



Commission « Prévention – Dépistage »

COREVIH Arc Alpin - CHU de Grenoble – BP 217 – 38043 Grenoble Cedex 9

Tél : 04 76 76 61 62 – Courriel : coreviharc alpin@chu-grenoble.fr

RECOMMANDATIONS 2010

Contextes, état des lieux

et priorités d'actions de prévention et de dépistage du VIH pour l'Arc Alpin (Isère, Savoie, Haute-Savoie)

Document validé en commission le 15/10/2010

SOMMAIRE

| | |
|---|----------------|
| I- Préambule : objectifs du document | <i>page 1</i> |
| II- Présentation de la commission Prévention-Dépistage | <i>page 2</i> |
| III-Objectifs de la commission Prévention-Dépistage | <i>page 2</i> |
| IV-Contextes et repères d'action | <i>page 2</i> |
| V- Etat des lieux des dispositifs de prévention et de dépistage du VIH sur l'Arc Alpin | <i>page 14</i> |
| VI-Identification des acteurs de prévention et de dépistage sur l'Arc Alpin (cartes) | <i>page 18</i> |
| VII- Recommandations de la commission | <i>page 21</i> |
| VIII-Conclusions | <i>page 29</i> |
| IX-ANNEXES - pièce jointe | |

NOTE : *l'ensemble des sigles utilisés dans ce document sont explicités dans les annexes*

I- Préambule : objectifs de ce document

Ce document est le résultat de 19 mois de travail au sein de la commission « Prévention – Dépistage » du COREVIH Arc Alpin, de janvier 2009 à septembre 2010.

Objectifs :

- Mettre à disposition des acteurs de l'Arc Alpin un document synthétique présentant des repères épidémiologiques de l'infection par le VIH, des informations sur les avis et recommandations actuelles des experts et instances nationales sur le dépistage et la prévention et les principales évolutions récentes dans l'organisation de la santé et les stratégies de lutte contre le sida ;
- Etablir un état des lieux de l'offre de dépistage et de prévention sur l'Arc Alpin ;
- Formuler des recommandations d'actions prioritaires pour favoriser la coordination des acteurs et aider à la prise de décisions stratégiques.

Ce document est destiné à tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/sida :

- Acteurs de terrain, pour se coordonner à l'échelle du territoire alpin ;
- Acteurs institutionnels pour la prise de décisions stratégiques.

II- Présentation de la commission « Prévention – dépistage » :

La commission réunit en son sein les acteurs de l'Arc Alpin impliqués dans des actions de dépistage et de prévention du VIH/Sida. L'objectif étant de favoriser la coordination de ces acteurs afin d'améliorer la complémentarité et la cohérence des dispositifs de prévention et de dépistage compte tenu des enjeux actuels de l'épidémie. Les membres de la commission travaillent ainsi à favoriser l'échange de pratiques et la construction d'un réseau de personnes qualifiées, proposer et impulser des projets favorisant le dépistage, l'orientation post-dépistage et la prévention, ainsi qu'à mobiliser institutions et pouvoirs publics autour de ces questions.

III- Objectifs de la commission « Prévention – dépistage » :

La commission s'est donné comme objectifs :

- Recenser, mieux connaître et suivre l'offre de dépistage et de prévention sur l'Arc Alpin et analyser les besoins couverts et non couverts en termes d'actions, de territoires et de publics ciblés ;
- Formuler des avis et recommandations d'actions prioritaires pour améliorer la coordination des acteurs de l'Arc Alpin et pour répondre aux besoins de prévention et de dépistage en fonction des contextes épidémiologiques, stratégiques et politiques ;
- Instaurer régulièrement des temps d'échange de pratiques au sein de la commission pour permettre aux acteurs de mieux se connaître et de se coordonner ;
- Proposer et élaborer des outils pour améliorer la coordination des acteurs et dispositifs de prévention et de dépistage sur l'Arc Alpin ;
- Proposer des temps de formation sur les stratégies et les outils de prévention et de dépistage.

IV- Contextes et repères :

Situation épidémiologique nationale et locale sur l'arc alpin

EN FRANCE :

- L'incidence¹ du VIH en France était estimée entre 7000 et 8000 nouvelles contaminations par an en 2008 (estimations INSERM par méthode de rétrocalcul / estimations INVS par méthode directe), soit 17 nouvelles contaminations pour 100 000 habitants/an. La situation apparaît comme globalement stable, voire en légère diminution au cours de 5 dernières années ;
- La prévalence² est estimée fin 2008 entre 135 000 et 170 000 personnes infectées (rapport d'experts 2010).

Faits saillants :

- Le caractère concentré de l'épidémie, avec certains groupes de population plus exposés au risque qui connaissent une prévalence et des taux d'incidence de l'infection très élevés, signe d'une forte dynamique à leur niveau :
 - Les Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH) concentrent 40 à 50 % de l'ensemble des nouvelles contaminations et enregistrent un taux d'incidence de 1% par an en 2008 (0.017% en population générale). La prévalence de l'infection VIH chez les homosexuels se situe entre 12 et 14%, selon les enquêtes de comportements réalisées en population gay (enquête Presse gay 2000 : 14,5% / enquête Baromètre santé Gay 2002 : 12%)
 - Les migrants d'origine subsaharienne présentent également un taux d'incidence élevé : 240 nouvelles infections pour 100 000 personnes / an en 2008 (0.24%).
 - Les usagers de drogues par voie intraveineuse sont encore exposés : 91 nouvelles infections pour 100 000 personnes / an (0.091%)

¹ Prévalence : nombre de cas d'une maladie ou d'événements ou de tout autre événement tel qu'un accident dans une population donnée sans distinction entre les cas nouveaux et anciens.

² Incidence : nombre de cas de maladies qui émergent, le nombre de personnes qui sont tombées malades pendant une période donnée dans une population donnée. Autrement dit c'est le nombre de nouveaux cas annuels de la maladie. Alors que la prévalence fait intervenir les nouveaux et les anciens cas.

- Des disparités régionales marquées : l'Île de France et la Guyane française sont les régions les plus touchées. La région Rhône-Alpes se place en 3^e position pour les découvertes de séropositivité, devant la région PACA.
- Une augmentation constante de la prévalence du VIH dans la population du fait du maintien important du niveau de transmission de l'infection et de l'allongement de l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH induit par les traitements efficaces
- Une proportion importante de personnes infectées non dépistées : environ 50 000 personnes fin 2008, soit 30 à 40% de l'ensemble des personnes infectées.
- Un retard au diagnostic et à la prise en charge médicale : la proportion de personnes découvrant leur infection au stade sida et/ou avec un taux de CD4 < 200 mm³ en diminution mais qui restent important : 22% en 2008 (28% en 2000). Aujourd'hui, il est recommandé d'initier un traitement à tout patient dont le taux de CD4 est < à 350 CD4/mm³. Des recommandations récentes (rapport « Yéni 2010 ») encouragent même la mise sous traitement entre 350 et 500 CD4/mm³. Or en 2008, environ 50% des personnes dépistées avaient un taux de CD4 inférieur à ce seuil. L'accès aux traitements est donc retardé pour un nombre très important de personnes, faute d'avoir été diagnostiquées suffisamment tôt. Les taux de morbidité et de mortalité s'en trouvent accrus.
- Parmi les nouveaux cas de sida, 40% bénéficiaient d'un traitement antirétroviral avant le stade sida en 2008 et 50% connaissaient leur statut sérologique au stade sida.
- Le retard au dépistage est relativement moindre chez les HSH et chez les femmes (avec la proposition systématique de dépistage au cours de la grossesse). En revanche, il est marqué dans les groupes de population ne se considérant pas comme exposés au risque et concerne la population dite générale.

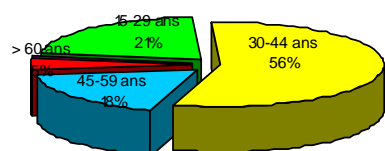
EN RHONE ALPES :

Les données nationales de déclaration obligatoire d'infection par le VIH entre 2003 et 2009 placent la région Rhône-Alpes au 2^e rang des découvertes de séropositivité (1873 découvertes de séropositivité), en France métropolitaine, derrière l'Île de France (13671 découvertes de séropositivité) et devant la région PACA (1659 découvertes).

Nouveaux cas de séropositivité VIH suivis en 2008 dans la file active hospitalière

(Données issues du Recensement de l'activité VIH en Rhône-Alpes – ARHRA/DRASS 2008)

n = 220

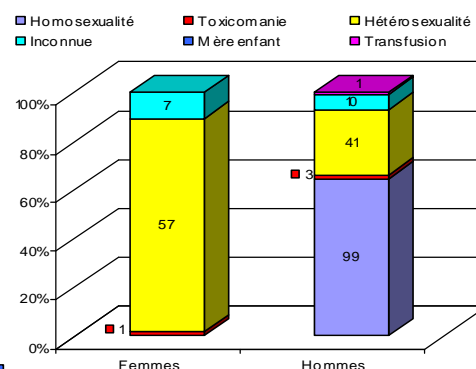


Répartition en fonction du sexe et de l'âge

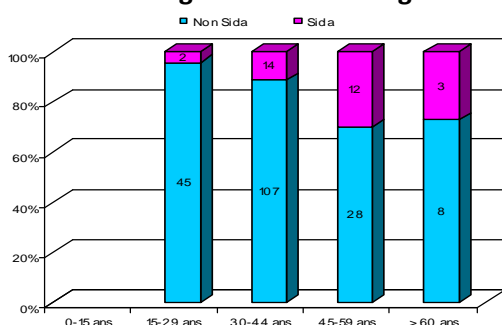
Le nombre de nouveaux cas dépistés est de 220 (3,8%) en 2008 dont 70% sont des hommes. Parmi ces nouveaux cas, la tranche d'âge la plus importante reste celle des 30-44 ans (56%).

Répartition des modes de transmission : ----->

- 49% sont contaminés par rapports hétérosexuels
- 49% par rapports homosexuels
- 2% par usage de drogues



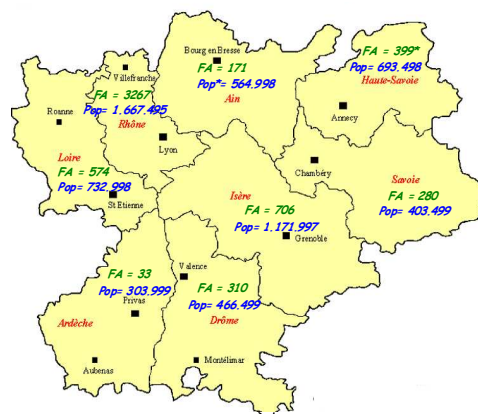
Les découvertes de séropositivité au stade sida augmentent avec l'âge :



Ensemble de la file active hospitalière 2008

(Données issues du Recensement de l'activité VIH en Rhône-Alpes – ARHRA/DRASS 2008)

La file active (patients suivis dans les services hospitaliers) documentée en 2008 pour la région Rhône-Alpes est de 5740⁽¹⁾ dont 784 (14,4%) cas sont domiciliés hors de la région ou non spécifiés, pour une population de 6 034 000 habitants. L'inscription aux bases informatiques étant soumise au consentement du patient et le recueil des données étant pratiqué souvent à partir des données informatiques, il est nécessaire de souligner que le nombre total de patients est sous estimé.

