

## Suivi de l'infection à VIH/sida en Île-de-France Enjeux épidémiologiques et politiques régionales

À l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida, et comme chaque année depuis 1999, l'Observatoire régional de santé (ORS) d'Île-de-France réalise un état des lieux de l'épidémie de VIH/sida dans la région. Cette année, nous avons choisi d'orienter le Bulletin de santé sur les enjeux actuels face à l'épidémie et sur les politiques régionales qui seront conduites dans les prochaines années pour faire reculer le VIH/sida en Île-de-France.

Une première partie, réalisée par l'ORS, présente les données épidémiologiques disponibles les plus récentes, en mettant l'accent sur trois enjeux majeurs : maintenir dans le temps des comportements de prévention ; encourager le dépistage du VIH, et son recours précoce ; initier de façon précoce les traitements chez les personnes séropositives, et rendre leur charge virale indétectable. Les données montrent que malgré l'ensemble des moyens disponibles pour lutter contre le VIH/sida, l'épidémie en Île-de-France reste à un niveau élevé et recule de façon relativement modeste. En effet, au regard de la diversité des moyens désormais disponibles (comportements de prévention, dépistage élargi, traitements précoces des personnes séropositives, possibilités de recours à des traitements pré ou post-exposition, contrôle de la charge virale et du système immunitaire pour la majorité des personnes traitées), les constats en Île-de-France restent préoccupants : recul de la perception du risque VIH dans la population, en particulier chez les jeunes, méconnaissance fréquente du statut sérologique parmi les hommes fréquentant les lieux de convivialité gay parisiens, activité de dépistage qui n'augmente pas dans les laboratoires franciliens, malgré les incitations à se faire tester, dépistage très tardif chez plus d'une personne sur quatre dépistée séropositive, charge virale contrôlée pour environ 80% des personnes séropositives traitées mais pour seulement 56% de l'ensemble des personnes infectées. Les marges de progrès sont importantes.

La seconde partie du Bulletin porte sur les politiques régionales et présente les objectifs, orientations et priorités définis par l'Agence régionale de santé (ARS) et par le Conseil régional d'Île-de-France pour lutter contre le VIH/sida.

Une première contribution a été réalisée par l'ARS Île-de-France. Jusqu'à fin novembre, l'ARS soumet au processus de concertation officielle le projet régional de santé d'Île-de-France, et notamment les trois schémas opérationnels (de prévention, d'organisation des soins, du médico-social). Ces documents constitueront le cadre de référence des décisions et actions en matière de santé pour la région durant les cinq prochaines années. La contribution au Bulletin de santé, rédigée par Marie-France d'Acremont, chef de projet VIH à l'ARS, présente les orientations stratégiques de l'ARS, ainsi que le cadre plus opérationnel de la politique de lutte contre le VIH/sida.

Une seconde contribution a été réalisée par le Conseil régional d'Île-de-France. La Région a voté une nouvelle politique régionale de santé en septembre 2012, qui guidera les orientations du Conseil régional pour les prochaines années. Un premier texte a été rédigé par Jean-Paul Huchon, Président du Conseil régional, et un second par Laure Lechatellier, Vice-présidente du Conseil régional, en charge notamment de l'action sociale et de la santé. Ces deux textes présentent les cibles prioritaires que la Région a définies pour mener des actions de lutte contre le VIH/sida ainsi que les modalités d'intervention qu'elle souhaite privilégier, notamment en direction des usagers de drogues.

### Trois enjeux majeurs pour faire reculer l'épidémie

Sandrine Halfen, ORS Île-de-France

L'Île-de-France est particulièrement touchée par le VIH/sida. Des analyses réalisées par l'Institut de veille sanitaire (InVS)<sup>[1]</sup> ont estimé le nombre annuel de nouvelles contaminations rapporté à la population (taux d'incidence) à 39 pour 100 000 habitants contre 11 dans le reste du territoire métropolitain et 44 dans l'Outre-mer (tab. 1). Cette incidence est très élevée chez les hommes ayant des rapports homo-bisexuels : 1 600 pour 100 000 en Île-de-France, soit 80 fois supérieure à celle des hétérosexuel(le)s où elle est estimée à 19 pour 100 000 chez les hommes et 20 chez les femmes. Et les données de l'enquête Prévagay<sup>[2]</sup> conduite par l'InVS à Paris en 2009 dans les lieux de convivialité gay permettent d'estimer l'incidence du VIH, chez les hommes fréquentant ces lieux, à 3 800 pour 100 000, soit le double de ce qui est observé en moyenne chez les hommes de la région ayant des rapports homo-bisexuels.

Les écarts d'incidence entre l'Île-de-France et le reste du territoire métropolitain sont particulièrement marqués chez les femmes hétérosexuelles, avec un taux cinq fois supérieur en Île-de-France dans cette population (20 pour 100 000 vs 4).

Ainsi, selon ces estimations, la région Île-de-France enregistrerait chaque année 4 500 nouvelles contaminations par le VIH.

Tab. 1 - Taux d'incidence\* du VIH par groupe de transmission et région en 2009 pour 100 000 personnes (en personnes-années)

	Île-de-France	Hors Idf métropole	Dép. Outre-mer	France entière
Hommes homo-bisexuels	1600	748	482	996
Hommes hétérosexuels	19	6	34	10
Femmes hétérosexuelles	20	4	45	8
<b>Ensemble</b>	<b>39</b>	<b>11</b>	<b>44</b>	<b>18</b>

\* Nombre annuel estimé de contaminations / taille estimée de population exposée  
Source : Le Vu S., InVS [1]

Or, trente ans après le début de l'épidémie, les moyens disponibles -et leur combinaison- pour lutter contre le VIH sont nombreux, que ce soit en termes de prévention, de dépistage ou de traitements. Ces moyens sont disponibles en France, et accessibles au plus grand nombre. Pourtant l'épidémie ne recule que de façon modeste ces dernières années (voir le Bulletin de santé 2011). Chez les hommes ayant des rapports homo-bisexuels, elle semble même en hausse, avec un nombre de découvertes de VIH plus élevé en 2010 qu'en 2009 (respectivement 458 et 431 cas en Île-de-France), alors que les données de l'InVS sont encore incomplètes, surtout pour 2010, du fait des délais de déclaration.

## Maintenir dans le temps des comportements de prévention

Malgré les améliorations majeures dans la prise en charge des personnes séropositives et le recul de la mortalité, les défis pour contrôler l'épidémie de VIH restent importants. L'adoption -et le maintien dans le temps- de comportements de prévention constitue le socle pour limiter l'épidémie, même si des méthodes biomédicales peuvent s'y associer.

