION POUR LA SANTÉ »

Outre les actions de promotion de la santé mises en œuvre par l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES), la DGS a maintenu son soutien aux associations intervenant dans le champ de la prévention des IST dont le VIH et a lancé en 2013 un appel à projet pour prendre en compte les spécificités de certains publics plus vulnérables.

a) Les appels à projets

- *Appel à projet 2013 « Prévention des IST dont l'hépatite virale B en direction des jeunes en situation de vulnérabilité »*

La DGS a lancé en août 2013 un appel à projets pour soutenir des actions de prévention des IST et de l'hépatite virale B, incluant la vaccination contre cette dernière, auprès des jeunes de moins de 30 ans en situation de vulnérabilité. 31 dossiers de candidature ont été examinés par un comité de sélection composé de représentants de la DGS et d'experts extérieurs. Les 6 projets retenus, financés par la DGS pour un montant total de 300.000€, permettront d'intervenir auprès de deux publics prioritaires que sont les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), et les personnes qui se prostituent (incluant la prostitution masculine). Sur les 6 projets sélectionnés, 5 ont pour cadre la métropole et 1 l'Outre-mer (Mayotte). Par ailleurs, 3 des 6 projets financés se serviront des nouvelles technologies de l'information et de la communication pour tenter de renforcer la mobilisation de ces publics sur les enjeux de la prévention.

- Colloque « Femmes, sexualités et addictions » : bilan et échanges autour des projets financés en 2011 dans le cadre d'un appel à projet.

En 2011, la DGS a souhaité faire émerger par des appels à projets des démarches innovantes de réduction des risques sexuels et addictifs en direction des femmes.

Les 16 projets de réduction des risques sexuels et addictifs financés ont été valorisés lors d'un colloque organisé au Ministère de la santé le 17 octobre 2013, intitulé « Femmes, sexualités et addictions », qui avait pour but d'échanger les bonnes pratiques entre professionnels et associatifs, de favoriser la duplication des projets sur d'autres territoires et de renforcer les transversalités entre les champs de la réduction des risques liés à la sexualité et aux addictions.

Ainsi ont particulièrement été abordés : la réduction des risques sexuels en direction des femmes qui se prostituent et auprès des femmes usagères de drogue, la nécessité de promouvoir le préservatif féminin, les vulnérabilités spécifiques des femmes vivant avec le VIH, le tabagisme chez les femmes enceintes, la formation des professionnels.

b) Les groupes de travail interministériels santé-Justice : pour une prévention réduction des risques infectieux en milieu carcéral, et le droit à l'aménagement et à la suspension de peines pour raisons de santé

La garde des Sceaux, ministre de la justice et la ministre des affaires sociales et de la santé ont annoncé le 1er décembre 2012 la mise en place de deux groupes de travail interministériels : l'un sur les aménagements et suspension de peine pour raison médicale, l'autre sur la prévention et la réduction des risques (RDR) infectieux en milieu carcéral. Ces deux groupes ont été installés le 20 février conjointement par les deux cabinets.

Afin d'élaborer des propositions de recommandations, ces 2 groupes, constitués de manière paritaire Santé/Justice, ont procédé à des états des lieux et à la conduite d'auditions d'un certain nombre d'institutions, d'associations, et de personnalités qualifiées.

La 1ère phase du groupe de travail sur les risques infectieux a porté sur la RDR liés aux usages de produits psychoactifs par voie injectable et la faisabilité d'une expérimentation de programmes d'échanges de seringues (PES). Elle a conduit notamment à l'élaboration d'un projet de cahier des charges de cette expérimentation. Suite à l'avis rendu par le Conseil d'Etat le 8 octobre sur les salles de consommation à moindre risque (SCMR), une expertise juridique a été ordonnée sur l'assise légale pour la mise en place de PES en détention. Cette

expertise ne remet pas en cause la volonté des deux ministères d'avancer sur les PES mais vise à clarifier les modalités de leur mise en œuvre.

Dans sa 2^{ème} phase, le groupe de travail a établi un constat sur l'effectivité des mesures de prévention et RDR liés aux pratiques sexuelles et des propositions d'amélioration. Ses propositions sont en cours de finalisation. Un certain nombre de ces recommandations sera adapté à la situation des mineurs détenus.

La 3^{ème} phase des travaux du groupe concernera les risques liés aux pratiques de coiffure, tatouage, piercing en milieu carcéral. Les travaux du groupe sont dépendants d'une saisine du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP), portant sur l'évaluation du risque infectieux (transmission du VIH et des hépatites) inhérent à ces activités en milieu carcéral et sur les recommandations de nature à réduire ces risques.