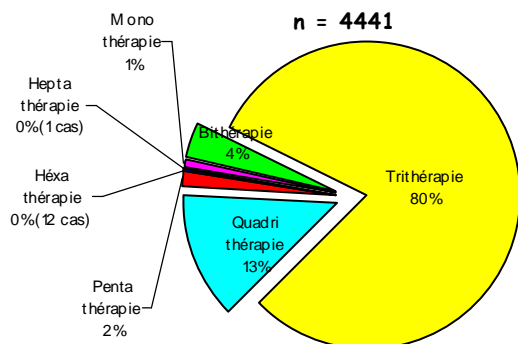


¹ Ces données sont probablement sous estimées, la file active 2008 d'Ancey étant manquante. Selon les services hospitaliers concernés, la file active des patients suivis en Haute-Savoie pourrait se situer entre 800 et 1200 patients

Répartition des modes de transmission dans la file active Rhône-Alpine :

- 44% sont contaminés par rapports hétérosexuels,
- 49% par rapports homosexuels,
- 5% par usage de drogues
- 1% par transfusion
- 1% autres cas (hémophilie, mère-enfant, percutané)

Patients sous traitement :



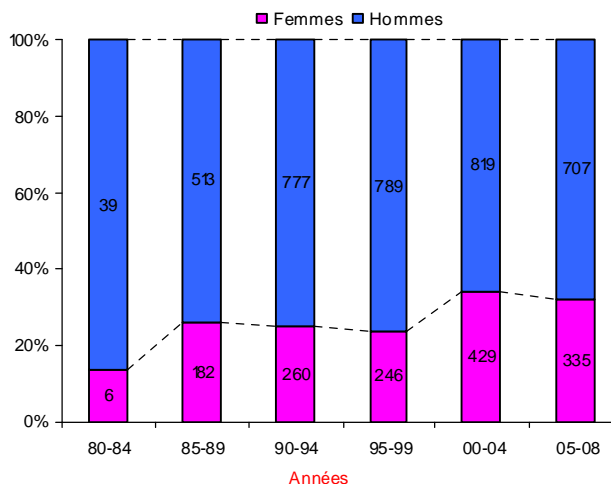
Sur les 5430 patients suivis :

- l'information sur le traitement est connue pour 5150 (90%),
- 280 (5,4%) n'ont pas de précision,
- **86% des patients sont traités dont 80% dans le cadre d'une trithérapie.**

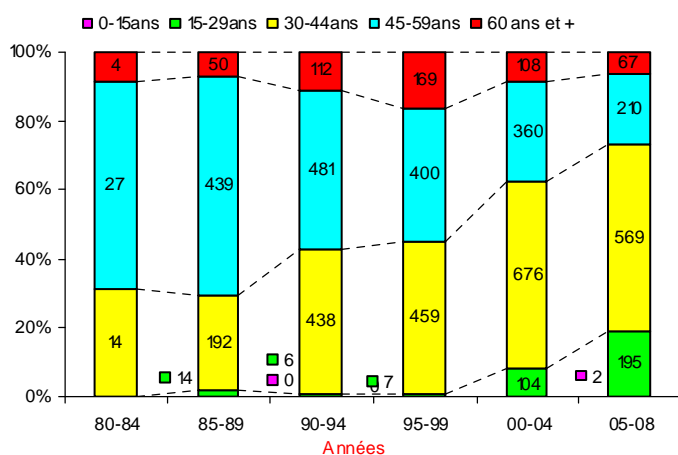
Evolution par année de diagnostic et par tranches de 5 ans :

Par sexe :

On constate, dans le temps, une augmentation de la contamination des femmes depuis 1980 en pourcentage (13% à 32%) comme en chiffres absolus.



Par âge :



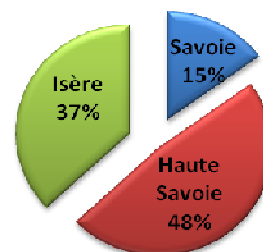
On constate dans la file active que les tranches d'âge des 30-44 ans ainsi que celle des 15-29 ans (depuis 2000) sont les plus touchées. A l'inverse on note une diminution de la tranche des 45-59 ans.

SUR L'ARC ALPIN :

- **Files actives en 2008² (patients suivis dans les services hospitaliers) :**
 - Environ 2000* patients pour l'Arc Alpin, dont 94% domiciliés dans un des trois départements.
 - La file active de l'arc alpin représente 30% de la file active de la région Rhône-Alpes.
 - 86% des patients sont traités dont 80% par trithérapie.

*REMARQUE : Ces données doivent être consolidées par une harmonisation des systèmes de recueil de données, actuellement peu homogènes sur l'Arc Alpin. La file active des patients de Haute-Savoie est probablement sous-estimée.

Répartition de la file active VIH sur l'Arc Alpin



- **Nouvelles sérologies positives et nouveaux cas de Sida en 2009³ sur l'Arc Alpin :**
 - 67 découvertes de séropositivité VIH en 2009 dont 6 au stade sida (68 en 2008, dont 5 au stade sida), soit près de 33% des découvertes de la région Rhône-Alpes. 545 découvertes de séropositivité VIH entre 2003 et 2009 (début de la déclaration obligatoire), soit plus de 29% de la région Rhône-Alpes. Parmi les découvertes de séropositivité entre 2003 et 2009, 85 étaient diagnostiquées au stade sida (soit 15.6% des découvertes)
 - Entre 2003 et 2009, l'Arc Alpin comptait 31,4% de contaminations homosexuelles/bisexuelles, 1.5% de contaminations liées à l'usage de drogues et 48% de contaminations hétérosexuelles, parmi les découvertes de séropositivité.
 - 15 nouveaux cas de Sida ont été diagnostiqués en 2009 (17 en 2008 et 34 en 2007), soit près de 29% des nouveaux cas déclarés en Rhône-Alpes (21.5% en 2008 et 38% en 2007) : 9 cas en Isère (8 en 2008, 19 en 2007), 2 cas en Savoie (2 en 2008 et 2 en 2007), 4 cas en Haute-Savoie (7 en 2008 et 13 en 2007).

² Recensement de l'activité VIH dans la Région Rhône-Alpes - année 2008, ARHRA / DRASS, oct. 2009

³ Données INVS au 31/12/2009, non corrigées pour la sous-déclaration et non redressées pour les délais de déclaration (sauf pour les données 2007 qui sont elles corrigées et redressées)

Rapport d'experts sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH -« Rapport Yéni »

Ce rapport est édité et actualisé tous les 2 ans. Il fait suite à une lettre de mission adressée par le ministre de la santé et est réalisé avec l'aide de la Direction Générale de la Santé et de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales B et C.

L'Édition 2008 du Rapport d'experts :

Face à une épidémie de VIH toujours dynamique, ce rapport alarmait sur la nécessité d'adapter les stratégies de prévention et de dépistage à cette réalité.

Dans ces champs, l'édition 2008 de ce rapport indiquait les points suivants :

⇒ **Partie 4 – Dépistage et nouvelles méthodes de prévention de l'infection par le VIH – pages 18 à 31 :**

« Aujourd'hui, le bénéfice d'une stratégie optimale de dépistage se situe :

- au niveau individuel, par une morbidité et une espérance de vie que l'on peut espérer équivalente à la population générale à condition que la prise en charge soit précoce ;
- au niveau collectif, par une probabilité de voir se modifier le comportement à risque plus forte chez ceux qui se savent contaminés que chez ceux qui l'ignorent, et par la réduction de la transmission de ceux qui sont traités.

Les enjeux du dépistage sont :

- d'augmenter son acceptabilité ;
- d'accroître le nombre de personnes contaminées dépistées ;
- d'augmenter la proportion des personnes testées qui reçoivent leurs résultats ;
- de diminuer le délai entre la contamination et le diagnostic ;
- enfin, de diminuer le nombre de personnes contaminées qui ne reçoivent pas les soins appropriés. »

Cette partie du rapport insiste sur les enjeux du dépistage dans le contexte épidémiologique, avec une proportion importante de personnes infectées qui ne connaîtraient pas leur infection par le VIH ou qui ne se font pas suivre (environ 36000 personnes). La proportion des patients diagnostiqués au stade SIDA est de 14% et le statut sérologique était inconnu chez 46% des personnes pour lesquelles un diagnostic SIDA était posé en 2006. « La baisse du nombre de nouveaux diagnostics en 2006 n'est pas en faveur d'une diminution de l'épidémie. En d'autres termes, pour diminuer le nombre de personnes infectées qui l'ignorent, il est attendu que le nombre de nouveaux diagnostics augmente »

Malgré une activité de dépistage importante en France, il existe un retard à l'accès à une prise en charge à l'hôpital (33,3% des patients accèdent à un stade avancé en 2006 : sida ou CD4<200/mm3)

Le rapport indique que la transmission par rapports hétérosexuels est majoritaire. Cependant la transmission du VIH par rapports homosexuels reste active (+ de 4 découvertes / 10 chez les hommes en 2006) et est le seul pour lequel le nombre de découvertes ne diminue pas.

Les COREVIH peuvent contribuer à l'évaluation et l'impulsion, au niveau local, des stratégies de dépistage : offre de dépistage, fonctionnement des CIDAG-CIDDIST, mises en place de programmes spécifiques en direction des populations les plus exposées, utilisation des tests rapides, besoin d'études ad hoc,...

Au final, en 2008, le groupe d'experts recommande :

« - aux pouvoirs publics de définir de nouvelles stratégies de dépistage différenciées en fonction des zones de prévalence et en direction des populations les plus exposées (homosexuels, population originaire d'Afrique subsaharienne, population carcérale, ...) :

- de recourir, dans certaines situations, aux tests rapides notamment dans les CDAG et les CIDDIST.
- de faire évoluer les CDAG / CIDDIST :
 1. vers une organisation intégrée en une seule structure, ayant un seul mode de financement, un seul bilan d'activité ;
 2. avec une mission large de prévention et de dépistage du VIH, des hépatites et des IST, de traitement post exposition comme c'est déjà le cas pour les IST ;
 3. en organisant des actions de dépistage dites hors les murs. »

L'Édition 2010 du Rapport d'experts :

Ce rapport, dans sa version préliminaire, a été remis à Mme Bachelot, ministre de la santé, et rendu public lors de la 18^e conférence internationale du SIDA qui s'est tenue à Vienne (Autriche) du 18 au 23 juillet 2010.

Face à la persistance de l'épidémie à VIH, notamment dans certains groupes de population, en matière de prévention, les messages forts de ce nouveau « rapport Yeni » sont :

- Il est essentiel de repenser les stratégies et la communication sur la prévention de la transmission du VIH, et de promouvoir le concept de prévention combinée, ne se limitant plus aux changements de comportement (en particulier l'utilisation du préservatif) et en associant le dépistage et le traitement antirétroviral aux outils traditionnels de prévention.
- Dépistage et traitement sont des outils de prévention à part entière : 50000 personnes ignorent leur séropositivité alors qu'elles peuvent transmettre le VIH, en particulier par voie sexuelle. Or la connaissance de l'infection permet de diminuer les risques de transmission du virus grâce à des modifications de comportement et au traitement antirétroviral.
- Le retard au dépistage et le dépistage au stade sida caractérisent les échecs de la prévention classique. Améliorer l'accès, le recours et la précocité du dépistage permettrait d'éviter le retard à la prise en charge et au traitement. La moitié des personnes infectées reçoivent un traitement trop tardivement, essentiellement parce qu'elles ignorent leur statut VIH.
- Le groupe d'experts invite donc fortement à mettre en application les recommandations de la HAS pour un dépistage élargi en population générale. Cette mesure doit associer un dépistage répété dans les populations les plus exposées.

La complémentarité des outils et la démultiplication des offres de prévention et de dépistage doivent être recherchées et s'articuler. Elles doivent s'adapter aux spécificités des publics cibles.

Autres points développés dans ce nouveau rapport d'experts :

- Rôle des COREVIH
- Fusion CIDAG-CIDDIST
- Dispositif du Traitement post exposition : enjeux, accès
- Dépistage délocalisé et dépistage communautaire
- Détention – milieu carcéral
- Personnes en situation de prostitution

Rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France, suivi de recommandations - Conseil National du Sida, 16 novembre 2006

Ce rapport et les recommandations qui s'en suivirent étaient annonciateurs de la nécessité de modifier les stratégies de prévention et de dépistage en France. Les recommandations de la HAS formulées dans les rapports d'octobre 2008 et d'octobre 2009 en font état. Nous ne détaillerons donc pas ici les points développés dans ce rapport. Cependant, il nous apparaît opportun de le citer comme référence ayant participé à décrire le contexte actuel des stratégies en jeu dans la lutte contre le VIH en France.

Recommandations HAS octobre 2008 – Modalités de réalisation des tests de dépistage ET Recommandations HAS octobre 2009 - Stratégies et dispositifs de dépistage

Ces recommandations redéfinissent le dispositif et la politique de dépistage de l'infection à VIH en France. Leur mise en œuvre vise à réduire les taux de transmission de l'infection, sa morbidité et sa mortalité. Elles reposent sur différents dispositifs, notamment :

- La proposition systématique du test de dépistage à toute population sexuellement active avec ou hors notion de risque de contamination ou caractéristique particulière. Cette proposition large contribue à banaliser la démarche du test, notamment à l'occasion du parcours de soins et de santé, et ainsi de favoriser son acceptabilité. Elle repose sur la mobilisation active des médecins généralistes et autres acteurs de santé. Les résultats et l'impact de cette stratégie sur la diminution du retard au dépistage devront faire l'objet d'une évaluation après une première période de 5 ans.

Cette recommandation vise également à modifier le regard porté sur le dépistage de l'infection par le VIH et à promouvoir l'idée que l'amélioration de la connaissance du statut sérologique vis-à-vis du VIH de la population peut être à l'origine de bénéfices importants au niveau individuel comme à l'échelle collective. Au-delà du droit fondamental des personnes, cette proposition de test repose sur le consentement.

La Société Française de Santé Publique (SFPS) en appelle à la vigilance sur au moins deux points : l'importance de l'accompagnement de cette démarche élargie de proposition de dépistage et de remise des résultats, qui n'est jamais anodine ; et le respect d'un acte proposé et non imposé car dans la pratique quotidienne la limite entre proposition et imposition de fait n'est pas toujours éloignée.