### En population générale : perception du risque VIH moins forte qu'auparavant parmi les plus jeunes

L'enquête dite KABP<sup>[3]</sup> menée par l'ORS Île-de-France en 2010 en population générale adulte sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Île-de-France, et les évolutions qu'elle permet de suivre depuis 1992, montrent des résultats assez contrastés. Globalement la population francilienne connaît très largement les modes de transmission du VIH et les moyens de s'en protéger, même si des croyances erronées persistent. Par exemple, 99% des Franciliens de 18-54 ans savent que le VIH se transmet lors de rapports sexuels *sans* préservatif. Mais ils sont aussi 26% à penser que le VIH peut se transmettre lors de rapports sexuels *avec* préservatif ou 21% à croire la transmission possible par piqûre de moustique. En ce qui concerne les comportements de prévention, les Franciliens déclarent, à un niveau élevé, utiliser des préservatifs. Par exemple, lors du tout premier rapport sexuel, 85% des hommes et 76% des femmes déclarent un usage du préservatif lorsque celui-ci s'est déroulé entre 2005 et 2010, alors que ces pourcentages sont de moins de 20% pour ceux qui ont eu leur premier rapport avant 1985. Avec un nouveau partenaire, l'usage du préservatif est également élevé puisque 75% des hommes et 66% des femmes déclarent une protection lors de leur dernier rapport sexuel lorsque celui-ci s'est déroulé dans une relation datant de moins de six mois.

Néanmoins, les données relatives aux individus âgés de 18 à 30 ans montrent une moindre connaissance et perception du risque VIH quand on compare les résultats à la fois à ceux des 18-30 ans des précédentes enquêtes de 1992 à 2004, et à ceux des autres générations interrogées en 2010. Or, les 18-30 ans constituent la population théoriquement la plus exposée au risque VIH, si on se réfère à la proportion de personnes ayant eu plusieurs partenaires dans l'année. Par exemple, les Franciliens de 18 à 30 ans qui étaient 74% en 1998 à « avoir entendu parler des traitements contre le virus du sida » ne sont plus que 59% en 2010 dans ce cas, alors que chez les personnes plus âgées, les pourcentages -aux environs de 75%-sont restés stables sur la période 1998-2010. Conséquence de ces évolutions différenciées, en 2010, les jeunes sont les moins nombreux à connaître l'existence des traitements, alors même qu'une large part de la communication publique -dont ils sont une des cibles privilégiées- porte sur l'enjeu de pouvoir bénéficier de façon précoce d'un traitement en cas de séropositivité, et donc de connaître son statut sérologique au plus tôt après la contamination.

Un autre aspect qui ressort de KABP 2010 est le recul de la crainte du sida chez les jeunes par rapport à la précédente enquête de 2004. Les jeunes Franciliens déclarent, en 2010, craindre le VIH/sida dans les mêmes proportions que les autres infections sexuellement transmissibles (respectivement 37% et 35%), alors que jusqu'à présent, le VIH/sida était davantage craint. Même si les avancées thérapeutiques et le recul de la mortalité permettent, objectivement, de moins craindre le VIH qu'auparavant, le sida reste une maladie mortelle -à la différence des autres IST-, causant chaque année, en Île-de-France, environ 200 décès (172 en 2010, contre 2 108 en 1994, année du pic, données Inserm, CépiDc).

Enfin, entre 2004 et 2010, un recul de l'usage du préservatif lors du dernier rapport sexuel est noté chez les jeunes en France, ainsi qu'en Île-de-France (mais de façon non significative pour la région, probablement en raison de la taille de l'échantillon). En Île-de-France, alors que l'usage du préservatif au dernier rapport sexuel était déclaré par 45% des hommes de 18-30 ans en 1994, comme en 2001 ou en 2004, la proportion était de 39% en 2010. Chez les jeunes femmes, la proportion est passée de 30% en 1994 à 37% en 2001, 36% en 2004 et a diminué à 27% en 2010.

### Hausse des IST en population générale

Parallèlement, les réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) ont enregistré au cours de ces dernières années une nette hausse de l'incidence des gonocoques en médecine de ville comme dans les structures spécialisées, chez les hommes comme chez les femmes, quelle que soit l'orientation sexuelle. Chez les hommes, par exemple, le nombre moyen de gonocoques isolés par laboratoire et par an, a doublé en France, entre 2008 et 2010, passant de 3,6 en 2008 à près de 7,0 en 2010<sup>[4]</sup>. Et l'Île-de-France, qui connaît comme les autres régions cette progression, apparaît particulièrement touchée : pour les deux sexes, le nombre moyen de gonocoques isolés par laboratoire et par an y est de 16,0 contre 4,5 dans les autres régions en 2009<sup>[5]</sup>.

En ce qui concerne les infections à chlamydia, les données du réseau national Rénachla montrent, entre 2006 et 2009, une hausse de l'activité de dépistage (+54%), du nombre de cas diagnostiqués (+113% chez les femmes, +58% chez les hommes) et du taux de séropositivité des recherches (+31% chez les femmes et +14% chez les hommes<sup>[6]</sup>). L'InVS, en charge du réseau, indique que « la progression du taux de positivité (qui est un marqueur indirect de la prévalence) dans les laboratoires privés, chez les femmes suivies en libéral qui sont en majorité symptomatiques, est en faveur d'une propagation de l'infection en population générale mais peut également témoigner d'un dépistage mieux ciblé sur les personnes à risque »<sup>[6]</sup>.

Ces infections, notamment celles symptomatiques, en hausse témoignent d'une augmentation des comportements sexuels à risque. De plus, il faut souligner qu'une découverte de séropositivité au VIH sur quatre en Île-de-France, notifiée au cours des cinq dernières années, a concerné des personnes de 15 à 29 ans. Renforcer la prévention chez les jeunes constitue donc une priorité.

### Dans les lieux de convivialité gay : méconnaissance du statut sérologique pour 20% des séropositifs

L'enquête Prévagay a été conduite par l'InVS à Paris en 2009 dans les lieux de convivialité gays auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes<sup>[7]</sup>. Elle permet de disposer pour 886 hommes (dont 82% vivent en Île-de-France) de données biologiques pour le VIH ainsi que de données déclaratives sur leurs comportements sexuels et préventifs. Les tests biologiques indiquent une prévalence particulièrement élevée du VIH dans cette population, 17,7% (IC95% : 15,3% - 20,4%). Cette proportion, qui augmente avec l'âge, est déjà de 8,9% pour les moins de 30 ans, et atteint 20,7% pour les personnes de 45 ans et plus.

Le croisement des données biologiques et déclaratives montrent que parmi les hommes séropositifs, 80% s'étaient déclarés séropositifs, 10% avaient indiqué être séronégatifs, 5% n'étaient plus sûrs d'être séronégatifs et 5% n'avaient jamais été testés. Au total, ce sont donc 20% des hommes séropositifs qui ignoraient leur séropositivité, alors même que 61% d'entre eux avaient indiqué

avoir fait un test de dépistage du VIH dans l'année.

En termes de comportements sexuels et préventifs, les données (tab. 2) montrent que les hommes séropositifs (de statut sérologique connu ou inconnu) ont, à la fois, le nombre le plus élevé de partenaires (70% d'entre eux déclarent plus de dix partenaires dans l'année contre moins de la moitié des hommes séronégatifs), et sont les plus nombreux à déclarer des pénétrations anales non protégées (PANP) avec leurs partenaires occasionnels.

Plus précisément, en ce qui concerne les hommes séropositifs qui méconnaissent leur séropositivité, ils sont plus jeunes que ceux qui la connaissent ou que les hommes séronégatifs. Ils sont aussi plus faiblement diplômés et plus nombreux à indiquer avoir eu une consommation de drogues (cocaïne, GHB/GBL notamment). Le nombre de partenaires déclarés est comparable à ceux des hommes qui connaissent leur séropositivité, ainsi que la fréquence des IST. Parmi les hommes qui méconnaissent leur séropositivité, 27% ont indiqué avoir eu au moins une PANP dans l'année avec un

**Tab. 2 - Caractéristiques et comportements des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, selon leur statut sérologique réel (test biologique) et déclaré - Enquête Prévagay dans les lieux de convivialité gay à Paris en 2009**

	VIH-		VIH+	
	Statut connu n=586	Statut inconnu n=183	Statut connu n=126	Statut inconnu n=31
% d'hommes de moins de 35 ans	37,2	42,9	18,2	44,0
% d'hommes diplômés du supérieur	67,0	67,6	57,6	48,4
<i>Au cours des 12 mois précédant l'enquête (en %)</i>				
Au moins un usage de GHB/GBL	5,3	7,4	19,7	28,6
Au moins une IST	14,0	17,5	31,7	34,6
Plus de dix partenaires	44,7	52,5	68,8	70,0
Au - une PANP* avec part. occasionnel	25,2	44,7	58,6	50,0
Au - une PANP* avec part. de statut sérologique inconnu ou différent			50,0	27,0

\* PANP : pénétration anale non protégée / part. : partenaire  
Source : Enquête Prévagay 2009, InVS [7].

Lecture : parmi les hommes séropositifs qui ignoraient leur séropositivité, 44% ont < 35 ans contre 18% des hommes séropositifs qui connaissaient leur séropositivité.

## Encourager le dépistage du VIH, et favoriser son recours précoce

Le retard au diagnostic et à la mise sous traitement constitue des facteurs qui, à l'ère des combinaisons de traitements antirétroviraux, grève le pronostic des personnes touchées par le VIH. De plus, comme le souligne le rapport 2010<sup>[8]</sup> du groupe d'experts sur la prise en charge médicale des personnes infectées « Plusieurs types d'arguments épidémiologiques concourent à établir que les patients sous traitement antirétroviral efficace transmettent beaucoup moins le VIH à leurs partenaires ». Le dépistage précoce constitue ainsi un élément majeur de la lutte contre le VIH, permettant aux personnes contaminées d'accéder au plus tôt à des traitements, et ayant des bénéfices tant individuels (réduction de la mortalité) que collectifs (réduction du risque de transmission chez les personnes en succès virologique).

Ces différents constats, ainsi que la persistance dans le temps d'un nombre élevé de personnes infectées par le VIH et non diagnostiquées (entre 24 300 et 32 500 en France -dont environ 44% en Île-de-France- selon les dernières estimations revues à la baisse<sup>[9]</sup>), ont conduit à un renouvellement de la réflexion sur la stratégie de dépistage du VIH en France. Cette réflexion, initiée en 2006 par le Conseil national du sida proposant de « changer le paradigme du dépistage »<sup>[10]</sup>, s'est poursuivie, en 2008, puis en 2009, par des recommandations formulées par la Haute autorité de santé (HAS) sur les modalités de dépistage<sup>[11]</sup> puis sur la stratégie et les dispositifs<sup>[12]</sup>. Une large part de ces recommandations, complétées dans le rapport Lert/Pialoux<sup>[13]</sup> sur la réduction des

partenaire de statut sérologique inconnu ou différent. Ce pourcentage atteint 50% parmi les hommes qui se savent séropositifs.

Parmi les hommes qui méconnaissent leur séropositivité, alors qu'une part importante d'entre eux (61%) a vraisemblablement été en primo-infection durant l'année (période où le risque de contagiosité est maximal), les comportements décrits durant cette même période manifestent des prises de risque importantes.

Ces résultats soulignent l'enjeu d'un dépistage encore plus régulier parmi les homosexuels masculins, mais aussi, pour les données relatives à la discordance entre statut sérologique déclaré et résultat biologique, les limites des stratégies préventives basées sur le statut sérologique des partenaires, que ce soit le choix des partenaires ou celui des pratiques sexuelles. Ces données montrent aussi que, pour permettre un recul de l'épidémie dans une population où la prévalence est extrêmement élevée, et où l'acceptation du risque VIH prend le pas sur la norme préventive, le recours aux traitements, en prophylaxie pré-exposition (PrEP) ou post exposition (TPE), peut constituer une stratégie complémentaire de prévention, ainsi que le fait de traiter de façon précoce les personnes séropositives pour réduire leur charge virale et ainsi le risque de transmission (appelé aussi *Treatment as prevention*, TasP).

Les résultats de l'Enquête presse gays et lesbiennes 2011 (InVS), qui permettront notamment de mesurer les évolutions des comportements depuis sept ans, sont attendus au moment de la rédaction de ce Bulletin. Cela d'autant que les précédentes enquêtes (2000 et 2004) avaient montré une dégradation des comportements préventifs.

Les résultats d'autres enquêtes socio-comportementales sont également attendus : l'enquête ANRS-Vespa 2011 auprès des personnes vivant avec le VIH (Inserm), l'enquête Coquelicot 2010-2011 auprès des usagers de drogues (InVS), l'étude ProSanté 2010 sur les personnes en situation de prostitution (Fnars/InVS). Ces résultats permettront notamment d'ajuster les messages de prévention et de mieux définir les cibles.

risques ainsi que dans le rapport 2010 du groupe d'experts<sup>[8]</sup>, ont été intégrées dans le Plan national de lutte contre le VIH/sida et les autres IST 2010-2014<sup>[14]</sup>.

La stratégie de dépistage du Plan national repose sur trois axes :

- proposer le **dépistage du VIH à l'ensemble de la population** âgée de 15 à 70 ans, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristiques particulières. L'objectif est d'effectuer un « rattrapage » durant cinq ans des infections non diagnostiquées.

- proposer le **dépistage de façon ciblée et régulière à certaines populations très exposées** : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, hétérosexuels multipartenaires, usagers de drogues par voie injectable, personnes originaires d'une zone de haute prévalence (notamment Caraïbe, y compris Antilles et Guyane françaises, et Afrique sub-saharienne), etc.

- proposer le **dépistage du VIH systématiquement dans certaines circonstances** : suspicion ou diagnostic d'IST, d'hépatite C, de tuberculose, projet de grossesse, IVG, première prescription d'une contraception, viol, incarcération.

Le Plan intègre des recommandations de la HAS permettant d'élargir à la fois l'offre de dépistage (avec, par exemple, l'introduction des Tests rapides à orientation diagnostique, TROD) et les dispositifs mobilisés (avec, par exemple, la possibilité pour des associations de proposer des TROD dans leur structure).