Les travaux du groupe de travail sur les aménagements et suspensions de peine pour raison médicale ont été fructueux et ont débouché sur un certain nombre de recommandations susceptibles de permettre des avancées notables sur ces sujets. Le rapport final a été transmis fin novembre aux deux cabinets. Les recommandations visent notamment à renforcer l'information et la formation des professionnels (personnels médicaux, magistrats, personnels pénitentiaires, médecins experts...), à améliorer et fiabiliser le recueil des statistiques relatives à ces dispositifs, à élargir le champ d'application de la suspension de peine pour raison médicale, en prenant mieux en compte le handicap ou les troubles psychiatriques, à assouplir les règles procédurales, ou encore à mieux organiser la prise en charge en aval.

2.2 AXE « DÉPISTAGE »

➤ Bilan des appels à projets 2011 et 2012 de « soutien aux activités de dépistage communautaire de l'infection à VIH par Test Rapide d'Orientation Diagnostic »

Améliorer le dépistage et notamment le dépistage précoce de l'infection à VIH est un des enjeux majeurs du plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014. Dépister précocement représente à la fois un bénéfice pour la personne mais aussi pour la collectivité en réduisant le risque de transmission dans la population par la mise sous traitement des personnes séropositives. Néanmoins, le nombre de personnes ignorant leur séropositivité est encore estimé à 30.000. Ce constat justifie de continuer à promouvoir la démarche de dépistage en diversifiant les occasions et les moyens de se faire tester, tout en concentrant les efforts en faveur des personnes les plus exposées ou éloignées du système de santé.

En accord avec la stratégie impulsée par le plan national, deux appels à projets ont été organisés en juin 2011 et en janvier 2012 par la DGS en partenariat avec la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour soutenir une offre de dépistage communautaire par des structures de prévention ou associatives disposant d'une convention avec une agence régionale de santé (ARS) les habilitant à utiliser des TROD. Au terme de ces deux appels à projets, 63 projets associatifs ont été sélectionnés sur 24 régions pour permettre de réaliser environ 80.000 dépistages par TROD auprès de publics fortement exposés au VIH et/ou ayant des difficultés à recourir au système de santé.

Grâce à la mobilisation croissante de l'ensemble des acteurs associatifs impliqués, une réelle montée en charge du dispositif s'observe depuis 2012. Ce sont ainsi près de 31.700 dépistages par TROD qui ont été réalisés en 2012 auprès de publics fortement exposés au VIH : HSH, personnes migrantes, personnes qui se prostituent (PSP), usagers de drogues par voie intraveineuse (UDIV), personnes vivant dans les départements français d'outre-mer, publics ayant des difficultés à recourir au système de santé.

Le taux de réalisation s'élevait en 2012 à 43,9% contre 20,5% en 2011. Une comparaison entre l'année 2011 et l'année 2012 montre que les publics touchés par ces actions de dépistage rapide se diversifient. Alors qu'en 2011 les HSH représentaient 69% des personnes dépistées par TROD, ce chiffre s'établit pour 2012 à 40%. La part des migrants (30%), des usagers de drogues (7%), des personnes qui se prostituent (2%), et d'autres publics n'appartenant pas à ces quatre publics cibles (21%) augmentant en même temps que se diversifient les structures associatives engagées.

L'indice de positivité s'élevait en 2012 à 10,5 pour mille TROD réalisés. La moitié des découvertes d'infection à VIH a été effectuée dans le cadre d'opérations hors-les-murs auprès des publics prioritaires et 30% des personnes dépistées par TROD en 2012 n'avaient jamais fait de dépistage au cours de leur vie. Le dispositif semble ainsi atteindre les publics cibles qui ne viennent pas ou ne peuvent pas se rendre habituellement dans le dispositif conventionnel de dépistage.

Un cahier des charges pour une évaluation externe du dispositif est en cours de rédaction par la DGS et la CNAMTS. Les conclusions, attendues pour l'été 2014, permettront de définir les modalités à mettre en œuvre pour la poursuite du dispositif au-delà de 2014.

➤ **Semaine expérimentale du dépistage rapide du VIH/sida « Flash test »**

À l'occasion du 1^{er} décembre 2012, la Ministre chargée de la santé a annoncé l'expérimentation d'une semaine de dépistage rapide du VIH/sida par TROD dans 4 régions volontaires : Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes et Guyane.