- L'offre systématique de dépistage ciblé et régulier en fonction des populations et des circonstances doit être développée et inscrite dans la durée. Les populations ciblées : les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; les personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois ; populations des DFA ; UDI ; personnes originaires de zone de forte prévalence ; personnes en situation de prostitution ; personnes dont les partenaires sexuels sont infectés par le VIH. Les circonstances ciblées : suspicion ou diagnostic d'IST ou hépatite B ou C ; suspicion ou diagnostic de tuberculose ; projet de grossesse ; IVG ; première prescription de contraception ; viol ; au cours de l'incarcération.
- Le recours volontaire au dépistage doit être encouragé et facilité. A cette fin, les médecins généralistes constituent les interlocuteurs privilégiés devant toute situation d'exposition à un risque de contamination. L'Utilisation des Tests de Dépistage Rapide (TDR) en cabinet de médecine générale pourrait être envisagée. Dans ce cadre, les conditions d'utilisation des TDR fixées au premier volet des recommandations HAS devront être respectées (mise en place d'un système d'assurance-qualité notamment) et un suivi prospectif exhaustif des résultats et performances de ces tests devra être mis en place.
Les CIDAG – CIDDIST doivent occuper une place importante dans le cadre de la démarche volontaire de dépistage. Cela doit passer par la rénovation du rôle de ces structures (fusion CIDAG-CIDDIST, respect du cahier des charges, renforcement des moyens). Les missions assignées gardent leur pertinence : faciliter l'accès par la proximité, les horaires adaptés, l'anonymat, la gratuité, l'absence de rendez vous ou mixte (avec et sans), prise en charge précoce après exposition à un risque (Traitement post exposition dans les CIDAG – CIDDIST).
- Le schéma de dépistage biologique du VIH reste inchangé : un test de dépistage ; Si positif : un test de confirmation ; Si positif : un test de dépistage sur un second prélèvement (une deuxième prise de sang) pour éviter les erreurs d'identification de la personne
Les performances des techniques de dépistage du VIH invite à n'utiliser plus qu'un seul test ELISA combiné marqué CE détectant les anticorps anti VIH 1 et 2 et l'antigène P24, avec un seuil de détection de l'Ag p24 au moins équivalent au seuil minimal requis par la réglementation européenne en vigueur pour les tests de détection de l'Ag p24 seul (< 2 ui/ml). Une sérologie VIH négative signe l'absence d'infection par le VIH, sauf dans le cas d'une exposition supposée au VIH de moins de 6 semaines. En cas de prophylaxie post-exposition, le délai reste de 3 mois après l'arrêt du traitement. Le résultat du dépistage doit être rendu avec l'accord de la personne, de manière confidentielle, par un médecin (ou un biologiste si le dépistage a été demandé directement dans un laboratoire d'analyse médicale sans ordonnance) au cours d'une consultation spécifique. Un résultat négatif doit être accompagné d'informations sur la prévention du VIH ; un résultat positif implique de débiter la prise en charge et le suivi du patient.
- Possibilité de dépistage directement en laboratoire hors prescription sous réserve des conditions de remise du résultat rappelées par la HAS en octobre 2008, avec test ELISA combiné.
- Soutenir la mise en œuvre par les structures associatives de dispositifs spécifiques intégrant le dépistage dans le continuum des actions de prévention pour atteindre les populations qui n'ont pas un accès suffisant au dépistage ou ont des besoins spécifiques dans l'approche de prévention, en fonction des résultats des projets en cours. Les conditions d'utilisation des TDR fixées dans le volet HAS d'octobre 2008 doivent être respectées (mise en place d'une assurance-qualité notamment) et un suivi prospectif exhaustif des résultats et performances de ces tests devra être mis en place.

- Proposition systématique d'un test VIH par tout professionnel de santé à toute femme enceinte lors de la 1^{ère} consultation prénatale, dans le cadre du bilan biologique + test de nouveau proposé au cours du 3^e trimestre de grossesse aux femmes séronégatives exposées à un risque (UDI, femmes en situation de prostitution, partenaires sexuelles de personnes VIH+, nouveau ou plus d'un partenaire au cours de la grossesse) + Importance de proposer le test aux conjoints et futurs pères avant la naissance.
- Proposition et réalisation rapide d'un test ELISA combiné devant tout tableau clinique infectieux aigu compatible avec une primo-infection pas le VIH. Rappeler aux consultants et aux professionnels de santé les signes cliniques d'une primo-infection.
- Le recours aux tests de dépistage rapide (TDR) par un professionnel de santé dans une structure de soins (service d'urgences médicales, unité d'hospitalisation, salle de naissance, etc.) peut être utile dans les situations d'urgence après obtention du consentement éclairé de la personne concernée : accident professionnel d'exposition au sang, accident d'exposition sexuelle, accouchement chez les femmes enceintes non suivies, urgence diagnostique devant la survenue d'une pathologie aiguë évocatrice du SIDA. Un test ELISA combiné doit aussi être réalisé le plus rapidement possible quelque soit le résultat du TDR.

Textes sur les évolutions des stratégies de dépistage : délais 6 semaines, TDR dans situations d'urgence, levée de l'anonymat,...

Suite aux recommandations de la HAS, la réglementation encadrant les tests de dépistage du VIH a évolué. A ce jour, deux textes apportent trois évolutions notables. Elles devraient probablement s'enrichir dans les prochains mois.

- **Arrêté du 28 mai 2010, fixant les conditions de réalisation du diagnostic biologique de l'infection à VIH et les conditions de réalisation du test rapide d'orientation diagnostique dans les situations d'urgence :**
 - ⇒ Désormais les biologistes devront utiliser un seul réactif de type ELISA à lecture objective permettant la détection des anticorps anti-VIH-1 et 2 et de l'Antigène P24 du VIH-1 avec un seuil minimal de détection de l'antigène P24 du VIH-1 de 2UI/ml. Ces réactifs sont communément appelés tests de 4^e génération.
 - Rappel: avec ces tests de 4^e génération, compte tenu de leurs performances techniques, actuellement disponibles sur le marché européen, la HAS précise qu'un résultat négatif du test ELISA combiné 6 semaines après l'exposition présumée peut être considéré comme signant l'absence d'infection par le VIH. En cas de traitement prophylactique post-exposition, le délai reste de 3 mois après l'arrêt du traitement (rapport HAS - octobre 2008)
 - ⇒ Ce texte permet également à des professionnels de santé d'utiliser sur leur lieu d'exercice, des tests rapides d'orientation diagnostique, dits tests de dépistage rapide (TDR) dans certaines situations d'urgence (chez un sujet source en cas d'accident d'exposition au sang ou sexuelle au VIH, urgence diagnostique devant un tableau évoquant un sida, accouchement d'une femme de statut sérologique non documenté) pour permettre une prise en charge rapide.
 - En dehors de ces situations, les TDR sont actuellement utilisés dans le cadre de recherches biomédicales. Différentes expérimentations sont en cours dans des services d'urgences, des CDAG, et en milieu associatif. Ce cadre d'utilisation des TDR devrait évoluer. Dans le cadre de la réforme sur la biologie médicale de 2010, les modalités de recours aux TDR devraient être fixées par arrêté du ministre de la santé.
- **Arrêté du 8 juillet 2010 fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les CDAG – CIDDIST**
 - ⇒ Suite à la demande du CNS, de la HAS et d'experts, l'article 108 de la « loi HPST » n°2009-879 du 21 juillet 2009 permet aux médecins de CDAG-CIDDIST de lever l'anonymat en cas de nécessité thérapeutique et dans l'intérêt du patient, « sous réserve du consentement express, libre et éclairé de la personne intéressée ». C'est une dérogation au principe d'anonymat qui ne le remet pas en cause.
 - Cet arrêté précise les modalités d'information de la personne et le recueil de son consentement pour la levée de l'anonymat.

Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST – Mission RDRs 25 novembre 2009 – Pr Gilles PIALOUX et Mme France LERT

A la demande du Directeur Général de la Santé, France Lert (INSERM U687) et le Pr Gilles Pialoux (Hôpital Tenon/APHP) ont rendu public, en novembre 2009, un rapport sur la « **Prévention et (la) réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST** ». Il analyse les nouvelles méthodes de prévention, pistes à explorer et parfois sources de controverses.

La fiche pratique électronique n°3 – février 2010 du CRIPS Rhône-Alpes apporte une synthèse de ces recommandations :

« En France, l'épidémie à VIH1 se caractérise par une prévalence très basse en population générale, une prévalence plus élevée et hétérogène dans la population immigrée d'Afrique subsaharienne et une prévalence forte chez les homosexuels masculins. L'objectif de la prévention est de réduire le poids collectif de l'infection à VIH et de diminuer le risque individuel. Cette expertise a ainsi examiné les données sur le risque de transmission par type de pratique, les déterminants viraux de la transmission, l'efficacité préventive du traitement et la signification de la charge virale, les méthodes reconnues efficaces de prévention (préservatifs, prophylaxie post-exposition...) et les stratégies individuelles de réduction des risques : adaptation de la protection ou de la pratique sexuelle aux statuts sérologiques de chacun dans les relations sexuelles »

La fiche pratique du CRIPS Rhône-Alpes synthétise les priorités que dégage cette mission dite « RDRs » (Réduction des risques sexuels) sous sept grands axes :

- Le dépistage et le traitement comme outils de prévention
- Le préservatif reste la norme
- La prévention positive
- Les nouveaux outils de prévention et de communication
- Le pacte social contre la pénalisation
- La place du médical
- La prévention gay : priorité absolue

Programme national de lutte contre le VIH et les IST 2005-2008

Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014

(source : lettre de saisine du 14 mai 2010 de la Direction Générale de la Santé au président de la Conférence Nationale de Santé et au président du Conseil national du Sida)

Un cinquième plan pluriannuel national de lutte contre le VIH/Sida et les IST est en passe de voir le jour pour la période 2010 – 2014. Il fait suite au précédent programme qui couvrait la période 2005 – 2008.

Le comité de pilotage (composé des directions d'administrations centrales du ministère de la santé, autres ministères, agences sanitaires, associations têtes de réseaux, sociétés savantes, personnalités qualifiées), chargé de formuler des propositions à la ministre de la santé pour l'élaboration de ce plan, a validé le principe d'une approche populationnelle (populations DOM, LGBT, Migrants, personnes en situations de vulnérabilité).

La construction collégiale et participative de ce plan s'est faite sur la base des constats d'évaluation du plan précédent, des recommandations de la HAS, du rapport d'expertise dirigé par le Pr Yéni, des avis du Conseil National du Sida, du rapport de Mme Lert et du Pr Pialoux sur les nouvelles méthodes de prévention, des recommandations de la Cour des comptes et d'un état des lieux remonté par les professionnels et associations de terrain.

Les orientations stratégiques de ce futur Plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010 – 2014 « nouveaux contextes, nouveaux enjeux », ainsi que sur les méthodes de construction et de gouvernance de celui-ci, ont été soumis, pour avis, à la Conférence Nationale de Santé et au Conseil national du Sida, le 14 mai 2010.

Suite à cette saisine, un avis³ conjoint de la Conférence Nationale de Santé et du Conseil national du Sida a été formulé le 17 juin 2010. Cet avis³ très réservé critiquait dans ce projet de plan l'absence de prise en compte des multiples recommandations d'experts.

³ Avis conjoint du Conseil national du sida et de la Conférence nationale de santé relatif au projet de plan national VIH/sida - IST 2010-2014 : <http://www.cns.sante.fr/spip.php?article331>

Dans un communiqué de presse du 28 juin 2010, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé, précise que cet avis conjoint doit « nourrir la phase finale d'élaboration du plan, qui sera annoncé dans les semaines qui viennent. Elle tient à réaffirmer sa volonté de poursuivre et d'amplifier les efforts engagés depuis deux décennies dans ce domaine. Des avancées majeures concernant la prévention, l'accès aux soins et les traitements ont été réalisées. Elles ont permis en particulier une amélioration significative de la durée et de la qualité de vie des personnes atteintes. » Ce plan devrait être rendu public d'ici le 1^{er} décembre 2010.

Information complémentaire ajoutée le 3/11/2010, après validation du présent document de recommandations du COREVIH Arc Alpin : Un nouveau projet de plan a été soumis au Conseil National du Sida le 6 octobre 2010 par le ministère de la santé et des sports. Ce nouveau document a donné lieu à un nouvel avis⁴ du Conseil National du Sida le 18 octobre 2010. Dans cet avis, le CNS note avec satisfaction que plusieurs recommandations émises en juin ont été prises en compte dans ce nouveau projet de plan national de lutte contre le VIH. Il émet néanmoins un certain nombre de réserves.

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

Il nous paraît important de citer cette référence de contexte tant les champs de la prévention et du dépistage du VIH et ceux des hépatites virales B et C sont croisés par de multiples facettes.

La séroprévalence de l'infection par le VHC chez les patients infectés par le VIH a été estimée en France à 24,3% en 2004⁵. Cette prévalence varie beaucoup en fonction des modes de transmission sanguine, de moins de 10% chez les homo- ou bisexuels (pratiques sexuelles à risque) jusqu'à plus de 90% chez les **usagers de drogues injectables**.

Concernant la coinfection par le virus de l'hépatite B (VHB), elle est observée chez environ 10 % des malades infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)⁶, du fait des modes de contamination communs : sexuelle, parentérale et materno-fœtale. Elle concerne principalement **les personnes originaires de pays de moyenne et forte endémie**.