### Stabilité de l'activité de dépistage en Île-de-France

L'Île-de-France est une des régions où l'activité de dépistage du VIH, rapportée à la population est la plus élevée. Avec 1,23 millions de sérologies VIH réalisées en 2010 (sur un total de près de 5 millions en France), le nombre de sérologies est de 104 pour 1 000 habitants contre 77 en moyenne nationale. En 2010, l'Île-de-France a enregistré 460 sérologies positives par million d'habitants (167 en France). La région compte 4,4 sérologies positives pour 1 000 tests réalisés, le double de la moyenne nationale. Les données d'évolution, entre 2005 et 2010, de ces différents indicateurs en Île-de-France et en France (tab. 3) permettent de faire le constat d'une faible ou d'une absence de modification des comportements de recours au dépistage dans la population au cours des six dernières années. En effet, en Île-de-France, le nombre de tests est resté stable, entre 1,1 et 1,3 million, ainsi que le taux de sérologies positives (4,4 à 4,5 pour 1 000 tests). Cette stabilité laisse penser que les politiques d'incitation au dépistage ont peu porté leurs fruits et que les caractéristiques des personnes qui recourent à des tests de dépistage ont peu évolué, en termes d'exposition au risque.

### Pas de recul du dépistage tardif en Île-de-France, qui touche près de 30% des personnes diagnostiquées

Au-delà des incitations à recourir au dépistage, la communication institutionnelle au cours de ces dernières années a porté sur la précocité du diagnostic, permettant une prise en charge médicale, elle aussi précoce, qui favorise un meilleur pronostic vital.

En Île-de-France, parmi les personnes qui ont découvert leur séropositivité en 2010, 29% étaient à un stade très tardif de l'infection, au stade sida ou avec un taux de lymphocytes très faible, inférieur à 200/mm<sup>3</sup>, hors primo-infection<sup>[15]</sup>. Cette proportion de personnes dépistées très tardivement n'a pas évolué depuis 2008, voire est légèrement en hausse (tab. 4). Cette proportion diffère sensiblement selon les caractéristiques des individus. Les hommes contaminés par voie homo-bisexuelle sont les moins nombreux à découvrir leur séropositivité à un stade très tardif, avec 15% de dépistage très tardif en 2010, comme c'était déjà le cas en 2008. Parmi les personnes contaminées par voie hétérosexuelle ayant découvert leur séropositivité en 2010, plus d'un tiers (36%) se trouvaient à un stade très tardif de l'infection, soit près de trois fois plus que parmi les homo-bisexuels. Cette proportion est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (43% vs 31%), chez les personnes étrangères -dont 85% en 2010 sont d'Afrique subsaharienne- que chez les françaises (40% vs 29%). Par ailleurs, les données d'évolution ne permettent pas de conclure à un dépistage plus précoce. Chez les étrangers, on note même, chez les hommes et chez les femmes, une tendance à la hausse des diagnostics très tardifs : de 26% en 2008, ce pourcentage avoisine les 40% en 2010 parmi les personnes d'Afrique subsaharienne contaminées par voie hétérosexuelle. Chez les Français contaminés par voie hétérosexuelle, cette proportion est restée stable.

Ces écarts témoignent d'un recours au dépistage différencié selon les populations. Ainsi, parmi les Franciliens qui ont découvert leur séropositivité en 2010, 51% des hommes homo-bisexuels avaient été infectés il y a moins de six mois, contre seulement 17% des hommes comme des femmes hétérosexuel(le)s (36% parmi les Français, 9% parmi les personnes d'Afrique subsaharienne)<sup>[15]</sup>.

### Résultats contrastés sur le bénéfice du dépistage en routine

Le renouvellement de la réflexion sur la stratégie de dépistage du VIH en France, en particulier sur la proposition d'un test, hors notion d'exposition à un risque, a donné lieu à la réalisation de deux enquêtes permettant d'évaluer l'efficacité d'un test en routine dans des services hospitaliers d'urgences. Ces enquêtes ont toutes deux

Tab. 3 - Evolution par année de l'activité de dépistage du VIH (anonyme ou non) - hors don du sang - Île-de-France / France

	Nbre estimé* de sérologies VIH effectuées (en million)		Nbre de sérologies VIH pour 1 000 hbts		Nbre de sérologies VIH+ par million d'habitants		Nbre de sérologies VIH+ pour 1 000 tests	
	IdF	France	IdF	France	IdF	France	IdF	France
2005	1,29 [1,14-1,35]	5,30 [5,22-5,38]	112	84	530,0	186,0	4,7	2,2
2006	1,27 [1,21-1,32]	5,07 [5,00-5,13]	109	80	492,0	178,0	4,5	2,2
2007	1,24 [1,19-1,28]	5,05 [4,99-5,12]	105	79	468,4	166,9	4,5	2,1
2008	1,23 [1,19-1,27]	4,99 [4,92-5,06]	105	77	457,6	164,9	4,3	2,1
2009	1,22 [1,18-1,28]	4,96 [4,91-5,02]	104	77	469,7	169,3	4,5	2,2
2010	1,23 [1,19-1,28]	4,98 [4,91-5,05]	104	77	460,2	167,1	4,4	2,2

\* Les chiffres entre crochets sont les intervalles de confiance [IC95%]

Source : InVS. Estimations réalisées à partir des données LaboVIH 2005 à 2010.

Tab. 4 - Pourcentages de personnes en Île-de-France ayant découvert leur séropositivité à un stade très tardif (stade sida ou CD4 < 200/mm<sup>3</sup> hors primo-infection) - Par année de diagnostic

	2008	2009	2010	2011*
Contaminés par voie homo-bisexuelle	15,7	17,0	14,9	12,2
Contaminé(e)s par voie hétérosexuelle	28,9	30,2	36,4	31,8
Hommes	34,4	36,8	43,2	36,9
Femmes	24,0	24,7	30,8	28,1
Nationalité française	33,7	27,1	28,9	32,5
Autres nationalités	28,7	31,9	39,8	33,3
dont nationalités d'Afrique sub-saharienne	26,5	30,2	37,6	35,9
Âgé(e)s de 15-34 ans	14,0	16,5	19,4	15,9
Âgé(e)s de 35-49 ans	27,3	29,1	35,0	31,9
<b>Ensemble</b>	<b>23,6</b>	<b>25,6</b>	<b>29,4</b>	<b>28,0</b>

\* Données pour le premier semestre

Source : InVS. Déclaration obligatoire de VIH au 30 juin 2011, exploitation ORS [15].

été réalisées en Île-de-France et à la même période (2009-2010) mais leurs résultats aboutissent à des conclusions différentes, sans doute du fait des conditions qui n'étaient pas les mêmes pour sélectionner les individus à qui le test était proposé.

La première, menée dans 29 services<sup>[16]</sup>, présente une prévalence du VIH faible (0,14%). De plus, les 18 personnes dépistées séropositives appartiennent -à une exception près- à une population déjà ciblée par le dépistage (homo-bisexuels masculins, personnes d'Afrique subsaharienne). Ces constats amènent les auteurs à conclure que les résultats ne plaident pas en faveur du dépistage du VIH en routine dans les services d'urgences.

La seconde enquête<sup>[17]</sup>, conduite dans 6 services, présente une prévalence supérieure, 0,55% (proche de celle observée dans les Centres de dépistage anonyme et gratuit franciliens, CDAG), avec 85% des diagnostics parmi des populations déjà ciblées par le dépistage (homo-bisexuels masculins, personnes d'Afrique subsaharienne). La prévalence élevée, ainsi que la bonne acceptation (comparable à celle de l'autre enquête), dans un fonctionnement habituel des urgences, conduisent les auteurs à conclure que le dépistage aux urgences basé sur un test rapide est « coût-efficace ».

Ces résultats ainsi que ceux des autres recherches menées en France depuis 2009 sur le dépistage (notamment sur les pratiques des médecins généralistes face au dépistage du VIH ou sur les expériences conduites de dépistage communautaire) font actuellement l'objet d'une réflexion globale qui donnera lieu à une publication réalisée sous la responsabilité de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS). Cette synthèse des résultats des recherches devrait permettre de guider efficacement la réflexion sur la stratégie de dépistage à mettre en œuvre en France et sur les dispositifs à mobiliser.

## Initier de façon précoce les traitements chez les personnes séropositives, et rendre leur charge virale indétectable

### Bénéfices individuels et collectifs des traitements

Les recommandations sur les traitements antirétroviraux (ARV) ont été revues en 2010<sup>[8]</sup> afin de proposer une mise sous traitement plus précoce qu'auparavant. Actuellement, chez les personnes séropositives symptomatiques, elle est recommandée sans délai et, chez les personnes asymptomatiques, elles est envisagée lorsque le nombre de lymphocytes CD4 devient inférieur à 500/mm<sup>3</sup> (et non plus à 350/mm<sup>3</sup>). L'objectif des ARV<sup>[8]</sup> est d'atteindre et de maintenir une charge virale indétectable (<50 copies/mL) et un nombre de lymphocytes CD4 >500/mm<sup>3</sup>. Cet objectif a un double bénéfice. Un bénéfice individuel : il permet à la personne séropositive, un contrôle de sa virémie plasmatique et de son système immunitaire, une baisse du risque de progression vers le sida ou du risque de décès. Un bénéfice collectif : le traitement ARV, en réduisant la charge virale des personnes vivant avec le VIH, diminue le risque de transmission du VIH, et constitue donc un outil complémentaire de lutte contre l'épidémie.

### Absence de données en Île-de-France depuis 2008 sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH

L'évolution dans le temps des indicateurs relatifs à la charge virale et aux CD4 constitue un élément important du suivi épidémiologique de l'infection à VIH/sida. Malheureusement, aucune information issue de la Base de données hospitalière française sur l'infection à VIH (FHDH ANRS CO4 / Inserm U943) n'a été publiée pour la région Île-de-France depuis 2008 et les données sont indisponibles. Celles issues des rapports d'activité des cinq Coordinations régionales de lutte contre le VIH (Corevih) permettent d'apporter des éléments, mais les données sont infra-départementales, car correspondant aux étendues géographiques des Corevih définies selon les anciens territoires de santé (voir note sous le tab. 5). De plus, les rapports d'activité ne sont pas standardisés ; certains indicateurs ne figurent pas dans tous les rapports, comme celui du pourcentage de patients en succès immuno-virologique. Ainsi, depuis 2008, l'Île-de-France ne dispose pas d'indicateurs permettant de mesurer, pour l'ensemble de la région ou par département, l'évolution de la prise en charge hospitalière des PVVIH, en termes de succès ou d'échec virologique et/ou immunologique, de pathologies, de mortalité, etc.

## Le VIH/sida dans l'élaboration du Projet régional de santé de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France

Marie-France d'Acremont, médecin de santé publique, chef de projet VIH à l'Agence régionale de santé d'Île-de-France

Le premier Projet régional de santé de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France trace la feuille de route pour la politique de santé des cinq prochaines années. La version définitive sera arrêtée au plus tard en décembre 2012, à la fin du processus de concertation. Il est composé du Plan stratégique régional de santé (PSRS) qui définit les objectifs et les priorités de santé en Île-de-France, de trois Schémas qui mettent en œuvre cette stratégie pour l'organisation des soins (hospitalier, ambulatoire), la prévention et le secteur médico-social. Des programmes de santé déclinent ces Schémas, notamment au niveau des territoires.

### Un Schéma de prévention qui s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé

Le Schéma de prévention s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé et plus précisément de participation des populations aux

Tab. 5 - Indicateurs\* relatifs aux patients vivant avec le VIH suivis dans les Corevih d'Île-de-France en 2011

	Nbre de patients suivis (file active)	Nbre de décès	% de patients au stade sida	% de patients traités sous antirétroviraux	Patients traités depuis 6 mois et plus % avec charge virale < 50 copies/mL	% avec taux CD4 > 500 /mm <sup>3</sup>
Corevih Nord**	6068	14	29	88	75	57
Corevih Sud	10 211	65	21	89	79 <sup>1</sup>	-
Corevih Est	12 578	53	24	90	81 <sup>2</sup>	54
Corevih Ouest	4 967	54	26	94	76	70 <sup>3</sup>
Corevih Centre	10 449	38	16	92	89	61

\* les % sont calculés sur les données de « file active validée » (< à la file active).

\*\* Voir la répartition géographique des Corevih d'Île-de-France sur le site Internet de l'ARS Île-de-France : <http://m1p.fr/KEY>

<sup>1</sup> charge virale < 20 - <sup>2</sup> charge virale ≤ 50 - <sup>3</sup> CD4 ≥ 350/mm<sup>3</sup>

Sources : Rapports d'activité 2011 des cinq Corevih, complétés par des données transmises par les différents Corevih en novembre 2012.

### En Île-de-France : environ huit patients traités sur dix ont une charge virale indétectable en 2011

Les données disponibles (tab. 5) montrent qu'une large majorité des patients suivis dans les Corevih d'Île-de-France sont sous ARV : le pourcentage varie de 88% pour le Corevih Nord à 94% pour le Corevih Ouest. Environ huit patients sur dix, traités depuis au moins six mois, ont une charge virale indétectable (<50 copies/mL), variant de 75% à 89% selon les Corevih. La proportion de patients traités avec un nombre de lymphocytes CD4 supérieur à 500/mm<sup>3</sup> est plus faible, aux environs de six sur dix.

Si la charge virale des patients traités est contrôlée pour environ 80% d'entre eux, ce qui constitue un progrès majeur, il convient d'avoir à l'esprit le fait que les patients *traités* ne constituent qu'une partie des personnes *infectées*. A partir des données nationales FHDH, il a été estimé<sup>[18]</sup> que 20% environ des personnes infectées ignorent leur statut sérologique, et une partie de celles qui le connaissent ne sont pas prises en charge ou n'ont pas d'ARV. Au total, seules 64% de l'ensemble des personnes infectées sont sous ARV, et parmi elles, 87% ont une charge virale indétectable. Ce serait ainsi 56% des personnes infectées qui auraient une charge virale indétectable. Ce résultat souligne les efforts à mener pour permettre aux personnes infectées de connaître leur séropositivité et d'être prises en charge au plus tôt.

actions et décisions qui les concernent. La promotion de la santé communautaire et le développement du rôle des médiateurs sociaux et culturels en découlent. L'élaboration a été fondée sur les objectifs généraux de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, d'intégration de la prévention dans les parcours de santé et d'amélioration globale de l'offre de prévention et de la cohérence des actions. Ce dernier point implique une meilleure coordination entre les différents acteurs et financeurs. La prévention est à adapter aux populations en situation de vulnérabilité, et notamment pour les migrants, les détenus et sortants de prisons, les travailleurs du sexe. L'intégration de la prévention dans les parcours de santé implique de développer le rôle des professionnels de santé en matière de prévention et de dépistage. La lisibilité des dispositifs locaux de prévention, de dépistage et de soins devrait faciliter cette démarche.

### Privilégier la prévention par les pairs

L'enjeu de la prévention du VIH est aujourd'hui double : renforcer la prévention de la transmission pour les groupes les plus concernés et favoriser une prise en charge globale des personnes séropositives, afin qu'elles accèdent à des conditions de vie optimales. Les populations les plus concernées, au regard de la prévalence du VIH, sont les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les personnes migrantes (particulièrement d'Afrique sub-saharienne), les personnes en situation de prostitution, les usagers de drogues utilisant la voie injectable, les personnes en détention, ainsi que les personnes transgenres. Chacun de ces groupes nécessite des actions de sensibilisation renforcées et adaptées, du fait de l'évolution de l'épidémie (en particulier chez les HSH) ou du fait des diversités sociales, culturelles ou de mode de vie. Ainsi les actions au plus près des lieux de sociabilité de ces populations et s'appuyant sur les pairs seront privilégiées. La prévention des IST et des hépatites s'inscrit dans ces stratégies.

### Développer une approche globale de la prévention et renforcer le dépistage

Il est fondamental de s'appuyer sur la prévention combinée, c'est-à-dire associant l'ensemble des leviers disponibles : l'approche de réduction des risques sexuels est à développer, associée au dépistage (ou à la sensibilisation) autant que possible, et à l'articulation vers les soins en impliquant les personnes dans la démarche de prévention et de réussite du traitement, tant pour préserver leur propre santé que pour éviter la transmission du virus à autrui. Ainsi le dépistage hors les murs, facilité par les tests rapides, peut être réalisé près des lieux de vie des personnes dans le cadre d'actions de sensibilisation. Il est nécessaire d'engager une réflexion sur l'organisation des centres de dépistage, accompagnée d'un soutien au développement d'actions de partenariat, afin d'orienter ces structures vers des approches populationnelles plus spécifiques. L'un des objectifs est de faire reculer les diagnostics tardifs. La prévention combinée ne doit pas négliger la notion de « prévention positive » qui prend en compte l'ensemble des besoins des personnes séropositives (santé sexuelle, projets parentaux, etc.), et leur qualité de vie. Cette démarche permet que chaque patient soit acteur de sa maladie, et ainsi « de mieux vivre avec », elle comprend l'adhésion au traitement et le soutien pour l'amélioration de la qualité de vie, et doit être prise en compte pour l'ensemble des patients, au-delà de la démarche d'éducation thérapeutique.

### Les Corevih : acteurs centraux de la lutte contre le VIH

Les Coordinations régionales de lutte contre le VIH (Corevih) regroupent l'ensemble des acteurs concourant à la prévention et à la prise en charge du VIH (usagers, professionnels hospitaliers, de ville et médico-sociaux, associations, etc.). Leur implication est importante pour soutenir les actions de dépistage et veiller à la cohérence des actions menées par les associations et les CDAG, en fonction de leur territoire et des populations, et enfin s'assurer d'une prise en charge rapide et de qualité des personnes découvrant leur séropositivité. L'appui des Corevih permettra de mener une réflexion sur l'adaptation des pratiques de dépistage et de *counseling* aux risques des personnes reçues en CDAG ; la mise au point de formations adaptées à la prise en compte de la sexualité des personnes séronégatives et surtout celles séropositives est un objectif concourant à la réduction des risques sexuels.

### Une prise en charge complexe et en évolution

Si aujourd'hui les succès thérapeutiques entraînent une durée de vie prolongée des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), leur parcours de soins reste complexe, souvent encore discriminant et surtout vecteur de précarité, comme l'ont montré les témoignages

lors des États généraux sur la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH en Île-de-France organisés en novembre 2010 par l'ARS, avec l'aide des Corevih et des associations. Ces États généraux, organisés à la demande des associations, inquiètes devant l'évolution des organisations hospitalières, ont conduit à des propositions de l'ARS présentées par son directeur à l'ensemble des acteurs et partenaires en 2011<sup>[19]</sup>. Ils ont aussi servi de base de réflexion à la rédaction du Schéma d'organisation des soins (volet hospitalier pour sa partie médecine). En effet, les enjeux relatifs à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH rejoignent une grande partie de ceux des autres maladies chroniques, notamment une prise en charge sur le long cours, avec des polyopathologies nécessitant une pluridisciplinarité, dans des lieux et des temps généralement distincts, générant des besoins de coordination accrus. Et l'expérience du VIH a permis de comprendre l'intérêt de s'appuyer sur la participation des usagers, pour améliorer la qualité de la prise en charge et de la relation soignant-soigné. La place et l'organisation de l'hôpital sont à revoir en fonction de son environnement : il faudra s'attacher à la mise en place d'une complémentarité entre l'hôpital et la ville, le sanitaire et le social, en s'appuyant sur des expérimentations et une animation territoriale, conduite à partir des besoins du patient et de la complexité de la prise en charge. Pour permettre une prise en charge des personnes sur l'ensemble du territoire, il est aussi nécessaire de renforcer les liens et le partage des compétences entre équipes des hôpitaux de proximité et centres spécialisés. Pour les personnes vivant avec le VIH, l'appui des Corevih est indispensable pour adapter l'offre hospitalière et de ville à une augmentation prévisible des files actives de patients. La lisibilité et l'existence d'une offre de ville de qualité et coordonnée autour du parcours de santé de la personne vivant avec le VIH est prise en compte dans le schéma ambulatoire ; les critères de qualité de cette prise en charge en ville sont à définir avec les Corevih.

### Mieux prendre en compte l'accompagnement des personnes en difficulté

La prise en compte des personnes en situation de vulnérabilité sociale doit irriguer l'ensemble des politiques de l'ARS et de ses partenaires comme l'ensemble des démarches des professionnels, ainsi que le souligne fortement le Programme d'accès à la prévention et aux soins (Praps). S'il faut améliorer l'efficacité des dispositifs spécifiques et encourager ceux-ci à aller vers les populations en difficulté, il est fondamental que ces dispositifs soient un tremplin vers le droit commun. Afin de construire des réponses innovantes à l'échelle des territoires, l'ARS s'impliquera localement afin d'animer la réflexion et la mise en œuvre avec les partenaires. Ainsi, un travail spécifique sera conduit avec l'Administration pénitentiaire et l'ensemble des acteurs, pour améliorer la continuité des soins à la sortie de prison. Les besoins et les difficultés des PVVIH à accéder à des établissements médico-sociaux ou à des hébergements adaptés en cas de troubles neuro-psychiatriques ou de vieillissement prématuré ont été notés lors des États généraux. Le Schéma médico-social prévoit d'améliorer la qualité de l'accompagnement pour les personnes âgées, handicapées et confrontées à des difficultés spécifiques. Cela nécessite de promouvoir tout au long de la vie des actions de prévention destinées à favoriser le « bien vieillir » et l'autonomie des personnes le plus longtemps possible en prenant en compte la dimension sociale et environnementale. L'accent sera mis aussi sur les coopérations et les partenariats entre les acteurs concernés.

L'enjeu pour l'ARS et ses partenaires est maintenant de poursuivre l'élaboration des Schémas, par la priorisation et la mise en œuvre dans les territoires sur les cinq ans à venir.

## Dans la lutte contre le sida, le Conseil régional d'Île-de-France agit au quotidien

Jean-Paul Huchon, Président du Conseil régional d'Île-de-France

En février 1983, une équipe de l'Institut Pasteur isolait pour la première fois le virus du sida. Trente ans après, en Île-de-France, où en est-on ? Grâce à l'action concertée de la recherche médicale, des associations et des politiques de santé publique, de nombreux progrès ont été faits pour soigner au mieux les malades, pour les accompagner dans la maladie et pour prévenir les comportements à risque. Mais le VIH n'a pas disparu, bien au contraire : l'Île-de-France est une région particulièrement touchée par l'épidémie. Face au VIH/sida, le Conseil régional a donc fait le choix politique d'engager et de maintenir une action forte. Entre 2007 et 2012, nous avons consacré 23 millions d'euros à la lutte contre le sida.

### Prévenir, pour mieux enrayer l'épidémie

La prévention est le pivot de l'action régionale : l'expérience montre que c'est lorsqu'on relâche l'attention sur la maladie que l'épidémie atteint de nouveaux pics. Il faut donc informer, éduquer et sensibiliser aux risques du VIH. Le Centre régional d'information et de prévention du sida (Crips) d'Île-de-France concentre une part importante des moyens de prévention franciliens : il forme et informe en premier lieu les personnels sanitaires et socio-éducatifs, pour qu'ils puissent ensuite agir en amont auprès des personnes les plus vulnérables. L'aide du Crips se concrétise par des formations spécifiques, du matériel d'information à disposition, et par l'échange de bonnes pratiques pour adapter aux différents publics les méthodes de prévention les plus efficaces. Un millier de personnes profitent chaque année de ces dispositifs.

La formation de formateurs vient ici en renforcement d'une action d'éducation plus directe auprès des personnes les plus fragiles. Ce sont notamment les jeunes, les migrants, les détenus, qui font l'objet d'une attention particulière. Parce que l'accompagnement des lycéens et des apprentis est au cœur de ses compétences, et qu'ils sont à l'âge où se vivent les premiers rapports sexuels, la Région agit en particulier auprès d'eux. Dans les établissements scolaires, dans les prisons comme dans les manifestations festives, l'Île-de-France informe, chaque année, près de 200 000 personnes des moyens à mettre en oeuvre pour limiter les conduites à risque.

Reste que si ces actions d'information directe portent leur fruit, il est aussi essentiel que le sida soit présent dans les médias et dans les mémoires. Pour que chacun sache que l'épidémie n'a pas disparu, qu'un accompagnement existe, qu'il y a des gestes de prévention à connaître et à transmettre, la sensibilisation est un instrument d'action efficace. C'est la raison pour laquelle, depuis dix ans, la Région Île-de-France soutient le festival Solidays, qui maintient vive l'attention portée par chacun au sida dans la cité.

### Accompagner pour être au côté des malades, ici et ailleurs

Mais si le VIH est une épidémie, il ne se réduit pas à un enjeu de chiffres ou de statistiques. C'est d'abord et avant tout une maladie vécue par des malades. Au-delà du parcours de soin, l'accompagnement personnalisé est essentiel pour permettre aux personnes vivant avec le VIH/sida de mener une vie décente, pour les aider dans leur insertion, et lutter contre les discriminations dont ils sont souvent victimes. La Région se mobilise donc auprès de ses partenaires et des acteurs pour être à leur côté en cofinçant des programmes spécifiques : dispositifs d'accompagnement social, aide à l'écoute des personnels soignants, soutien aux familles comptent parmi les 68 actions que la Région a soutenues depuis 2007.

L'accompagnement de la Région se concrétise aussi au-delà de l'Île-de-France. Parce qu'une épidémie, par définition, ne connaît pas de frontière et que tous les peuples ne sont pas égaux devant la maladie, le Conseil régional a maintenu une action forte à l'étranger, notamment là où il a noué des coopérations décentralisées. Sur le continent africain, il est présent au Sénégal, en Mauritanie, au Mali ou en Afrique du Sud. En Amérique latine, nous avons apporté une aide spécifique en Haïti et travaillons plus au Sud avec la Région métropolitaine de Santiago du Chili. Nous finançons en particulier des Centres de traitement ambulatoire pour améliorer l'accès aux soins, soutenons des dispositifs de formations pour les professionnels de santé, fournissons du matériel d'information et favorisons l'échange de bonnes pratiques pour aider à la sensibilisation. Près de trois millions d'euros ont été consacrés, depuis 2004, à la lutte contre le sida à l'international.

## Renforcer nos actions et innover dans nos solutions : les deux nouveaux piliers de la Région Île-de-France en matière de lutte contre le VIH/sida, les IST et les hépatites

Laure Lechatellier, Vice-présidente du Conseil régional d'Île-de-France, chargée de l'action sociale, des formations sanitaires et sociales, de la santé et du handicap

En Île-de-France, le nombre annuel de nouveaux diagnostics de VIH est en baisse, mais reste toujours à un niveau important. Dans sa nouvelle politique régionale de santé, la Région se donne de nouveaux moyens pour lutter contre cette épidémie ainsi que les IST et les hépatites virales, quels que soient les modes de transmission. A la fois, en renforçant ses actions débutées depuis une décennie, que ce soit la prévention des infections sexuellement transmissibles ou le soutien aux Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud), et en innovant, par le soutien à l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque.

### La situation francilienne s'améliore mais reste toujours préoccupante

La lutte contre le VIH et les hépatites doit réduire les nouvelles contaminations, par une politique de prévention des risques et une amélioration de la prise en charge médicale des personnes malades. Or, sur le terrain des nouvelles contaminations, la situation en Île-de-France reste toujours préoccupante.

Certes, depuis 2003, le nombre annuel de découvertes de séropositivité au VIH a diminué, grâce aux politiques de prévention et de réduction des risques. Néanmoins, l'Île-de-France englobe toujours 40% des cas français de séropositivité. Ce constat est

d'autant plus grave que la moitié des personnes séropositives découvrent qu'elles le sont à un stade où le système immunitaire est déjà atteint. Le dépistage tardif est une réalité dramatique que seules l'information et l'éducation peuvent résoudre.

En tant qu'élu/e/s locaux/les, notre inquiétude est forte face aux désengagements de l'État sur ces questions. La prise en charge globale nécessaire aux personnes malades est menacée par une logique économique peu soucieuse des conséquences à long terme sur la santé des personnes : réformes successives du système hospitalier, notamment réorganisation de l'AP-HP ; baisse des financements d'État aux associations qui interviennent auprès de ces malades.

Nous sommes donc inquiets. Mais le rôle de la Région est de trouver des solutions palliatives et innovantes pour répondre à cette situation.

### La nouvelle politique régionale de santé renforce ses actions et innove

En septembre dernier, la Région Île-de-France a voté une nouvelle politique régionale de santé. Axe majeur, la lutte contre le VIH/sida, les IST et les hépatites a été renforcée, en proposant des solutions plus globales et innovantes, auprès des publics prioritaires que sont les jeunes, les femmes, les personnes en situation d'addiction.

La prévention a toujours été au cœur de notre politique régionale de santé. Entre 2007 et 2012, 23 millions d'euros y ont été

consacrés. Mais, la lutte doit être globale et la Région a souhaité renforcer les actions globales de prévention. Nous avons donc élargi la variété de projets à soutenir : lutte contre les addictions, prévention du VIH/sida et des IST, éducation à la sexualité, démarches de santé communautaire et accompagnement des personnes toxicomanes à travers les Caarud.

Aujourd'hui, parce que les hépatites B et C sont responsables de 8 000 contaminations et 4 000 morts par an, dont une majorité sont des usagers de drogues, de nouvelles solutions sont nécessaires. Il s'agit d'innover pour répondre aux défis. La Région soutiendra donc l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque (à hauteur de 200 000 euros pour leur création et leur équipement). L'efficacité de diverses expérimentations menées dans différents pays d'Europe est incontestable. En permettant aux usagers de drogues de consommer leurs produits sous un encadrement médical et social et dans des conditions d'hygiène et de sécurité satisfaisantes, les dangers sanitaires et sociaux liés à la toxicomanie seront considérablement réduits.

L'Île-de-France ne peut faire face au défi de la lutte contre le VIH/sida, les IST et les hépatites qu'en s'en donnant les moyens. La nouvelle politique régionale de santé acte ce changement, en renforçant ses actions débutées depuis plus de dix ans et en innovant, notamment à travers son soutien à la création des salles de consommation à moindre risque.

Nous tenons à remercier vivement l'Unité VIH-IST-VHC de l'Institut de veille sanitaire, en particulier Françoise Cazein, Stéphane Le Vu et Annie Velter pour l'ensemble des données transmises et les précisions apportées à leurs analyses. Nous remercions également les Corevih franciliens pour les différentes informations communiquées lors de la réalisation de ce Bulletin.

### Références

- [1] Le Vu S., Le Strat Y., Barin F. & al. Estimations détaillées de l'incidence de l'infection par le VIH en France. Communication orale. InVS. Réunion des associations, Paris. 22 novembre 2011.
- [2] Le Vu S., Velter A., Meyer L. & al. Biomarker-Based HIV Incidence in a Community Sample of Men Who Have Sex with Men in Paris, France. PLoS ONE, 2012 ; 7(6) : e39872.
- [3] Beltzer N., Saboni L., Sauvage C. & al. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH / sida en Ile-de-France en 2010. Situation en 2010 et 18 ans d'évolution. Rapport de l'ORS Île-de-France, décembre 2011.
- [4] La Roche G., Bouyssou A., Goulet V. & al. Évolution récente des IST en France. InVS. Réunion des associations, Paris. 22 novembre 2011
- [5] Nguyen E., Bouyssou A., Lassau F. & al. Progression importante des infections à gonocoques en France : données de réseaux Rénago et RésIST au 31 décembre 2009. BEH, 5 juillet 2011 ; n° 26-27-28 : pp. 301-304.
- [6] Goulet V., Laurent E., Semaïlle C. & al. Augmentation du dépistage et des diagnostics d'infections à *chlamydia trachomatis* en France : analyse des données Rénachla (2007-2009). BEH, 5 juillet 2011 ; n° 26-27-28 : pp. 316-320.
- [7] Velter A., Barin F., Bouyssou A. & al. HIV Prevalence and Sexual Risk Behaviors Associated with Awareness of HIV Status Among Men Who Have Sex with Men in Paris, France. AIDS and Behavior, 2012 Sept 12. [Epub ahead of print].
- [8] Yeni P. (dir). Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. La documentation française, 2010.
- [9] Supervie V., Ndawinz J., Costagliola D. Les nouvelles estimations de la population non diagnostiquée pour le VIH en France. Communication orale lors du séminaire de recherche ANRS : Éradiquer le VIH et le VHC, rêve ou réalité ? Nouvelles données sur le dépistage du VIH et des hépatites, implications pour la recherche et la santé publique. Institut Pasteur. Mai 2012.
- [10] Conseil national du sida. Rapport suivi de recommandations sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France. Novembre 2006.
- [11] Haute autorité de santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France - Modalités de réalisation des tests de dépistage. Argumentaire. Octobre 2008.
- [12] Haute autorité de santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage. Argumentaire. Octobre 2009.
- [13] Lert F., Pialoux G. Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST. Rapport de la mission RDRs. Mars 2010.
- [14] Ministère de la Santé et des Sports. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Rapport du Ministère. Novembre 2010.
- [15] InVS. Déclarations obligatoires des diagnostics de séropositivité. Données brutes au 30 juin 2011. Exploitation ORS Île-de-France.
- [16] Almeida K. W., Kierzek G., de Truchis P. & al. Modest Public Health Impact of Nontargeted Human Immunodeficiency Virus Screening in 29 Emergency Departments. *Archives of Internal Medicine*, 2012 Jan 9 ; 172(1) : 12-20.
- [17] Casalino E., Bernot B., Bouchaud O. & al. Twelve Months of Routine HIV Screening in 6 Emergency Departments in the Paris Area: Results from the ANRS URDEP Study. PLoS ONE, 2012 ; 7(10): e46437.
- [18] Supervie V., Ndawinz J. D., Costagliola D. How to estimate the size of the hidden HIV epidemic? The case of France. HIV in Europe. Conférence, Copenhague, Denmark. March 2012.
- [19] ARS Île-de-France (Coord.). Cahier des Etats généraux sur la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH en Ile-de-France. Juillet 2011.

Ce Bulletin a été réalisé par Sandrine HALFEN, ORS Île-de-France, avec les contributions de Marie-France D'ACREMONT, ARS Île-de-France, Jean-Paul HUCHON et Laure LECHATTELLIER, Conseil régional d'Île-de-France.

L'ORS Île-de-France, département autonome de l'IAU Île-de-France,  
est un observatoire scientifique indépendant financé par  
l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et le Conseil régional d'Île-de-France