Cette annonce faite suite à une opération menée par Sidaction en 2012 qui avait permis d'expérimenter sur une semaine la pertinence d'une proposition de dépistage du VIH par TROD auprès des HSH dans une quarantaine de lieux d'Île-de-France : dispositifs mobiles dans le quartier du Marais, lieux extérieurs de rencontre, établissements gays (bars, saunas, etc.), associations, centres de dépistage ou de soins, sites hospitaliers et cabinets médicaux.

La semaine expérimentale « Flash test » souhaitée par la Ministre s'est déroulée du 23 au 29 septembre 2013 pour les trois régions métropolitaines participantes et se tiendra du 02 au 08 décembre 2013 pour la Guyane. L'extension du dispositif aux autres publics prioritaires que les HSH (personne migrantes, UDIV, PSP) est l'un des enjeux de cette expérimentation.

La mise en place a été assurée par un comité de pilotage national placé sous la responsabilité de la DGS, auquel ont participé les représentants des quatre ARS, de la CNAMTS, de la DSS, de l'INPES et de l'InVS. La coordination au niveau régional a été assurée par les ARS en lien avec les COREVIH ou les CRIPS.

Le bilan global de cette expérimentation sera réalisé courant 1^{er} trimestre 2014 pour prendre en compte les résultats de la semaine guyanaise.

➤ **Autotests**

En juillet 2012, l'agence américaine du médicament (FDA) a autorisé pour la première fois la vente libre d'un test de dépistage rapide du VIH/sida réalisable en milieu domestique sans supervision médicale. Ce nouvel élément a conduit la Ministre de la santé à saisir pour avis conjoint le 08 août 2012 le Conseil national du sida (CNS) et le Comité consultatif national d'éthique (CCNE).

Dans son avis rendu en mars 2013, le CNS s'est prononcé en faveur de la mise à disposition des autotests qui peuvent favoriser le dépistage confidentiel de personnes qui n'ont pas recours au système conventionnel, tout en préconisant un certain nombre de recommandations complémentaires afin d'en optimiser l'efficacité et la sécurité d'usage. Pour sa part, le CCNE a détaillé au même moment les problèmes éthiques posés par les autotests. Les deux organismes s'accordent sur le nécessaire encadrement de la mise à disposition des autotests qui doivent être complémentaires du dispositif classique de dépistage de l'infection à VIH/sida.

À ce jour, en Europe, aucun autotest VIH ne dispose du marquage CE, ni n'est autorisé à la vente. La société qui produit l'autotest salivaire déjà commercialisé aux États-Unis, a entamé des discussions avec un organisme notifié pour obtenir ce marquage, étape obligatoire pour une commercialisation en Europe. En France, et sous réserve d'obtention du marquage CE, ce test pourrait être disponible en vente libre dans les pharmacies courant 2014. La mise à disposition gratuite et ciblée auprès de populations prioritaires par des associations telle que préconisée par les avis CNS et CCNE constitue une dérogation au monopole pharmaceutique et nécessite donc des réflexions tant sur le plan juridique que financier.

Une autre société qui produit un autotest sur sang capillaire a aussi entamé des démarches.

Sans attendre l'arrivée sur le marché européen d'autotest VIH, la Ministre chargée de la santé a souhaité approfondir l'évaluation de la mise à disposition de ces autotests en saisissant l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) pour avoir son avis sur l'accompagnement des utilisateurs en termes de précautions d'utilisation et d'interprétation des résultats, ainsi que la Haute autorité de santé (HAS) pour avoir son avis sur la manière dont les autotests VIH peuvent s'intégrer dans la stratégie globale de prévention et de dépistage du VIH. Les conclusions sont attendues pour l'année 2014.

Il convient de rappeler qu'il n'existe, à ce jour, aucun autotest VIH marqué CE sur le marché européen, et que les tests proposés actuellement sur Internet sont non conformes au regard de la réglementation, de qualité variable et donc que leur utilisation peut présenter un risque.

2.3 AXE « PRISE EN CHARGE MÉDICALE »

➤ Les COREVIH

La France bénéficie au travers des Comités de Coordination régionale de lutte contre l'infection à VIH (COREVIH), d'une structure originale qui réunit les acteurs de la prise en charge hospitalière et extrahospitalière ainsi que les structures associatives. Le plan national en fait des partenaires privilégiés pour sa mise en œuvre par les ARS.