Deux populations particulièrement exposées répondant au même impératif de prévention et de dépistage que le VIH, tel qu'il est décrit dans le plan national de lutte contre les hépatites virales, dont le premier axe stratégique a pour objectif la réduction de la transmission des virus B et C par :

- L'information et la communication sur les moyens de se protéger
- La réduction des risques de transmission chez les usagers de drogue.
- La prévention de la transmission des virus B et C lors des actes à risque, particulièrement lors des tatouages et piercing, et auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes.

Le deuxième axe stratégique met l'accent sur le renforcement du dépistage en créant :

- Les conditions d'un recours accru au dépistage des personnes à risques, en particulier auprès des personnes originaires de pays à moyenne et forte endémie
- Une amélioration des pratiques de dépistage et de rendu de résultat.

Enfin, le quatrième axe stratégique propose la mise en place de mesures complémentaires adaptées au milieu carcéral, englobant pour une même population de détenus une politique d'accompagnement commune au VIH, VHC, VHB et aux addictions.

⁴ Note valant avis sur le projet de Plan National de lutte contre le VIH/SIDA et les autres IST 2010 – 2014, soumis à concertation (version du 6 octobre 2010) - Conseil national du sida, le 18 octobre 2010 : <http://www.cns.sante.fr/spip.php?article342>

⁵ Larsen C, Pialoux G, Salmon D, et al. Prévalence des co infections par les virus des **hépatites** B et C dans la population VIH, France Juin 2004. Bull Epidemiol Hebd 2005 23 109-12.

⁶ Ockenga J, Tillmann H, Trautwein C, Stoll M, Manns MP, Schmidt RE. Hepatitis B and C in HIV-infected patients. Prevalence and prognostic value. J Hepatol 1997;27:18-24.

Rôle et missions des COREVIH⁷

Afin d'adapter l'organisation des soins des patients infectés par le VIH aux caractéristiques actuelles de l'épidémie, le décret n° 2005-1421 du 15 novembre 2005 a créé les comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH).

Les COREVIH se substituent aux CISIH créés en 1998 par circulaire ministérielle. La création de ces instances visait à adapter l'organisation des soins aux modifications des caractéristiques épidémiologiques et au nouveau cadre législatif, notamment la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (cf. article 20 concernant la représentativité des associations de malades ou d'usagers agréés dans les instances de santé publique). Ils représentent désormais, sur un territoire de référence, la réunion de tous les acteurs qui assurent collectivement la prise en charge globale des personnes séropositives et la lutte contre l'infection à VIH en général.

Ces instances de coordination doivent remplir trois missions :

- favoriser la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de la formation, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé ;
- participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de cette prise en charge et à l'harmonisation des pratiques ;
- procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques.

Le COREVIH Arc Alpin a été installé le 3 juillet 2008 au CHU de Grenoble, son établissement siège. Les départements de l'Isère, de la Savoie et de la Haute-Savoie représentent le territoire de référence du COREVIH de l'Arc Alpin. Il fait partie des 3 COREVIH qui couvrent les régions Rhône-Alpes et Auvergne. Il regroupe les acteurs des domaines du soin, du dépistage, de la prévention, de l'éducation pour la santé, du soutien et de l'accompagnement, avec la représentation des associations de malades et usagers de la santé. Le bureau du COREVIH est chargé d'élaborer et de proposer le programme annuel d'activité. Pour ce faire, il s'appuie sur les propositions émanant des commissions thématiques de travail.

Il est un des acteurs importants pour l'élaboration et la mise en œuvre régionale de la lutte contre l'épidémie.

Cinq commissions de travail ont été créées au sein du COREVIH Arc Alpin :

- Commission Prévention-Dépistage
- Commission Epidémiologie
- Commission Précarité et VIH
- Commission Femmes et VIH
- Commission Formation-Communication

Elles sont des lieux de réflexion et d'échanges et sont ouvertes à l'ensemble des acteurs, membres ou non du COREVIH. La commission Dépistage – Prévention se réunit depuis janvier 2009 tous les 3 mois.

Mise en place de l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes en avril 2010

L'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes (ARS Rhône-Alpes) a été mise en place en avril 2010. Elle fusionne sept organismes dédiés à la gestion de la santé et de la prévention dans la région : ARH, Drass, Ddass, Urcam, GRSP, MRS, Cram). Son directeur, Denis Morin, a été nommé le 30 septembre 2009.

La création des agences régionales de santé s'inscrit dans la profonde réforme et modernisation globale du système de santé, avec la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) adoptée en juin 2009 et promulguée le 21 juillet 2009.

Cette modernisation souhaite apporter des réponses aux grands enjeux que sont :

- l'accès de tous aux soins,
- la lutte contre les « déserts médicaux »,
- le décroisement entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le secteur médico-social,
- l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques,
- la santé des jeunes et, d'une manière générale,
- la coordination du système de santé.

⁷ Comité de Coordination Régional de Lutte contre le VIH. Tous les textes de référence et l'actualité des COREVIH sur le site de la Société Française de Lutte contre le Sida (SFLS) : <http://www.sfls.aei.fr/corevih/corevih.asp>

Le projet de loi propose 4 grands chapitres avec 33 articles :

- la modernisation des établissements de santé,
- l'accès de tous à des soins de qualité,
- prévention et santé publique,
- l'organisation territoriale du système de santé avec la mise en place des ARS.

Missions et objectifs de l'ARS (source : dossier de presse ARS Rhône-Alpes – 1^{er} avril 2010) :

Un interlocuteur unique, trois champs d'intervention :

1. **La prévention** : l'ARS définit et évalue les actions de prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie. Elle organise la veille sanitaire et le suivi des éléments significatifs de la santé dans la région ainsi que la réponse aux alertes sanitaires, contribuant ainsi à la gestion des situations de crise.
2. **L'offre de soins** : L'ARS régule l'ensemble du champ des soins hospitaliers et des soins de ville. Elle assure le contrôle de gestion et le pilotage des ressources et de la performance de l'hôpital public.
3. **L'accompagnement médico-social** : L'ARS est en charge de piloter la politique régionale d'accompagnement médico-social des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie.

Deux grandes missions :

1. **Le pilotage de la politique de santé publique en région.**
L'ARS est chargée de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique – prévention, promotion et éducation à la santé, mais aussi veille et sécurité sanitaires – et plus spécifiquement :
 - d'organiser la veille et la sécurité sanitaires, ainsi que l'observation de la santé ;
 - de définir, financer et évaluer les actions de prévention et de promotion de la santé.
 - de contribuer à l'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet.
2. **La régulation de l'offre de santé en région sur les secteurs ambulatoire, médico-social et hospitalier, pour mieux répondre aux besoins et garantir l'efficacité du système de santé**
Elle comporte une dimension territoriale - pour une meilleure répartition des médecins et de l'offre de soins sur le territoire - et une dimension économique - pour la meilleure utilisation des ressources et la maîtrise des dépenses de santé. Elle sera mise en place dans les différents domaines de responsabilité de l'agence.

Trois objectifs stratégiques :

1. Accompagner **l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé** ;
2. Assurer **une égalité dans l'accès aux soins** et lutter contre **les inégalités territoriales** ;
3. Améliorer la **qualité et l'efficacité** du système de santé.

L'ARS comporte une délégation territoriale départementale par département, soit 8 DTD en région Rhône-Alpes.

V- Etat des lieux des dispositifs et acteurs de prévention et de dépistage du VIH sur l'Arc Alpin

Les trois départements de l'Arc Alpin présentent des caractéristiques communes : des zones rurales étendues, des pôles urbains avec une forte attractivité touristique et économique et des pôles touristiques semi-ruraux, eux aussi très attractifs (stations de montagne). Avec la présence des montagnes alpines, les voies de communications rendent l'accès à l'information et aux dispositifs de prévention et de dépistage inégaux suivant les territoires.

Les frontières de la Savoie et de la Haute Savoie avec l'Italie et la Suisse font de l'Arc Alpin un territoire de migrations importantes. L'Isère bénéficie par le nord de l'attraction urbaine de l'agglomération lyonnaise. Tandis qu'au sud, Grenoble constitue le pôle d'attractivité économique, sanitaire et social du reste du département. Le CHU y est implanté avec l'unité de référence pour la prise en charge du VIH (ex-CISIH). Les centres hospitaliers d'Annecy, Chambéry, Annemasse-Bonneville, Thônon-les-bains, Sallanches, Bourgoin-Jallieu et Vienne sont aussi des pôles impliqués autour desquels une mobilisation associative et professionnelle s'est développée sur le VIH.

Le réseau d'acteurs de lutte contre le VIH, les IST et les hépatites implantés sur ces trois départements est assez dense et diversifié. Les acteurs sont mobilisés depuis de nombreuses années et ont acquis une expertise dans le domaine de la lutte contre le VIH. La concertation entre acteurs est très développée au sein de chaque département.

Ces caractéristiques influencent la situation épidémiologique du VIH dans l'Arc Alpin, à plusieurs titres.

En 2009, les premiers travaux de la commission « Prévention - Dépistage » du COREVIH Arc Alpin ont consisté à recenser les opérateurs, les actions et les territoires couverts, afin de réaliser un état des lieux objectif de l'offre de dépistage et de prévention. Ce travail préliminaire est un préalable indispensable à l'analyse de l'adéquation entre besoins et ressources, à leur suivi dans le temps et à la réflexion sur l'articulation des acteurs.

Il s'agissait ainsi de repérer les manques ou les faiblesses en matière de couverture territoriale et en termes de publics ciblés par les actions. Des débats ont eu lieu à partir de l'analyse des données recueillies au regard des évolutions en cours ou à venir en matière de nouvelles stratégies de dépistage et de prévention, pour les prendre en compte dans les recommandations de la commission.

Méthode de recueil de données : étendue et limites

- ⇒ Grille de recueil d'informations diffusée via les membres de la commission (cf. grille en annexes) : dispositifs existants / besoins à couvrir, à améliorer / publics ciblés et à prendre en compte / territoires couverts et à couvrir ;
- ⇒ Compte tenu des moyens disponibles pour organiser cette consultation, les informations recueillies demeurent incomplètes. Ce recueil de données doit donc se poursuivre et être affiné pour mieux analyser la situation et les améliorations à y apporter.

Principaux résultats de la consultation : des besoins et territoires couverts et à couvrir

- ⇒ Acteurs identifiés : Voir tableau et cartes en annexes

Dépistage

- Les CIDAG – CIDDIST
- Les Laboratoires d'analyses médicales et biologiques hospitaliers et de ville
- Les centres de santé
- Les médecins libéraux généralistes ou spécialistes
- Les Centres de planifications et d'éducation familiale
- Les Unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) en milieu carcéral.
- Les centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST)

Prévention

- Les associations de lutte contre le Sida
- Structures de réduction des risques auprès des usagers de drogues (CSST, CSAPA, CAARUD) :
- Les structures généralistes d'éducation pour la santé
- Les associations communautaires LGBT
- Autres associations impliquées
- Réseau ville-hôpital VIH-Hépatites-RDR UD
- Institutions : Hôpitaux (pour le TPE), Education nationale, médecine du travail,...