Le groupe technique national des COREVIH qui dépend du comité plénier de suivi du plan national a élaboré en un nouveau rapport d'activité des COREVIH qui remplacera celui défini par la circulaire DHOS/DGS du 27 Octobre 2007.

Ce nouveau rapport d'activité devrait permettre, entre autres, d'avoir un meilleur suivi des actions menées par les COREVIH sur un plan qualitatif et d'en faire un réel outil de suivi de

la déclinaison du plan national. De plus l'harmonisation des données recueillies et son informatisation permettra plus facilement d'en faire une synthèse nationale et contribuera à l'échange d'expériences entre les régions.

En termes de calendrier, une large expérimentation auprès des COREVIH a été menée en 2013 sur le rapport d'activité 2012 qui permettra d'avoir un document finalisé pour l'activité 2013 des COREVIH.

➤ **Remise du rapport d'experts VIH 2013**

Le rapport d'experts sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), confié pour la première fois au CNS et à l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS), et réalisé sous la direction du P^r Philippe Morlat (Bordeaux), a été présenté dans les locaux du ministère de la santé le 26 septembre 2013.

Les principales recommandations concernent la redéfinition de la politique de dépistage et la réforme des structures qui contribuent à sa mise en œuvre (rénovation du dispositif CDAG-CIDDIST avec une approche globale de santé sexuelle) ; et le traitement par antirétroviraux de toute PVVIH, quelque soit son niveau d'immunité. Cette recommandation s'appuie sur l'amélioration du rapport bénéfice/risque des trithérapies les plus récentes et la mise en évidence de l'intérêt majeur du traitement pour limiter la transmission du VIH. Jusqu'alors la présence de caractéristiques cliniques ou biologiques était nécessaire pour recommander l'initiation d'une thérapie. Par ailleurs, et pour la première fois, le choix préférentiel des combinaisons antirétrovirales a pris en compte le coût des médicaments antirétroviraux.

2.4 AXE « PRISE EN CHARGE SOCIALE ET LUTTE CONTRE LES DISCRIMINATIONS »

➤ **Le dispositif des appartements de coordination thérapeutique (ACT)**

En matière de prise en charge sociale et de lutte contre les discriminations, le plan conforte le besoin de maintenir une approche globale de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH qui peuvent être particulièrement exposées à la précarité et aux discriminations. Il est fondamental d'agir sur l'environnement des personnes et leurs conditions de vie pour améliorer l'adhésion à un traitement et éviter les prises de risque.

Des solutions d'hébergement de droit commun ou spécifiques à l'accueil des PVVIH en situation de précarité existent. Le dispositif des ACT, créé dans le champ du VIH, et hébergeant désormais toute personne en situation de précarité psychologique et/ou sociale

nécessitant des soins, s'est largement développé ces dernières années. Ainsi, si le plan pour l'amélioration pour la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques a permis le doublement du parc des ACT, porté à 1.800 places en 2012, le plan VIH permet de poursuivre la montée en charge du dispositif, et 100 places nouvelles ont été financées en 2013.

Par ailleurs, un rapport d'activité standardisé a été élaboré et est actuellement testé. Il permettra d'améliorer les connaissances sur le fonctionnement des ACT, le public accueilli, les difficultés rencontrées et leur évolution, et également les caractéristiques des personnes qui n'accèdent pas aux ACT. Cet outil permettra de réaliser une veille sur l'activité des ACT et sur l'efficacité au vu de la population accueillie.

2.5 AXE « RECHERCHE ET OBSERVATION »

La qualité des articulations entre soins et recherche clinique, et entre recherche clinique et recherche en sciences sociales est une force majeure de la recherche française sur le VIH/SIDA. L'Agence nationale de recherches sur le Sida et les Hépatites (ANRS), qui a été intégrée à l'INSERM en janvier 2012, consacre à la recherche sur le VIH/Sida 80 % de ses crédits, avec une part croissante dévolue aux recherches en santé publique et sciences humaines.

Il faut signaler le soutien financier annuel accordé par la DGS à l'ANRS, qui participe au financement de la réalisation d'études et recherches sur le VIH et les hépatites virales, telles que :

- étude Microbicides : caractérisation des déterminants moléculaires d'un nouvel inhibiteur du VIH;
- étude concernant les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) face aux discriminations dans la société française à partir des données de l'enquête VESPA 2 ;
- étude ANRS DICI-VIH : le dépistage infirmier par test rapide dans les services d'urgences d'Ile-de-France ;
- étude ANRS C023 CUPILT : observatoire des patients transplantés hépatiques présentant une récurrence virale C traités par un agent antiviral direct ;
- poursuite de l'étude sur l'efficacité et le coût-efficacité des différentes stratégies de traitement des hépatites chroniques C de génotype 1 en France ;

Outre ce soutien à l'ANRS, la DGS a initié plusieurs études prévues dans le plan qui contribuent à l'amélioration de nos connaissances.

➤ **Évaluation du plan de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 en direction des populations d'Outre-Mer**

La Délégation générale à l'Outre-mer (DGOM), en partenariat avec la DGS, a lancé un appel d'offre portant sur une évaluation de type prospectif et stratégique du plan de lutte contre le VIH/sida et les IST concernant les départements français d'Amérique (DFA) (Guadeloupe, Martinique et Guyane), les départements français de l'océan Indien (DFOI) (La Réunion et Mayotte), ainsi que Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Cette évaluation, menée sur un an à partir d'octobre 2012, portait sur les axes, mesures et principales actions concernant la prévention, le dépistage et la coopération internationale.

Après deux ans de mise en œuvre les mesures inscrites dans le volet DOM du plan national ont été dans une grande partie mise en œuvre :

- de nombreuses réalisations d'actions de prévention, conformes aux axes stratégiques du plan, vers la population générale et les publics spécifiques, ont été menées. Ces actions sont à poursuivre dans une approche élargie de santé sexuelle ;
- le dépistage est la priorité dans toutes les régions, avec le développement d'une offre de dépistage plus ciblée et davantage « hors les murs » ;
- pour la prise en charge psycho-sociale, des progrès certains concernent des dispositifs spécifiques mais les enjeux restent forts ;
- l'essentiel des études et enquêtes prévues dans le plan ont été lancées à ce jour, les premiers résultats font l'objet de présentations aux acteurs de terrain qui ont besoin d'un temps d'appropriation ;
- des actions et stratégies de coopération ont été mises en œuvre pour répondre aux enjeux sanitaires transnationaux de l'environnement régional des DOM

Cette évaluation confirme la plus-value du volet DOM dans le plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014. Le volet DOM du plan national est jugé globalement pertinent, compte tenu d'une infection à VIH/sida encore active dans les DFA. Ce volet est cohérent et offre un cadre structurant, face à des stratégies régionales ayant majoritairement opté pour une approche plus large en dehors de la Guyane.

➤ **Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé**

Pour la première fois en France a été conduite à la demande de la DGS par un chercheur de l'INSERM et un bureau d'étude lyonnais, uen étude portant sur l'usage et l'opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé, avec un focus sur 3 pathologies : le VIH, la tuberculose et le diabète. Les résultats de cette étude, rendus en avril 2013, sont téléchargeables sur le site internet du ministère : <http://www.sante.gouv.fr/interpretariat.html>.

Cette étude comportait 4 volets : une revue de littérature internationale, la construction d'un modèle exploratoire étudiant l'efficience de l'interprétariat professionnel en fonction des contextes, une enquête de terrain dans 27 services hospitaliers ou consultations de dépistage, une analyse des recours aux services d'une association d'interprètes médico-sociaux en île-de-France sur 4 années et demi. Des recommandations concluent cette étude, pour optimiser le recours à des services d'interprétariat professionnel, garants du respect de la confidentialité, du secret médical, de la qualité de l'échange patient/médecin, et du recueil d'un consentement libre et éclairé.

Les faits saillants ressortant de l'étude sont :

- aujourd'hui encore, un nombre conséquent de patients non francophones se retrouvent en consultation sans aucune possibilité de dialogue avec le médecin ;
- en matière de compréhension de la consultation, de connaissance du traitement et des examens prescrits, les patients non francophones connaissent une situation dégradée, notamment s'ils sont accompagnés par un tiers (autre que le conjoint) qui tient le rôle d'interprète ;
- les médecins comme les patients ont une connaissance pratique très faible du recours possible à un interprète professionnel ;
- une grande partie des patients non francophones et de leurs accompagnants préféreraient l'assistance d'un interprète professionnel, favorisant l'autonomie de la personne accompagnée dans le suivi de sa prise en charge ;
- les résultats sur l'efficience de l'intervention d'un interprète professionnel en consultation hospitalière sont extrêmement favorables pour la tuberculose (traitement court et guérison) ; ils le sont également pour le diabète et le VIH, dès lors qu'interviennent dans le modèle des transmissions et/ou des événements morbides évités.