⇒ Spécificités territoriales

Dispositifs de dépistage :

SAVOIE

- CIDAG-CIDDIST du CHG de Chambéry : Chambéry, Aix les Bains, Albertville, St Jean de Maurienne
- Des consultations de dépistage en milieu carcéral organisées avec l'appui des CIDAG – CIDDIST : Ayton et Chambéry
- Actions de dépistage VIH et IST délocalisées dans les vallées alpines de Savoie avec le CIDAG-CIDDIST du CHG de Chambéry
- Actions de dépistage hors les murs VIH, IST, hépatites en station de montagne pour les saisonniers du tourisme avec le CIDAG-CIDDIST de Chambéry, en lien avec les LABM et hôpitaux locaux. Mise en œuvre dans une démarche globale avec le concours de la Mutualité Française de Savoie et Le Pelican
- 8 CPEF Savoie

HAUTE-SAVOIE

- CIDAG-CIDDIST hospitaliers sur Haute Savoie : Annecy, Annemasse, Thonon-les-Bains, Sallanches + antenne CIDAG CH Annemasse au CSST APRETO + projet antenne au CAARUD du CSST APRETO
- Actions de dépistage hors les murs VIH, IST, hépatites en station de montagne pour les saisonniers du tourisme avec les CIDAG-CIDDIST - coordination en lien avec le service Prévention de l'association OPPELIA Le Thianty (Alex) – Avec le fort soutien du Conseil Général de Haute-Savoie
- Des consultations de dépistage en milieu carcéral organisées avec l'appui des CIDAG – CIDDIST : Bonneville (74)
- 6 CPEF + 1 antenne CPEF en Haute Savoie

ISERE

- CIDAG-CIDDIST Conseil Général sur l'Isère : Grenoble, Bourgoin-Jallieu, Vienne (antenne BJ)
- Actions de dépistage hors les murs VIH, IST, hépatites en station de montagne pour les saisonniers du tourisme avec les CIDAG-CIDDIST. Mise en œuvre dans une démarche globale avec le concours de la Mutualité Française de l'Isère. Avec l'implication très forte du Conseil Général de l'Isère.
- Des consultations de dépistage en milieu carcéral organisées avec l'appui des CIDAG – CIDDIST : Varcès + St Quentin Fallavier
- Centres de santé de Grenoble – AGECSA impliqués dans le dépistage
- 26 CPEF et antennes en Isère
- Maillage des LABM en Isère avec le syndicat des biologistes de l'Isère, impliqués historiquement sur la mise en œuvre de bonnes pratiques de dépistage

Dispositifs et acteurs de prévention

SAVOIE

- En Savoie : REVIH-STs, ResADH 73, SAVIHEP, Education Santé Savoie (EMIPS),...
- 8 CPEF Savoie
- Dispositif d'échange de seringue en Savoie avec réseau de pharmacie : REVIH-STs / LE PELICAN

HAUTE-SAVOIE

- En Haute Savoie : ARAVIH, OPPELIA Le Thianty, collectif SIDA– 1^{er} décembre (Annemasse/St Julien en Genevois), collectif Sid'Annecy / Proximité avec la Suisse
- Dispositif d'échange de seringue auprès de UD en Haute Savoie (ARAVIH avec hôpital Annecy) : environ 80 000 seringues / an => financement remis en question ?
- 6 CPEF + 1 antenne CPEF en Haute Savoie

ISERE

- En Isère : AIDES, ODPS, AXES, Chrétiens et Sida, Tempo, Sida Info Service, Planning familial, Réseau hépatites virales Alpes Prométhée
- Très bonne couverture des centres de planification en Isère (26 centres et antennes de CPEF)
- Dispositif d'échanges de seringues auprès des UD sur l'agglomération Grenobloise (AIDES) : convention avec pharmacies, BUS RDR Grenoble, Local AIDES Grenoble => territoires à couvrir ?

⇒ Spécificités de dispositifs

Prévention

ACTIONS HSH

- Diffusion de matériels de prévention auprès d'établissements HSH et libertins par le SNEG : 6 en Isère, 5 en Savoie, 8 en Haute Savoie / Besoins à couvrir : améliorer la formation des exploitants et renforcer les interventions auprès du public de ces lieux + mettre en place une campagne de sensibilisation au dépistage en intégrant les évolutions du dispositif de dépistage
- Prévention auprès des HSH, sur les lieux de rencontres : AIDES (38) => identification des lieux de dragues sur l'Arc Alpin (voir annexes). Interventions sur les lieux de dragues / bus. Renforcer les actions sur l'ensemble des trois départements
- Prévention et réduction des risques ITSS auprès du public LGBT : OPPELIA (74) => interventions et actions ciblées dans des établissements gay ou gay friendly, sur des lieux de dragues, diffusion de supports.

ACTIONS MIGRANTS

- Actions de prévention auprès des migrants : action de mobilisation des associations communautaires africaines en Isère (ODPS 2007-2008-2009), action de sensibilisation dans les commerces de l'agglomération grenobloise (AIDES 38) => des freins et difficultés à maintenir une mobilisation des associations communautaires

ACTIONS RDR UD

- Réduction des risques auprès des UD : Bus RDR AIDES (38), ARAVIH (74), Lac d'Argent – CSST (74), APRETO CSST (74), CAARUD du CSST APRETO (74), CSAPA TANDEM SITONI (38 – Nord Isère), réseau ResADH 73, REVIH-STI (73), LE PELICAN – CAARUD ET CSAPA + Maison Dacquin (73), ANPAA 73, ANPAA 74,...

ACTION TATOUEURS – PERCEURS

- Organisation de formations pour les « tatoueurs - perceurs » en Savoie : REVIH-STI
- Charte Sida Info Service « Tatouage Piercing » avec les boutiques de l'Isère

SAISONNIERS DU TOURISME

- Actions de prévention et de sensibilisation sur les risques VIH, hépatites et IST menées conjointement avec une offre de dépistages hors les murs VIH/hépatites, dermatologiques, bucco-dentaires, vaccinations,... auprès des saisonniers du tourisme en station de montagne sur les trois départements. Ces actions impliquent de nombreux acteurs : les CIDAG-CIDDIST, des CPEF, des associations de prévention et d'éducation pour la santé, les acteurs locaux, des élus, les collectivités territoriales (communes et départements), les maisons des saisonniers, des professionnels et réseaux de santé, des travailleurs sociaux,... => Développer des actions sur les lieux de vie des saisonniers (lieux d'hébergement, bars, discothèques,...) / Impliquer davantage les saisonniers dans les actions et les acteurs locaux (employeurs, élus, services communaux, ...)

AUTRES PUBLICS

- Actions des CPEF : réduction des risques liés à la sexualité (VIH, IST, grossesse non désirée, violences,...), sensibilisation auprès des jeunes et non assurés sociaux, ...
- Organisation d'actions de sensibilisation généraliste lors de la journée mondiale contre le Sida : REVIH-STI+SAVIHEP (73), ODPS (38), Collectif Sida Annemasse/St Julien en Genevois (74), OPPELIA Service Prévention (74), collectif SID'Annecy (74)
- Interventions à la demande auprès de différents publics par les intervenants sollicités sur les 3 départements

- Formation des pairs et personnes relais de prévention, pour soutenir tout acteur souhaitant s'impliquer dans la prévention et la réduction des risques : OPPELIA – Service Prévention (74)
- Prévention et réduction des risques ITSS en milieu festif sur la Haute Savoie (événements, festivals, soirées, free party,...) : OPPELIA – Service Prévention (74) => besoin d'approfondir l'évaluation des risques liés à la sexualité et à l'usage de drogues en milieu festif ; développer les outils de sensibilisation aux thématiques de santé dans les établissements festifs (gérants et publics)
- Action de prévention et éducation à la sexualité en milieu scolaire : mise en place d'actions par les établissements scolaires en lien avec les infirmières et médecins scolaires, avec l'appui ponctuel ou régulier d'intervenants extérieurs (les CPEF 74-73-38, SAVIHEP-73, OPPELIA-74, ODPS-38,...) => renforcer l'application des textes sur la mise en place d'actions d'éducation à la sexualité en milieu scolaire et la communication au sein des établissements scolaires sur cette réglementation et sur le rôle des intervenants impliqués (éducation nationale, intervenants extérieurs, lieux ressources, lieux de formation,...)

CENTRE DE RESSOURCES

- Centre de ressources, d'information et de documentation + coordination d'actions et d'interventions sur demande ou en fonction de l'identification de besoins : ODPS (Isère), CRIPS Rhône-Alpes (Lyon), Education Santé Savoie, Education Santé Isère

Dépistage :

SAISONNIERS DU TOURISME

- Actions de sensibilisation et de dépistage VIH/hépatites hors les murs auprès des saisonniers du tourisme en station de montagne sur les trois départements. Ces actions impliquent de nombreux acteurs : les CIDAG-CIDDIST, des CPEF, des associations de prévention et d'éducation pour la santé, les acteurs locaux, des élus, les collectivités territoriales (communes et départements), les maisons des saisonniers, des professionnels et réseaux de santé, des travailleurs sociaux,...

MIGRANTS

- Besoins (74) : mieux prendre en compte les personnes d'Afrique subsaharienne
- Toucher davantage les publics particulièrement exposés et les publics vulnérables => travail avec associations, lieux d'accueil et de vie

JEUNES

- Améliorer l'articulation entre CIDAG-CIDDIST et les centres de Planification (38) pour la couverture territoriale + améliorer la visibilité des CPEF comme lieux de dépistage

PUBLICS PRECAIRES

- Actions des Centres de santé de Grenoble - AGECSA
- Toucher davantage les publics précaires et vulnérables (migrants) => travail avec associations, lieux d'accueil et de vie

PUBLICS HSH

- Toucher davantage les publics particulièrement exposés (HSH) et les publics vulnérables (migrants) => travail avec associations, lieux d'accueil et de vie

DETENUS

- Milieu carcéral : proposition systématique de test de dépistage aux entrants. Mais 1/3 accepte un dépistage + pas de culture de santé, mauvaise compréhension des messages de prévention, difficultés sociales et conduites à risques multiples.

USAGERS DE DROGUES

- Couverture des centres de soins spécialisés pour toxicomanes sur l'Arc Alpin (CSST) et des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention des Addictions (CSAPA) : TANDEM-SITONI (Bourgoin-Jallieu 38), APRETO – CSST (Annemasse 74), Centre Hauquelin – CSST CHU de Grenoble (38), Lac d'argent – CSST (Annecy 74), Le PELICAN – CSAPA (Chambéry 73)
- Les CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques auprès des Usagers de Drogues) : AIDES (38), APRETO - CAARUD (74), Le PELICAN – CAARUD (Chambéry 73)

=> Possibilités et outils de dépistages adaptés pour les usagers de drogues dans ces structures dédiées ? Possibilités d'utilisation des TDR pour les personnes n'ayant plus ou peu de voies veineuses périphériques (VVP) ?

AUTRES

- Participation des professionnels des CIDAG-CIDDIST de l'Arc Alpin aux rencontres bi-annuelles InterCIDAG de la Région Rhône-Alpes, animées par le CRIPS Rhône-Alpes et l'ODPS (Isère)
- Syndicat des biologistes de l'Isère associé et mobilisé dans la réflexion des stratégies de dépistage en Isère. Possibilité d'associer les acteurs associatifs dans l'activité de dépistage des LABM, pour élargir l'offre en fonction de différents publics moins touchés.

⇒ Spécificités de publics

Les publics à prendre en compte avec des dispositifs et stratégies adaptés qui intègrent la prévention du VIH associée à celle des IST, avec l'importance de favoriser l'accès et le recours au dépistage, quelque soit le territoire :

- HSH – LGBT : actions à renforcer
- Migrants (Afrique subsaharienne, Europe de l'est, ...) : actions à développer
- PVVIH : actions à mettre en place (prévention positive)
- Saisonniers du tourisme : actions à maintenir
- Multipartenaires : actions à développer
- Usagers de drogues : actions à maintenir et renforcer sur les territoires non couverts
- Détenus : actions à maintenir et à renforcer (sortie de détention ?)
- Personnes en situation de prostitution : actions à renforcer
- Jeunes : actions à maintenir en lien avec les CPEF et l'éducation nationale
- Personnes précaires : actions à développer

VI- Identification des acteurs de prévention et de dépistage sur l'Arc Alpin

2 Cartes de localisation (principales villes avec principaux hôpitaux) :

- Carte 1 : Lieux de dépistage de l'Arc Alpin : CIDAG-CIDDIST, Centres de planification, centres de santé,...
- Carte 2 : Acteurs de prévention : associations et réseaux (prévention généraliste, HSH, UD, autres...)

Cartes réalisées avec le concours du Conseil Général de l'Isère / DAT / PDD/SIG

Le service IST du Conseil Général de l'Isère et l'ODPS

Pour le document de travail de la commission « Prévention – Dépistage » du COREVIH Arc Alpin

Cette présentation sous forme de cartes est susceptible d'évoluer et de s'enrichir de données (adresses, coordonnées, horaires d'ouvertures, publics pris en compte) en fonction des besoins et des supports d'utilisation souhaités (site internet, plaquette lieux de dépistage et de prévention,...)