➤ **Vieillesse des PVVIH**

En réponse à une action du plan national de lutte contre le VIH/Sida, la DGS a commandé une étude sur la prise en charge des personnes vieillissantes vivant avec le VIH/Sida. Les principaux constats ressortant de l'étude sont les suivants :

Sur les caractéristiques et besoins des PVVIH de plus de 60 ans :

- La population des patients suivis en 2010 pour le VIH comptait 10,1% de personnes de 60 ans et plus dont 5.4% qui avaient entre 60 et 64 ans et 4.7% qui avaient 65 ans et plus.
- D'un point de vue économique, les PVVIH de plus de 60 ans sont dans une situation moyenne beaucoup plus favorable que celles de moins de 60 ans. Deux effets se cumulent pour constituer cet écart : un effet de cohorte et un effet de cycle de vie ou effet d'âge.
- Si les personnes se trouvent avoir des niveaux de vie très inégaux, la sécurité sociale produit des effets massifs de sécurisation des parcours biographiques tant du point de vue de la prise en charge du risque maladie que de la sécurisation des revenus.
- Il existe un écart important entre la santé perçue et la réalité de l'état sanitaire des personnes, qui s'explique par les renégociations que les personnes atteintes de maladies chroniques opèrent pour « vivre avec » leur maladie dans leur vie de famille, professionnelle, ou sociale.

Sur la sélectivité des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) :

- Il apparaît que la vie en Ehpads de personnes séropositives est encore un sujet prospectif puisqu'elle ne concerne qu'une centaine environ de personnes aujourd'hui.
- Les Ehpads se sont spécialisés dans l'accueil des personnes âgées dépendantes et atteintes de pathologies liées à l'âge, ce qui fait paraître comme atypique, anormale, et parfois problématique l'accueil de personnes dépendantes plus jeunes, atteintes d'autres types de pathologies (psychiatriques, addictives, sociales) ou demandant des prises en charge relativement intensives ou techniques.
- On n'entre pas en Ehpads parce que l'on est porteur du VIH, mais parce que l'on présente des pathologies, une dépendance physique et/ou cognitive. Les travailleurs sociaux qui cherchent des places pour des patients se heurtent parfois à des difficultés importantes.

- l'expérience de l'accueil de résidents VIH et les efforts de formation/information déployés par certains Corevih montrent que le VIH fait peur même dans des établissements médico-sociaux. Cette peur serait surmontable par le biais de la formation.

Cette étude a permis de lancer un champ de réflexion sur ce sujet. Elle a ainsi été présentée à la conférence de consensus de AIDES sur le vieillissement des PVVIH en avril 2013, et mise en perspective avec les travaux complémentaires de l'association sur ce sujet.

Par ailleurs, ces résultats ont alimentés les travaux sur le vieillissement des personnes LGBT et des personnes séropositives, lancés par la ministre déléguée chargée des Personnes âgées et de l'autonomie qu'elle a confiés au Groupe SOS, SOS Homophobie et Aides.

➤ **Santé des personnes qui se prostituent**

Tel que le prévoit le programme en direction des personnes qui se prostituent, deux études ont été réalisées afin d'améliorer les connaissances relatives à la santé des personnes prostituées :

- l'une sur les « réalités et besoins des femmes prestataires de services sexuels via internet en France métropolitaine » qui offre des éclairages sur les modalités de prostitution via ce média, qui se développe fortement, et à laquelle il convient de s'intéresser pour adopter des approches de prévention adaptées.
- l'autre sur la prostitution et les échanges économico-sexuels à Mayotte. Cette étude anthropo-sociologique met en évidence les nombreux facteurs de risques culturels, sociaux, économiques existant à Mayotte, où le multipartenariat et les rapports économico-sexuels sont très fréquents et nécessitent des actions de prévention adaptées.

2.6 PERSPECTIVES POUR 2014

Un bilan à mi-parcours du plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014, est en cours de réalisation par la DGS. Ses conclusions seront présentées au comité de pilotage plénier du plan le 18 décembre prochain.

La méthodologie de réalisation de ce bilan a comporté en une revue documentaire, l'envoi d'un questionnaire à l'ensemble des ARS, l'interrogation de l'ensemble des départements ministériels concernés par ce plan¹² ainsi que des entretiens téléphoniques, en particulier pour la réalisation de deux focus régionaux. Même si ce bilan à mi-parcours n'est pas achevé, il apparaît que les axes dépistage et prévention et les programmes populationnels, HSH et migrants sont ceux qui ont été les plus mis en œuvre.