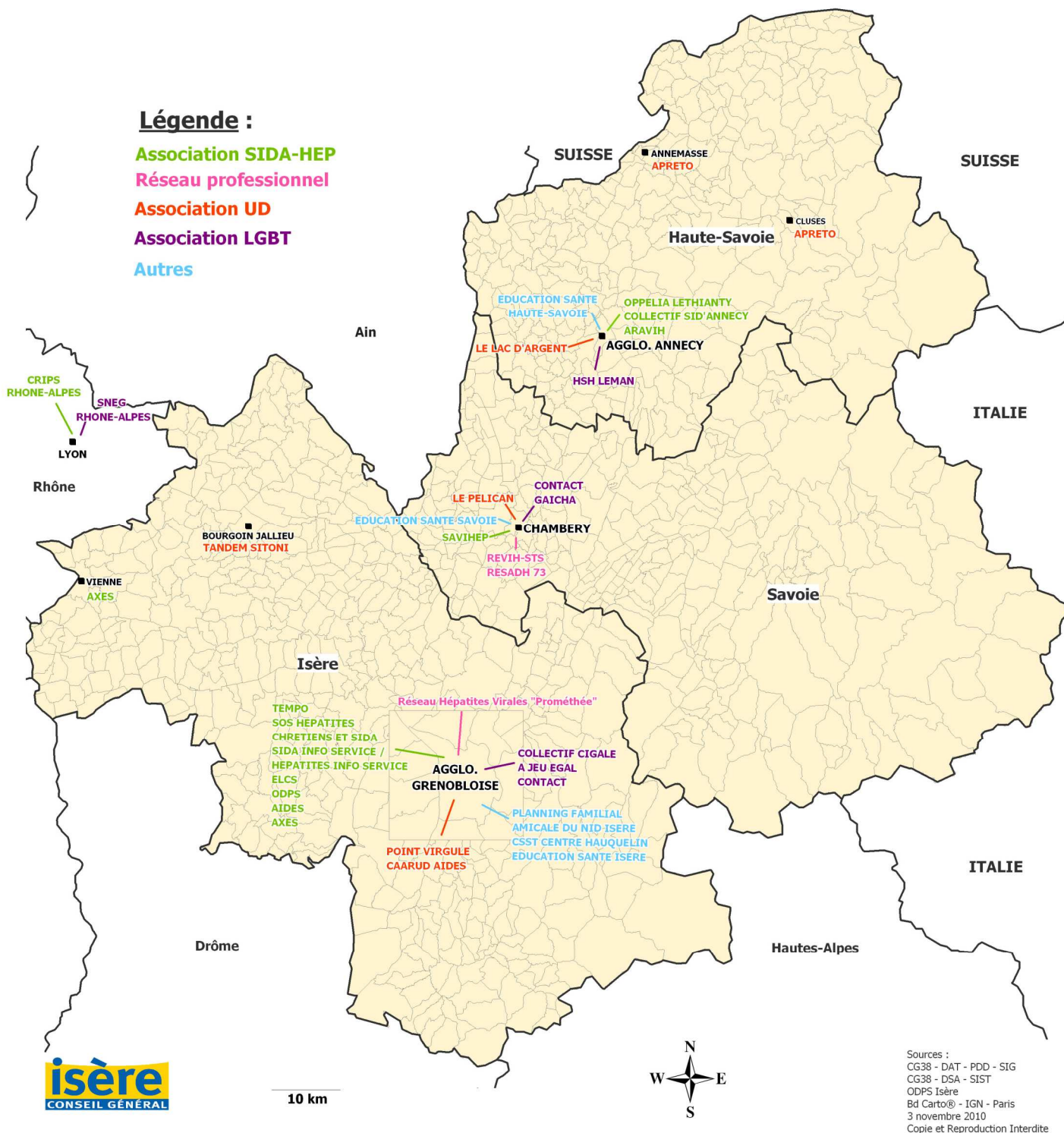
Etat des lieux des acteurs de dépistage et de prévention sur l'Arc Alpin

Carte N° 1 : Lieux de dépistage VIH, IST, hépatites



Etat des lieux des acteurs de dépistage et de prévention sur l'Arc Alpin

Carte N° 2 : Acteurs de prévention VIH, IST, hépatites virales





Commission « Prévention – Dépistage »
COREVIH Arc Alpin - CHU de Grenoble – BP 217 – 38043 Grenoble Cedex 9
Tél : 04 76 76 61 62 – Courriel : coreviharc alpin@chu-grenoble.fr

VII- Recommandations de la commission « Prévention – Dépistage »

Préambule :

Un nouveau paradigme de la lutte contre le VIH en France est pointé par l'ensemble des acteurs concernés. Le consensus semble généralisé sur la nécessité de faire évoluer les stratégies et les discours afin d'agir plus efficacement sur l'épidémie, là où persistent des freins et là où la « prévention classique » trouve ses limites. Les outils de suivi et d'analyse des données de l'épidémie se sont affinés, des enquêtes ont été produites, les experts scientifiques ont donné leurs avis, l'arsenal thérapeutique s'est enrichi et devient plus efficace. Les champs de la prévention, du dépistage et de la prise en charge deviennent plus étroitement liés, nécessitant un rapprochement de leurs acteurs, dans des logiques de complémentarités. Restent les volontés politiques à mettre en œuvre pour rendre ces stratégies effectives et permettre leur évaluation.

Ce nouveau paradigme invite à un partage plus large des responsabilités :

- Responsabilité des personnes contaminées : pour qu'elles prennent conscience de l'importance de se faire dépister ; pour qu'elles suivent leurs traitements avec observance afin qu'ils soient efficaces et qu'ils puissent diminuer significativement les risques de transmission ; pour qu'elles échangent avec leurs partenaires sur les stratégies de prévention et de protection à mettre en œuvre en fonction de la connaissance de leur statut VIH et de leur situation virale et immunitaire
- Responsabilité des autres personnes qui doivent aussi s'impliquer : pour se faire dépister lorsqu'elles sont séro-interrogatives ; pour qu'elles continuent à se protéger ; pour accepter l'autre tel qu'il est, sans stigmatisation

Ces recommandations doivent permettre :

- Au COREVIH Arc Alpin et aux acteurs du territoire : de définir et d'orienter les actions prioritaires
- Aux décideurs (ARS, collectivités territoriales, établissements de santé,...) : d'aider à la prise de décisions stratégiques

Sommaire des recommandations :

Page : 23

AXE 1 : Mieux connaître et analyser l'offre de dépistage et de prévention pour l'améliorer, la compléter et mutualiser les compétences

Première recommandation :

« Réaliser un état des lieux exhaustif de l'offre de dépistage et de prévention sur l'Arc Alpin pour mieux la connaître, l'analyser, la compléter, la communiquer et actualiser les présentes recommandations »

Page : 23

AXE 2 : Renforcer les actions de sensibilisation et de prévention auprès des publics prioritaires

Deuxième recommandation :

« Favoriser le développement d'actions de sensibilisation et de prévention du VIH auprès des publics prioritaires HSH, personnes d'origine migrante, usagers de drogues et personnes séropositives en prenant en compte le caractère facilitateur de la démarche communautaire »

Page : 24

AXE 3 : Diversifier les approches et l'offre de dépistage

Troisième recommandation :

« Soutenir les actions favorisant la mise en place d'actions innovantes de dépistage permettant d'attirer davantage ou « d'aller-vers » les publics prioritaires, en complément de l'offre existante, afin de les inciter à se faire dépister plus, plus tôt et plus souvent »

Page : 25

AXE 4 : développer les actions favorisant la prévention et le dépistage des ITSS auprès des saisonniers du tourisme

Quatrième recommandation :

« Soutenir les actions de sensibilisation, de dépistage et de prévention auprès des saisonniers pour réduire leur vulnérabilité aux ITSS et agir contre l'inégal accès aux outils de prévention et de dépistage sur les territoires alpins ».

Page : 26

AXE 5 : développer les actions favorisant la prévention et le dépistage des ITSS auprès des personnes incarcérées

Cinquième recommandation :

« Soutenir les actions de sensibilisation, de dépistage et de prévention auprès des détenus pour réduire leur vulnérabilité aux ITSS et agir contre l'inégal accès aux outils de prévention et de dépistage entre l'extérieur et le milieu carcéral ».

Page : 26

AXE 6 : Développer les actions de prévention et d'éducation à la sexualité auprès des jeunes, du primaire au secondaire, dans le cadre des textes réglementaires

Sixième recommandation :

« Renforcer la capacité des établissements scolaires à mettre en place des actions de prévention et d'éducation à la sexualité auprès des jeunes, du primaire au secondaire, dans le cadre des textes réglementaires »

Page : 27

AXE 7 : Développer les actions de prévention et la réduction des risques auprès des personnes en difficulté sociale ou en situation de handicap psychique.

Septième recommandation :

« Favoriser et développer les actions de prévention et l'éducation à la sexualité auprès des personnes en difficulté d'accès à la prévention, notamment dans les structures extra-scolaires, d'insertion et d'accueil des personnes en difficultés »

Page : 28

AXE 8 : Adapter, compléter et articuler les dispositifs de dépistage existants sur l'Arc Alpin en fonction des évolutions stratégiques recommandées au niveau national et des spécificités locales

Huitième recommandation :

« Développer les actions permettant d'accompagner les évolutions stratégiques du dépistage et l'adaptation des dispositifs »

LES RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION

« PREVENTION - DEPISTAGE » DU COREVIH ARC ALPIN

AXE 1 : Mieux connaître et analyser l'offre de dépistage et de prévention pour l'améliorer, la compléter et mutualiser les compétences

En 2009 et 2010, la commission a débuté un travail d'état des lieux de l'offre de dépistage et de prévention. Les données recueillies ne sont pas exhaustives. Pour permettre au COREVIH Arc Alpin de mieux connaître et analyser les manques et les faiblesses en matière de couverture territoriale, de publics rejoints par les actions, il est nécessaire d'établir un état des lieux exhaustif de l'offre de dépistage et de prévention sur l'Arc Alpin (en termes d'opérateurs, d'actions, de modes opératoires, de territoires couverts et de publics ciblés). Cet état des lieux doit aussi permettre de mieux communiquer auprès du public sur les différents dispositifs et de mutualiser les moyens de cette communication.

Sources mobilisables (non exhaustif) :

- Partie V et annexes au présent document – COREVIH Arc Alpin commission « Prévention – Dépistage » 2010
- Enquête auprès des opérateurs de prévention et du dépistage du VIH - COREVIH Centre-Poitou-Charentes –07/2009
- Boîte à outils COREVIH - SFLS

Première recommandation :

« Réaliser un état des lieux exhaustif de l'offre de dépistage et de prévention sur l'Arc Alpin pour mieux la connaître, l'analyser, la compléter, la communiquer et actualiser les présentes recommandations »

AXE 2 : Renforcer les actions de sensibilisation et de prévention auprès des publics prioritaires

Dans la région Rhône-Alpes les populations HSH et Migrantes venues d'Afrique Subsaharienne représentent à elles seules plus de la moitié des nouvelles contaminations au VIH. Comme le rappelle le rapport « Lert-Pialoux » sur la « Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST – Mission RDRs 25 novembre 2009 », si l'on veut casser la courbe de l'épidémie, il convient alors de cibler les actions auprès de ces publics prioritaires en matière de prévention.

Pour ces deux publics il est également essentiel de pointer l'importance de la prévention positive, c'est-à-dire de la prévention auprès des personnes déjà infectées par le VIH/Sida. Ceci doit alors se traduire par trois objectifs opérationnels en matière de santé publique :

- favoriser le dépistage des personnes séropositives qui ignorent leur statut sérologique,
- amener les personnes vivant avec le VIH à pouvoir échanger sur leur sexualité et leurs prises de risque,
- renforcer l'information et l'appropriation de nouveaux outils de réduction des risques tels le contrôle de la charge virale ou dans les prochaines années les traitements pré-exposition (PrEP, microbicides).

Nous attachons une importance forte à distinguer sensibilisation et prévention. Dans le premier cas il s'agit de mettre à disposition des personnes l'information nécessaire pour permettre une conscientisation du risque de contamination et une information sur les outils et les stratégies pour le réduire. La prévention va quant à elle plus loin. En plus de sensibiliser elle consiste également à travailler avec la personne sur les freins et les leviers pour réduire le risque de contamination, ce qu'aucune brochure d'information ne peut faire. C'est pourquoi nous recommandons que les actions de prévention ne se cantonnent pas à de la mise à disposition de matériel de réduction des risques mais à la mise en place d'actions de prévention avec des intervenants.

Il s'agit alors de mettre en place des actions directement sur les lieux fréquentés par les publics prioritaires. Comme les lieux de rencontres festifs ou de drague (extérieurs, discothèques, saunas et sexe clubs, etc.) pour les HSH ou les CADA, les foyers et commerces communautaires pour les migrants venus d'Afrique Subsaharienne.

L'incidence du VIH chez les usagers de drogues intraveineuses reste élevée : 91/100000 par an en 2008 (17/100 000 en population générale). L'Arc Alpin est un territoire où la consommation de drogues intraveineuses et inhalées semble importante. Pour prendre en compte la population des usagers de drogues, des programmes de réduction des risques (échange de matériel en pharmacies, bus RDR,...) et des structures de soins spécialisés existent depuis de nombreuses années sur le territoire Arc Alpin, notamment en zone urbaine. Ils ont contribué à la baisse des nouvelles infections VIH dans cette population. Cependant, les zones touristiques (stations de montagne) sont peu touchées par ces programmes.

Or, certains constats de terrain montrent des prises de risques importantes sur ces lieux. Compte tenu de cette vulnérabilité des usagers de drogues vis-à-vis du VIH, vis-à-vis des risques sexuels suite à l'usage de produits et vis-à-vis des risques accrus d'infection par les hépatites B et C, ces programmes gardent toute leur pertinence. Par ailleurs, un débat national a lieu actuellement sur l'utilité des salles de consommation à moindre risque, permettant d'accompagner les usagers de drogues dans leur consommation, de renforcer les messages de prévention et d'éviter les risques d'overdoses.

Les associations sont des structures qui ont l'habitude de travailler avec ces publics prioritaires et sur les lieux identifiés comme étant fréquentés par ceux-ci. Certaines, dites communautaires, sont d'ailleurs entre autre constituées de personnes directement issues de ces publics, permettant une action « par les pairs ». En effet, pouvoir s'adresser à d'autres personnes qui connaissent bien les normes, la culture et les pratiques (notamment sexuelles) de la communauté à laquelle les personnes appartiennent est un facilitateur dans l'expression de leurs problématiques et dans le soutien à la mise en place d'une stratégie de réduction des risques.