Il faut souligner et remercier les ARS pour leur participation importante et la qualité de leur réponse au questionnaire qui leur a été envoyé pendant la période estivale.

Les conclusions apportées par ce bilan ainsi que l'avis du CNS prévu en janvier 2014 permettront de faire des propositions d'ajustement du plan et de définir ainsi les orientations pour la fin de sa mise en œuvre. L'évaluation finale du plan sera confiée au Haut conseil de la santé publique (HCSP).

¹² DGOS, DSS, DGT, DGCS, InVs, INPES, Enseignement Supérieur, Education Nationale, Ministère de la Justice et des Libertés, Ministère de l'Intérieur

CAMPAGNE 2013 DE L'INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

VIH, chlamydia, syphilis... La meilleure défense, c'est le préservatif

Pourquoi mettre un préservatif ? Si la réponse peut paraître évidente à certains, elle l'est moins pour de plus en plus de jeunes. A notre époque, les infections sexuellement transmissibles (IST) restent méconnues et les progrès thérapeutiques ont éloigné les craintes d'une contamination par le VIH. Résultat, le préservatif ne paraît plus indispensable dans de nombreux esprits... A l'occasion du 1^{er} décembre, l'Inpes lance une nouvelle campagne rappelant que le préservatif est la meilleure défense contre le VIH et toutes les IST.

Le préservatif en perte de vitesse chez les principaux utilisateurs

Les préservatifs, masculins et féminins servent à la fois de contraception et de protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST). Au début de toute nouvelle relation ou en cas de changement de partenaire fréquent, leur utilisation permet de se protéger et de protéger les autres... Pourtant selon différentes études, on observe une baisse de leur usage parmi les populations les plus concernées par les IST.

Les jeunes

Pour le tout premier rapport sexuel, l'utilisation du préservatif est très importante depuis les années 2000, notamment chez les plus jeunes¹³. Mais pour les rapports suivants, c'est beaucoup moins vrai, alors que c'est la tranche d'âge qui déclare le plus souvent avoir eu un nouveau partenaire au cours des 12 derniers mois (32% chez les hommes)¹⁴. Si l'on considère le dernier rapport sexuel chez les moins de trente ans, on note une diminution de l'utilisation du préservatif. Ainsi, 34% des hommes de moins de 30 ans disent l'avoir utilisé, alors qu'ils étaient 50% en 2004. Cet abandon du préservatif n'est pas lié au fait que la personne ait fait un test récent du dépistage du VIH¹.

L'efficacité du préservatif comme moyen de protection n'est d'ailleurs plus un acquis pour cette jeune population : si 73% des 18-30 ans le jugeait tout à fait efficace pour se protéger du VIH en 1992, ils ne sont plus que 59% en 2010¹⁵.

Les homosexuels masculins

Avancées thérapeutiques, prévention biomédicale du VIH... le préservatif peut sembler moins indispensable de nos jours. Selon l'enquête presse gay, les hommes ayant des relations avec des hommes (HSH) l'utilisent moins depuis ces dernières années : 38% des HSH déclarent au moins une pénétration anale sans préservatif dans les 12 derniers mois avec des partenaires occasionnels, de statut VIH inconnu ou différent contre 33% en 2004¹⁶. Cette population reste pourtant très concernée par les IST (80% des cas de syphilis, 42% des cas de gonorrhée¹⁷) et par le VIH, dont les découvertes d'infection ont augmenté de 30% en 2012¹⁸.

¹³ Beltzer.N I, Saboni L, Sauvage C, Sommen C, Equipe KABP., Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France en 2010 : situation en 2010 et 18 ans d'évolution. Paris : ORS Ile-de-France, décembre 2011 : 153 p.

¹⁴ Beltzer.N I, Saboni L, Sauvage C, Sommen C, Equipe KABP. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France en 2010 [brochure]. Paris : ORS Ile-de-France, décembre 2011 : 8 p.

¹⁵ Saboni L, Beltzer N, groupe KABP France. Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine. Enquête KABP, ANRS-ORS-Inpes-IRReSP-DGS. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 1^{er} décembre 2012, n° 46-47 : p.525-529

¹⁶ Invs, Enquête Presse gay et lesbienne 2011, résultats disponibles sur <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Donnees/Donnees-epidemiologiques-sur-l-infection-a-VIH-et-les-IST>, consulté le 20 novembre 2013

¹⁷ Invs, Bulletin des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles, données au 31 décembre 2011, disponible sur <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance>, consulté le 20 novembre 2013

Les migrants d'Afrique Sub-saharienne.