Sources mobilisables (non exhaustif) :

- Rapport « Lert-Pialoux », novembre 2009
- Note de Veille n°138, Conseil d'Analyse Stratégique, juin 2009
- Fiche pratiques n°1 – mars 2009 du CRIPS Rhône-Alpes : « Les gays face aux risques »
- Fiche pratiques n°3 – février 2010 du CRIPS Rhône-Alpes : « Prévention du VIH et réduction des risques sexuels »
- Etat des lieux des activités de prévention en direction du public gay en Rhône-Alpes - FRAES, 2008.

Deuxième recommandation :

« Favoriser le développement d'actions de sensibilisation et de prévention du VIH auprès des publics prioritaires HSH, personnes d'origine migrante, usagers de drogues et personnes séropositives en prenant en compte le caractère facilitateur de la démarche communautaire »

AXE 3 : Diversifier les approches et l'offre de dépistage

Le dépistage a un double enjeu dans la lutte contre le Sida. En matière de soin, le dépistage permet à la personne séropositive d'être suivie par un médecin qui accompagne le soin de manière à limiter l'action du VIH sur l'immunité et le corps de son patient. Il y a donc un premier enjeu fort de santé puisqu'une personne vivant avec le VIH qui n'est pas dépistée ou qui est dépistée tard réduit considérablement son espérance de vie. Le deuxième enjeu est celui de prendre en considération l'importance du dépistage comme outil de prévention.

En effet, une personne qui est dépistée positive entre bien souvent dans un circuit de soin de la pathologie. Or, l'on sait qu'une personne dont la charge virale est faible voire indétectable, ce que les traitements cherchent à faire, est beaucoup moins contaminante. De plus, nous avons pu constater que le dépistage entraînait une modification du comportement préventif chez les personnes séropositives au VIH avec une vigilance accrue du risque de transmission. On évalue à 50000 personnes le nombre de personnes infectées qui ignorent leur séropositivité, soit 30 à 40% de l'ensemble des personnes infectées. Ces personnes seraient à l'origine de 2/3 des nouvelles infections en France. On sait que le risque de transmission est accru dans les premiers mois d'infection d'une personne séropositive (moment où la charge virale est élevée).

Il s'agit donc de dépister plus largement la population et plus tôt les personnes séropositives. Et nous rajouterons plus souvent pour les publics à risques. Il existe en France un dispositif important de dépistage que ce soit auprès des médecins de ville, à l'hôpital ou dans les CDAG/CIDDIST. Or, on estime en France plus d'un tiers des personnes séropositives ignorent toujours leur statut sérologique : il s'agit d'un réservoir de personnes chez lesquelles le risque de transmission du virus est élevé, notamment dans les groupes à risques où la progression de la transmission du virus est plus rapide que dans la population générale.

Pour atteindre ces personnes, il convient alors de diversifier le dispositif actuel de dépistage en développant des approches complémentaires. Nous pouvons partir de l'expérience de certains centres de dépistage qui proposent à leur personnel médical et soignant de travailler sur du dépistage « hors les murs » en direction des populations cibles (saisonniers, détenus, migrants) et parfois avec des militants associatifs (Actis et le CDAG de Saint-Etienne, Aides et les CDAG d'Orléans et de Nîmes, etc.). Les CIDAG-CIDDIST de l'Arc Alpin ont déjà une forte expérience dans le domaine, avec les actions délocalisées en station de montagne et en milieu pénitentiaire. Des expérimentations pourraient être initiées et développées, en collaboration avec les acteurs associatifs, pour renforcer « l'aller vers » les publics prioritaires, notamment les HSH et les migrants. Ces expériences pourraient combiner approche de prévention et de sensibilisation et possibilité de dépistage.

Les possibilités d'utilisation des tests de dépistage rapide, une fois autorisées, pourraient offrir un outil facilitant à la mise en œuvre de ces actions. Dans ce contexte, le COREVIH Arc Alpin doit permettre et faciliter la mise en relation des acteurs impliqués pour étudier la faisabilité et la mise en place de telles actions.

C'est enfin l'occasion pour nous d'encourager l'évolution des CIDAG / CIDDIST de l'Arc Alpin vers une organisation intégrée en une seule structure, comme annoncée lors de la journée des CIDAG – CIDDIST des 5 et 6 octobre 2009, avec un seul financement et un seul rapport d'activité, avec une mission large de prévention et de dépistage du VIH, des hépatites et des IST, et de traitement post-exposition et en organisant des actions de dépistage dites hors les murs.

L'offre de dépistage en médecine libérale, en routine, à la population générale hors facteurs de risques, et de manière ciblée et régulière aux publics exposés, est encouragée dans les recommandations 2009 de la HAS et approuvée par le rapport « Yeni » 2010 des experts sur le VIH. Sans être officiellement définie et encouragée actuellement comme une stratégie nationale, suivie de recommandation, cette offre de dépistage peut être encouragée sur l'Arc Alpin.

L'utilisation des TDR par les médecins libéraux pourrait être un outil facilitateur pour proposer ce dépistage et améliorer son acceptabilité. Cette piste n'est pas encore validée au niveau national et nécessite des modifications réglementaires.

Néanmoins, l'arrêté du 28 mai 2010, indique la possibilité d'utiliser les TDR dans 4 situations d'urgence définies (accidents d'exposition au sang, accident d'exposition sexuelle, urgence diagnostique d'une pathologie évocatrice de sida et accouchement dans le cadre d'une grossesse non suivie) par les établissements de santé, les services d'urgences et en cabinet libéral. Ces éléments doivent nous mobiliser sur l'importance d'accompagner et d'anticiper ces évolutions, par des actions de communication ciblées auprès des professionnels et par des propositions de formations.

L'utilisation des TDR pourrait aussi être un outil déterminant pour faciliter le dépistage des usagers de drogues par voie intraveineuse accueillis en CSST ou CSAPA. En effet, certains professionnels intervenant dans ces structures remarquent les difficultés des patients à recourir aux dispositifs classiques. De plus, les techniques de prélèvement micro-capillaires des TDR augmenteraient sensiblement l'acceptabilité du dépistage aux usagers de drogues qui n'ont pas ou peu de voie veineuse périphérique (VVP). L'expérimentation des TDR dans ce cadre apparaît comme une piste d'amélioration des dispositifs de dépistage.

Sources mobilisables (non exhaustif) :

- Rapport Lert-Pialoux, novembre 2009
- Avis et recommandations de la HAS, octobre 2009
- Rapport « Yeni » 2010 d'experts sur le VIH

Troisième recommandation :

« Soutenir les actions favorisant la mise en place d'actions innovantes de dépistage permettant d'attirer davantage ou « d'aller-vers » les publics prioritaires, en complément de l'offre existante, afin de les inciter à se faire dépister plus tôt et plus souvent »

AXE 4 : développer les actions favorisant la prévention et le dépistage des ITSS auprès des saisonniers du tourisme

Toute personne est susceptible d'être en situation de vulnérabilité aux Infections Transmissibles Sexuellement et par le Sang. Néanmoins certains environnements et certains contextes accentuent cette vulnérabilité au risque. C'est le cas pour les saisonniers du tourisme.

Notre région est très touristique durant la période hivernale et est donc caractérisée par un afflux de saisonnier dans les stations de montagne. Il s'agit d'un public en situation de vulnérabilité, notamment à certaines infections transmissibles sexuellement et par le sang, du fait de la consommation importante de produits psycho-actifs, d'un multi-partenariat plus fréquent que dans le reste de la population et le tout dans des conditions de vies souvent précaires. Il convient alors de maintenir le dispositif déjà existant d'actions de sensibilisation et de dépistage menés par les Collectifs Santé et Saisonnalité et les CIDAG de l'Arc Alpin. Par ailleurs, compte tenu du contexte, il paraît important de renforcer les actions de prévention et de réduction des risques liés à l'usage de drogue sur les sites touristiques.

Pour garantir la pérennité et l'efficacité de ces actions il convient d'associer étroitement les acteurs locaux, notamment les élus et municipalités concernés, tant du point de vue de la transmission de l'information, pour inciter les saisonniers à agir favorablement sur leur santé, que du point de vue financier pour permettre la mise en place de telles actions dans des lieux adaptés.

Sources mobilisables (non exhaustif) :

- Site web Pôle ressources régional Rhône-Alpes - Santé saisonnalité : <http://www.saisonsante.fr/>
- Bilans d'activités des actions de dépistage en stations de l'Isère, de la Savoie et de la Haute Savoie
- Diagnostic local de santé sur le territoire Alpes-Sud-Isère - Observatoire Régional de Santé Rhône-Alpes – juillet 2008
- Etude régionale sur les conditions de travail, les conditions de vie et la santé des travailleurs saisonniers. Volet 1 : Etude qualitative auprès des saisonniers, des employeurs et des professionnels – ORS Rhône-Alpes janvier 2008
- Etude régionale sur les conditions de travail, les conditions de vie et la santé des travailleurs saisonniers. Volet 2 : Etat des lieux des actions et dispositifs à destination des travailleurs saisonniers du tourisme en Rhône-Alpes – ORS Rhône-Alpes septembre 2008
- Dépistage du VIH en station de ski chez les travailleurs saisonniers : intérêt d'un dispositif mobile en Savoie – Bruno Hiro Cojan – mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, septembre 2007

Quatrième recommandation :

« Soutenir les actions de sensibilisation, de dépistage et de prévention auprès des saisonniers pour réduire leur vulnérabilité aux ITSS et agir contre l'inégal accès aux outils de prévention et de dépistage sur les territoires alpins ».

AXE 5 : développer les actions favorisant la prévention et le dépistage des ITSS auprès des personnes incarcérées

Le milieu carcéral présente des caractéristiques qui rendent les personnes détenues plus vulnérables aux risques de transmission des IST et des hépatites virales. Ce n'est pas pour autant que l'accès à l'information et aux outils de prévention y est plus répandu. La prévalence et l'incidence en milieu carcéral sont 4 à 5 fois plus élevées qu'en milieu ouvert pour le VIH et 5 à 8 fois pour le VHC. Or, la France est en retard en matière de réduction des risques en milieu carcéral : il n'existe aucun programme d'échange de seringues alors que ceux-ci sont généralisés dans certains pays comme l'Espagne ou la Suisse. Et pourtant des produits et des consommateurs, il y en a. Tout comme des relations sexuelles. Le tout dans des conditions très précaires, non accompagnées et très risquées pour les personnes. Si un dépistage et un suivi sanitaire est proposé aux détenus, il convient donc pour les acteurs impliqués dans le soin et le soutien des détenus de militer également pour un équitable accès au matériel de réduction des risques entre le milieu carcéral et l'extérieur, d'une part. Et d'autre part pour les décideurs et les financeurs de soutenir les acteurs du soin et de la prévention dans la mise en place d'interventions directement auprès des détenus, individuellement ou collectivement dans des groupes de paroles, lors de l'incarcération, pendant et lors de la préparation à la sortie.

L'association du personnel de santé et des militants associatifs pourrait également permettre la combinaison de plusieurs approches complémentaires de sensibilisation et de prévention.

Sources mobilisables (non exhaustif) :

- Avis Conseil National du Sida 28 juin 2010
- Rapport INSERM, 24 juin 2010

Cinquième recommandation :

« Soutenir les actions de sensibilisation, de dépistage et de prévention auprès des détenus pour réduire leur vulnérabilité aux ITSS et agir contre l'inégal accès aux outils de prévention et de dépistage entre l'extérieur et le milieu carcéral ».

AXE 6 : Développer les actions de prévention et d'éducation à la sexualité auprès des jeunes, du primaire au secondaire, dans le cadre des textes réglementaires

La prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles auprès des jeunes doit être maintenue voire renforcée. Elle doit être abordée dans un cadre global d'éducation à la sexualité.

L'éducation nationale est en charge des actions d'éducation à la sexualité auprès des jeunes scolarisés, du primaire au secondaire. La mise en place de ces actions s'appuie sur différents cadres et dispositifs, notamment :

- Circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003 : « L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées » ;
- Education à la sexualité – Guide d'intervention pour les collégiens et les lycéens (Ministère de l'éducation nationale – CNDP 2005).

Des formations sont prévues pour les professionnels en charge de ces actions (infirmières, médecins scolaires et professeurs de sciences de la vie et de la terre). La réussite de ces actions repose sur leur implication, mais aussi sur le soutien des chefs d'établissements et de leurs collègues (autres professeurs pouvant participer, conseillers d'éducation, documentalistes, intendants,...). Elle doit aussi pouvoir s'appuyer sur les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), dans lesquels les élèves sont sensés être représentés.

La mise en place de distributeurs de préservatif en lycées, comme préconisé dans la circulaire Education Nationale du 11 décembre 2006, doit pouvoir s'inscrire dans ce type d'actions pour garantir le bon fonctionnement des appareils et leur accessibilité. On estime que seuls 40% des lycées sont pourvus de distributeurs de préservatifs.

Pour mettre en place ces actions, les professionnels impliqués doivent pouvoir connaître et s'appuyer sur les ressources existantes :

- **En interne** : au sein des établissements et à l'éducation nationale : formation continue, centre d'information et de documentation (CID), CRDP (Centre Régional de Documentation Pédagogique), préservatifs à disposition auprès des infirmières ou médecins scolaires, contraception du lendemain, site web www.eduscol.education.fr, ...

- **En externe** : ressources de l'INPES, outil-thèque éducation à la sexualité en Rhône-Alpes (IREPS Rhône-Alpes), Centres ressources locaux (associations d'éducation pour la santé, IREPS Rhône-Alpes, CRIPS Rhône-Alpes, centre de ressources ODPS sur le VIH et les IST en Isère,...), les centres de planification et d'éducation familiale,...

Il est important de faire connaître aux jeunes scolarisés les lieux de prévention, d'écoute, d'accueil, de dépistage et de soins existant en dehors des établissements pour qu'ils puissent se rendre sur ces lieux en cas de besoin. Cela nécessite d'identifier ces lieux au préalable. L'Arc Alpin est couvert par ces lieux de manière inégale. Il conviendrait d'améliorer cette couverture territoriale.

Des intervenants extérieurs (centres de Planification et d'Education Familiale, associations de prévention,...) peuvent aussi être des ressources pour servir la démarche d'action d'éducation à la sexualité en milieu scolaire. Les modalités de mise en œuvre restent de la responsabilité du personnel des établissements scolaires (chef d'établissement, infirmières et médecins scolaires, enseignants de SVT, conseillers d'éducation,...), en lien avec leur comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Une charte a d'ailleurs été mise en place par l'Académie de Grenoble pour définir le cadre du recours à un intervenant extérieur. L'agrément d'un intervenant extérieur par l'éducation nationale peut aussi être nécessaire.

Enfin, il convient de pouvoir évaluer les actions mises en place et leur couverture sur le territoire de l'Arc Alpin.

Sources mobilisables (non exhaustif) :

- Circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003 : « L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées »

<http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>

- Education à la sexualité – Guide d'intervention pour les collégiens et les lycéens (Ministère de l'éducation nationale – CNDP 2005)

- Circulaire n°2006-204 du 11 décembre 2006, relative à l'installation des distributeurs automatiques de préservatifs dans les lycées d'enseignement général et technologique et les lycées professionnels

<http://eduscol.education.fr/D0060/ref01.htm>

- Charte académique de participation d'un intervenant extérieur à une activité pédagogique et éducative en établissement du second degré + contrat impliquant un intervenant extérieur, vacataire pour l'organisation d'une action éducative (Académie de Grenoble – Ministère de l'éducation nationale)

Sixième recommandation :

« Renforcer la capacité des établissements scolaires à mettre en place des actions de prévention et d'éducation à la sexualité auprès des jeunes, du primaire au secondaire, dans le cadre des textes réglementaires »

AXE 7 : Développer les actions de prévention et la réduction des risques auprès des personnes en difficulté sociale ou en situation de handicap psychique.

La précarité se définit comme l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'absence de sécurité et de droits sociaux réduit le droit à la santé et l'accès aux soins.

La précarité sociale, l'absence de domicile, le handicap psychique ou physique sont des facteurs qui renforcent la vulnérabilité des personnes face à de nombreuses pathologies, notamment à des maladies transmissibles comme le VIH,

les IST ou les hépatites. Les pathologies associées à la précarité, l'absence de domicile ou au handicap constituent donc un problème de santé publique d'importance croissante.

La précarité et les maladies qui lui sont associées sont en augmentation. Il est indispensable éthiquement et nécessaire, en termes de santé publique, qu'un effort particulier soit fait en faveur de ces groupes vulnérables, a fortiori dans le contexte actuel, un contexte de crise économique. Des dispositifs d'intervention flexibles et adaptés, reposant sur des équipes mobiles capables d'intervenir hors les murs, constituent un modèle efficace. L'approche doit être globale, médicale et sociale, sous peine d'inefficacité.

Il apparaît donc important de renforcer les actions de prévention et d'éducation dans les structures extra-scolaires (MJC, missions locales,..), les structures d'insertion professionnelle et sociale et les lieux d'accueil de personnes en situation de précarité et structures d'éducation spécialisée. En effet, les publics accueillis dans ces lieux restent particulièrement en difficulté d'accès à la prévention et doivent être pris en compte prioritairement par les acteurs de prévention du VIH, des IST et des hépatites. Il s'agit également d'encourager la sensibilisation et la formation des professionnels intervenants dans ces lieux, pour leur permettre d'inscrire ces actions dans la durée avec une prise en charge globale de la santé des personnes.

Publics prioritaires :

- Jeunes en rupture sociale et/ou familiale
- Jeunes en insertion professionnelle
- Personnes en situation de prostitution
- Personnes sans domicile fixe
- Personnes atteintes de handicap psychique

Sources mobilisables (non exhaustif) :

- " *Précarité et maladies infectieuses* " ; G. Raguin, F. Sivignon ; La Revue de Médecine Interne, Volume 30, Supplement 2, June 2009, Pages S3-S5 [lien](#)

- " *Dépistage du VIH et des hépatites virales B et C chez les personnes en situation de précarité : étude prospective chez 518 consultants* " ; M. Chousterman, I. Rosa, V. Garrait, B. Elghozi, H. Picard, B. Staedel, I. de Lacroix Szmania r ; La Revue de Médecine Interne, Volume 30, Supplement 2, June 2009, Pages S134-S13

Septième recommandation :

« Favoriser et développer les actions de prévention et l'éducation à la sexualité auprès des personnes en difficulté d'accès à la prévention, notamment dans les structures extra-scolaires, d'insertion et d'accueil des personnes en difficultés, au sens large du terme »

AXE 8 : Adapter, compléter et articuler les dispositifs de dépistage existants sur l'Arc Alpin en fonction des évolutions stratégiques recommandées au niveau national et des spécificités locales

Les stratégies et dispositifs de dépistage sont amenés à évoluer pour s'adapter aux nouveaux enjeux de l'épidémie : recommandations HAS, rapport d'expert « Yéni », réforme des CIDAG-CIDDIST,....

Il convient alors de mettre en place des mesures pour accompagner ces différentes mutations :

- Sur le plan des techniques : utilisation d'un seul réactif Elisa combiné de 4^e génération, délai de 6 semaines pour confirmer une sérologie négative, utilisation des TDR en situation d'urgence, ... ;
- Sur le plan des stratégies : réduire le nombre de personnes infectées dépistées tardivement, augmenter le nombre de personnes traitées précocement (« dépister plus et mieux pour traiter plus et plus tôt ») en visant à la fois le bénéfice thérapeutique et la prévention secondaire, ... ;
- Sur le plan des dispositifs : fusion des CIDAG – CIDDIST en une seule et même entité, améliorer l'accessibilité des lieux de dépistage, mise en place d'actions de dépistage délocalisées pour atteindre les publics les plus exposés et qui ne recourent habituellement pas aux dispositifs existants, proposition du dépistage en population générale hors facteurs de risques, dépistage ciblé et régulier pour les populations les plus exposées, dépistage en laboratoire de ville sans prescription,...

Ces mesures d'accompagnement peuvent être de plusieurs ordres :

- Mise en place de groupes de travail pour l'échange des pratiques, la mutualisation et l'étude des besoins en matière d'adaptation des dispositifs existants (plages horaires, consultations sans rendez-vous, nouvelles offres de dépistage délocalisée, offre du traitement post-exposition en CIDAG-CIDDIST, actions de dépistage délocalisé, mutualiser les données de suivi d'activité de dépistage pour mieux les analyser, ...) ;
- Actions de communication auprès des professionnels et acteurs sanitaires et sociaux ;
- Actions de communication auprès de la population générale et des publics exposés ;

- Actions de formation initiale et continue auprès des professionnels sanitaires et sociaux, pour améliorer et actualiser les connaissances (TDR,...) ;
- Développer l'information auprès des personnes séropositives et celles qui découvrent leur infection pour favoriser l'accès aux soins et l'orientation vers les structures de soutien et d'accompagnement ;
- Favoriser l'expérimentation de dispositifs permettant d'élargir l'offre de dépistage, de mieux cibler les publics exposés et « d'aller vers » pour mieux « faire venir » : dépistage délocalisé avec ou sans utilisation des TDR, avec la collaboration d'acteurs associatifs communautaires,...

Sources mobilisables (non exhaustif) :

- Rapport Lert-Pialoux, novembre 2009
- Avis et recommandations de la HAS, octobre 2009
- Rapport d'expert « Yeni » 2010

Huitième recommandation :

« Développer les actions permettant d'accompagner les évolutions stratégiques du dépistage et l'adaptation des dispositifs »

VIII- CONCLUSIONS

Ce document est le fruit d'une concertation large et pluridisciplinaire conduite dans le cadre de la commission Prévention - Dépistage du COREVIH Arc Alpin. Il est le signe d'une mobilisation et d'une implication très fortes des acteurs de terrain de ce territoire. Il souligne leur capacité collective à recueillir et analyser des informations variées et complexes et à fournir des repères cohérents et innovants :

- ⇒ aux promoteurs d'actions pour guider leurs pratiques,
- ⇒ aux acteurs institutionnels pour aider aux décisions stratégiques.

La commission invite donc tous les acteurs à s'appuyer sur ces présentes recommandations et à développer de nouvelles synergies, essentielles à la lutte contre le VIH et à la solidarité avec les personnes atteintes. Pour cela, elle proposera des outils de coordination, de mutualisation et d'évaluation.

Document rédigé par :

*Marc Brisson, coordonnateur ODPS Isère
Dr Bénédicte Gratacap, chef du service IST / Conseil Général de l'Isère
Dr Aurélie Finkel, Planning Familial de l'Isère
Vincent Leclercq et Jonathan Quard, AIDES délégation départementale de l'Isère
Pascal Pourtau, CRIPS Rhône-Alpes*

**Document validé par la commission « Prévention-Dépistage »,
le 15 octobre 2010**

COREVIH Arc Alpin / commission « Prévention- Dépistage »
CHU de Grenoble – BP 217 – 38043 Grenoble Cedex 9
Tél : 04 76 76 61 62 – Courriel : coreviharcalpin@chu-grenoble.fr



Les membres de la commission Prévention – Dépistage :

- Kamal Belgaid, directeur association OPPELIA – Le Thianty (74)
- Dr Silvère Biavat, CH Chambéry – CIDAG-CIDDIST – REVIH-STIS (73)
- Dr Christiane Bouchet, association SAVIHEP (73)
- Marc Brisson, coordonnateur ODPS (38)
- Sébastien Cambau, délégué régional Rhône-Alpes SNEG
- Elise Degert, AIDES Délégation départementale de l'Isère – CAARUD (38)
- Virginie Denarié, coordinatrice prévention Mutualité Française de Savoie (73)
- Delphine Dubois-Fassing, Centres de santé de Grenoble AGECSA (38)
- Monique Droguet, association Contact Savoie (73)
- Dr Aurélie Finkel, Planning Familial de l'Isère (38)
- Dr Bénédicte Gratacap, chef du service IST / Conseil Général de l'Isère (38)
- Fabrice Guerber, Syndicat des biologistes de l'Isère (38)
- Dr Marie-Noelle Hilleret, présidente réseau hépatites virales « Alpes Prométhée » (38)
- Dr Dominique Huguet, CH Annemasse-Bonneville (74)
- Dr Olivier Jenny et Mme Véronique Sommier, USCA maison d'arrêt de Varcès - CHU de Grenoble (38)
- Chantal Lapostolle-Dangréaux, vice-présidente ODPS, ES38 (38)
- Dr Chantal Lattard, APRETO – CSAPA/CSST/CAARUD (74)
- Vincent Leclercq, AIDES délégation départementale de l'Isère (38)
- Dr Francis Marion, médecin généraliste AGECSA (38)
- Pr Patrice Morand, CHU de Grenoble (38)
- Alain Poënsin, Association GAICHA (38)
- Pascal Pourtau, Coordinateur CRIPS Rhône-Alpes
- Véronique Py, secrétaire du COREVIH Arc Alpin
- Jonathan Quard, AIDES délégation départementale de l'Isère (38)
- Jessica Rousseau, Service Prévention OPPELIA – Le Thianty (74)
- Thierry Thrilles, coordinateur Aides délégation départementale de l'Isère (38)
- Mounir Toumi, coordinateur régional Sida Info Service Rhône-Alpes
- René Viard-Gaudin, Président Syndicat des biologistes de l'Isère (38)
- Maya Wandsheer, coordinatrice réseau hépatites virales « Alpes Prométhée » (38)

COREVIH Arc Alpin / commission « Prévention- Dépistage »
CHU de Grenoble – BP 217 – 38043 Grenoble Cedex 9
Tél : 04 76 76 61 62 – Courriel : coreviharc alpin@chu-grenoble.fr