En 2005, 38% des hommes et 44% des femmes originaires d'Afrique sub-saharienne¹⁹ estimaient que les préservatifs n'étaient pas du tout quelque chose de banal.

L'Inpes réaffirme que « La meilleure défense, c'est le préservatif »

Ces données montrent donc bien l'importance de rappeler aux principaux utilisateurs et plus largement au grand public, l'utilité du préservatif et de poursuivre l'information sur ce mode de protection des IST. C'est pourquoi, la nouvelle campagne de l'Inpes rappelle à tous et plus particulièrement aux jeunes que le préservatif est multiprotecteur. *« Le VIH et les IST concernent potentiellement tout le monde, même si certaines catégories de populations sont plus exposées au risque, comme les jeunes, les personnes migrantes, les homosexuels masculins ou encore les habitants des Antilles et de la Guyane. Si chacun a des raisons différentes d'être concerné, le préservatif reste la solution commune à tous pour ne pas être contaminé. C'est pourquoi, nous avons voulu créer un visuel universel rappelant l'efficacité du préservatif »* explique Thanh Le-Luong, directrice générale de l'Inpes.



A partir du 2 décembre 2013, la campagne est présente en métropole et dans les DFA sous plusieurs formes :

- affiches classiques ou animées dans les transports (gares RATP, réseau des TER et principales gares SNCF) ;
- affiches dans les lieux de convivialité fréquentés par les jeunes, les HSH et les populations migrantes ;
- annonces presse publiées dans des supports grand public ou des supports spécialisés pour les populations HSH et migrantes ;
- bannières internet sur les sites fréquentés par les jeunes et les HSH.

Par ailleurs, le site onsexprime.fr sur la sexualité des jeunes, sa page Facebook et sa chaîne You Tube feront la part belle au sujet du préservatif tout au long du mois de décembre. Rendez-vous sur www.onsexprime.fr.

Et toujours

- le site www.info-ist.fr, pour tout savoir sur les infections sexuellement transmissibles et avoir des conseils en matière de prévention ;
- le **numéro vert Sida Info Service 08 00 84 08 00**, anonyme et gratuit, disponible tous les jours 24h/24 ;
- le site www.sida-info-service.org, qui fournit des informations claires et complètes sur le dépistage, recense les coordonnées des centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG) et offre la possibilité de poser des questions en ligne sur le VIH-sida et les IST

¹⁸ Invs, Communiqué de presse du 30/11/2012, Journée mondiale de lutte contre le sida : données épidémiologiques sur l'infection à VIH et les IST en France, disponible sur <http://www.invs.sante.fr/Espace-presse/Communiqués-de-presse/2012/Journee-mondiale-de-lutte-contre-le-sida-donnees-epidemiologiques-sur-l-infection-a-vih-et-les-ist-en-france>, consulté le 20 novembre 2013

¹⁹ Lydié N. (dir.), Beltzer N, Féniès K, Halfen S, Lert F, Le Vu S, Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida -Connaissances, attitudes, croyances et comportements. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, juin 2007 : 183 p.

LISTE DES ABBRÉVIATIONS UTILISÉES

ACT	Appartements de coordination thérapeutique
ANRS	Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARS	Agences régionales de santé
CCNE	Conseil consultatif national d'éthique
CDAG	Centres de dépistage anonyme et gratuit
CIDDIST	Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNS	Conseil national du sida
COREVIH	Comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH
CRIPS	Centres régionaux d'information et de prévention du sida
CSAPA	Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
DFA	Départements français d'Amérique
DFOI	Départements français de l'océan Indien
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOM	Délégation générale à l'Outre-mer
DGS	Direction générale de la santé
DGT	Direction générale du travail
DOM	Départements d'Outre-mer
DSS	Direction de la sécurité sociale
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes
FDA	<i>Food and drug administration</i>
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

InVS	Institut de veille sanitaire
IST	Infections sexuellement transmissibles
PES	Programme d'échanges de seringues
PSP	Personnes qui se prostituent
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RA	Rapport d'activité
RDR	Réduction des risques
SCMR	Salle de consommation à moindre risque
TROD	Tests rapides d'orientation diagnostique
UDVI	Usagers de drogues par voie intraveineuse
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine