

**LA PREVENTION SANITAIRE
DES MALADIES
SEXUELLEMENT
TRANSMISSIBLES, DU SIDA ET
DE LA TUBERCULOSE**

Rapport présenté par :

Mme le Docteur Anne-Chantal ROUSSEAU-GIRAL et M. Eric SCHMIEDER

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

***Rapport n ° 2002 153
Janvier 2003***

SOMMAIRE

Résumé 1/2 et 2/2

Corps du rapport1 à 60

Annexes au rapport.....

**Observations/remarques de l’Institut national de veille sanitaire (INVS) en date du
28 mars 2003.....**

Ce rapport s'inscrit dans le cadre des travaux préparatoires du rapport public de l'IGAS pour l'année 2003 relatif à la prévention dans le système de santé français.

Dans une première partie, les rapporteurs constatent que la répartition des compétences sanitaires entre l'Etat (responsable de la prévention du VIH SIDA) et les collectivités territoriales (responsables de la prévention des MST et de la tuberculose) ne favorise pas la cohérence des politiques sanitaires, car elle ne répond pas à une logique globale de santé publique. Par ailleurs, les investigations conduites sur place mettent en évidence des implications plus ou moins fortes des acteurs locaux en fonction des priorités qu'ils se sont fixées. Certains départements, où la prévalence des pathologies étudiées est préoccupante, sont très fortement organisés, d'autres ont délégué par convention une partie de leurs attributions à d'autres structures, notamment aux centres hospitaliers.

La mission a constaté que le défi de l'infection à VIH avait engendré un modèle nouveau d'organisation de la prévention fondé principalement sur la prévention des conduites à risques. Toutefois, elle a remarqué que le relâchement récent des comportements de prévention face au VIH-SIDA et aux MST incite à renforcer la prévention à tous les niveaux. En effet, alors que l'évolution de ces pathologies semblait maîtrisée, des clignotants d'alerte se sont allumés indiquant la réapparition de certaines MST et de la tuberculose. Cette évolution laisse craindre une recrudescence de nouveaux cas de VIH SIDA dans les années à venir d'autant que les modes de contamination concernent dorénavant un éventail plus large de populations.

Enfin la mission attire l'attention sur la nécessité de renforcer la surveillance épidémiologique et de donner les moyens d'une véritable alerte sanitaire.

Dans une deuxième partie, le rapport décrit les politiques de prévention mises en place dans les cinq départements à prévalence forte qu'elle a visités : Paris, Hauts-de-Seine, Val-de-Marne, Seine-Saint-Denis et Bouches-du-Rhône, ainsi que dans deux départements à prévalence moins forte : le Calvados et l'Eure. Le rapport constate que les démarches, assez diversifiées, privilégient une prise en charge globale des problèmes sanitaires dans les départements à forte prévalence et une délégation des missions dans les autres départements. Hormis le cas de Paris, dont les dispositifs de prévention-dépistage restent cloisonnés par pathologies, les quatre départements de la Petite Couronne ont mis en place des structures transversales avec une forte prise en compte des besoins exprimés par les usagers. Il est apparu que l'efficacité de ces actions reposait sur un maillage des relais associatifs souvent issus des communautés. Des réseaux se sont ainsi organisés contribuant à développer une stratégie de prévention communautaire.

Dans une troisième partie, la mission propose un certain nombre de recommandations :

D'abord une recommandation d'ordre général,

- le souci d'assurer à tous une égalité de l'offre de prévention, tout en encourageant les efforts très positifs et la dynamique de réseau partenariale élaborée depuis des années par certains départements très motivés, a conduit la mission à préconiser une reprise en main des politiques de prévention par l'Etat avec délégation à ceux des départements qui se sentent impliqués sur la base d'un cahier des charges établi au niveau national.

Puis des recommandations plus spécifiques,

- le renforcement du dispositif de surveillance des MST et de la tuberculose
- la mise en place d'un système d'alerte réactif
- le rapprochement, obéissant à une logique de santé publique, des centres de dépistage anonyme et gratuit du VIH et de l'hépatite C et des dispensaires antivénériens
- une réflexion stratégique sur le dépistage des MST les plus préoccupantes, notamment les infections à chlamydiae, souvent latentes.
- l'harmonisation des données enregistrées lors des consultations des dispensaires antivénériens (mise en place d'un dossier commun, mise en réseau de l'ensemble de ces dispensaires avec l'INVS)
- l'harmonisation des stratégies de prévention et de traitement des MST, et la diffusion de ces recommandations de bonnes pratiques à l'ensemble des médecins.
- l'organisation de formations appropriées pour les professionnels concernés
- l'amélioration de l'accès aux soins pour les populations les plus menacées qui bénéficient encore trop rarement d'un dépistage et d'un traitement précoces, notamment en matière de VIH SIDA
- un large recours aux associations pour développer les actions de proximité
- l'adaptation des supports de communication et du contenu des messages aux comportements des publics-cibles
- le maintien en continu d'une information généraliste, et parallèlement la relance de campagnes sur les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA ciblées sur les publics jeunes

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
I. LES CONSTATS EPIDEMIOLOGIQUES ET SOCIOLOGIQUES	5
1.1 RÉPARTITION DES COMPÉTENCES SANITAIRES ENTRE L'ETAT ET LES COLLECTIVITES TERRITORIALES EN MATIÈRE DE MST, SIDA ET TUBERCULOSE.....	5
1.1.1 Une implication inégale des communes dans le champ sanitaire.....	6
1.1.2 Ce partage des compétences ne favorise pas la cohérence des politiques sanitaires	7
1.1.3 La mise en œuvre de leurs compétences sanitaires par les départements est variable, fonction des priorités qu'ils se sont fixées.....	7
1.1.4 L'hôpital n'est pas toujours bien adapté à l'accueil et à la prise en charge de patients en difficulté sociale nécessitant des soins complexes.....	8
1.2 LE DÉFI DE L'INFECTION À VIH, UN MODÈLE NOUVEAU D'ORGANISATION DE LA PRÉVENTION	8
1.2.1 La politique française de lutte contre l'infection à VIH et en conséquence contre les MST, s'est centrée sur la prévention des conduites à risques.	9
1.2.2 Les politiques locales de lutte contre le SIDA	10
1.2.3 L'évolution récente des connaissances et des comportements face au VIH-SIDA en France incite à renforcer la prévention à tous niveaux	12
1.3 EPIDÉMIOLOGIE DES PATHOLOGIES CONCERNÉES.....	14
1.3.1 Epidémiologie des MST en France en 2002	14
1.3.1.1 Les structures de dépistage et de soins des MST	15
1.3.1.2 Prévalence des principales MST	16
1.3.2 Epidémiologie du SIDA en France en 2002.....	22
1.3.2.1 Une stabilisation du nombre de nouveaux cas de SIDA	22
1.3.2.2 La répartition des cas de SIDA par voie de contamination s'est beaucoup modifiée	22
1.3.2.3 Incidence des nouvelles contaminations (séropositivité)	23
1.3.2.4 Femmes et VIH.....	24
1.3.3 Epidémiologie de la tuberculose en France en 2002.....	24
1.4 LE SYSTÈME DE SURVEILLANCE DE CES MALADIES : OBSERVATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE, VEILLE SANITAIRE ET ALERTE.....	25
1.4.1 La surveillance épidémiologique	26
1.4.1.1 La surveillance exercée par les biais des déclarations obligatoires	27
1.4.1.2 Un dispositif national de surveillance de l'épidémie de SIDA en crise récurrente	28
1.4.1.3 La surveillance épidémiologique des MST	30
1.4.2 L'alerte sanitaire	31
II. DES POLITIQUES DE PREVENTION S'APPUYANT SUR DES DEMARCHES DIFFERENCIEES	33
2.1 LES DÉPARTEMENTS À FORTE PRÉVALENCE TENDENT VERS UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PROBLÈMES SANITAIRES	33
2.1.1 En Seine-Saint-Denis, des structures transversales et une forte tradition de prise en compte des besoins exprimés par les usagers.....	33
2.1.1.1 La lutte contre la tuberculose en Seine-Saint-Denis	34
2.1.1.2 La lutte contre les MST en Seine-Saint-Denis	36
2.1.1.3 La prévention du SIDA en Seine-Saint-Denis	36
2.1.2 Le Val-de-Marne.....	36
2.1.3 Dans les Hauts-de-Seine.....	37
2.1.4 Dans les Bouches-du-Rhône.....	38
2.2 L'EFFICACITÉ DE LA PRISE EN CHARGE PARAÎT LIÉE À LA MISE EN PLACE D'UN MAILLAGE DE RELAIS ASSOCIATIFS ET/OU ISSUS DES COMMUNAUTÉS.....	39
2.2.1 La Seine-Saint-Denis a pris une avance en terme de réseaux et de stratégie de prévention communautaire	39
2.2.2 dans les Hauts-de-Seine	40
2.2.3 dans le Val-de-Marne	42
2.2.4 dans les Bouches-du-Rhône.....	42
2.2.5 Le cas particulier de Paris.....	43
2.2.5.1 La lutte contre la tuberculose	43
2.2.5.2 Le dépistage de la tuberculose chez l'enfant.....	45

2.2.6	<i>La syphilis à Paris</i>	46
2.2.7	<i>Les actions de prévention du VIH SIDA à Paris</i>	47
2.3	D'AUTRES DÉPARTEMENTS, MOINS CONCERNÉS PAR CES PATHOLOGIES, ONT FAIT LE CHOIX DE DÉLÉGUER LEURS MISSIONS.	48
2.3.1	<i>dans l'Eure</i>	48
2.3.2	<i>dans le Calvados</i>	49
III. RECOMMANDATIONS		52
3.1	LE DISPOSITIF DE SURVEILLANCE DES MST ET DE LA TUBERCULOSE DOIT ÊTRE RENFORCÉ.....	52
3.2	UN SYSTÈME D'ALERTE TRÈS RÉACTIF DOIT ÊTRE MIS EN PLACE	53
3.3	LE RAPPROCHEMENT DES CENTRES ET DES ACTIVITÉS CDAG/DAV DOIT OBÉIR A UNE LOGIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE.....	54
3.4	LA RÉFLEXION SUR LES ENJEUX NATIONAUX CONCERNANT LES MST LES PLUS PRÉOCCUPANTES DOIT ÊTRE MENÉE SANS DÉLAIS	55
3.5	LE RECUEIL DES INFORMATIONS RELATIVES AUX CONSULTANTS DES DAV ET LES STRATÉGIES DE DÉPISTAGE ET DE TRAITEMENT DES MST DOIVENT ÊTRE HARMONISÉS.	56
3.6	LA FORMATION DES PROFESSIONNELS ET LA DIFFUSION DE RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES POURRAIT RELEVÉ D'UN NIVEAU DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL	56
3.7	LES ÉCARTS ENTRE FRANÇAIS ET MIGRANTS EN MATIÈRE DE CONTAMINATION PAR LE SIDA SONT LIÉS À DES DISPARITÉS IMPORTANTES DANS LE RECOURS AU DÉPISTAGE ET À UN TRAITEMENT PRÉCOCE	57
3.8	LES ACTIONS DE PROXIMITÉ DOIVENT PRIVILEGIER LE RECOURS AUX ASSOCIATIONS GÉNÉRALISTES ET/OU SPÉCIALISÉES.....	58
3.9	LES SUPPORTS DE COMMUNICATION ET LE CONTENU DES MESSAGES DOIVENT S'ADAPTER AUX COMPORTEMENTS DES PUBLICS-CIBLES.....	59
3.10	SI LE MAINTIEN EN CONTINU D'UNE INFORMATION « GÉNÉRALISTE » EST TOUJOURS NÉCESSAIRE, IL CONVIENT DE RELANCER PARALLÈLEMENT DES CAMPAGNES PLUS CIBLÉES SUR LES JEUNES.....	59
ANNEXES		

INTRODUCTION

Par lettre de mission du 23 juillet 2002¹, la chef de l'Inspection générale des affaires sociales a confié, dans le cadre du rapport annuel 2003, à Madame le Docteur Anne-Chantal ROUSSEAU-GIRAL et Monsieur Eric SCHMIEDER, membres de l'Inspection générale, une mission d'enquête sur la prévention sanitaire en matières de maladies infectieuses : SIDA, MST et Tuberculose. Cette mission s'est déroulée de septembre à décembre 2002. Elle a rencontré les responsables² concernés au sein des administrations centrales, puis a mené ses investigations sur site dans les services déconcentrés de sept départements³ et dans les dispensaires et centres de promotion de la santé mis en place par ces départements pour lutter contre ces trois pathologies. Cinq de ces départements ont été choisis par la mission en raison de la forte prévalence des trois pathologies étudiées, les deux autres (Eure et Calvados) en vue d'analyser les dispositifs mis en place pour des pathologies ne figurant pas dans leur priorités.

Trois types de pathologies aux conséquences mortelles et aux risques de contagion élevés. Deux dont l'évolution est maîtrisée dans les sociétés développées (tuberculose et MST), une dont la maîtrise est loin d'être assurée malgré les progrès des multithérapies (SIDA). Toutes trois ayant la caractéristique de nécessiter une surveillance attentive, un dépistage efficace et un traitement suivi.

En raison vraisemblablement de la croyance dans la maîtrise des MST et de la tuberculose, l'Etat n'a gardé de ses compétences régaliennes que la surveillance et a confié le dépistage et le traitement aux départements. Par contre, l'histoire du SIDA est trop récente et les risques trop élevés pour que le même mouvement se soit produit, l'Etat restant initiateur des politiques.

Avec le mouvement croissant d'ouverture sur le monde, la recrudescence de ces pathologies (MST et tuberculose) qu'on croyait disparues ou pour le moins maîtrisées est telle que l'Etat se doit de décider d'une stratégie à leur endroit.

Le présent rapport souligne la résurgence des pathologies MST et tuberculose et leur poids dans certaines zones urbanisées de notre pays où elles posent de vrais problèmes de santé publique. Il analyse les solutions que les collectivités territoriales ont mises en place pour les juguler. Il souligne le rôle irremplaçable joué par les associations comme relais obligés avec les populations concernées. Enfin il propose des recommandations pour renforcer l'efficacité d'un système à qui font défaut une véritable coordination et des moyens modernes de gestion.

La présente mission n'a pas analysé la prévention des hépatites qui fait l'objet d'un dispositif réglementaire spécifique dont les mesures et les actions préventives mises en œuvre au niveau national et local se confondent souvent avec celles contre le VIH SIDA.

La mission présente un bref rappel des mesures de lutte contre le SIDA, par ailleurs largement développées dans le tout récent rapport d'évaluation de « la politique contre le SIDA 1994-2000 » du Conseil national de l'évaluation (juin 2002). Elle a préféré focaliser son attention

¹ En annexe 1.

² La liste des personnes rencontrées figure en annexe 2.

³ Départements de : Paris, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Hauts-de-Seine, Bouches-du-Rhône, Calvados, Eure.

sur les stratégies et partenariats mis en place localement pour assurer l’articulation de la lutte contre les MST et contre le SIDA.

I. LES CONSTATS EPIDEMIOLOGIQUES ET SOCIOLOGIQUES

Les lois n° 83-8 du 7 janvier 1983 et n° 83-663 du 22 juillet 1983 ont réparti les compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat.

1.1 Répartition des compétences sanitaires entre l'Etat et les collectivités territoriales en matière de MST, SIDA et tuberculose

L'article 37 de la loi du 22 juillet 1983 attribue aux départements, entre autres responsabilités sanitaires, la « lutte contre les fléaux sociaux » que sont les maladies vénériennes et la tuberculose. Cet article précise que les départements organisent les actions et services correspondants sur une base territoriale.

L'article 38 de cette loi transfère aux conseils généraux l'organisation des services départementaux de vaccination ; l'article 39 leur transfère l'organisation des activités et des services de protection maternelle et infantile ; enfin l'article 40 confère le statut de services départementaux aux dispensaires anti-tuberculeux, aux services de vaccination par le BCG et aux dispensaires antivénériens.

Ce transfert de compétences s'est accompagné des transferts financiers correspondant à la prise en charge de ces services et activités.

Par la suite, la circulaire n° 41 du 4 mai 1995 (suite à la loi du 18 janvier 1994 modifiant les articles L. 215 à L. 220 du Code de la santé publique) a précisé les missions confiées aux départements en ce qui concerne la tuberculose :

- prise en charge des traitements antituberculeux pour les personnes sans ressources et sans couverture sociale
- dépistage ciblé dans les milieux à risques : migrants, personnes en difficulté sociale, personnes séropositives pour le VIH, toxicomanes, détenus...
- enquête de dépistage autour des proches lors de la survenue d'un cas de tuberculose, sous forme d'enquête familiale, professionnelle ou de collectivité
- couverture vaccinale et contrôle des réactions tuberculiques

Bien que la compétence en matière de dépistage et de prévention de la tuberculose soit confiée aux départements, le traitement de la maladie et la surveillance épidémiologique restent de la compétence de l'Etat.

Le tableau 1 renseigne sur la répartition des compétences sanitaires entre l'Etat et les départements, notamment en ce qui concerne la lutte contre les fléaux sociaux, la lutte contre les maladies transmissibles, la planification des naissances et la protection maternelle et infantile¹.

¹ Rapport IGAS n° 1999145, actualisé compte tenu de la nouvelle codification du code de la santé publique.

Tableau 1 Répartition des compétences sanitaires entre l'Etat et les départements

		Etat	Département
Lutte contre les fléaux sociaux Livre I et Livre III de l'ancien code de la santé publique	Tuberculose	Surveillance (transmission obligatoire de données individuelles) Analyse de l'activité des dispensaires	Dispensaires antituberculeux : prophylaxie individuelle, familiale et collective, suivi médical et délivrance des médicaments
	Maladies vénériennes : syphilis, gonococcie, chlamydie, herpès...	Surveillance (transmission obligatoire de données individuelles) Analyse de l'activité des dispensaires	Dispensaires antivénériens prophylaxie et traitement ambulatoire
	Cancers	Programme national de dépistage	Dépistage précoce, surveillance après traitements des anciens malades
	Maladies mentales	X	
	Alcoolisme	X	
	Toxicomanie	X	
	VIH	X	
	Tabagisme	X	
Centres de planification et d'éducation familiale Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967			X
Protection maternelle et infantile : code de la santé publique 2 ^{ème} partie, livre 1 ^{er}			X
Santé environnement Livre 1 ^{er} 1 ^{ère} partie du CSP		X	

1.1.1 Une implication inégale des communes dans le champ sanitaire

Avant les lois de 1983 sur la décentralisation, les villes de plus de 20 000 habitants étaient soumises à l'obligation de créer un bureau municipal d'hygiène chargé de la lutte contre les épidémies.

Cette obligation a été levée dès 1984. Actuellement, 208 services communaux d'hygiène et de santé (SHCS) continuent à exercer, sous l'autorité du maire, des activités sanitaires pour lesquelles ils perçoivent une dotation globale de décentralisation. Ces services sont surtout impliqués dans les domaines des vaccinations, du contrôle des règles d'hygiène et de la désinfection.

Certes, ces activités ne font pas l'objet de remontées d'informations exhaustives auprès des services de l'état, néanmoins localement les DDASS les connaissent et peuvent témoigner d'une situation très variable d'une commune à l'autre. Si certains services communaux de santé n'ont plus qu'une activité symbolique, d'autres au contraire ont maintenu une activité notable, voire constituent de véritables partenaires institutionnels. La taille de la commune, mais surtout la prégnance des difficultés de certaines populations y résidant ou la traversant

(gens du voyage, demandeurs d'asile, migrants, SDF, toxicomanes...) ont contraint certains responsables communaux à s'impliquer dans le champ de la santé et souvent à intégrer leurs actions dans un mode partenarial avec les services de l'Etat et/ou du département.

1.1.2 Ce partage des compétences ne favorise pas la cohérence des politiques sanitaires

Ainsi les centres de vaccination, la lutte contre la tuberculose et les maladies vénériennes sont de la responsabilité du département. Mais la lutte contre l'ensemble des maladies transmissibles, dont le SIDA, relève de la responsabilité de l'Etat. Or, toutes les études montrent que les personnes venant consulter pour une MST sont aussi celles qui sont le plus exposées à une contamination par le virus du SIDA.

Par ailleurs, la surveillance épidémiologique des maladies transmissibles revient intégralement à l'Etat, y compris celles dont la lutte est confiée au département (tuberculose, maladies vénériennes). La dispersion des responsabilités et des tutelles, pour des pathologies touchant souvent les mêmes profils de population, complique le travail des acteurs de soins ; elle fragilise la pérennité des dispositifs mis en place, dont certains s'avèrent redondants et d'autres au contraire lacunaires.

Au sein d'une même structure de dépistage et de soins -par exemple un dispensaire antivénérien (DAV) habilité en tant que CDAG¹- vont coexister des activités relevant d'une responsabilité et d'un financement départementaux (dépistage et soins de MST) et d'autres relevant de la responsabilité de l'Etat (dépistage anonyme et gratuit du SIDA). Cette diversité des tutelles impose aux personnels de ces dispensaires des contraintes quotidiennes, souvent évoquées devant la mission (dossiers différents, anonymat pour le CDAG alors que les patients sont les mêmes...).

1.1.3 La mise en œuvre de leurs compétences sanitaires par les départements est variable, fonction des priorités qu'ils se sont fixées.

L'étude des moyens affectés par chaque département à leurs missions en matière de santé et des modalités de gestion qu'ils ont choisies, reflète une grande hétérogénéité.

Les informations concernant les moyens affectés par les départements à des actions sanitaires sont fragmentaires, dispersées et ne permettent pas une estimation fiable. Certaines enquêtes, toutefois, soulignent l'extrême disparité des efforts respectifs. Selon une étude de la DREES menée en 1998 :

- 7 départements ne disposent pas en propre de dispensaire anti-tuberculeux
- 13 départements ne disposent pas de dispensaire antivénérien

Certes, il s'agit pour la plupart de départements peu peuplés, ruraux, dont les conseils généraux ont opté pour un système de conventionnement avec des associations ou plus souvent avec l'hôpital, qui assurent les prestations pour leur compte. Les départements qui « sous-traitent » ainsi avec l'hôpital sont ceux dont les caractéristiques (population vieillissante, peu de concentrations urbaines...) et les faibles flux migratoires font passer les

¹ CDAG : centre de dépistage anonyme et gratuit du SIDA. La plupart des DAV assurent sur le même site les activités de CDAG.

problèmes de tuberculose ou de SIDA loin derrière d'autres priorités telles que la prise en charge des personnes âgées ou handicapées.

Cette décision traduit la liberté de gestion dont les élus disposent en la matière et n'appelle pas de réserve, pour autant que ces missions soient assurées dans des conditions satisfaisantes.

Toutefois, à ce jour, aucun département n'est épargné par la précarité sociale ou l'exclusion et des cas de tuberculose, de SIDA ou de gonococcies sont signalés sur tout le territoire. Or le fonctionnement des hôpitaux s'avère mal adapté aux personnes en grande difficulté sociale, qu'il s'agisse de l'accès même à l'hôpital ou de leur capacité à s'adapter aux exigences d'un suivi médicalisé (respect des horaires de rendez-vous, observance des traitements...).

Dans cette optique, la mission a tenté d'analyser les conditions de prise en charge des pathologies en cause dans quelques départements ayant fait le choix de confier ses missions sanitaires à l'hôpital (Eure) et/ou à des associations (Calvados).

1.1.4 L'hôpital n'est pas toujours bien adapté à l'accueil et à la prise en charge de patients en difficulté sociale nécessitant des soins complexes.

Les difficultés quotidiennes que rencontrent ces patients, qu'elles soient liées ou indépendantes de leur maladie (SIDA, tuberculose...) dépassent les capacités des acteurs hospitaliers. Le recours à des partenaires extérieurs à l'hôpital, tant associatifs qu'institutionnels travaillant dans des domaines « hors curatif » (hébergement, accompagnement, éducation sanitaire...) s'avère nécessaire pour répondre aux divers problèmes sanitaires et sociaux de ces personnes et permettre d'éviter, par une prise en charge globale de leur situation, une dégradation de la pathologie pour laquelle ils ont été orientés vers l'hôpital.

Ce partenariat s'impose encore davantage face à des patients atteints de maladies transmissibles graves, lorsque le risque de contamination de l'entourage se voit majoré par les conditions de promiscuité et d'insalubrité de leur vie quotidienne, mais aussi par la rotation rapide et incontrôlable de certaines populations, qui complique l'enquête de dépistage autour du cas index (centre d'hébergement d'urgence, foyer de travailleurs migrants...).

Dans ces cas, les difficultés du dépistage des sujets contacts et celles du suivi médical régulier des personnes malades, visant à enrayer la propagation de la maladie, font d'un problème de santé individuel un véritable problème de santé publique, impliquant une coordination d'acteurs médico-sociaux que l'hôpital ne peut assurer à lui seul. Il est regrettable, pour ces patients tuberculeux difficiles, que la stratégie DOTS¹ soit aussi peu utilisée en France alors qu'elle se montre très efficace dans de nombreux pays.

1.2 Le défi de l'infection à VIH, un modèle nouveau d'organisation de la prévention

L'avènement du SIDA a constitué un problème nouveau n'entrant pas dans les cadres d'organisation traditionnels du système sanitaire en vigueur². Le modèle curatif individuel,

¹ DOTS : Directly Observance Treatment (programme de délivrance du traitement sous surveillance directe).

² Cf. Revue française de sociologie janvier-mars 2000.

jusqu'alors aux mains des seuls médecins, a été remis en cause et rapidement débordé, ce d'autant qu'il n'offrait, pendant les premières années de l'épidémie, aucun espoir de guérison ou de stabilisation, ni même de prévention efficace par un vaccin.

La nouveauté de l'épidémie, les profils spécifiques des populations atteintes, puis l'évolution des traitements, appelant des réajustements des stratégies mises en œuvre pendant la première décennie de l'épidémie, ont contraint les responsables de santé publique à inscrire leurs actions dans un cadre différent, promouvant une approche collective des problèmes de santé et mettant l'accent sur la prévention. De nouvelles modalités d'intervention, faisant appel à des compétences plus larges, pluridisciplinaires, se sont imposées.

Certes, une telle démarche sanitaire globale émergeait déjà en France, particulièrement dans certains départements ou mégapoles confrontées aux difficultés médico-sociales de personnes précaires dont le nombre allait croissant. Déjà, certains responsables locaux coordonnaient des actions de prise en charge transversales, dépassant les clivages traditionnels entre le sanitaire et le social, l'hôpital et la médecine de ville, l'institutionnel et l'associatif... Mais la lutte contre le SIDA, au travers de ses évolutions successives rythmées par les avancées thérapeutiques, a été l'occasion d'un renouvellement de l'action publique et des pratiques des acteurs, et d'une explosion de formes d'intervention contractuelles et partenariales, encore peu développées dans le champ de la santé.

1.2.1 La politique française de lutte contre l'infection à VIH et, en conséquence, contre les MST, s'est centrée sur la prévention des conduites à risques.

Avec l'émergence du SIDA, les comportements sexuels sont passés au rang des principaux comportements à risques. Une des difficultés de cette prévention est de s'adresser à des comportements privés et intimes. Il ne suffit pas d'informer, il faut rechercher un changement d'attitude dans le domaine sexuel : rapports protégés, diminution du nombre de partenaires, utilisation de matériel d'injection individuel en cas de toxicomanie.

Face au SIDA, le législateur et les acteurs de santé ont été confrontés à la nécessité de préserver à la fois l'équilibre entre la protection de la collectivité menacée par une épidémie grave et mal connue, et la protection des personnes contaminées, menacées de discrimination et d'atteinte à leurs droits.

Certains pays ont fait le choix de mesures répressives, parfois ségrégatives à l'égard des séropositifs : isolement et obligation de révéler l'identité de ses partenaires (Suède) exclusion de certains emplois (Bavière) levée du secret médical (Grande-Bretagne) refoulement aux frontières, dépistage obligatoire dans certaines populations...

La France, au contraire, a privilégié une approche éthique, évitant toute discrimination à l'encontre des personnes infectées, maintenant le respect du secret de leur vie privée et la confidentialité de leurs données médicales, évitant toute mesure systématique et/ou coercitive.

Les principales dispositions en matière de prévention du SIDA et par voie de conséquence de l'ensemble des MST, ont privilégié :

- une information objective sur la maladie, ses modes de transmission,

- une information en direction de la population générale dans une première période, puis secondairement en direction de publics exposés (jeunes, détenus, toxicomanes, soignants, homosexuels) sur les moyens mis à leur disposition pour se protéger et protéger les autres (préservatifs, matériel d'injection stérile, précautions pour les soins...)
- une information sur les lieux de conseil, dépistage et soins, pour certains anonymes et gratuits
- l'incitation au dépistage volontaire (centres de dépistage anonyme et gratuit dans tous les départements, accompagnement des consultants dans une démarche de prévention et d'orientation personnalisée)
- un effort considérable pour renforcer l'utilisation des préservatifs (publicité, information des jeunes, distribution gratuite dans de nombreux lieux fréquentés par les personnes à risques, contrôle des normes de qualité...)
- la promotion de l'usage systématique de seringues neuves pour les usagers de drogue (vente libre en pharmacie, trousse de prévention Stéribox, échanges de seringues gratuites dans des automates « voie publique », dans certaines associations ou « boutiques »)
- la prévention en urgence des expositions accidentelles, d'abord centrée sur les professionnels de soins, puis élargie en 1997 aux expositions sexuelles et à la prise de drogue (rupture de préservatif, partage de seringue avec une personne atteinte)

Ces mesures de protection ont naturellement bénéficié dans le même temps à la lutte contre les MST, dont on a vu l'incidence chuter notablement depuis vingt ans.

1.2.2 Les politiques locales de lutte contre le SIDA

Selon certains observateurs, l'avènement du SIDA a constitué un facteur de désordre dans l'organisation sanitaire française¹. Certains ont avancé que, de ce désordre, serait née une véritable politique de santé publique qui promeut une approche collective des questions sanitaires avec un objectif fort de prévention. Cette approche permettrait de remettre en cause le modèle curatif individuel traditionnel dominé par la profession médicale.

A l'inverse, d'autres soutiennent que le modèle sanitaire organisé autour de l'hôpital public et de la médecine libérale perdure.

La mission a pu constater que les deux approches se vérifiaient. D'un côté, les associations et les dispositifs mis en place localement pour lutter contre le SIDA ont fait éclore une prise de conscience et ont favorisé la mise en œuvre d'une politique de santé publique qui, avec le temps, se fond avec les autres interventions sur les MST et la tuberculose dans des structures et des interventions polyvalentes ; de l'autre les structures traditionnelles hospitalières ont progressivement réaffirmé leur rôle et animé des réseaux ville-hôpital qui traduisaient le

¹ Cf. revue française de sociologie 41-1, 2000, 37-60 « permanences et recomposition du secteur sanitaire, les politiques locales de lutte contre le SIDA ».

besoin d'un travail en partenariat avec la médecine de ville et les professionnels de terrain tant du monde sanitaire que du monde médico-social.

La légitimité conférée aux services déconcentrés de l'Etat dans la lutte contre le SIDA

Le travail d'organisation de la lutte contre le SIDA mené par les services déconcentrés de l'Etat s'inscrit dans un cadre juridique dominé par l'Etat en application de la loi n° 87-588 du 30 juillet 1987. Les financements et les capacités de coordination de ceux-ci permettent d'orienter les politiques de terrain avec des succès divers. La mise en place sans doute tardive, au sein des DDASS, à la suite de la circulaire du 27 octobre 1995, des « chargés des actions déconcentrées de lutte contre le SIDA » a renforcé la capacité des services déconcentrés à s'approprier la politique de lutte contre le SIDA. Toutefois, cette organisation reproduit fréquemment les formes dominantes au sein du secteur sanitaire.

La mobilisation des équipes de terrain

La mobilisation de l'ensemble des professionnels de terrain -infirmières, psychologues, assistantes sociales, médecins de centres de planification familiale, de centres de santé municipaux ou départementaux- est très représentative de la période des années 80, celle de la montée en charge du SIDA. Cette mobilisation se retrouve dans les actions que suscite la lutte actuelle plus polyvalente contre les MST et la tuberculose. Elle remet en cause du rôle de l'hôpital qui répond en se positionnant en centre de référence et en tête de réseau. A cet égard, la création des CISIH (centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine) en 1987 et le développement des réseaux ville-hôpital (RVH)¹ illustrent l'évolution de la place de l'hôpital dans le système. Les CISIH voient encore leur rôle renforcé avec l'apparition des polythérapies qui appellent une coordination dans la définition des traitements et de leur suivi. Dans la plupart des cas, ces réseaux passent sous la coupe hospitalière mais ils intègrent bien l'action des associations et des professionnels voire celle des politiques et du domaine médico-social. Cette intégration tient au poids institutionnel des centres hospitaliers et à cet égard, nombre de départements leur confie par voie de convention les tâches qui leur reviennent (Paris, Calvados, Eure) ; elle tient aussi à la personnalité et au rayonnement de tel ou tel chef de service, qu'il exerce en dermatologie, en immunopathologie ou en maladies infectieuses.

L'implication des associations

Leur insertion dans le tissu sociétal leur permet d'intervenir dans nombre de démarches de soins (toxicomanes, prostitués, publics à risque en général) ou de lutte contre l'exclusion (SDF, jeunes en difficulté, chômeurs en difficulté, femmes sans ressources, immigrés en situation précaire) d'où leur rôle fondamental dans une prise en charge polyvalente qui conduit les structures départementales à faire le choix de stratégies transversales s'appuyant fortement sur la participation d'associations locales.

La participation des collectivités locales à la lutte contre le SIDA

Si elle ne s'impose pas réglementairement, elle est cependant forte dans la plupart des sites visités (Paris, départements de la couronne, Marseille). Souvent il s'agit de la déclinaison locale de la politique nationale par un affinement des messages de prévention en ciblant sur

¹ Créés par une circulaire DGS du 4 juin 1991.

certaines populations, les jeunes le plus souvent, mais aussi des populations à risque (homosexuels, prostitués). Cette participation banalise en quelque sorte la lutte contre le SIDA et la fait entrer dans la polyvalence des interventions traditionnelles des collectivités locales comme la santé des jeunes ou la santé des exclus.

L'engagement des structures hospitalières dans ces actions de partenariat contribue à développer une culture de prévention dans un milieu où la prise en charge des soins prime traditionnellement sur la prévention. Toutefois le degré d'intégration de la culture de prévention est variable. Elle est bien présente en région Ile-de-France où les hôpitaux ont presque toujours désigné des référents pour les pathologies étudiées par la mission, c'est moins vrai dans le Calvados, à l'exception du SIDA et encore moins dans l'Eure.

De manière générale, le système hospitalier a su intégrer ces évolutions, tout en maintenant le modèle curatif sur lequel il repose.

1.2.3 L'évolution récente des connaissances et des comportements face au VIH-SIDA en France incite à renforcer la prévention à tous niveaux

Les enquêtes KAPB¹ sont réalisées depuis 1990, tous les trois ans environ, sur des échantillons représentatifs de la population française de 18 à 69 ans. Elles permettent de mesurer l'évolution des représentations sociales du VIH/Sida et des comportements sexuels pour s'assurer du maintien des comportements de prévention et d'approfondir les connaissances de la population sur certains points.

L'enquête 1999-2001 apporte des conclusions intéressantes pour orienter les politiques futures de prévention.

Une connaissance plus floue des modes de transmission

Alors que, selon les résultats de l'enquête 1990-1993, les modes de contamination étaient largement connus de la population générale, selon ceux de l'enquête publiée en 2001, près de 15 % des personnes interrogées méconnaissent les modes de transmission (utilisation d'une seringue propre ou du préservatif lors des rapports sexuels ou encore piquûre de moustique). En Ile-de-France, la dégradation est encore plus forte car la croyance en la transmission par l'utilisation des toilettes ou en buvant dans le même verre s'est accrue.

Les interlocuteurs de la mission, travaillant en éducation-information dans les foyers de migrants, signalent que les nouveaux arrivants ont un niveau de connaissance très bas sur le sujet et surtout véhiculent de fausses idées et des tabous culturels constituant des freins puissants aux actions de prévention traditionnelles, d'où la nécessité de renouveler sans cesse les messages de prévention mais aussi d'adapter la communication et l'information sur la maladie à ces populations exposées, en tenant compte de leurs croyances et de leurs représentations de la maladie.

¹ *Connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH-SIDA en France et en Ile-de-France* », étude coordonnée par Isabelle Grémy et réalisée par Nathalie Beltzer, Nathalie Vongmany, Julien Chauveau et Frédéric Capuano de l'ORS d'Ile-de-France.

La perception d'un relâchement du comportement de prévention chez les autres

Les répondants ont été trois fois plus nombreux qu'auparavant à penser que « les gens se protègent moins qu'avant du fait des multithérapies » 10 % des personnes interrogées ont déclaré « faire moins attention », 10 % « se faire moins de souci » et presque autant « se protéger moins ».

Une perception atténuée du risque social du sida

Dans l'ensemble, les répondants ont été moins inquiets des risques que le SIDA fait courir à la société, les attitudes d'exclusion ont baissé et l'acceptation des personnes séropositives a augmenté.

Un désintérêt à l'égard du VIH/Sida

IL apparaît comme la conséquence de la moindre perception du risque social qu'engendre la maladie et la baisse d'intérêt pour les campagnes de prévention depuis 1994 (plus de 10 % des personnes interrogées). Ce désintérêt est couplé avec le scepticisme rencontré vis-à-vis de moyens de protection et avec la plus grande prudence vis-à-vis des multithérapies.

Une stabilité du recours au test de dépistage du VIH au cours de l'année 2001

Globalement le recours au test a baissé depuis 1994. La principale raison invoquée est l'absence de risque rencontré, cependant un dixième des répondants indique craindre le résultat, un autre dixième déclare ne pas savoir où s'adresser.

Dans le même temps, l'ensemble des hommes et des femmes interrogées déclare avoir moins de partenaires, les hommes se montrent plus abstinents et les femmes plus souvent mono partenaires.

Une moindre acceptation du préservatif au cours de l'année 2001

Les répondants pensent qu'il diminue le plaisir sexuel et sont moins nombreux à le considérer comme banal. La baisse de l'utilisation de près de 8 % a concerné essentiellement les jeunes, les multipartenaires et les célibataires donc une population plus à risque.

Cette moins bonne image du préservatif et la baisse de son utilisation illustrent la difficulté à maintenir des comportements de prévention sur le long terme et la nécessité de renforcer des messages de prévention s'adressant aux nouvelles générations.

Une moindre sensibilisation des jeunes au phénomène VIH/Sida

Alors que dans les enquêtes précédentes, la maladie semblait bien connue des jeunes, cette connaissance s'est estompée au cours de la dernière période. La crainte du risque de contamination reste forte chez les jeunes mais elle est plus diffuse et moins précise. Ils sont moins nombreux à avoir utilisé un préservatif et recouru à un test de dépistage. Le même constat préoccupant est fait par les interlocuteurs de la mission, qui signalent un niveau plus bas d'information sur le SIDA parmi les très jeunes générations (12-13 ans) par rapport aux classes d'âge supérieur.

Les premiers signes d'un relâchement des comportements de protection

Même si la crainte d'être contaminé reste élevée, le risque de contamination est apparu comme moins dangereux du fait de l'apparition des multithérapies. Le relatif désintérêt pour les campagnes de prévention, la moindre utilisation des moyens de protection, la détérioration de l'image du préservatif sont des signes de ce relâchement. Celui-ci concerne, de plus, les personnes les plus exposées au risque de contamination.

Aussi la relance d'actions plus ciblées d'information, de communication et de prévention s'avère-t-elle aujourd'hui indispensable.

1.3 Epidémiologie des pathologies concernées

1.3.1 Epidémiologie des MST en France en 2002

Quatre MST étaient soumises à obligation de déclaration : la syphilis, les gonococcies, le chancre mou, la maladie de Nicolas Favre. Leur incidence avait si considérablement décru au fil des années que l'obligation de déclaration n'était depuis longtemps plus respectée. Elle a officiellement été supprimée en 2000.

Cependant, l'observation d'une recrudescence des gonococcies depuis 3 ou 4 ans et la survenue de cas groupés de syphilis à Paris en 2001 incitent à maintenir la vigilance.

Ces MST « classiques » étaient autrefois bien connues des dermatologues et des généralistes, mais sont, désormais, parfois tardivement diagnostiquées du fait de leur relative rareté ; surtout sont apparues d'autres MST plus insidieuses, comme l'herpès génital, les lésions à papilloma-virus humain (PVH) et les infections génitales à *Chlamydiae*. Souvent moins bruyantes cliniquement, voire asymptomatiques, elles connaissent une diffusion croissante dans la population générale et plus particulièrement chez les jeunes de moins de 25 ans.

L'émergence récente de techniques modernes de diagnostic a permis de prendre conscience de la méconnaissance de nombre de MST latentes, échappant jusqu'ici au dépistage et à une prise en charge précoce. Or ces MST constituent un redoutable problème de santé publique par les complications sévères qu'elles sont susceptibles d'entraîner à distance :

- les infections à *Chlamydiae* seraient responsables de 75 % des stérilités tubaires
- les infections à PHV seraient impliquées dans l'oncogenèse des cancers du col utérin
- l'infection à VIH est en elle-même une MST, mais en outre, le risque de transmission sexuelle du virus du SIDA est de 3 à 5 fois plus fort en cas d'antécédent récent de MST

Il est donc évident que la lutte contre le SIDA doit s'insérer dans un dispositif de prévention élargi à l'ensemble des MST, passant, au-delà d'une prise en charge efficace et précoce des personnes atteintes, par une large information et un dépistage des partenaires, seul moyen de rompre la chaîne de contamination.

1.3.1.1 Les structures de dépistage et de soins des MST

Les MST peuvent être prises en charge dans diverses structures publiques et privées. La répartition exacte des lieux de soins et le nombre de cas réellement observés chaque année sont difficiles à répertorier avec précision, faute de déclarations fiables. Toutefois, les réseaux de surveillance en place (laboratoires et médecins sentinelles cf. infra) permettent par extrapolation d'estimer la fréquence de certaines de ces maladies, les gonococcies notamment.

Les médecins libéraux (généralistes, gynécologues, dermato-vénérologues) contribuent probablement dans une forte proportion à la prise en charge des MST symptomatiques. Le plus souvent, ces cas échappent alors au recueil épidémiologique, seuls les médecins « sentinelles » signalant leurs cas diagnostiqués. Une étude ancienne menée en 1978 montrait qu'environ 80 % des cas de gonococcies et de syphilis étaient diagnostiqués par les médecins libéraux alors que 90 % des notifications obligatoires parvenant aux DDASS étaient remplies par les dispensaires antivénériens qui ne recevaient que 20 % des cas. Cette répartition ne semble guère avoir changé : selon les résultats du Baromètre Santé 2000, moins de 10 % des MST rapportées par les personnes interrogées ont été diagnostiquées dans une structure publique.

Il peut s'agir dans ces cas :

a/ de *dispensaires antivénériens* (DAV) dépendant du conseil général ; on dénombre en moyenne dans chaque département entre une et dix de ces unités de prévention et de soins gratuits. Une enquête menée par la DREES en 1998 a recensé 257 dispensaires antivénériens assurant la prise en charge gratuite des quatre MST «classiques » mais aussi depuis juin 2000, de l'ensemble des MST.

L'activité de ces DAV est extrêmement variable selon l'implication des élus locaux dans la lutte contre les MST ; selon l'enquête DREES elle varie de 1 à 13 000 consultants pour 100 000 habitants.

b/ de *centres de dépistage anonyme et gratuit* (CDAG) Ces centres sont surtout impliqués dans la prévention et le dépistage des virus du Sida, et de l'hépatite B et C. Mais les personnes qui se présentent pour un dépistage en CDAG sont souvent, de par leur comportement et conditions de vie, également les plus exposées aux risques de contamination par une MST (toxicomanes, homosexuels, personnes ayant des relations avec des partenaires multiples...). Dès que l'entretien préalable au dépistage du VIH permet de suspecter un risque, le médecin du CDAG leur propose parallèlement un dépistage de MST. Les DAV dépendant du conseil général du département et les CDAG relevant de la DDASS-Etat sont généralement regroupés au sein d'une même structure ; certains partagent les mêmes locaux voire les mêmes personnels, ce qui est logique sur le plan de l'accueil des personnes, mais crée quelques difficultés de gestion. D'autres ont maintenu deux circuits et des dossiers patients différents, l'un anonyme pour le SIDA, l'autre un circuit classique pour les MST.

c/ de certaines *consultations hospitalières*, notamment celles à qui le département a confié ces missions par convention.

d/ de *centres de planification familiale*, dépendant des conseils généraux.

En effet, la circulaire du 26 mars 1993 a donné la possibilité aux départements, dans le cadre des missions de la PMI et de la planification familiale, d'assurer au sein des centres de planification, « le dépistage et le traitement des chlamydioses, des gonococcies et des vaginites aiguës ». Les prestations, délivrées gratuitement aux mineurs et aux personnes non assurées, sont prises en charge par l'assurance maladie (70 %) et par l'Etat (30 %)

Selon les termes de cette circulaire, « le gouvernement a exclu toute politique de dépistage systématique ou obligatoire pour lui préférer une politique de responsabilisation basée sur l'information et le dépistage volontaire ». Compte tenu de l'âge jeune de la clientèle de ces centres et de la latence de certaines MST, cette démarche apparaît très opportune. La mission s'est efforcée de rencontrer, dans les départements étudiés, les responsables départementaux de planification familiale afin d'évaluer leur implication dans ces dépistages et l'activité réelle des centres de planification départementaux en matière de MST.

1.3.1.2 Prévalence des principales MST

La réorganisation du système de déclaration obligatoire survenue en 1984 a limité la liste des maladies à déclarer. Depuis de nombreuses années, les médecins ne déclaraient plus les cas de MST qu'ils traitaient, pas même les rares cas de syphilis. En juillet 2000, la modification du code de santé publique a supprimé toute obligation de déclaration en matière de MST. La fréquence des différentes MST ne peut donc qu'être estimée à partir des systèmes de surveillance mis en place depuis 1985 ou encore extrapolée à partir d'études ponctuelles (1.4.1.3. la surveillance des MST).

Ces dispositifs visent non pas à l'exhaustivité, mais plutôt à établir des tendances, à suivre toute évolution notable du nombre de cas observés pour celles des MST qui sont susceptibles de conséquences graves notamment la syphilis, les gonococcies et les chlamydioses ; ceci afin d'être à même de signaler précocement une recrudescence locale ou nationale impliquant un ajustement de la stratégie de prévention.

a) les gonococcies :

De 1985 à 1997, on observait régulièrement une décroissance des MST classiques. La syphilis avait quasiment disparu des consultations de DAV, y compris dans les grandes villes ; les gonococcies et les chlamydioses symptomatiques avaient considérablement diminué. Ainsi le réseau des médecins généralistes « Sentinelles » estimait en France à 0,2 % en 1997 le pourcentage des hommes de 15 à 64 ans qui avaient consulté leur généraliste pour un épisode d'urétrite masculine, contre 2,5 % en 1985. La même tendance était rapportée par le service de santé des armées, où l'incidence des urétrites masculines a diminué d'un facteur 14 entre 1985 et 1994.

Ce déclin généralisé des MST a été imputé à la répétition des campagnes de prévention contre le SIDA qui étaient axées principalement sur la réduction du nombre de partenaires et la protection des rapports par l'emploi du préservatif.

En 1998 et 1999, les réseaux de surveillance (laboratoires du réseau RENAGO, dispensaires antivénériens dans 20 départements volontaires) ont signalé à l'INVS¹ une brutale augmentation du nombre de cas de gonococcies identifiées, d'abord en Ile-de-France (+ 64 %

¹ Institut national de veille sanitaire.

en 1998) puis dans les Bouches-du-Rhône (+ 65 % en 1998 et + 50 % en 1999). Une tendance généralisée à la hausse, toutefois moins brutale, est également observée dans l'ensemble des départements en 1998-1999.

Parallèlement, sur la même période, le réseau des médecins «Sentinelles» (cf. 1.4.1.3.) a observé une nette augmentation des urétrites masculines, permettant d'estimer à 49 000 le nombre de cas diagnostiqués par les généralistes au cours de l'année 1999¹. Ce constat s'est poursuivi en 2000 et 2001.

La recrudescence des gonococcies ainsi observée en France depuis 1998 s'inscrit dans un contexte d'apparition récente de cas groupés de syphilis, en France comme dans d'autres pays européens où cette maladie avait quasiment disparu (en Angleterre, dans les pays nordiques mais aussi aux Etats-Unis). Si, dans les capitales, cette recrudescence s'observe surtout chez les homosexuels accompagné d'une forte augmentation de cas d'anites gonococciques, la population hétérosexuelle n'est pas pour autant épargnée.

b) la syphilis

Comme pour les gonococcies, en l'absence de déclaration systématique des cas observés en libéral, seule l'analyse rétrospective des données enregistrées par les DAV permet de suivre l'évolution de la maladie.

Une affection qui avait quasiment disparu

Alors que depuis vingt ans, la syphilis était devenue rare, voire exceptionnelle, fin 2000, la survenue de plusieurs cas enregistrés en quelques semaines par le DAV de l'hôpital Tarnier à Paris a entraîné une enquête épidémiologique sur les sites volontaires : les DAV parisiens, le DAV de Nice, un réseau de médecins libéraux parisiens implanté dans la communauté homosexuelle (REZO 85) et les consultations de vénérologie implantées dans les principaux CHRU.

L'alerte syphilis à Paris

Cette enquête a confirmé les inquiétudes des vénérologues. Le nombre de cas de syphilis diagnostiqués à Paris dans les sites participant à l'enquête est passé de 4 cas en 1998 à 30 cas en 2000, 148 cas en 2001 et 203 cas pour les dix premiers mois de 2002. Au total, sur ces 381 cas diagnostiqués en moins de trois ans, le sex-ratio est de 10 hommes pour une femme, et 80 % des cas concernent des personnes nées en France. Les hommes atteints sont pour 88 % d'entre eux homosexuels ou bisexuels. Enfin 55 % de ces personnes atteintes de syphilis ont une sérologie positive pour le VIH.

A ce jour, les vénérologues du réseau parisien sont préoccupés par l'augmentation des cas observés en 2002 et signalent la proportion croissante de cas de syphilis asymptomatique.

En province, où le réseau de surveillance est en cours de constitution, les chiffres collectés ne sont pas représentatifs de la situation nationale. Ainsi, hors Paris, 87 cas cumulés ont été diagnostiqués : 7 cas en 2000, 46 cas en 2001 et 34 cas sur les dix premiers mois de 2002. Les caractéristiques de ces cas- âge, sex-ratio, statut VIH- sont proches de celles des cas parisiens.

¹ BEH 14 2001.

Ces constats témoignent de la persistance de la contamination par la syphilis dans certaines populations à risques, et de la nécessité de maintenir une campagne d'incitation au dépistage ciblé. Parallèlement, il est important d'informer les généralistes qui ne reconnaissent pas toujours les symptômes d'une maladie devenue exceptionnelle.

Cette recrudescence de la syphilis suit chronologiquement la recrudescence des gonococcies observée depuis 1998, et atteint en priorité les mêmes groupes à risques (population masculine homosexuelle, particulièrement en région parisienne). Cette situation est très préoccupante, car elle témoigne d'un relâchement des comportements de prévention et des pratiques dans les situations à risques. Or, la transmission du VIH est facilitée chez les patients atteints de MST, ce qui laisse augurer d'une recrudescence à court terme des contaminations par le VIH dans ces groupes identifiés.

Un relâchement inquiétant des comportements de prévention

Les résultats de l'enquête Presse Gay 2000 renforcent ces inquiétudes. Entre 1997 et 2000, parmi les homosexuels participants à l'enquête, la proportion de personnes déclarant avoir contracté une MST est passée de 13 % à 15,8 %. En 2000, cette proportion est de 21 % à Paris et de 14 % en province. En outre, elle varie selon le statut sérologique VIH, de 15 % pour les testés séronégatifs à 30 % chez les séropositifs. L'augmentation récemment observée des prises de risques avec des partenaires occasionnels est particulièrement nette en Ile-de-France chez les homosexuels jeunes (31 % des homosexuels de moins de 25 % déclaraient en 2000 des pénétrations non protégées avec des partenaires occasionnels contre 18 % en 1997) ainsi que chez les séropositifs (38 % d'hommes séropositifs ont déclaré en 2000 « au moins une pénétration anale non protégée » avec des partenaires occasionnels contre 26 % en 1997).

Nouveaux traitements et prise de risque

Suite à l'observation selon laquelle les trois quarts des patients séropositifs ayant contracté une syphilis bénéficiaient d'un traitement anti-rétroviral, l'hypothèse d'un lien éventuel entre l'introduction de nouveaux traitements et la prise de risques a été évoquée. Effectivement, l'enquête Presse Gay laisse penser que l'espoir suscité par ces nouveaux traitements a fait peut-être place à un excessif optimisme induisant un relâchement des pratiques de prévention et des comportements de prise de risques : 25 % des homosexuels séropositifs interrogés déclarent eux-mêmes se protéger moins depuis l'apparition des nouveaux traitements alors que seulement 10 % parmi les séronégatifs font le même constat.

Comme pour les gonococcies, une recrudescence de cas de syphilis a été signalée en Europe, notamment au Royaume-Uni, en Irlande et en Belgique. Ces petites « épidémies » touchaient en majorité des homosexuels infectés par le VIH, mais aussi des hétérosexuels, hommes et femmes.

c) les infections à chlamydiae

Elles sont responsables d'infections urogénitales, souvent latentes ou longtemps peu symptomatiques, donc peu accessibles à un diagnostic précoce. Or, leurs conséquences en termes de retentissement sur la fertilité sont importantes : grossesse extra-utérine, stérilité tubaire liée à des lésions séquellaires suite à une inflammation des trompes.

- Un coût humain et économique important

Outre le poids psychologique évident de ces infertilités, l'impact économique de ces complications est considérable (hospitalisations pour chirurgie tubaire reconstructive, fécondation in vitro, absentéisme...). L'estimation de ces coûts, si elle a fait l'objet de plusieurs études aux USA¹, n'a pas été réalisée en France. Le rapport de l'ANAES sur l'opportunité d'un dépistage par biologie moléculaire des infections à chlamydia trachomatis en France, à paraître, devrait permettre une première approche des coûts directs engendrés par les séquelles de ces infections négligées.

- Des incertitudes sur la fréquence réelle de ces infections

La Suisse, l'Ecosse et l'Angleterre ont mis en place un système de surveillance et de notification annuelle des chlamydiae. Ces trois pays constatent depuis 1995-1996, une augmentation progressive des cas de chlamydioses, contrastant avec la diminution régulière observée au début des années 1990.

En France, la prévalence de l'infection à chlamydiae en population générale est difficile à chiffrer. Les données épidémiologiques françaises reposent sur des études ponctuelles et des recueils d'informations par des praticiens sentinelles et des réseaux de laboratoires volontaires (RENACHLA). La multiplicité des lieux de consultation, la diversité des systèmes de surveillance et le caractère non exhaustif de leur recueil, l'hétérogénéité des populations testées dans les différentes études renforcent la difficulté de l'exercice. Selon les études les plus récentes, la prévalence de ces infections dans les populations présentant des symptômes varie de 10 % à 18 % ; elle est évaluée de 1,8 % à 6,2 % dans les études menées en population asymptomatique (hommes et femmes).

- L'opportunité d'un dépistage systématique ou d'un dépistage ciblé des chlamydiae chez les femmes, orienté par l'interrogatoire

Le développement récent de techniques d'amplification génique (PCR) permet d'envisager un dépistage systématique fiable, sous réserve d'un investissement en formation des personnels de laboratoire et en matériel. Ces techniques peuvent être réalisées sur un échantillon d'urine, prélèvement bien plus facilement acceptable pour des femmes asymptomatiques que ne l'était le frottis vaginal.

Par ailleurs, le traitement des infections urogénitales à chlamydia est efficace et peu contraignant, une prise orale unique d'un gramme d'azithromycine, éventuellement délivrée en consultation, permettant une observance maximale.

Face aux lourdes complications évoquées plus haut, la fiabilité du dépistage par PCR, alliée à la contrainte mineure du prélèvement et du traitement en cas d'infection, milite pour une prévention élargie et soulève la question de l'opportunité du dépistage systématique. Ce qui a conduit certains conseils généraux -gestionnaires de centres de planification familiale- à s'interroger, pour leur population de femmes jeunes fréquentant ces centres de soins « gratuits ».

¹ Les centers for diseases control d'Atlanta estiment à 2,4 milliards de dollars par an le coût des conséquences des infections à Chlamydiae.

La mission a tenté de répertorier les études récentes menées en vue d'une stratégie de dépistage. Elle a pris connaissance des résultats de deux enquêtes locales, réalisées en Val-de-Marne et dans les Bouches-du-Rhône.

Certes, la population des jeunes femmes fréquentant les centres de planification n'est sans doute pas strictement superposable, sur le plan socio-économique, à la population générale de même tranche d'âge ; par ailleurs, les profils de clientèle varient en fonction de l'implantation géographique du centre de planification (plus d'adolescentes et d'étudiantes lorsqu'il est proche d'un lycée ou en ville universitaire, proportion importante de femmes d'origine étrangère en banlieue parisienne ou dans certains quartiers de Marseille...) et la gratuité des soins et médicaments pour les personnes sans couverture sociale et les mineures souhaitant garder le secret entraîne un biais de recrutement.

Les résultats de ces enquêtes doivent donc être appréhendés sous cette réserve, avant d'en tirer des arguments pour une stratégie nationale de dépistage des chlamydiae. Néanmoins, il s'agit dans tous les cas d'une population jeune (âge moyen de 22 ans dans l'enquête du Val-de-Marne, de 19 ans dans celle des Bouches-du-Rhône) donc particulièrement exposée aux risques de cette infection. Quant au motif de consultation dans ces centres, il est le plus souvent lié à une demande ou un suivi de contraception, une consultation prénatale ou une interruption de grossesse, beaucoup plus rarement à un symptôme urogénital, ce qui souligne l'intérêt de telles études dans des lieux de soins accueillant en majorité des jeunes femmes sans signes d'appel.

En 1999, une étude a été menée par le conseil général des Bouches-du-Rhône, sur un échantillon de 151 femmes de moins de 26 ans venant consulter en centre de planification du département pour un motif lié à la contraception, les femmes présentant un symptôme d'infection urogénitale n'étant pas incluses dans l'échantillon. L'objectif était de mesurer l'impact des Chlamydiae dans la clientèle jeune de leurs centres. Or, seulement deux cas (soit 1,4 %) ont été diagnostiqués, ce qui a conduit les responsables des centres de planification des Bouches-du-Rhône à surseoir au dépistage systématique et à préconiser une attitude adaptée en fonction de l'anamnèse et de signes d'appel éventuels.

La même démarche a été menée en 1999 en Val-de-Marne sur un échantillon de femmes de moins de 30 ans, consultant dans 24 centres de planification du département. Sur 777 femmes n'évoquant aucune plainte fonctionnelle urogénitale et ne présentant pas de signes cliniques d'infection, donc réellement asymptomatiques, la prévalence de l'infection à chlamydia a été évaluée à 6,2 %, soit nettement plus importante que dans l'enquête marseillaise. Les auteurs, s'attachant à identifier les caractéristiques des femmes trouvées porteuses de chlamydiae, ont noté une prévalence nettement plus importante (10 à 12 % selon le critère considéré) chez les femmes présentant l'une des caractéristiques suivantes :

- moins de 25 ans
- originaire d'Afrique subsaharienne ou des Caraïbes
- plusieurs partenaires ou un nouveau partenaire dans les 12 mois précédant le prélèvement
- sans couverture sociale et/ou sans mutuelle

Le ciblage sur des critères ethniques ou sur un mode de vie sexuelle paraissant délicat à mettre en œuvre, les responsables des centres de planification du Val-de-Marne ont décidé

d'adopter une stratégie de dépistage ciblé systématique chez toutes leurs consultantes âgées de moins de 25 ans.

Ainsi, pour une population de profils a priori voisins, deux départements préoccupés par ce problème ont adopté des stratégies de prévention différentes : les Bouches-du-Rhône ont opté pour un dépistage ciblé sur signes d'appel ou identification de conduite à risque, le Val-de-Marne a décidé de systématiser ce dépistage chez toutes les femmes de moins de 25 ans.

Le coût d'un dépistage par femme, tel qu'indiqué dans l'étude, est le suivant :

- PCR initiale B60 soit 18,30 €
- PCR de contrôle en cas de positivité : 18,30 €
- traitement en une prise unique en cas de positivité : 13 € pour la patiente et pour chaque partenaire

Les auteurs ne se sont pas livrés à une estimation des coûts « évités » en termes de complications et de retentissement sur la fertilité mais le groupe de travail de l'ANAES devrait apporter des éléments économiques intéressants en ce sens.

d) les infections à papillomavirus (HPV)

L'infection à HPV est fréquente chez les femmes ; 7 à 10 % des femmes sont porteuses du virus avec un pic de 15 à 20 % avant 30 ans. Cette infection est le plus souvent transitoire mais certains facteurs (facteurs héréditaires, déficit immunitaire, co-infections, partenaires multiples...) en favorisant sa persistance, augmentent le risque de lésions cancéreuses du col utérin. Or un dépistage précoce au stade de cancer « in situ » permet quasiment dans 100 % des cas la guérison.

Le risque majeur apparaît lié à l'absence de surveillance : 50 à 70 % des femmes atteintes de cancer du col n'avaient pas eu de frottis régulièrement. Pour les autres, on peut penser à une sensibilité imparfaite du frottis, mais aussi à une mauvaise prise en charge de frottis douteux. Or, depuis peu, de nouvelles techniques cytologiques renforcent la sensibilité du frottis et permettent sur le même prélèvement la recherche des virus HPV par biologie moléculaire (technique PCR).

Le recours à ce test pour tout frottis « ambigu » permettrait d'identifier les femmes à hauts risques, devant bénéficier, selon les cas, d'un traitement ou d'une surveillance étroite. En France, les frottis douteux (frottis ASCUS comportant des anomalies de signification imprécise) représentent plus de 3 % de l'ensemble des 5 millions de frottis réalisés chaque année, soit 150 000 frottis ASCUS par an.

Le prix du test HPV a été fixé en France à 25 euros par la commission de nomenclature des actes de biologie, mais il n'est pas remboursé. Des associations de femmes se mobilisent dans divers pays européens (Belgique, Irlande, Italie) pour obtenir un programme national de dépistage du cancer du col utérin incluant le test HPV pour tous les frottis douteux. Etant donné la sensibilité élevée du test HPV, il apparaît opportun d'étudier en France les modalités de son utilisation et son remboursement dans l'indication précise d'investigation après frottis ASCUS. Il faut toutefois signaler que sa technique nécessite de la part des laboratoires un apprentissage de six mois à deux ans et un surcoût d'équipement, ce qui explique leur peu d'empressement à l'adopter.

1.3.2 Épidémiologie du SIDA en France en 2002

Le dispositif national d'information épidémiologique sur le Sida est à ce jour encore incomplet, puisque la surveillance de l'infection par le VIH (enregistrement des séropositivités) n'a toujours pas été mise en place fin 2002

Seule la notification des cas de SIDA-maladie, stade avancé de l'infection, est à ce jour obligatoire. Encore ce dispositif a-t-il été interrompu de novembre 1998 à juin 2000, en raison d'une grève des médecins inspecteurs des DDASS chargés de transmettre à l'institut national de veille sanitaire (INVS) les bulletins de déclaration obligatoire que leur adressent les médecins. En outre, la question sensible de l'anonymat des déclarations de séropositivité a suscité de larges débats qui ont freiné la mise en place de cette déclaration à ce jour.

Or, l'utilisation large des multithérapies antirétrovirales a, depuis 1996, retardé notablement l'apparition des premiers symptômes et prolongé de façon rapide et sensible l'espérance de vie, modifiant considérablement l'histoire de la maladie. Le système de déclaration obligatoire ne donne plus que des informations décalées par rapport à la dynamique actuelle des contaminations, ne reflétant pas les tendances évolutives mouvantes de l'épidémie.

La notification des cas de SIDA reste toutefois intéressante car elle permet de répertorier les retards au dépistage, l'absence de traitement précoce ou encore les échecs de ces traitements.

1.3.2.1 Une stabilisation du nombre de nouveaux cas de SIDA

Après une augmentation régulière du nombre de nouveaux cas jusqu'en 1994, une diminution s'est amorcée en 1995, diminution très fortement marquée en 1996 et 1997 avec la diffusion large des traitements. Toutefois, cette tendance se ralentit depuis 1998 avec une stabilisation des nouveaux cas de SIDA depuis trois ans. Parallèlement, la mortalité liée à la maladie, après une forte diminution, s'est stabilisée.

Le nombre de personnes vivantes atteintes de SIDA est estimé entre 24 000 et 26 000 en tenant compte de la sous-déclaration, et le nombre de décès cumulés entre 37 000 et 40 000. Parmi les nouveaux cas de SIDA, plus de des trois quarts n'ont pas bénéficié d'un traitement pré-SIDA ; il s'agit, soit de personnes découvrant leur séropositivité lors de l'entrée dans la maladie (51 %) soit de personnes qui, se sachant séropositives, n'ont pas reçu de traitement soit enfin d'échecs de traitement. Ce retard au dépistage, et l'absence de prise en charge au stade pré-SIDA, sont révélateurs des insuffisances du dispositif de prévention et d'accès aux soins précoces pour certaines populations.

1.3.2.2 La répartition des cas de SIDA par voie de contamination s'est beaucoup modifiée

La proportion des contaminations par rapports hétérosexuels augmente régulièrement (49 % des cas en 2001) dépassant très largement celle des contaminations homosexuelles (24 %) ou liées à l'usage de drogue intraveineuse (15 %).

Parmi les patients contaminés par voie hétérosexuelle, plus de 4 sur 10 sont originaires d'un pays d'Afrique sub-sahélienne, ce qui traduit une sur-représentation de ces personnes par

rapport à la population française. Chez ces malades d'origine africaine, l'augmentation constatée est encore plus marquée pour les femmes que pour les hommes.

Par ailleurs, la méconnaissance du statut sérologique lors de l'entrée dans la maladie est plus fréquente chez les personnes contaminées par voie hétérosexuelle (61 % d'entre eux ne se savaient pas séropositifs) constat particulièrement net chez les africains et les haïtiens. A l'inverse, seuls 17 % des usagers de drogues atteints de SIDA méconnaissaient leur statut sérologique.

Depuis le début de l'épidémie, les trois régions les plus touchées restent la région Antilles Guyane (2,5 cas pour 1 000 habitants) l'Ile-de-France (2,3) et Provence Alpes Côte d'Azur (1,5). Ces trois régions regroupent 60 % de l'ensemble des cas de SIDA diagnostiqué en 2001. Les 15 régions les moins touchées ont des taux entre 0,2 et 0,5 cas pour 1 000 habitants.

1.3.2.3 Incidence des nouvelles contaminations (séropositivité)

Actuellement, le nombre de séropositifs asymptomatiques n'est pas chiffré avec précision. Il serait trois fois supérieures à celui des cas de SIDA, dont un tiers de femmes.

Les informations relatives à l'évolution de ces contaminations reposent sur des données non exhaustives recueillies en particulier auprès des CDAG¹ qui ont une forte activité de dépistage. Toutefois ces informations, précieuses pour les fonctions de veille et d'alerte, doivent être confrontées à d'autres sources car les CDAG ne pratiquent que 4 % de la totalité des tests effectués en France ; les autres sont pratiqués lors de dons de sang, dans les hôpitaux ou en médecine libérale.

L'incidence des séropositivités dépistées en CDAG est beaucoup plus importante que dans les autres filières de dépistage (0,5 à 3 % des tests soient positifs) ce qui n'est guère surprenant, puisque les CDAG s'appuient sur une démarche volontaire donc concernant des personnes a priori inquiètes, à qui, en outre, ils garantissent un anonymat attractif.

Les tendances observées à partir des données recueillies auprès de ces CDAG sont à rapprocher de celles constatées sur les cas de SIDA : stabilisation des séropositivités résultant d'une diminution des cas chez les homosexuels et d'une augmentation chez les femmes - notamment d'origine africaine- contaminée lors de pratiques hétérosexuelles. La convergence de ces tendances souligne l'émergence d'un groupe de personnes vulnérables à l'infection à VIH qui reflète le poids croissant en France -en particulier à Paris- de l'épidémie flambant sur le continent africain.

Ce constat doit conduire à renforcer les stratégies de prévention spécifiques en direction de ces personnes migrantes, en s'appuyant sur des actions et des relais de proximité et à innover en la matière.

La notion, non précisée à ce jour, du lieu de contamination de ces personnes (en France ou en Afrique avant leur arrivée ?) est importante car elle conduit à envisager des stratégies de prévention et de dépistage différent. Une étude complémentaire de l'INVS en cours devrait répondre à cette question.

¹ CDAG: centre de dépistage anonyme et gratuit pour le VIH et le virus de l'hépatite B et C.

1.3.2.4 Femmes et VIH

La progression de l'infection par le VIH et la réponse aux traitements sont identiques chez les hommes et les femmes. Actuellement, 26 % des nouveaux cas de SIDA concernent des femmes. Les caractéristiques de ces femmes ont changé au cours des années. Dans la période initialement étudiée (1985-1997) 80 % étaient d'origine française, et le mode de contamination le plus fréquent était l'usage des drogues IV (40 % des cas). Actuellement, la contamination par voie sexuelle l'emporte (55 % des cas). Depuis l'apparition des traitements antirétroviraux, si le nombre des cas de SIDA diminue chez les métropolitaines, il augmente chez les africaines (en particulier en Ile-de-France) et les antillaises (en Guadeloupe et en Guyane). La précarité socio-économique de ces femmes migrantes, leur situation de dépendance par rapport aux hommes, notamment dans les pays d'Afrique subsaharienne sont soulignées comme facteurs d'entrave à l'information et à l'accès aux soins.

En ce qui concerne les personnes prostituées, on ne peut, en l'absence de données précises sur la prévalence de l'infection à VIH, que souligner l'extrême hétérogénéité de cette population et de ses pratiques de prévention. Si les prostituées « classiques », traditionnellement soucieuses de prévention et de soins, ne semblent pas présenter de facteurs spécifiques de risque, le risque est majeur lorsque des facteurs associés ont contraint ces femmes à se prostituer : prostituées occasionnelles toxicomanes, extrême précarité, femmes victimes de violences, « nouvelle prostitution » de très jeunes femmes de pays de l'Est victimes d'un trafic...

Ces femmes, souvent clandestines, brisées dans leur personnalité par des violences physiques et morales, ne sont plus en capacité de se protéger ; leur santé et davantage encore ce qui relève de la prévention, dont les effets portent sur le moyen terme, ne leur apparaissent pas du tout comme des préoccupations prioritaires. Elles échappent ainsi aux actions classiques de prévention mises en place par les acteurs médico-sociaux. Ces derniers doivent prendre en compte les obstacles psycho-sociaux majeurs qui constituent autant de freins à l'accès au dépistage et aux soins et élaborer pour ces femmes des accompagnements quasi-individualisés en s'appuyant sur des « médiateurs » associatifs ayant l'expérience de ces communautés. Ces actions, qui reposent sur une connaissance et une confiance mutuelle, doivent s'inscrire dans la durée. Elles impliquent, de la part des intervenants, institutionnels et associatifs, une compréhension et un respect de l'autre et de ses traditions culturelles, et une adaptation permanente à des communautés de pays différents dont la langue, les pratiques, les comportements, les tabous, déroutent et rendent caduques et inopérants les dispositifs traditionnels.

1.3.3 Epidémiologie de la tuberculose en France en 2002

Si la tuberculose continue de poser un gros problème au plan mondial, elle est devenue beaucoup moins préoccupante en France comme dans tous les pays développés, du moins en population générale. Depuis une vingtaine d'années, suite à la très sensible décroissance de l'incidence de la tuberculose dans ces pays, cette affection s'est concentrée dans des populations en difficulté sociale ; la précarité est apparue comme un facteur de risque important, cumulant des éléments responsables de la persistance de foyers : logements insalubres, promiscuité voire surpeuplement, provenance de pays à forte incidence de tuberculose, mais aussi de SIDA. L'infection par le VIH constitue, elle aussi, un facteur de

vulnérabilité important face à la contamination tuberculeuse¹, toutefois seuls 10 % des cas de tuberculose concernent des personnes séropositives.

On observe la même tendance évolutive dans d'autres capitales européennes, conséquence de la progression épidémique de la tuberculose et du SIDA en Afrique.

Il s'y ajoute le problème lié à la compliance au traitement antituberculeux, une compliance insuffisante (prise irrégulière ou arrêt trop précoce du traitement, non respect de la période d'isolement...) entraînant la persistance de cas contagieux dans la collectivité ainsi que l'émergence de souches multi-résistantes. Une mauvaise compliance est observée dans 10 à 20 % des cas en moyenne, mais la précarité en est le principal facteur avec des taux de « perdus de vue » de l'ordre de 50 % dans certaines populations à très bas niveau socio-économique. C'est dire l'importance du dispositif de suivi, voire du recours, notamment pour les SDF, à la stratégie DOTS comme l'ont pratiqué avec succès les services socio-sanitaires de la ville de New York à l'occasion d'une récente épidémie.

L'évolution de la contamination tuberculeuse connaît une hétérogénéité géographique de plus en plus nette. Si l'incidence moyenne est de 11 nouveaux cas déclarés en France métropolitaine pour 100 000 habitants et est régulièrement décroissante, cette incidence est beaucoup plus élevée en région parisienne (28 cas pour 100 000) et plus particulièrement à Paris (49 cas pour 100 000). A noter que l'incidence de la tuberculose continue à croître à Paris, alors qu'elle commence à diminuer en Seine-Saint-Denis (36 pour 100 000) où un vigoureux programme de terrain est poursuivi depuis des années.

Les études suggèrent que la concentration de cas observée à Paris serait, en grande partie, liée à une incidence très élevée de la tuberculose dans la population migrante (117 pour 100 000) en particulier d'origine sub-saharienne, et ce pour toutes les tranches d'âge.

Pour autant, il s'agit d'une maladie dont les modes de contamination sont bien connus et maîtrisables par les outils de prévention dont disposent les équipes des départements, responsables de la lutte antituberculeuse. L'exemple de la stratégie adoptée par le conseil général de la Seine-Saint-Denis, qui a su recentrer ses moyens de surveillance et de dépistage sur les sites à incidence élevée et affiner sa connaissance sur les foyers de transmission responsables de la diffusion des contaminations apparaît très encourageant. Il laisse espérer que la concentration géographique de personnes précaires, qui ne facilite pas le travail des responsables sanitaires locaux, n'est pas une fatalité au plan de la santé publique. Elle doit stimuler les équipes dans la recherche de réponses adaptées à des situations de risques qu'elles auront préalablement bien identifiés, en tissant un maillage serré d'offre de soins de santé communautaire.

1.4 Le système de surveillance de ces maladies : Observation épidémiologique, veille sanitaire et alerte

Les récentes alertes émanant de quelques médecins de dispensaires antivénériens à Paris et à Marseille, signalant une recrudescence de cas de syphilis et de gonococcies, le constat fait par tous les intervenants-SIDA selon lequel la dynamique de l'épidémie n'est pas stoppée, la persistance de foyers endémiques de tuberculose à Paris et l'apparition de résistances aux

¹ L'incidence de la tuberculose serait multipliée par 400 chez les sujets porteurs du VIH, par 150 chez les SDF, par 30 dans les communautés migrantes vivant en foyer.

traitements préoccupantes constituent autant d'arguments forts pour rappeler la nécessité d'une surveillance étroite de ces pathologies.

Ainsi au cours de deux dernières années, la flambée de cas de syphilis dans les milieux homosexuels à Paris, a pris de court les acteurs de santé publique. La survenue de cas groupés de syphilis, maladie hautement contagieuse à courte période d'incubation, qui paraissait quasiment éradiquée au point que bien des généralistes n'en connaissaient plus les signes cliniques, est considérée comme le témoin d'un relâchement des comportements de prévention. Cette hypothèse est préoccupante pour l'avenir des contaminations par le SIDA, maladie survenant dans des situations de prise de risques similaires, mais dont l'incubation prolongée masquerait bien plus longuement la progression.

Si certaines populations cumulent des facteurs de vulnérabilité les exposant plus particulièrement à la contamination et au retard au dépistage et au traitement, pour autant, aucune catégorie de personnes n'est épargnée. Ainsi, les recommandations de vigilance à l'égard du SIDA, de la tuberculose ou des MST ne concernent pas seulement les acteurs de soins travaillant en structure de soins communautaire, en PMI ou dans les quartiers à forte population de migrants, mais l'ensemble des acteurs qu'ils travaillent en milieu libéral, hospitalier, scolaire ou universitaire.

Le Code de Santé Publique confie la surveillance de maladies transmissibles à l'institut national de veille sanitaire (INVS) qui est chargé d'une double mission : l'observation épidémiologique et la veille ou alerte sanitaire.

1.4.1 La surveillance épidémiologique

Il s'agit de l'observation permanente de l'état de santé de la population. Elle consiste à recueillir et traiter en routine les données enregistrées à partir des informations transmises par les médecins à partir de leurs diagnostics. Elle repose :

- d'une part sur les déclarations obligatoires pour les pathologies soumises à cette obligation (SIDA, tuberculose)
- d'autre part sur des données non exhaustives, mais considérées comme représentatives, transmises par des correspondants publics et privés, participant à des réseaux de surveillance propres à certaines pathologies, mis en place pour compléter le dispositif précédent ou pallier ses insuffisances (par exemple la surveillance des contaminations par le virus du sida)

Les données recueillies permettent d'établir pour chaque affection :

- sa prévalence (nombre de personnes malades à une date donnée) qui renseigne sur l'étendue de la maladie dans une population à cette date
- son incidence (nombre de nouveaux cas de contamination ou de maladie) qui permet de visualiser la dynamique et les tendances de l'épidémie.

Des informations sur les caractéristiques socio-démographiques et l'origine des personnes contaminées, plus ou moins complètes selon chaque dispositif de surveillance, viennent compléter utilement les simples données chiffrées. Elles permettent d'identifier les catégories

de population les plus exposées, de souligner d'éventuelles disparités régionales. Ainsi Paris se caractérise par une épidémie de SIDA à dominante homosexuelle ; en région PACA la contamination est majoritairement liée à l'injection de drogue intraveineuse ; aux Antilles, la contamination est très largement hétérosexuelle. Les stratégies nationales ou régionales de prévention et de prise en charge à mettre en œuvre devront largement en tenir compte.

1.4.1.1 La surveillance exercée par le biais des déclarations obligatoires

Le décret du 6 mai 1999, établissant la liste des maladies à déclaration obligatoire (DO) fait obligation à tout médecin de déclarer ses diagnostics de tuberculose et de SIDA au médecin de la DDASS, par le biais du formulaire disponible auprès des DDASS. Celles-ci sont chargées de recueillir et transmettre chaque semaine ces déclarations à l'INVS qui en assure l'exploitation nationale avec un décalage d'un an environ.

Le diagnostic de séropositivité n'est toujours pas, fin 2002, soumis à déclaration. La déclaration des quatre MST «classiques», à laquelle les médecins ne se soumettaient plus depuis longtemps, a été supprimée en 1999.

En outre, pour *ce qui concerne les cas de tuberculose*, le service départemental de prévention du conseil général a pour mission de prendre les mesures de prévention individuelles et collectives : enquête de dépistage autour du cas notamment. Certains médecins en charge du traitement du cas index, signalent sur le formulaire qu'ils ne souhaitent pas avoir recours aux services du département et se chargent eux-mêmes de l'enquête de proximité. Dans d'autres situations, notamment lorsque l'enquête nécessite des investigations élargies (milieu professionnel ou scolaire, foyer d'hébergement) ou complexes (squat, campement...) ils sollicitent au contraire ces services.

Les délais entre le signalement d'un cas de tuberculose et la mise en œuvre du dépistage dans l'entourage et surtout le début du traitement en cas de découverte d'une nouvelle contamination paraissent très variables d'un département à l'autre, excédant parfois deux mois. Cette situation et surtout la recrudescence signalée en Ile-de-France de foyers persistants de tuberculose, a conduit certains responsables de santé publique à renforcer la procédure de suivi afin de raccourcir ces délais, et à personnaliser les interlocuteurs dans un souci de responsabilisation (circulaire du directeur de l'AP-HP en date du 5 juillet 2002)

En principe, le système de DO devrait permettre un recueil exhaustif. En fait, l'exhaustivité varie selon les pathologies et les périodes (la survenue d'une recrudescence annoncée, les campagnes d'information renforcent temporairement l'adhésion des médecins au dispositif de déclaration). Pour la tuberculose, l'exhaustivité est en moyenne de 65 % selon l'INVS. Le SIDA semble mobiliser bien davantage avec un niveau d'exhaustivité record pour les déclarations. Néanmoins, le système de surveillance de l'infection par le VIH est encore très incomplet et déjà obsolète. En outre, l'interruption de la transmission des déclarations obligatoires de SIDA pendant 18 mois lors de la grève des médecins de DDASS a montré la fragilité du dispositif.

1.4.1.2 Un dispositif national de surveillance de l'épidémie de SIDA en crise récurrente

Depuis sa constitution à la fin des années 80, l'évolution du dispositif, insuffisant pour répondre aux objectifs d'alerte sanitaire, a connu de multiples vicissitudes et retards. Seuls les cas de maladie SIDA sont encore, fin 2002, soumis à déclaration obligatoire, la déclaration obligatoire de séropositivité n'étant toujours pas effective à ce jour. La France est très en retard sur ce plan par rapport aux autres pays européens, dont 13 sur 15 ont un système de surveillance des nouvelles contaminations, et ce, à partir de 1986 le dernier pays doté d'un tel système l'ayant fait en 1995.

Or la généralisation des multithérapies a mené l'ensemble des concepteurs mêmes du système à souligner l'obsolescence du dispositif français de surveillance de l'infection par le VIH, devenu trop décalé dans le temps par rapport à la contamination par le virus, pour renseigner efficacement sur la dynamique de cette contamination. La mise en œuvre de la déclaration obligatoire des séropositivités, enfin à peu près admise par tous, a été repoussée à plusieurs reprises pour des raisons idéologiques mais aussi juridiques et techniques. Mais cette décision de report ne s'est pas accompagnée de la relance des enquêtes qui renseignaient auparavant sur l'évolution de la séropositivité ; en effet, dans l'anticipation de la déclaration obligatoire des sérologies HIV positives, les autres dispositifs informatifs relatifs à ce phénomène ont été abandonnés.

En effet, jusqu'en 1998, date d'arrêt de la plupart de ces dispositifs et enquêtes de surveillance, 5 systèmes différents recensaient l'activité de dépistage et le nombre de sérologies positives ; de vastes enquêtes de prévalence étaient menées parmi les femmes enceintes, la clientèle des DAV, dans les milieux homosexuels et chez les usagers de drogues. Enfin, un système d'information (le DMI2) renseigne spécifiquement sur l'infection VIH en milieu hospitalier.

La multiplication de ces sources d'information, pas toujours complémentaires ni suffisamment exhaustives, leur qualité inégale, mais aussi les coûts de maintenance de dispositifs de surveillance parfois redondants, ont été critiqués par le Réseau national de santé publique puis par l'INVS qui souhaitaient disposer d'un système plus efficient. Dès lors que la généralisation des traitements a entraîné un bouleversement des durées d'incubation de la maladie SIDA, seule la déclaration obligatoire des séropositivités permettra de suivre l'évolution historique des contaminations et donc de modéliser l'évolution prospective de l'épidémie. Cette décision, réclamée par les experts, relayés par la presse, a fait l'objet d'une vaste polémique au sein des associations de lutte contre le SIDA et de défense des droits de l'homme. Depuis l'automne 1997, date à laquelle B. Kouchner, secrétaire d'Etat chargé de la Santé a pris position publiquement en faveur de la déclaration des cas de séropositivité, sa mise en œuvre s'est enlisée dans une série de problèmes éthiques (confidentialité) et juridico-politiques du fait des difficultés techniques à garantir l'anonymat énoncé dans la loi. Elle devrait intervenir début 2003 mais les données ne seront exploitables au mieux que fin 2003.

Indépendamment des vicissitudes du dispositif national de surveillance épidémiologique, le réseau des généralistes « Sentinelles » apporte, depuis 1987, des informations sur les prescriptions de tests de dépistage du VIH en médecine libérale. L'objectif est de quantifier

l'activité de dépistage des généralistes¹ et de suivre l'évolution de la demande des consultants ainsi que les comportements de dépistage des généralistes. Le réseau «Sentinelles » donne aussi des informations sur la population diagnostiquée comme séropositive par le généraliste (age, sexe, origine, motif du test de dépistage, antécédent de MST, conduite sexuelle à risque...).

Les résultats des données de ce réseau font l'objet de confrontations régulières avec ceux d'autres systèmes donnant des informations sur l'activité de dépistage HIV dans d'autres populations que celle fréquentant la médecine générale (CDAG anonyme et gratuit, réseau des laboratoires RENAVI, cf. tableau 2). Ces confrontations ont permis de noter l'importante augmentation des demandes de test HIV à la suite des mesures incitatives au dépistage volontaire² et la diminution importante du % de sérologies positives sur l'ensemble des réseaux -CDAG, RENAVI, Sentinelles- s'expliquant par l'afflux de patients testés à faible risque, en lien avec cette politique incitative.

Cette importante activité de dépistage , si elle souligne le succès des campagnes de dépistage dans la population générale, atteint encore ses limites d'efficacité auprès de certains sujets les plus à risque de contamination. En effet il persiste encore une proportion importante de cas de SIDA diagnostiqués au stade de la maladie, qui ne connaissaient pas leur séropositivité. C'est précisément sur les facteurs de ces retards au dépistage précoce (méconnaissance, freins culturels, tabous, difficultés d'accès aux soins...) que les efforts des responsables nationaux et locaux de santé publique doivent porter.

Tableau 2 Systèmes de recueil des données MST /SIDA /Tuberculose

	MST	SIDA		Tuberculose
		Séropositivité	SIDA	
Déclaration obligatoire	Supprimée en 1999	Prévue début 2003	DO Exhaustivité : 95 %	DO exhaustivité : 65 %
Réseaux de surveillance volontaires	Sentinelles 1 % des généralistes gonococcies	Sentinelles prescription test HIV	DM 12 (infection à VIH à l'hôpital)	
	DAV : 257 centres 20 % des MST	RENAVI Laboratoires test HIV		
	service de santé des Armées	CDAG Test HIV		
	RENAGO 4 % des laboratoires gonococcies	Enquêtes Périnatalité		
	RENACHLA 2,6 % des laboratoires chlamydiae			
	REZO 85 en milieu gay			

¹ Elle fluctue de 500 000 à 1 million de tests par an selon les extrapolations menées à partir des résultats du réseau.

² Remboursement à 100 % par l'assurance maladie en juin 1992, test systématiquement proposé lors des examens prénuptiaux et prénataux depuis janvier 1993, anonymat et gratuité dans les CDAG...

1.4.1.3 La surveillance épidémiologique des MST

L'apparition chez un patient d'une MST peut être considérée comme un marqueur objectif de comportement de prise de risque pour les MST et donc pour l'infection par le VIH. Cette notion a conduit l'INSERM, dès 1985, en collaboration avec la Direction Générale de la Santé puis l'INVS à mettre en place un système de surveillance des urétrites masculines, dont le diagnostic est dans la majorité des cas effectué par le généraliste. Ce réseau de médecins volontaires bénévoles, dénommés médecins « sentinelles » s'est développé lentement, puis le recrutement de volontaires a augmenté fortement courant 2002 en raison d'une collaboration étroite avec le Réseau Santé Social où l'affichage Sentinelles est fortement valorisé. Depuis la suppression des MST de la liste des déclarations obligatoires, la surveillance des MST est fragmentée par maladies et non exhaustive. Elle repose sur plusieurs systèmes basés sur le volontariat, qui privilégient les MST les plus fréquentes ou les plus préoccupantes (tableau 2) :

- le réseau « Sentinelles » regroupe, en 2002, 1300 médecins généralistes « sentinelles » soit 2,5 % des généralistes libéraux répartis sur 22 régions métropolitaines. Ce réseau recense depuis quinze ans des informations épidémiologiques sur 9 maladies transmissibles ou attitudes diagnostiques (dont les urétrites masculines et les prescriptions de sérologie VIH) Ces informations sont notifiées par voie télématique chaque semaine à l'INSERM (unité 444) par les médecins Sentinelles, dans le cadre d'une convention avec l'INVS. Chaque année, environ 200 cas d'urétrites masculines sont ainsi signalés permettant d'estimer à 50 000 le nombre de cas annuels.
- les consultations des DAV tiennent des recueils d'informations sur leurs consultants qu'elles adressent périodiquement à l'INVS
- le système de surveillance épidémiologique des armées répertorie chaque semaine le nombre de cas de syphilis et de gonococcies dans leur personnel
- 2 réseaux de surveillance basés sur les données de laboratoires volontaires, répertorient l'un les gonococcies (réseau RENAGO¹ depuis 1986) l'autre les chlamydioses (réseau RENACHLA² depuis 1990)
- REZO 85 regroupe 9 médecins libéraux implantés dans la communauté homosexuelle d'Ile-de-France, impliqués dans la prise en charge de patients séropositifs. Depuis 2001, ils ont mis en place dans leur clientèle à hauts risques une surveillance des gonococcies, de la syphilis et de l'hépatite C.

Ces systèmes, s'ils ont le mérite d'exister, reposent tous sur le volontariat et ont tous leurs limites. Certes, ils se complètent : RENAGO et Sentinelles renseignent sur la population ayant recours à la médecine libérale, les DAV sur leur clientèle spécifique (plus de migrants, de jeunes, de personnes précaires recherchant l'anonymat qu'en population générale) REZO 85 sur les patients « gays ». Mais l'éclatement de ce dispositif et son hétérogénéité rendent la

¹ RENAGO regroupe plus de 200 laboratoires (83 % privés et 17 % hospitaliers) sur toute la métropole représentant 4 % des laboratoires français.

² RENACHLA regroupe une centaine de laboratoires (70 % privés et 30 % hospitaliers) représentant 2,6 % des laboratoires français.

surveillance complexe ; en l'absence d'exhaustivité, les lacunes du recueil ne permettent pas de garantir la fiabilité des données chiffrées.

Ainsi, RENAGO ne concerne que les patients ayant recours à un examen de laboratoire, ce qui est loin d'être le cas pour tous les diagnostics de gonococcie ; il donne peu d'informations sur la pratique à risque et l'orientation sexuelle des patients.

Les DAV reçoivent moins de 20 % des patients atteints de MST. La plupart sont dotés de faibles moyens ne leur permettant pas de mener les enquêtes de comportement qu'ils jugent intéressantes pour guider leurs actions de prévention. Signalons que les DAV parisiens, qui pourtant reçoivent une population à haut risque, comme l'a montré la récente alerte syphilis, ne disposent pas de fiche patient commune pour les MST et ne sont pas informatisés. Cette lacune ne facilite pas la réactivité que l'INVS attend d'eux, ce qu'ils déplorent.

En raison de la décroissance régulière et importante des MST en France dans la population générale (indépendamment de la récente alerte) la performance des systèmes de surveillance basée sur des réseaux Sentinelles s'amenuise, l'obligation d'augmenter le nombre de correspondants volontaires¹ s'impose si l'on veut disposer d'un outil de surveillance sensible et réactif.

1.4.2 L'alerte sanitaire

Au-delà de la surveillance épidémiologique, c'est la deuxième mission de l'INVS. C'est aussi celle que l'INVS a le plus de mal à exercer.

Elle consiste à détecter tout événement susceptible d'altérer l'état de santé de la population ; le premier objectif d'un tel dispositif de surveillance est d'être réactif dans des délais suffisamment brefs pour qu'une prévention efficace puisse être mise en place en vue de bloquer une épidémie débutante. De l'avis général des personnes interrogées, cette exigence ne peut être satisfaite en l'état actuel des moyens concédés à l'INVS pour exercer la veille des pathologies transmissibles considérées dans ce rapport.

La mission constate la faiblesse d'utilisation des nouvelles technologies d'information entre l'INVS et ses correspondants. Le recueil de données, la transmission de messages ou de recommandations aux professionnels de santé sont encore souvent réalisés sur des supports papiers : le fax, le téléphone ou même la poste représentent trop souvent les seuls outils utilisés dans la plupart des situations².

D'une part, la réactivité des différents dispositifs, sur lesquels s'appuie la veille sanitaire, est conditionnée par la périodicité des recueils. Plus les informations remontent vite, plus vite elles sont susceptibles d'être traitées et de donner lieu à alerte en cas d'événement inhabituel par sa fréquence ou sa survenue. Or, la périodicité des recueils est variable : hebdomadaire pour le réseau sentinelles (très réactif mais pas assez spécifique pour enregistrer des

¹ Le nombre de médecins sentinelles devient insuffisant, notamment en Ile-de-France (seulement 20 urétrites à gonocoques par an recensées par ce système).

² La mise en place de la nouvelle réglementation en matière de déclaration obligatoire de la séropositivité en France ne s'appuie pas davantage sur une transmission informatique des données anonymisées entre les médecins, les laboratoires, les DDASS et l'INVS.

phénomènes sur un trop petit nombre de cas) mensuelle pour RENAGO et REZO 85, annuelle pour les DAV (sauf ceux de Paris qui transmettent leur activité chaque trimestre).

Ce sont pourtant les DAV parisiens, en dépit de leurs faibles moyens et grâce aux relations informelles que les médecins de ces dispensaires entretiennent entre eux, qui ont été les premiers à s'étonner des cas de syphilis observés fin 2000 et à donner l'alerte à l'INVS. Ces premiers signalements, effectués par téléphone en l'absence d'outils informatiques, ont été rapidement suivis d'autres, ce qui a déclenché de la part des responsables de la prévention de la ville de Paris une vigoureuse campagne « alerte syphilis ». Parallèlement, l'INVS a réuni les responsables des dispensaires des vingt plus grandes villes françaises pour mettre en place un réseau de surveillance associant, outre des données cliniques et biologiques, des données comportementales recueillies par auto-questionnaire proposé au patient par son médecin.

Cette expérience récente de recrudescence de la syphilis, mais aussi des autres MST a permis de constater le rôle d'observatoire des DAV et l'intérêt de renforcer leurs moyens pour y répondre efficacement. Une grande disparité dans les moyens mis à leur disposition par les responsables départementaux a été constatée à cette occasion (cf. infra le dispositif de surveillance informatisé très performant dont le conseil général des Bouches-du-Rhône a doté ses DAV, alors que les médecins des DAV parisiens déplorent le temps passé à effectuer leur recueil d'information sur un mode artisanal peu rentable et surtout peu fiable sur le plan de sa réactivité).

Outre leurs insuffisances en termes de réactivité, les outils de surveillance basés sur la participation de médecins libéraux et de laboratoires ne permettent pas de repérer une recrudescence de MST dans les populations marginalisées ayant peu ou pas recours à ces filières. Il est nécessaire de compléter ces dispositifs par un système de surveillance implanté dans les consultations publiques spécialisées offrant la gratuite (DAV, centres de planification) plus susceptibles de drainer une clientèle à risque élevé.

II. DES POLITIQUES DE PREVENTION S'APPUYANT SUR DES DEMARCHES DIFFERENCIEES

2.1 Les départements à forte prévalence tendent vers une prise en charge globale des problèmes sanitaires

2.1.1 En Seine-Saint-Denis, des structures transversales et une forte tradition de prise en compte des besoins exprimés par les usagers

Le département de Seine-Saint-Denis concentre les plus forts indicateurs de précarité avec un nombre d'allocataires du RMI deux fois supérieur à celui des autres départements de la couronne, et la moitié des « sans papiers » recensés. La politique du conseil général a privilégié de tout temps la réduction des inégalités au sein de la population générale plutôt que des actions ciblées sur des populations sensibles.

Alors qu'au moment de la décentralisation, la fermeture de six des douze dispensaires antituberculeux était programmée, une tendance à la stagnation des nouvelles contaminations tuberculeuses était observée. Le plan de lutte antituberculeuse voté en 1989 en Seine-Saint-Denis a permis d'orienter les actions de prévention sur 4 axes dont « le principe consiste à favoriser l'accès libre et gratuit aux Centres départementaux de dépistage et de prévention sanitaire (CDDPS) à tout résident en Seine St Denis, avec une prise en charge globale sanitaire et sociale évitant la filière spécifique pour « pauvres » Les quatre objectifs sont les suivants :

- a) adapter la prise en charge institutionnelle des malades en fonction de leurs besoins
- b) maintenir ou réintégrer les malades dans leurs droits sociaux en évitant le piège de la filière spécifique pauvres
- c) développer la coopération entre les différents services par la mise en réseau des professionnels socio-sanitaires
- d) renforcer les actions d'éducation pour la santé

Le département de la Seine-Saint-Denis compte 55 foyers de travailleurs migrants. Selon un rapport de Profession Banlieue¹ sur la restructuration des foyers, « les difficultés les plus importantes se retrouvent dans les foyers de travailleurs migrants qui accueillent majoritairement des résidents d'origine subsaharienne. En effet leur sur-occupation endémique provoque de graves problèmes socioéconomiques pour une population aux conditions de vie de plus en plus précaires.

¹ Association de la loi de 1901 travaillant sur les banlieues.

2.1.1.1 *La lutte contre la tuberculose en Seine-Saint-Denis*

Le cumul de risques pour les migrants résidant en foyer en font des cibles privilégiées de cette pathologie.

Sur le fondement de ces orientations, un projet de lutte contre la tuberculose a été construit avec les résidents d'un foyer du Bourget accueillant des migrants d'origine africaine, et les gestionnaires du foyer, l'association Soundiata.

.. Une action « tuberculose » en foyer de travailleurs migrants

Les démarches et stratégies d'actions envisageables étaient les suivantes :

a) une stratégie de prévention basée sur un dépistage radiologique systématique

- *avantages :*
 - tous les résidents du foyer sont sollicités pour passer une radiographie thoracique sur leur lieu d'hébergement par la venue d'un camion radio
 - la gratuité des actes de dépistage et l'absence de déplacement sont des arguments qui recueillent l'adhésion des résidents
- *inconvénients :*
 - une radiographie thoracique normale n'exclut pas le diagnostic de tuberculose évolutive (retard radiologique par rapport aux signes cliniques) ni la possibilité d'autre localisation tuberculeuse (urogénitale, osseuse...)
 - le rapport coût-efficacité de ce dépistage de masse n'est pas prouvé
 - quel rythme de dépistage proposer, compte tenu de la rotation rapide des occupants ?
 - que faire vis-à-vis des autres problèmes de santé ?

b) une stratégie basée sur l'information

- *avantages :*
 - diffusion d'une information sanitaire par des professionnels dans le foyer
- *inconvénients :*
 - la démarche magistrale est peu attractive quel que soit le public
 - maintien des résidents dans une situation passive
 - nécessité d'adapter les messages d'information à des personnes de niveaux de connaissances et de compréhension de la langue française très hétérogène
 - difficulté d'évaluer l'impact concret

c) une stratégie basée sur des points « permanence santé » dans les foyers

- *avantages :*

- l'information est donnée sur place

- *inconvénients :*

- maintien des résidents dans une logique de ghetto

- frustrations parmi les résidents car il ne s'agit pas de véritables consultations

- exclusion du dispositif de droit commun existant

Face à ces différents schémas possibles, le département a fait le choix d'une démarche innovante s'inscrivant dans une logique participative des résidents permettant une appropriation des conduites de prévention et du dispositif par les usagers.

Ce processus fondé sur l'échange, le partage de savoir et de savoir-faire a permis le croisement et l'adéquation entre les besoins sanitaires repérés par les professionnels et les besoins exprimés par les résidents.

♦ *Une collaboration conseil général-hôpitaux efficace*

En dépit du rôle joué par ces structures transversales que sont les CDDPS¹, l'hôpital public continue à jouer un rôle important. En effet, en Seine-Saint-Denis, près de 85 % des patients tuberculeux sont diagnostiqués et mis sous traitement à l'hôpital. Non seulement l'hôpital accueille les patients en situation de précarité et bénéficiaires de la CMU, mais encore il dispose de plateaux techniques de laboratoires et radiologie performants et assure une bonne gestion des cas cliniques graves. Il jouit donc d'une position incontournable dans le réseau de prévention. Toutefois, toutes les opportunités offertes par celui-ci ne sont pas exploitées. Les problèmes de communication et d'échanges entre structures différentes en sont vraisemblablement la cause essentielle.

C'est pourquoi, le conseil général a choisi de confier un rôle pivot aux six centres hospitaliers publics du département en coordination avec les six CDDPS. Les objectifs opérationnels suivants ont été définis :

- avoir connaissance de tous les cas de tuberculose diagnostiqués,
- définir le nombre de personnes contacts autour du cas,
- s'assurer que tous les cas contacts entrent dans un protocole de prophylaxie,
- s'assurer à long terme de la qualité de toutes les prophylaxies.

Concrètement, un médecin hospitalier assure cette mission de référent tuberculose dans chacun des six hôpitaux sur la base d'un protocole commun (signalement des cas, recueil des informations sur l'entourage et transfert des informations aux CDDPS et/ou aux médecins traitants).

¹ Centre départemental de prévention sanitaire et de dépistage.

Un effort d'harmonisation des pratiques de dépistage des professionnels du département s'est concrétisé par une collaboration autour du réseau « tuberculose 93 » regroupant les professionnels des hôpitaux et du service du conseil général ainsi que des chercheurs de l'UFR¹ de Bobigny et de l'Institut Pasteur. Ce réseau fonctionne depuis 1995. Ce travail en commun a conduit à mettre en place avec le Centre national de référence pour la surveillance des infections à mycobactéries et de leur résistance aux antituberculeux, un observatoire départemental de surveillance des multirésistances.

Cet ambitieux programme, fédérant les multiples intervenants en tuberculose dans une démarche commune de qualité et d'optimisation des moyens, commence à porter ses fruits, puisqu'en dépit de multiples handicaps socio-sanitaires, le département de Seine-Saint-Denis affiche des résultats épidémiologiques encourageants en matière de tuberculose.

2.1.1.2 La lutte contre les MST en Seine-Saint-Denis

Les 7 CDDPS et CDAG assurent des consultations anonymes et gratuites et distribuent les traitements-minute gratuitement. Plus de 4 000 consultations ont été enregistrées en 2001. Un travail de soutien aux associations spécialisées ou généralistes² est entrepris activement par les services départementaux de prévention.

2.1.1.3 La prévention du SIDA en Seine-Saint-Denis

La distribution de préservatifs est généralisée et des campagnes ciblées sont menées dans les collèges et les lycées. Les seize « points information jeunesse » du département accueillent les jeunes de 25 ans hors milieu scolaire. L'analyse des résultats des dépistages pour le VIH montre des écarts allant du simple au triple selon le centre de dépistage. C'est ainsi que l'on constate un développement de l'épidémie chez les femmes de 35 à 40 ans et chez les hétérosexuels. De telles différences entre les centres posent question; le ciblage des dépistages, l'impact des actions de prévention sont vraisemblablement des facteurs explicatifs ainsi que la dynamique partenariale, d'où l'importance des personnes relais (hommes ou femmes).

2.1.2 Le Val-de-Marne

Ce département a mis en place des centres départementaux de prévention médicale (CDPM) transversaux et anime les synergies avec les acteurs de terrain que sont les communes et le milieu associatif. Les CDPM assurent un rôle d'accueil, d'information, d'orientation et d'accompagnement du public et développent des actions de prévention et d'éducation à la santé.

La prophylaxie de la tuberculose est mise en œuvre par le biais de consultations médicales au sein des CDPM. Leurs équipes ont un rôle d'accompagnement et de suivi des patients au travers d'un dossier patient. L'activité radiologique est assurée sur place ou dans des centres proches.

¹ Unité de formation et de recherche.

² Ainsi le collectif 93-Afrique qui regroupe des associations et des municipalités a pour objectif de renouveler le discours sur la prévention du SIDA et des MST.

La lutte contre les MST s'organise autour des consultations comprenant une information, le dépistage et la fourniture de médicaments antivénériens. Si nécessaire, l'orientation vers des consultations hospitalières ou vers les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) est recommandée.

Le Centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit (CIDAG) prévoit la possibilité d'un entretien et d'un suivi avec un psychologue.

Un dossier patient commun est utilisé à la fois pour la consultation MST et celle relative au VIH.

2.1.3 Dans les Hauts-de-Seine

Dans les Hauts-de-Seine, les politiques de prévention sont conduites sur le terrain dans cinq secteurs d'APS (Accueil Prévention Santé) qui disposent de centres d'accueil transversaux pour l'ensemble MST, SIDA, Tuberculose. Ils jouent le rôle de CDAG, de DAV et de dispensaires antituberculeux, mais la volonté du conseil général a été de leur donner aussi une vocation forte en terme de santé publique notamment autour des pratiques addictives. Le maillage territorial des APS est complété par la présence d'antennes délocalisées qui facilitent l'accès à la prévention. La fonction accueil est développée tant en termes d'horaires d'ouverture que d'évolution des pratiques, de meilleure écoute de la demande et de connaissance des partenaires.

S'agissant de la tuberculose, les données épidémiologiques sont alarmantes et de nombreuses campagnes d'information et de dépistage sont organisées en direction des publics concernés. En cas de besoin, le dépistage radiologique peut être assuré sur place par camion radio, mais le service préfère favoriser l'accès des personnes aux structures de droit commun. Le traitement antituberculeux est mis à disposition gratuitement si nécessaire. Le service a mis au point un nouveau protocole d'enquête de proximité à la fin 2001 afin de renforcer la prophylaxie dans l'entourage familial et professionnel.

S'agissant des MST, le département s'interroge actuellement sur l'opportunité d'un dépistage systématique des chlamydiae dans les centres de planification, en raison de l'importante population jeune et notamment étudiante qui vit dans le département. Il attend, à cet effet, les conclusions de l'ANAES.

S'agissant du SIDA, les CDAG sont répartis sur les secteurs et dans les antennes (3 centres et 6 antennes) où de multiples actions d'information et de prévention sont conduites. Le conseil général y consacre 10 millions de F chaque année en complément des crédits de l'Etat.

Parallèlement des « espaces santé jeunes » se développent autour de 3 projets montés en partenariat avec des municipalités. Ils sont implantés dans les CPEF et les Centres municipaux de santé et donnent des informations sur la sexualité et la prévention du SIDA notamment. Une campagne d'éducation à la vie relationnelle et sexuelle est par ailleurs lancée dans les collèges et vise les élèves de 4^e et de 3^e.

2.1.4 Dans les Bouches-du-Rhône

Comme les départements de la région parisienne, les Bouches-du-Rhône ont choisi de privilégier les structures transversales tout en évitant les accueils généralistes. C'est ainsi que dans les dispensaires, les accueils « dépistage SIDA » « MST » « contraception » « tuberculose » sont individualisés.

Le département offre, au sein de structures communes ou voisines, 12 centres antituberculeux auxquels s'ajoutent 4 centres situés en milieu hospitalier, 28 centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) dont 10 à Marseille même. Trois CPEF sont implantés près de dispensaires antivénériens et six d'entre eux partagent les mêmes locaux et les mêmes personnels. L'ouverture d'un centre spécialement dédié aux jeunes est en projet.

En ce qui concerne la tuberculose, une légère recrudescence des cas déclarés depuis 3 ans, parallèlement à l'arrivée de vagues successives de migrants et de demandeurs d'asile, incite à une vigilance particulière. Les équipes ont manifesté le souhait d'avoir des référents hospitaliers, à l'instar de ce qui se fait à l'APHP. En projet aussi, l'accueil sanitaire des primo arrivants.

En ce qui concerne les MST et le SIDA, la confidentialité est au cœur des préoccupations du service, les centres ont adopté l'anonymat dès le départ, y compris pour les dossiers MST, ce qui les a rendus très attractifs. C'est pourquoi, si les centres sont transversaux, les accueils sont spécialisés selon le motif de consultation (symptômes urogénitaux ou dépistage VIH). Tous les intervenants des CDAG sont formés au « counseling » afin de mieux écouter et de mieux conseiller.

Des dépliants d'information et des préservatifs masculins et féminins sont à large disposition des consultants. Des prélèvements sont effectués sur place et les résultats peuvent être donnés en 1 heure par le laboratoire départemental ce qui rend possible la mise en œuvre immédiate des traitements minute. Sur 15 000 consultants en 2001, 12 000 ont demandé un dépistage et 29 ont eu une sérologie positive, 4 personnes seulement sur ces 29 ne sont pas venues chercher leur résultat.

Comme à Paris, des cas de syphilis ont été constatés en 2001. Les correspondants habituels¹ ont été immédiatement informés par lettre leur proposant une formation adaptée.

Dès début 2003, l'informatisation en réseau de l'ensemble des DAV-CDAG des Bouches-du-Rhône va renforcer l'efficacité du système. Le programme informatique permet de sortir, à périodicité choisie, le nombre d'examens et de résultats positifs par type d'affection, ce qui assure une réactivité exemplaire à ce département en terme de veille sanitaire.

La mission a relevé avec intérêt le fait que les équipes de centres de planification des Bouches-du-Rhône privilégient effectivement les relations avec les équipes de DAV-CDAG. Si cette collaboration apparaît nécessaire, puisqu'ils reçoivent des populations jeunes susceptibles d'être infectées par des MST, il n'en est pas toujours ainsi ; dans nombre de départements, la mission a pu constater un cloisonnement des équipes Planification et DAV.

¹ Association des médecins gays, Aides, Association des médecins sidéologues de Provence, syndicat des biologistes et réseaux ville-toxico.

2.2 L'efficacité de la prise en charge paraît liée à la mise en place d'un maillage de relais associatifs et/ou issus des communautés

2.2.1 *La Seine-Saint-Denis a pris une avance en terme de réseaux et de stratégie de prévention communautaire*

Dès 1994, sur l'initiative du service de la prévention et des actions sanitaires, une démarche auprès de huit foyers gérés par l'AFTAM¹ a été entreprise, sous forme d'échanges avec les directeurs et les délégués de résidents afin de définir les priorités en matière de besoin sanitaire. Pour sept d'entre eux abritant des populations du Subsahel, les priorités ainsi définies ont concerné la tuberculose et le paludisme. Pour le dernier hébergeant des populations originaires du Maghreb, la problématique s'est axée sur des questions concernant le diabète, l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle.

Seuls deux foyers ont donné suite à ces échanges. La note d'orientation du conseil général du 22 juin 1995 a changé la donne en posant les principes et les objectifs d'une action en direction des foyers de travailleurs migrants : agir sur des facteurs prédisposants (connaissances et attitudes), facilitants (accès aux ressources) et renforçants (actions sur les pairs) :

A court terme

- apporter une information sur les problèmes de santé et les équipements existants au regard des compétences sanitaires du département afin d'inciter les résidents à aller consulter.

A moyen et long terme

- élaborer avec les résidents un projet d'actions de santé à partir de leurs besoins, créer des relais afin de faire des résidents des acteurs de leur santé

- mettre en place des projets globaux d'éducation pour la santé en partenariat avec différents professionnels et usagers

La démarche qui a été entreprise au foyer de travailleurs migrants du Bourget est illustrative des relations qui s'établissent entre les CDDPS et les foyers. En 1997, le directeur du foyer a mené, avec les délégués des résidents, une réflexion en vue d'établir une prophylaxie de la tuberculose, plusieurs cas venant d'être signalés. Il s'agissait d'inciter les résidents à venir consulter dès qu'ils étaient informés d'un cas de tuberculose dans leur entourage proche ou dès qu'ils ressentaient des symptômes pouvant évoquer cette pathologie, donc de les informer sur les lieux de consultations et sur leurs droits sociaux leur permettant l'accès à ces consultations.

Les résidents du foyer ont de leur côté développé un projet global sanitaire, social et culturel en liaison avec le CDDPS sur la base de réunions d'ajustement à leurs besoins comme la venue du camion-radio au sein du foyer mais aussi la modification des horaires de consultation du centre avec organisation des transports.

¹ Association des foyers de travailleurs africains migrants.

Un réseau d'hommes relais au sein du foyer a permis de contrôler la propagation de la tuberculose. Les délégués accompagnent les résidents concernés au CDDPS pour les consultations de dépistage. Des soirées thématiques sont organisées sur des thèmes sanitaires : tuberculose mais aussi SIDA, MST, vaccinations, hygiène alimentaire, cancers et maladies professionnelles.

Les entretiens avec les résidents ont orienté les démarches de santé vers l'appropriation collective et le droit commun. C'est ainsi qu'actuellement les dépistages ont lieu dans les CDDPS ou à l'hôpital et qu'en cas de difficulté les résidents font appel au centre de prévention.

Autour des CDDPS, des associations de femmes relais travaillent en étroite liaison avec les populations concernées. L'ARIFA¹, par exemple, a eu l'idée d'utiliser certaines femmes pour faire passer des messages de santé auprès des autres femmes du quartier, originaires du Sri-Lanka et du Maghreb. Le CDDPS de Villemomble a été en quelque sorte précurseur et a organisé très vite à leur attention des informations sur les vaccinations, les MST et le SIDA. Ces réunions ont été l'occasion pour les participantes d'évoquer des questions personnelles, voire intimes, sur les préservatifs et la sexualité. Les participantes ont fait remonter des questions autour de la tuberculose qui sévit notamment dans les milieux africains et turcs. Les femmes relais jouent en outre un rôle important dans la compliance par rapport aux traitements.

2.2.2 dans les Hauts-de-Seine

Le conseil général des Hauts-de-Seine a lancé depuis plusieurs années des plans triennaux d'actions de santé portant notamment sur la lutte contre le SIDA. En effet le département recense 2 670 cas depuis le début de l'épidémie, se plaçant au 3^e rang en région Ile-de-France après Paris (11 754 cas) et la Seine-Saint-Denis (2 958 cas). Comme dans les autres départements, le mode de contamination hétérosexuelle est prédominant avec 46 % des nouveaux cas, mais surtout 56 % des personnes découvrent leur séropositivité lors de l'entrée dans la maladie.

Les cinq centres Accueil Prévention Santé (APS) des Hauts-de-Seine couvrent l'ensemble du département dans toute sa diversité. Ils regroupent, entre autres, les activités concernant MST, SIDA et tuberculose. Des actions spécifiques sont menées en partenariat en terme de consultations, d'accès et d'accompagnement aux soins dans les foyers. Mais la politique des services du département est de tout faire pour amener les personnes concernées dans les structures de droit commun.

La coordination des intervenants est assurée par une association « Migrations Santé » qui réunit les structures socio-sanitaires concernées, les partenaires et les élus. Elle sert d'intermédiaire avec les résidents pour aborder les problèmes de prévention, de santé ou encore de vieillissement (dans les foyers de Boulogne et d'Issy les Moulineaux dont la plupart des résidents sont d'anciens ouvriers de Renault proche de la retraite ou à la retraite) Des formations d'hommes relais ont eu lieu dès 1997 qui ont permis de lancer les vaccinations de base puis d'aborder divers thèmes autour du SIDA et de l'utilisation du préservatif, ou de la prostitution.

¹ Archives de l'immigration familiale, en fait association créée dans un but d'écrire l'histoire des familles migrantes en travaillant sur la mémoire des femmes ; Arifa signifie savoir et connaissance en arabe.

Les APS des Hauts-de-Seine ont initié, plus tardivement que la Seine-Saint-Denis, des actions s'appuyant sur des relais associatifs ou individuels. Un partenariat entre l'APS et la Maison des Femmes d'Asnières¹ s'est développé à partir de 1999 à travers des réunions d'information pour les femmes fréquentant cette association, notamment à l'occasion de la journée mondiale du SIDA. Au point de départ des actions, il y avait le constat d'un fort taux de séropositivité au VIH et un nombre important de cas dépistés au stade de SIDA dans une antenne de CDAG basée à la Mission Banlieue de « Médecins du Monde ». Les objectifs initiaux poursuivis étaient triples :

- pour les femmes relais, identifier le CDAG comme partenaire du réseau médico-social et aider à orienter les patients vers le dépistage et les structures de soins
- pour la population, lui faciliter un diagnostic précoce et un traitement afin d'éviter de nouvelles contaminations
- pour les professionnels du CDAG mieux adapter des messages de prévention par une meilleure connaissance des codes culturels des migrants.

Au cours de l'année 2000, les réunions ont permis aux professionnels de prendre conscience de freins culturels importants à l'accès aux soins et aux moyens de prévention. Le questionnement de l'équipe restait entier :

- quelle utilisation des moyens de prévention pouvait être faite dans la vie personnelle de ces femmes, en particulier au regard de leurs pratiques culturelles ?
- pouvait-il y avoir modification des comportements de ces femmes ?
- y aurait-il partage de ces connaissances au sein de leurs communautés et au sein de leur propre famille ?

Un nouveau programme, décliné tout au long de l'année, vise à aborder toutes les questions sur la santé que se posent les femmes, en débordant largement la problématique SIDA et MST. L'objectif est de construire, avec les intéressées, des outils de prévention, de leur proposer de transmettre à leurs enfants des messages d'éducation pour la santé et de les rendre actrices de prévention à part entière dans leur communauté.

Les réunions de l'année 2001 portent sur le SIDA. Quinze personnes d'origines différentes (Maghreb, Afrique noire, Sri Lanka, Chine, Turquie) sont réunies, elles ont de 17 à 50 ans et sont mariées avec enfants. Les animatrices recueillent les questions posées au cours des réunions, notent les centres d'intérêt et approfondissent les sujets mal compris.

La transmission au sein des familles reste un problème ; si le message passe avec les filles, il ne passe pas avec les garçons, les mères estimant qu'il s'agit du rôle du père ou de l'école. Toutefois, elles sont prêtes à continuer et à s'informer sur le corps, la contraception et les MST. Les réunions de 2002 permettent d'aborder ces questions. Après les interventions, les animatrices ont retravaillé le vocabulaire de base et les schémas. La nécessité de simplifier le discours et de s'assurer qu'il est bien compris apparaît clairement, mais la complicité entre animatrices et assistantes constitue un acquis important.

Une démarche analogue a été entreprise à l'occasion de la journée mondiale du SIDA, auprès des résidents de la Résidence universitaire d'Antony. L'action a été conduite en partenariat

¹ Association de femmes-relais travaillant sur la médiation sociale, culturelle et la formation de base linguistique.

entre le CDAG, les étudiants, le personnel de la résidence et deux associations de lutte contre le SIDA. Les actions consistaient en la création d'une affiche, l'organisation d'une exposition, la distribution d'un questionnaire de sensibilisation. Au restaurant universitaire, des repas à thème ont été organisés, des revues et des livres mis à disposition, une vidéo diffusée. A cette occasion, une consultation a été organisée par le CDAG au centre médical de la Croix-Rouge à la demande des étudiants et du personnel. Les questions ont concerné le VIH, les hépatites et les MST : 52 étudiants ont demandé à bénéficier d'un dépistage. Par ailleurs, une action serait sans doute à entreprendre à la Faculté de Nanterre où des problèmes de chlamydiae sont décelés.

2.2.3 dans le Val-de-Marne

En ce qui concerne la tuberculose, des contacts réguliers existent entre les CPDM, les foyers d'hébergement et les associations travaillant dans ces foyers. Ces réunions permettent d'informer les résidents sur les activités globales des CPDM et les possibilités d'accès aux soins. Une trame pour la constitution d'un réseau tuberculose se met donc en place dans le Val-de-Marne.

Pour les MST et le SIDA, le travail avec les associations porte surtout sur la mise en place d'une formation inter-partenaire afin d'avoir un langage commun tout en tenant compte de la territorialité. Outre le soutien au réseau, le conseil général finance conjointement avec les services de l'Etat et ceux de la CPAM un dispositif d'aide à domicile auprès des personnes atteintes du VIH. Ce dispositif a pour objectif d'apporter une aide concrète et rapide aux problèmes de vie quotidienne des personnes atteintes, de leurs proches et de leurs enfants.

2.2.4 dans les Bouches-du-Rhône

Le réseau associatif est très développé dans les Bouches-du-Rhône. En 2002, une soixantaine d'associations a bénéficié des crédits de la lutte contre le SIDA et les maladies transmissibles et développé 180 projets dans le département. Des cofinancements sont assurés par la ville de Marseille, le conseil général, le conseil régional et les organismes de sécurité sociale. L'EMIPS¹ qui rassemble 5 institutions (Etat, collectivités locales et Sécurité sociale) et 11 associations a engagé un travail sur les nouveaux messages en prévention afin de maintenir la vigilance en matière de comportements à risque.

Des associations comme AIDES insistent sur l'insuffisance de connaissances sur l'épidémie en raison de l'interruption des systèmes d'observation de la séropositivité. Toutefois, AIDES estime que des prises de risques sont avérées en raison de la lassitude et du désespoir, ce qui implique un discours plus ferme pour éviter la prise de risques et promouvoir la réduction des risques. D'autres associations qui s'intéressent aux prostitué(e)s s'inquiètent des problèmes de clandestinité compte tenu de la réapparition de la syphilis. De manière générale, les associations estiment que l'information des jeunes et notamment des élèves de l'ensemble des établissements scolaires est insuffisante et dénoncent la passivité des responsables de l'Education nationale.

Pour le dépistage de la tuberculose, des accords sont passés avec les responsables de centres et de foyers pour envoyer les résidents aux centres de dépistage en cas de problème. La

¹ Equipe méditerranéenne d'information pour la prévention du SIDA.

plupart des centres adhèrent à cette pratique, sauf le foyer SONACOTRA. Un certain nombre de cas sont ainsi décelés et les médecins responsables estiment que les liens établis sont suffisamment confiants pour qu'en cas de contagion forte les responsables de foyers fassent les démarches nécessaires.

La vraie difficulté réside dans l'hospitalisation des personnes contaminées, faute de chambres d'isolement dans les hôpitaux de la région. Le traitement en ville est correctement assuré par un réseau de pneumologues de ville¹ qui relance le service départemental en cas de non observance. Les médicaments sont distribués gratuitement en tant que de besoin mais il n'existe pas de procédure de DOTS. Enfin les enquêtes autour d'un cas sont menées très activement et de manière exhaustive en recourant aux médecins du travail et aux médecins scolaires. Dans près de la moitié des cas signalés, des enquêtes de proximité sont demandées aux équipes départementales. Un travail de formation est assuré régulièrement auprès des médecins pour qu'ils revoient les patients et dispensent les chimio-prophylaxies aux proches et notamment aux enfants. De même des séances d'information sont organisées dans les usines et les collèges pour sensibiliser aux dangers de la maladie.

La ville de Marseille conduit des actions complémentaires dans le domaine de l'accès aux soins en s'appuyant fortement sur les associations de quartier qui constituent un bon relais. Elle intervient aussi dans le domaine de la réduction des risques en menant des actions ciblées sur certains quartiers et en soutenant des actions d'animateurs de projets de rue.

Des réseaux Ville-Hôpital autour des 3 services hospitaliers assurent la coordination de professionnels pour améliorer la prise en charge globale des patients infectés par le VIH à leur domicile comme à l'hôpital. Le réseau est un lieu ouvert à tous les professionnels concernés, il assure la continuité des soins et constitue une communauté de soignants qui soutient les projets de réduction du risque. Par ailleurs, il assure la formation continue des membres, se veut un espace de réflexion et un lieu de ressourcement. Enfin il soutient les patients dans leurs choix et leurs droits et favorise l'accès aux soins et aux traitements.

2.2.5 Le cas particulier de Paris

A Paris, l'évolution s'est faite à partir des institutions léguées par l'ancien département de la Seine. C'est la raison pour laquelle les structures restent individualisées par type de pathologie : dispensaires antituberculeux, DAV et CDAG à la différence des autres départements qui s'orientent vers la transversalité.

2.2.5.1 La lutte contre la tuberculose

En France entière, on estime l'incidence de la maladie à 11,2 nouveaux cas par an pour 100 000 habitants avec une sous-évaluation de 30 %. A Paris, l'incidence est de 49,9 nouveaux cas en 2000 contre 46,4 en 1999. La tuberculose à Paris continue à augmenter alors que dans le reste de la France elle a tendance à baisser. L'ensemble de l'Ile-de-France atteint 26/100 000. Les comparaisons avec d'autres capitales européennes comme Londres ou Bruxelles montrent des taux analogues.

¹ Association méditerranéenne des pneumologues.

A l'issue de la deuxième guerre mondiale, une stratégie de dépistage de la tuberculose a été mise en place dans l'ensemble du département de la Seine avec l'ouverture d'un grand nombre de dispensaires, 41 en banlieue dont 11 disposent d'équipements de radiologie et 33 à Paris dont la moitié dotée d'équipements de radiologie. Un dépistage itinérant était par ailleurs mis en place avec 6 camions et 5 postes mobiles. Ce dispositif a connu son apogée dans les années soixante. Puis l'éclatement du département de la Seine en 1968 et surtout la conviction dans les années soixante-dix que la tuberculose était éradiquée, ont conduit à réduire le dispositif à quelques unités de sorte qu'en 1992, Paris ne disposait plus que de 8 dispensaires et de 2 postes de dépistage itinérant. Depuis 1994, le nombre de dispensaires est réduit à 5, avec en plus 2 postes mobiles.

Au cours des années 1993-1994, le fait que la tuberculose n'ait pas disparu devient évident puisque l'on passe de 13 cas pour 100 000 habitants à 17 cas. Le maintien des 5 dispensaires est donc décidé le dépistage itinérant est réactivé.

Selon les épidémiologistes, les phénomènes de concentration des populations migrantes de l'Afrique subsaharienne sont pour partie la cause de cette réapparition ainsi que la présence élevée de séropositifs et de SDF.

Cette action de suivi au plus près a permis de déceler le début d'épidémie qui s'est produit au foyer « Claude Tillier » dans le 12^e arrondissement. Depuis 1994, 300 à 400 radiographies étaient effectuées dans ce centre qui accueille des nord-africains mais surtout des maliens, sans qu'aucune anomalie n'ait été décelée. En mars 2002, 625 clichés sont pris sur une population estimée de 1 200. 13 cas de tuberculose sont alors décelés. En juin 2002, une nouvelle campagne est menée qui permet sur 700 clichés de déceler 13 nouveaux cas puis une ultime séance fin juin portant sur 175 personnes permet de constater 3 nouveaux cas. Globalement 29 tuberculoses sur 1 500 radiographies ont été dépistées à cette occasion. Une enquête menée dans les hôpitaux voisins a abouti à retrouver 14 autres cas de résidents qui sont allés se faire soigner directement à l'hôpital.

Dans le cas de ce foyer, la concentration de migrants maliens (de l'ordre de 1 500 personnes sur un seul site à capacité très inférieure) et le flux permanent de nouveaux arrivants explique largement la diffusion de la maladie. Il est vraisemblable en effet qu'un seul porteur soit à l'origine de l'épidémie. Ces migrants ayant tous une activité en contact avec le public, le risque de dissémination est grand d'où l'intérêt d'une réaction rapide pour contrôler l'épidémie.

Des délais de prise en charge à revoir

Lorsque des cas sont détectés, l'équipe médicale du dispensaire met en place le traitement en lien avec le foyer et s'assure de son suivi. La surveillance est personnalisée selon les recommandations de l'OMS en mettant en place la D.O.T. qui correspond à un traitement complet de 6 mois avec prise quotidienne d'une quadrithérapie. Une surveillance hebdomadaire est assurée pendant les deux premiers mois, puis elle devient mensuelle.

Dans l'ensemble, la réactivité du service de lutte contre la tuberculose de la Ville de Paris semble encore insuffisante. Sur 1 203 déclarations obligatoires reçues par le service en 2001, il apparaît que le délai moyen de transmission est de 67 jours ce qui, dans les milieux exposés, laisse craindre une diffusion rapide des contaminations. De plus la levée de l'anonymat par les médecins traitants requiert encore 15 jours supplémentaires, si bien que l'enquête d'entourage

a lieu au mieux trois mois après la déclaration du cas ce qui réduit considérablement son efficacité. S'ajoutent à ces constatations, les pertes en ligne des déclarations (70 % seulement sont faites) et des levées d'anonymat (80 % sont effectives). Il y a donc lieu de repenser le cheminement des déclarations obligatoires afin de le rendre plus efficient.

Actuellement 1 000 tuberculeux dépistés par les centres sont suivis, 10 % en centres, 90 % dans les hôpitaux. Un logiciel de suivi de traitement antituberculeux a été mis au point entre les centres et deux hôpitaux de l'AP-HP (St-Louis et Bondy) il permet de s'assurer que la DOT est convenablement administrée.

Parmi les mesures de coordination préconisées avec la nomination d'un médecin référent dans chaque groupe hospitalier de l'AP-HP, l'emploi commun du logiciel de gestion devrait constituer une recommandation forte pour assurer le suivi des malades.

Des moyens importants

A ce jour, l'ensemble des centres médico-sociaux de Paris propose 21 vacations hebdomadaires dispensées par 12 pneumologues assistés de 10 assistantes sociales exerçant à temps plein. Le centre EDISON, dans le 13^e arrondissement, propose en outre une structure d'imagerie avec radiologie pulmonaire classique, radiologie du rachis et des os, hystérogographie, mammographie et échographie. Il offre en outre des consultations de médecine de précarité.

En ce qui concerne le dépistage de la tuberculose, le centre procède à des sensibilisations sur site dans les foyers de travailleurs migrants, à des séances de radiographie sur place avec lecture au centre puis convocation des cas douteux au centre pour des examens approfondis et un bilan avec relance éventuelle en cas de besoin. L'ensemble est pris en charge totalement par la collectivité départementale.

La sensibilisation se fait au moyen d'affiches et de dépliants rédigés en français et en arabe distribués une semaine avant le dépistage. Une cabine de radiologie démontable est installée sur place. 9 000 radiographies sont ainsi réalisées chaque année avec une présence tous les jours de la semaine dans les foyers.

Le centre assure aussi le dépistage pour les résidents de l'association « la Mie de Pain » et les personnes recueillies par le SAMU Social, 2 500 radios par an sont effectuées à ce titre.

Au vu de la persistance de foyers récurrents de tuberculose, les responsables du centre ont alerté les autorités sanitaires afin d'établir une meilleure coordination entre les centres de dépistage et les hôpitaux dans le but d'obtenir la meilleure exhaustivité possible et d'organiser le suivi des malades. Le directeur général de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris a demandé que soit désigné un médecin référent pour la tuberculose dans chaque groupe hospitalier afin d'assurer le suivi des cas et accélérer les signalements.

2.2.5.2 Le dépistage de la tuberculose chez l'enfant

Les dix centres parisiens relevant de la mairie de Paris appliquent la politique vaccinale recommandée par les textes en vigueur qui, prévoient que les deux classes d'âge de 5 et 11 ans sont concernées. 17 500 intradermoréactions (IDR) ont été effectuées par le service en 2001 dans les écoles sur la base du volontariat. Un refus sur deux a été enregistré auprès des

familles préalablement sollicitées. 326 IDR présentant un caractère anormal ont fait l'objet de signalement à la famille. 123 enfants sont venus consulter au centre EDISON ce qui a permis de déceler 85 primo-infections et 6 tuberculoses. L'enquête de proximité a permis de découvrir 2 autres cas.

Les enfants dont l'IDR est positive sont adressés au médecin traitant ou aux hôpitaux, mais il est apparu qu'un grand nombre d'enfants n'avaient pas de couverture sociale d'où l'ouverture d'une consultation gratuite au centre EDISON où les familles sont convoquées afin de déceler l'origine de la contamination par enquête de proximité et de les adresser aux hôpitaux pour le traitement.

Un logiciel en place au centre permet d'assurer le suivi des résultats des IDR et les relances aux familles.

Cette activité de contrôle de réactions tuberculiniques avant une éventuelle deuxième vaccination par le BCG mobilise tout un service médico-social. Les résultats obtenus en terme de pathologies découvertes sont relativement faibles. L'avis du Conseil supérieur d'Hygiène publique remettant en cause la deuxième vaccination par le BCG pose inévitablement le problème du devenir de ce service.

Compte tenu de cet avis, la mission estime que le maintien en l'état d'un service de contrôle de réactions tuberculiniques n'est pas justifié et que la réorientation de son activité vers des dépistages et des prises en charge beaucoup plus ciblées devrait être envisagée.

2.2.6 La syphilis à Paris

Les chiffres sont alarmants : en mai 2002, la progression de l'épidémie est exponentielle. Elle passe de 4 cas en 1998 à 139 en 2001 et pour six mois en 2002, 74 cas.

Bien qu'il n'y ait plus de déclaration obligatoire de la maladie, l'alerte est donnée par le centre de dépistage anonyme et gratuit de l'hôpital TARNIER, qui s'alarme du nombre élevé de consultants présentant des signes probants de l'affection. L'alerte mobilise les autorités sanitaires locales et nationales : la DASES, la DASS, la DGS et l'INVS.

Des études nord-américaines ayant montré que la recrudescence des maladies vénériennes précédait de trois années environ la recrudescence de la séropositivité au VIH, il est rapidement décidé de mettre au point une campagne de dépistage et d'éradication de la maladie. L'ensemble des cliniciens et les associations de prévention sont mobilisés dans le cadre de la campagne « alerte à l'épidémie de syphilis ». Les buts consistent à sensibiliser les praticiens au diagnostic et au traitement de la maladie, au dépistage et au traitement des partenaires, de déterminer les cas index et les lieux de contamination, de mener une action urgente dans les lieux de rencontre et de consommation sexuelle.

En conséquence, dans les 11 centres de la capitale, un dépistage de la syphilis anonyme et gratuit est proposé, les personnes dépistées positives reçoivent, dans les meilleurs délais, une injection de pénicilline. Parallèlement, dans les lieux de rencontre parisiens, de multiples actions de prévention sont conduites en direction des populations à risque concernées.

Cette recrudescence de la syphilis mais aussi des gonococcies interroge sur les causes de cette réapparition. Les spécialistes de ces questions et les milieux associatifs l'attribuent volontiers

au relâchement de la prévention dans les pratiques sexuelles. Le « journal de la démocratie sanitaire », publication de l'association ARCAT, supplément n° 146 de juin-juillet 2002, lance le titre : « Revenir à des pratiques sexuelles plus *safe*, il est grand temps » En effet selon la publication, dans les lieux de drague homosexuelle, le « safer sex¹ » a laissé la place au « nokpot² » suicidaire et meurtrier. L'auteur de l'article, le directeur d'Arcat, conclut à la nécessité « d'éradiquer radicalement la maladie ainsi que les pratiques sexuelles à risques qui propagent les infections sexuellement transmissibles et le sida ».

2.2.7 Les actions de prévention du VIH SIDA à Paris

La ville de Paris développe une action propre de lutte contre le SIDA en collaboration avec l'Etat, elle y consacre environ 5 M € Cette action s'appuie fortement sur des partenaires associatifs qu'elle cofinance.

3 CIDAG sont directement gérés par la ville et 8 CDAG (6 hospitaliers et 2 associatifs) contribuent au dépistage anonyme et gratuit. Plus de 22 000 consultations ont eu lieu en 2001. Un laboratoire d'immunologie de la ville analyse les prélèvements et transmet les résultats aux centres. Les CIDAG disposent en outre d'équipes médico-sociales qui peuvent aider les consultants dans leurs démarches.

Une équipe mobile d'information et de prévention santé (EMIPS) propose une information médicale et scientifique auprès des personnels en contact avec les populations vulnérables et les volontaires des structures diverses. Elle aide à élaborer des stratégies de prévention individuelles et participe aux actions de solidarité vis-à-vis des personnes contaminées. Elle intervient dans les milieux scolaires mais aussi auprès de publics isolés comme les malentendants, les malvoyants, les handicapés, les personnes précarisées et vivant en foyers d'hébergement.

Des tournées de « bus » distribuent des messages et du matériel de prévention et des incitent à venir dans les permanences sociales où des messages d'observance et de prévention sont dispensés. Des actions spécifiques sont organisées en faveur des jeunes, des étudiants et du milieu scolaire mais aussi en faveur des associations avec mise à disposition dans les « back rooms » de présentoirs, de dépliants, d'animateurs de prévention, et de remise de préservatifs avec les boissons. Dans ce même esprit de prévention, une charte des établissements de sexe a été élaborée. Les établissements hétérosexuels accepteraient moins facilement les messages de prévention.

Les associations intervenantes sont au nombre de onze, parmi elles six (Aides, CGL, le CRIPS, David et Jonathan, le Kiosque, le SNEG) mènent des actions locales financées ou cofinancées par les services de l'Etat. La plupart de ces actions consiste en information et distribution de matériel de prévention. Très peu ont développé des modalités d'intervention sous forme d'entretiens personnalisés par des intervenants formés dans un cadre précis. Très peu ont également mis en place des groupes de parole structurés. Les lignes téléphoniques de SIDA Info service et Ligne Azur complètent le dispositif d'intervention ainsi que des consultations de dépistage anonyme et gratuit.

¹ Sexe plus sûr.

² Prise de risque considérable.

Toutefois, selon les acteurs de terrain, le dispositif apparaît en difficulté : les outils de prévention, notamment les brochures, ne sont plus adaptés, les acteurs eux-mêmes témoignent de leur lassitude et de leur difficulté à définir des stratégies cohérentes pour répondre aux exigences des nouveaux publics.

La méthodologie utilisée dans le dispositif de prévention existant apparaît à ce jour dépassée, les équipes institutionnelles et associatives souhaitent élaborer des stratégies de prévention plus spécifiques en direction des communautés culturelles qui connaissent les plus fortes difficultés. Cela implique de créer des lieux de conseil, de consultation individuelle et de développer des espaces de parole.

2.3 D'autres départements, moins concernés par ces pathologies, ont fait le choix de déléguer leurs missions.

Certains départements affichent clairement d'autres priorités que celle de la lutte contre les pathologies transmissibles. Pour la mise en œuvre des actions de dépistage et de suivi entrant dans leurs compétences, ils s'appuient sur les établissements hospitaliers et/ou les associations.

2.3.1 dans l'Eure

Dans le département de l'Eure où la prévalence des maladies étudiées par la mission est faible, le dépistage des MST est confié par voie de convention aux établissements hospitaliers. Ceux-ci procèdent aussi au dépistage en faveur des détenus dans les centres pénitentiaires d'Evreux et de Val de Reuil. Le dépistage des MST est aussi proposé dans les centres de planification familiale qui sont en général situés dans les centres hospitaliers, toutefois cela représente un faible pourcentage des consultations (2 à 3 %).

L'Education nationale assure des opérations de prévention des MST et du SIDA de la 6^e à la fin de la scolarité. Un travail spécifique est mené sur les classes de 3^e d'un collège d'Evreux situé en ZEP. Ce travail qui concerne 120 élèves est conduit sous forme d'ateliers de « connaissance du corps, de partenaire idéal, de contraception, de distribution de préservatifs ». Au fil du temps, les réticences des parents se sont estompées et le succès auprès des élèves, malgré des sérieuses difficultés, a conduit à envisager l'extension de l'expérience à d'autres établissements.

L'Association ADISSA¹ de l'Eure pense que quels que soient les lieux d'intervention, il faut faire intervenir des professionnels de santé pour éviter les débordements. Par ailleurs, elle a constaté que ces rencontres permettent aux jeunes d'aborder leurs vrais problèmes de santé d'où la nécessité d'être compétent pour pouvoir répondre à leurs questions.

L'Association ASTER² intervient autour de la prévention du SIDA et regroupe des bénévoles. Les interventions concernent essentiellement les migrants et les jeunes ainsi que les détenus. Là encore le souhait de professionnalisation est fort pour les raisons évoquées ci-dessus. ASTER note un essoufflement dans la lutte contre le SIDA et un retour aux pratiques sexuelles non protégées. Elle estime indispensable de redonner une vision réaliste de la

¹ Association départementale d'insertion et de soins des addictions.

² Accueil sida toxicomanie entraide réinsertion.

situation du SIDA face à une vision euphorisée. Pour obtenir un tel résultat, elle propose de mettre en place une véritable démarche citoyenne, en lien avec les collectivités locales, de mener des actions de proximité afin de favoriser la prise de conscience individuelle.

Des actions d'information sont conduites par la CPAM notamment dans les milieux scolaires en association avec les médecins scolaires. Des dépliants sur le SIDA et les MST sont distribués avec les adresses utiles. Mais aux dires des intervenants « rien ne remplace le contact sur place » une expérience dans un quartier difficile de Pont-Audemer montre que peu de familles viennent spontanément à la consultation mais que le travail avec l'école maternelle, les assistantes maternelles, les éducateurs de rue sur des thèmes concrets intéresse les familles et les amène à fréquenter davantage la consultation. Dans le même esprit, une association de femmes relais médiatrices intervient à Evreux.

Pour la tuberculose, le service de vaccination prend en charge, dans les établissements scolaires, les IDR et les radios pulmonaires ainsi que le dépistage associé à la pratique des vaccinations obligatoires. Il intervient aussi, à la demande, dans les CHRS (Aurore à Evreux) et les foyers SONACOTRA implantés à Evreux, Vernon et Gaillon. Les foyers ont une clientèle peu stabilisée qui ne souhaite pas se présenter au dépistage même si la proposition leur en est faite lors du passage du service tous les 3 mois environ. Le service assure l'enquête de dépistage autour d'un cas lorsque l'hôpital n'a pu la faire (11 enquêtes en 2001).

Les déclarations obligatoires sont envoyées en double systématiquement au conseil général afin de limiter les délais de transmission qui prennent une semaine environ.

Des actions « Santé » sont menées dans les foyers SONACOTRA de Vernon, Gaillon et Saint Marcel sur la base des recommandations du CFES. Elles associent étroitement les équipes de chaque foyer, des intervenants sociaux de l'association ALFA, les services municipaux et départementaux, et la PAIO¹. L'action a consisté en entretiens avec les résidents, en une mobilisation des relais comme les employés des cafétérias. Les réunions attirent quelques dizaines de résidents selon les thèmes, d'où le rôle important de relais joué par l'agent de médiation et de vie sociale qui peut avoir un contact permanent avec les résidents. L'obstacle de la langue apparaît chaque fois, d'autant que les concepts de santé sont abstraits et se transmettent difficilement d'une langue à l'autre.

2.3.2 dans le Calvados

Avec l'arrivée importante de réfugiés et de demandeurs d'asile (près de mille à ce jour), l'épidémie de tuberculose redémarre dans le Calvados. Des cas de tuberculose résistantes sont signalés. Les populations concernées proviennent d'Afrique et des pays de l'Est. L'accueil est organisé conjointement par les services du conseil général et de l'Etat avec mise en place d'un guichet unique tenu par une association de demandeurs d'asile qui fournit de larges prestations et notamment permet de raccourcir les délais d'inscription à la CMU. Dans le même temps, la mise au point d'un protocole de prise en charge de santé est assurée. Enfin, l'association AMCE² localisée à « la Boussole » à Caen, accueille les personnes sans droits et organise des consultations médicales. L'accès aux soins est assuré par des travailleurs de rue et par une PASS³ implantée dans la clinique de la Miséricorde qui dispose d'infirmières de

¹ Permanence d'accueil, d'information et d'orientation.

² Association médicale contre l'exclusion.

³ Permanence d'accès aux soins qui regroupe la Croix-Rouge et la fondation Miséricorde.

rue. Le dispositif est opérationnel mais il intègre encore insuffisamment les travailleurs sociaux dont la présence est pourtant indispensable à son bon fonctionnement.

Les MST pourraient réapparaître avec le développement de la prostitution qui a les mêmes origines géographiques que les réfugiés. Un « bus » banalisé pour assurer des informations, des prélèvements et des soins est en projet. Aucun cas de syphilis n'est signalé.

La déclaration du SIDA est assurée à 90 % grâce à l'action énergique des responsables hospitalo-universitaires des maladies infectieuses. Un réseau qui regroupe les médecins hospitaliers de la région concernés se réunit régulièrement chaque mois et le CISI fonctionne avec 3 techniciens d'étude clinique qui traitent l'intégralité des dossiers. Une formation de formateurs est organisée pour les soignants et pour les personnels de l'éducation nationale.

Une large distribution de préservatifs est assurée par une association « D'Junes¹ » qui joue le rôle de grossiste ré partiteur-100 000 préservatifs sont distribués chaque année-. Dans le passé, trois poches de prévalence du SIDA sont apparues mais liées à la présence de centres pour toxicomanes, elles ont maintenant disparu.

Le CDAG et le DAV sont hébergés par le CHU. Ils reçoivent 3 000 consultants par an. Le nombre des consultants traités diminue régulièrement au cours des quinze dernières années et notamment au cours des années récentes où l'on passe de 243 cas en 1998 à 227 en 1999 puis 197 en 2000. Trois gonococcies ont été découvertes en 2001. Les services du département insistent auprès des élus pour qu'une vigilance soit maintenue. Il n'en reste pas moins que la demande de création d'un CDAG à Lisieux qui avait été demandé par les élèves des collèges et lycées, n'a pas eu de suite car il n'a pas été possible de mettre en place une permanence d'infirmières.

La plupart des MST sont traitées en médecine de ville, mais la difficulté majeure est que la contamination éventuelle d'autres partenaires n'est pas abordée.

Dans les centres de planification familiale, on oriente les jeunes femmes et les jeunes filles vers le DAV pour le dépistage des chlamydiae. Comme dans d'autres départements, les problèmes de fiabilité des examens de dépistage des chlamydiae est posé car il y beaucoup de faux positifs. L'étude faite par l'ANAES répondra peut-être à la question.

Depuis la fermeture du dispensaire antituberculeux en 1990, les IDR sont faites par le service d'hygiène de la ville de Caen et les radios sont effectuées par un service de médecine du travail qui dispose d'un camion. Le suivi du traitement est assuré par le médecin de ville ou l'hôpital. L'enquête autour d'un cas leur est aussi confiée sauf événements particuliers. C'est ainsi que trois séances de vaccinations ont été organisées pour les migrants arrivants et les demandeurs de secours.

Des informations sur la tuberculose sont faites dans les entreprises, dans les écoles, les collèges et les lycées.

Il n'existe pas d'association, sauf SIDA Accueil, soutenue par la mairie de Caen. Celle-ci intervient dans les écoles et a mis en place 2 « totems »².

¹ Dynamique Jeunes pour Une Nouvelle Ecoute Santé.

² Distributeurs automatiques de seringues.

L'ouverture d'une Maison des addictions (alcoologie, toxicomanie, médicaments et tabac) va renforcer le dispositif de prévention.

III. RECOMMANDATIONS

Les investigations sur sites menées par la mission n'avaient pas pour ambition de recueillir des informations représentatives de l'ensemble des dispositifs de prévention en matière de SIDA, MST et tuberculose. Elles visaient seulement à analyser les solutions mises en œuvre par quelques départements, très diversement concernés par les pathologies considérées, et à recueillir les observations des institutionnels locaux et de leurs partenaires associatifs sur le terrain.

Dans l'ensemble, la mission a constaté une mobilisation des partenaires satisfaisante. Elle a toutefois relevé des pesanteurs administratives et des insuffisances nuisant à l'efficacité des dispositifs existants. Elle préconise de faire porter les efforts sur les domaines suivants :

1. l'amélioration des systèmes de veille sanitaire et d'alerte en matière de tuberculose, de MST et de nouvelles contaminations par le virus du SIDA,
2. la simplification des recueils de données relatives aux MST et au SIDA,
3. l'harmonisation des pratiques de dépistage et de prise en charge,
4. le recours à des médiateurs communautaires pour optimiser l'accès au dépistage et au suivi au sein des communautés de migrants,
5. la relance de campagnes de prévention, plus ciblées sur les publics identifiés à risque, et le recours à des supports et des contenus de messages spécifiquement conçus pour ces publics,
6. la programmation des actions locales de prévention, dans un souci de garantir aux institutions comme aux associations la pérennité et les moyens,
7. le partenariat associatif, acquis capital de la politique de lutte contre le SIDA, qui doit être optimisé par le biais de l'évaluation d'actions locales, dont les expériences doivent être diffusées
8. enfin, dans tous les cas, la clarification des compétences respectives de l'Etat et des collectivités locales.

3.1 Le dispositif de surveillance des MST et de la tuberculose doit être renforcé

La persistance de la tuberculose et des MST dans la plupart des départements et des grandes villes visités par la mission, le récent relâchement des pratiques en ce qui concerne le VIH et les MST, les risques liés à l'afflux de certaines populations à risque plaident pour le renforcement du système de veille sanitaire.

La déclaration obligatoire, quand elle existe légalement, doit être maintenue. Pour les cas de tuberculose, elle devrait être adressée simultanément au service départemental et au service de l'Etat

Les services départementaux de prévention, dépendant des conseils généraux, doivent avoir les moyens de suivre les cas de tuberculose et de MST afin de repérer le nombre de patients traités et le nombre des patients « perdus de vue » et de conduire rapidement les enquêtes de proximité pour limiter les risques d'épidémie.

Proposition :

adresser systématiquement les DO de tuberculose :

- à la DDASS, à l'attention du médecin chargé du recueil et de l'envoi groupé à l'INVS,
- au conseil général à l'attention du médecin chargé de la lutte contre la tuberculose, afin que celui-ci diligente au plus vite l'enquête de proximité et s'assure de la prise en charge du malade.

Les médecins départementaux responsables, au sein de ces services de prévention, de la lutte contre la tuberculose et de la lutte contre les MST, doivent être bien identifiés par leurs partenaires respectifs, tant libéraux qu'associatifs ou hospitaliers¹. Ils doivent, notamment par voie de convention, établir des liens privilégiés avec les différents organismes susceptibles de prendre en charge les populations concernées : SAMU Social, établissements de moyen séjour, centres d'hébergement, structures de maintien à domicile, services ambulanciers...

Les relations entre les services départementaux de prévention et l'hôpital, où sont traités la quasi-totalité des cas de tuberculose, sont trop souvent empreintes d'une certaine confusion du fait de la multiplicité des intervenants hospitaliers et des lacunes dans les transmissions entre hôpital et services du département. Pour y remédier, l'exemple de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris paraît intéressant : un médecin référent pour la tuberculose est systématiquement désigné dans chaque hôpital ; il doit assurer la déclaration des cas observés dans l'ensemble des services et consultations de l'hôpital et est l'interlocuteur du médecin du conseil général pour toute situation délicate : enquête de proximité élargie dépassant les possibilités des équipes hospitalières, malade perdu de vue ou observance du traitement rendue difficile par des conditions de vie précaires...

Proposition :

Désigner dans chaque hôpital un médecin référent pour la tuberculose, interlocuteur du médecin responsable du conseil général et des responsables de dispensaires.

3.2 Un système d'alerte très réactif doit être mis en place

A ce jour, les systèmes de surveillance existant en matière de nouvelles contaminations par le SIDA ou par les MST n'ont pas la réactivité suffisante pour garantir une alerte rapide face à la survenue de cas groupés ou l'apparition de tendances épidémiologiques nouvelles.

Le constat unanime d'une importante augmentation des contaminations hétérosexuelles, notamment chez les femmes africaines, incite à une plus grande réactivité pour être à même d'adapter à temps les politiques de prévention, face à de telles évolutions dans l'histoire de la maladie. Les CDAG ont montré qu'ils étaient des lieux privilégiés d'observation et d'intervention sur l'épidémie de SIDA. Il en est de même pour les DAV en ce qui concerne

¹ Le médecin responsable de la lutte contre les MST dans le Val-de-Marne a ainsi établi un carnet d'adresses de tous les dispensaires antivénériens, centres de dépistage du SIDA et centres de planification, auxquels la population du département peut avoir accès.

l'observation des MST. Mais le système actuel de transmission de leurs données à l'INVS en retarde l'analyse d'au moins un an (délais de rappel, de transmission, de validation...).

Proposition :

Instaurer un réseau de CDAG-DAV sentinelles, en lien étroit avec l'INVS, qui accepteraient de recueillir en prospectif certaines informations épidémiologiques sur tous leurs consultants et de les transmettre à l'INVS selon une périodicité rapprochée (mensuelle ?)

3.3 Le rapprochement des centres et des activités CDAG/DAV qui obéit à une logique de santé publique doit être opéré

Avec des profils de clientèle et des stratégies de prévention voisines, la lutte contre les MST et la lutte contre le VIH doivent se faire conjointement. Le cloisonnement des structures de dépistage en matière de SIDA et MST paraît comporter plus d'inconvénients que d'avantages.

Proposition :

Les DAV et les CDAG doivent être décloisonnés et implantés dans les mêmes locaux ou dans des locaux voisins permettant des démarches de prévention-dépistage communes.

Or ces centres dépendent de deux tutelles différentes. Se pose dès lors la question de l'opportunité de les réunir sous une même tutelle dans un souci de simplification de leur gestion administrative et financière.

A cette proposition, qui fait l'objet de débats récurrents, la mission ne peut apporter de réponse univoque. A partir de l'observation des expériences de terrain, elle a fait le constat suivant qui l'incite à une réponse prudente et mesurée : les départements ou les grandes villes (Paris, Marseille) les plus préoccupés par les conséquences sanitaires de la grande précarité et/ou par les dérives de la société urbanisée (prostitution, clandestinité, toxicomanie, errance...) se sont investis fortement dans la lutte contre les MST mais aussi dans la prévention du SIDA et des difficultés sociales liées à cette maladie, dont la prise en charge est pourtant de la compétence de l'Etat. Dans les Bouches-du-Rhône, le Calvados, comme dans la plupart des départements de la petite couronne parisienne, le médecin du conseil général s'implique dans des actions de prévention MST-SIDA dont l'élaboration, le financement, la mise en œuvre et le suivi sont l'objet à tous les niveaux d'une concertation avec le médecin chargé du SIDA à la DDASS et, le cas échéant, avec le responsable municipal des actions de santé. Le risque est grand de faire régresser des organisations bien rôdées, bénéficiant du soutien efficace du conseil général.

Or, les services de prévention du conseil général, avec leurs équipes de travailleurs sociaux, d'éducateurs de rue, de PMI, de centres de planification implantés dans les quartiers sensibles, ont fait la preuve de leur expérience et de leur savoir-faire en matière d'actions de proximité. La tuberculose, souvent les MST et le SIDA, sont des affections dont la prévention passe par une proximité et une connaissance des spécificités des publics exposés.

Il demeure cependant qu'en termes de politique générale de santé publique, il appartient à l'Etat de définir les grandes lignes des actions à mettre en place. Par type de pathologie à risque, un cahier des charges devrait être élaboré. Dans la logique des constatations de la mission évoquées ci-dessus, l'Etat confierait, par voie contractuelle, aux départements ou à certaines grandes villes la mission de mettre en œuvre ce cahier des charges, qui pourrait faire l'objet d'adaptation aux spécificités locales. Le contrat préciserait les contributions financières de chacun des partenaires.

En ce qui concerne les départements qui ne souhaiteraient pas mettre en œuvre de telles politiques en raison d'une faible incidence de ces pathologies, et/ou qui feraient le choix d'autres priorités plus prégnantes, les services déconcentrés de l'Etat se substitueraient à eux en passant convention avec les dispensaires et établissements de santé existants et avec les associations concernées. Les services déconcentrés de l'Etat devraient, dans tous les cas, veiller à l'application du cahier des charges par les partenaires, afin de garantir la réalisation effective des principales missions de veille, dépistage et mise en œuvre des traitements.

proposition :

Clarifier les compétences respectives de l'Etat et des collectivités locales.
L'Etat définit les politiques générales en matière de MST, SIDA, et tuberculose et les met en œuvre sur le terrain, en déléguant, par convention, tout ou partie de ses missions aux départements et aux grandes villes qui souhaitent s'impliquer dans la lutte contre ces affections.

3.4 La réflexion sur les enjeux nationaux concernant les MST les plus préoccupantes doit être menée sans délais

L'opportunité du dépistage des chlamydiae, ses modalités d'application (on pourrait envisager par exemple de le proposer aux femmes de moins de 25 ans, dans tous les DAV, les centres de planification, en médecine universitaire...) et son remboursement doivent être étudiés à la lumière des conclusions du rapport de l'ANAES¹.

Pour ce qui concerne l'infection à papillomavirus, le test HPV pourrait être conseillé et le remboursement envisagé pour tout frottis douteux.

Proposition :

Les conséquences des infections à chlamydiae et à papillomavirus, l'opportunité de leur dépistage et du remboursement des tests correspondants doivent être évalués, selon les préconisations du rapport d'experts coordonné par l'ANAES.

¹ A paraître en février 2003.

3.5 Le recueil des informations relatives aux consultants des DAV et les stratégies de dépistage et de traitement des MST doivent être harmonisés.

La diversité de fonctionnement des consultations de dépistage et de soins des MST, sans coordination nationale ni même locale est vraisemblablement un obstacle majeur à une lutte efficace contre les MST. L'inflation des informations sur les caractéristiques des consultants sollicitées par l'INVS, la complexité des questionnaires imposés aux équipes des DAV-CDAG sont souvent signalées. Ces questionnaires leur paraissent trop complexes, parfois délicats à faire remplir par les intéressés et surtout mal adaptés à leurs besoins propres. Dans la mesure où les professionnels des DAV n'ont pas été préalablement consultés, ils conservent dossiers ou fiches d'accueil qu'ils utilisaient.

La simplification des questionnaires destinés à permettre à l'INVS d'exercer ses missions de surveillance est un préalable. Il faut aller plus loin et mettre à la disposition de l'ensemble des DAV et des consultations hospitalières de vénérologie un dossier commun minimum, quitte pour ceux qui l'estimeraient insuffisant -par exemple dans le cadre d'études spécifiques- à le compléter pour leurs besoins propres. Cette préoccupation d'un dossier commun, exprimée devant la mission par plusieurs responsables de DAV, ne s'arrête pas là. Ces médecins seraient favorables à la définition par un groupe d'experts, outre d'une méthodologie commune en termes de recueil d'informations, à l'utilisation généralisée de protocoles communs d'accueil des consultants et de stratégies diagnostiques et thérapeutiques.

Pour définir des outils de recueil et de suivi communs, une instance de coordination nationale, sous l'égide de la DGS, devrait regrouper l'INVS, des représentants des DAV et des experts en vénérologie et techniques de laboratoire. Cette instance serait chargée d'élaborer un cahier des charges applicable à l'ensemble des DAV et consultations de vénérologie, en termes de recueil et de transmission de données standardisées, de stratégies de dépistage clinique et biologique ainsi que de protocoles thérapeutiques.

Propositions :

- réunir au niveau national sous l'égide de la DGS, des experts responsables de DAV et l'INVS pour définir des objectifs communs en matière de : recueil d'informations, accueil des consultants, stratégies de dépistage et de traitement.
- élaborer et mettre en place un dossier commun pour les consultants MST.
- élaborer et faire valider par des équipes de DAV des protocoles communs de dépistage et de prise en charge.

3.6 La formation des professionnels et la diffusion de recommandations de bonnes pratiques pourrait relever d'un niveau de référence régional

La mission a pu constater la diversité des organisations choisies par les différents DAV et CDAG. Il apparaît que l'efficacité des prises en charge, dans un domaine qui touche à l'intimité de la personne et à une remise en cause de certains comportements privés, repose sur un dialogue singulier poussé, soutenu par des méthodes comme le « counseling ». Dans un

ouvrage récent¹, les auteurs insistent sur la nécessité de privilégier l'écoute de la personne séropositive ayant accès aux traitements antirétroviraux. Il leur apparaît nécessaire de donner à ces patients un lieu de parole au sein duquel ils peuvent parler de leur traitement mais aussi de la vie qui va avec. Ils sont convaincus de la nécessité d'une prise en charge globale médicale, psychologique, sociale et économique. La réussite des traitements suppose en effet une observance supérieure à 95 %. Enfin les auteurs insistent sur l'intégration de la prévention dans le trajet de soin du patient.

La diffusion de telles pratiques, la communication sur le risque, l'information sur les résultats d'études menées dans d'autres départements ou dans des pays connaissant les mêmes types de publics est nécessaire mais suppose des moyens dont ne disposent pas tous les départements. Ainsi, la mission a pu constater que le service départemental de lutte contre les MST et le SIDA des Bouches-du-Rhône, bien pourvu et très motivé, joue un rôle d'appui méthodologique et de conseil auprès des départements voisins, moins équipés.

Proposition :

Dans les régions où un grand département urbanisé côtoie de petits départements ruraux, moins exposés à ces contaminations mais néanmoins susceptibles de connaître des alertes, un niveau de référence régional et de partage des savoir-faire pourrait être envisagé.

3.7 Les écarts entre français et migrants en matière de contamination par le SIDA sont liés à des disparités importantes dans le recours au dépistage et à un traitement précoce

On peut considérer qu'en matière de politique de dépistage du VIH, la France est en avance sur la plupart des pays voisins. En population générale, chez les homosexuels et les toxicomanes, les efforts des campagnes de prévention semblent porter leurs fruits.

Par contre, les migrants sont de plus en plus touchés. 15 % des cas déclarés depuis le début de l'épidémie concernent des étrangers alors qu'ils ne représentent que 6 % de la population vivant en France.

Le principal problème est celui de l'accès au dépistage. 60 % des personnes migrantes n'ont connaissance de leur séropositivité qu'au stade SIDA. En outre, même celles qui en ont connaissance, ont plus faiblement recours à un traitement préSIDA que les Français dans la même situation. Nombreux sont les migrants, surtout les hommes, qui considèrent leur état de santé comme secondaire par rapport à la priorité du soutien économique à leur famille, souvent restée à l'étranger.

Proposition :

Le dépistage et l'accès précoce aux soins des personnes migrantes, et tout particulièrement des femmes africaines, doivent constituer une priorité dans la lutte actuelle contre le SIDA. Cette notion doit être intégrée dans des campagnes de prévention très ciblées.

¹ « Mettre en place une consultation d'observance aux traitements contre la VIH/SIDA » Catherine Tourette-Turgis et Maryline Rebillon éd Comment dire 2001.

3.8 Les actions de proximité doivent s'appuyer sur des associations généralistes et/ou spécialisées

Une pérennité nécessaire

Les associations rencontrées ont confirmé leur intérêt à collaborer avec les pouvoirs publics. Elles souhaitent, sauf actions très ponctuelles, une programmation pluriannuelle, afin d'éviter chaque année une perte de temps et d'énergie consacrée à renégocier les moyens. Certaines ont déploré les délais de paiement de l'Etat qui les contraignent au versement d'agios importants (20 % du montant des subventions allouées à Marseille).

Proposition :

Le premier acompte des subventions aux associations pourrait être versé par anticipation dès le début de l'exercice.

La programmation des actions menées en partenariat doit être améliorée et respectée.

La médiation par des pairs en milieu migrant

Le recours à des « pairs » (hommes et femmes relais) pour soutenir et dynamiser des actions de proximité est observé dans la plupart des départements visités par la mission. En Seine-Saint-Denis, il est initié dès les années 1980 pour vaincre la méfiance des usagers vis-à-vis des institutions, puis il se développe et se renouvelle avec l'arrivée continue de communautés ethniques différentes. Les femmes relais apparaissent dans presque tous les milieux d'immigration : Maghreb, Mali, Turquie, pays de l'Asie du Sud-Est. L'activité de ces médiatrices sociaux-culturelles se structure autour d'un travail d'accueil, d'accompagnement ou d'orientation des femmes ou des familles des quartiers.

Les personnes-relais assurent la traduction des codes culturels, des usages et mentalités françaises et étrangères. Elles font l'interface entre le professionnel et l'utilisateur et posent en quelque sorte le problème du pouvoir car elles représentent un tiers actif dans l'intermédiation. Elles jouent un rôle irremplaçable dans le domaine de la cohésion sociale qui est un des piliers fondamentaux de la politique de la ville¹. Toute politique de prévention et d'insertion passe nécessairement par ce relais indispensable.

Ainsi, en Grande-Bretagne, les responsables de santé publique s'appuient fortement sur les communautés ethniques pour l'élaboration et la mise en œuvre des actions : les projets de *healthy living centres* émanent, dans certains quartiers, des diverses initiatives des communautés ethniques coordonnées par le *primary care trust*. Les équipes de santé bénéficient de visiteurs de santé bilingues et la plupart des brochures d'information sont traduites en plusieurs langues. L'origine ethnique ou la pratique d'une langue étrangère peuvent être un des critères de recrutement des professionnels de santé dans des centres à clientèle multiculturelle

¹ La circulaire DGS du 26 avril 2000 souligne leur rôle dans la politique de la ville et vise à leur offrir un cadre professionnel stable et reconnu. Des actions de formation destinées à mettre en œuvre une dynamique de qualification sont entreprises avec l'Institut régional de travail social de Paris. Le cursus est de 280 heures.

Proposition :

- S'appuyer sur des hommes et femmes relais, issus de communautés ethniques diverses, pour faciliter l'adhésion de ces communautés à des dispositifs de prévention.
- Les inciter à participer à des formations en travail social.

3.9 Les supports de communication et le contenu des messages doivent s'adapter aux comportements des publics-cibles

L'impact du discours associatif est aujourd'hui réduit par rapport à la période d'apparition du SIDA. Il y a donc lieu de s'interroger sur le contenu des messages à faire passer dans l'opinion et de l'adapter en fonction des réalités locales. Au-delà de l'information généraliste qui a prévalu jusqu'ici, le contenu et les supports choisis pour les messages doivent prendre en compte les conditions de vie et les mécanismes comportementaux conduisant chaque public-cible à adhérer ou à rejeter tel ou tel dispositif de prévention¹. La connaissance de ces comportements et croyances passe par l'observation locale, au plus près de ces publics dans leur extrême diversité – jeunes de milieux sociaux différents, « nouveaux migrants », prostituées occasionnelles, errants... et suppose un patient travail d'approche et une continuité dans l'action.

Certes, il faut saluer les efforts de l'Institut national de promotion et d'éducation pour la santé (brochure d'information sur le SIDA traduite en 21 langues, affichettes et dépliants en langue arabe, espagnole et portugaise mis à disposition dans de nombreux dispensaires...). Néanmoins, les outils de communication doivent être diversifiés et offrir une alternative en dépassant l'obstacle de l'écrit. Les radios locales émettant des programmes à destination de communautés (Africa 1, radio-Caraïbes...) sont souvent des média bien plus utilisés que les cassettes, films ou brochures.

Proposition :

Diversifier les supports et les contenus des messages de prévention en recherchant une bonne adéquation au public cible.

3.10 Si le maintien en continu d'une information « généraliste » est toujours nécessaire, il convient de relancer parallèlement des campagnes plus ciblées sur les jeunes

maintenir en continu une information lisible par tous sur la prise de risque

Les associations ont critiqué le caractère trop timoré, à leurs yeux, des campagnes de lutte contre le SIDA. Elles souhaitent que les problèmes liés au SIDA soient abordés de manière plus directe et que les messages visent aussi bien les hétérosexuels à partenaires multiples que les homosexuels. Elles préconisent un langage accessible aux citoyens quelle que soit leur

¹ Une association de femmes-relais a signalé que les films de prévention contre le Sida montraient toujours des acteurs « blancs » et que les noirs ne se sentaient pas concernés ; désormais, certains films et affichettes mettent en scène des acteurs de couleur.

préférence sexuelle, visant à créer un déclic préventif auprès des jeunes générations n'ayant pas connu la période antérieure à l'apparition des traitements et à enrayer l'effet de lassitude face aux comportements préventifs pour les plus âgés¹.

C'est ainsi qu'une association des Bouches-du-Rhône suggère que l'on insiste sur les moments à risque en citant l'exemple des prostituées qui se protègent dans leur vie professionnelle mais oublient toute protection dans leur vie privée. Elle préconise aussi une meilleure accessibilité au préservatif féminin peu utilisé en raison de son coût élevé et du faible investissement des pharmaciens.

relancer des campagnes de prévention en direction des jeunes

Dans le cadre des politiques d'éducation à la santé, des actions spécifiques doivent être menées à leur intention, animées par des professionnels rôdés à l'exercice et aptes à apporter des réponses documentées à des questions précises. Il n'est pas toujours facile d'être explicite tout en évitant de banaliser, ou à l'inverse de stigmatiser, les expériences sexuelles précoces ou successives avec des partenaires différents ou encore les conduites homosexuelles.

La mission insiste pour que les efforts entrepris par l'Education nationale en matière d'éducation sexuelle soient maintenus et renforcés. Les actions d'information devraient être soumises à un cahier des charges spécifique, élaboré sur la base d'évaluations qualitatives (et pas seulement quantitatives comme c'est souvent le cas) des actions antérieures.

Les difficultés rencontrées antérieurement à l'occasion de séances d'information sur les mêmes domaines doivent être analysées (réticences voire hostilité des parents, crainte d'effet incitatif que peuvent générer ces informations sur un public scolaire très inégalement averti, sujets tabous insurmontables à exprimer pour certaines jeunes filles en classe mixte...).

Proposition :

Relancer sans cesse l'information sexuelle sur les comportements à risque auprès des jeunes, sur la base des enseignements tirés des précédentes expériences d'information.

Dr Anne-Chantal ROUSSEAU-GIRAL

Eric SCHMIEDER

¹ Contributions d'ELCS, d'ARCAT SIDA, d'AIDES, d'ACT UP au rapport d'évaluation du CGP.

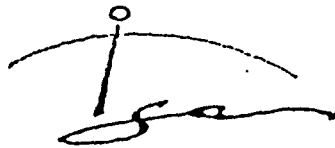
ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Lettre de mission.

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées.

**ANNEXE N° 1 :
Lettre de mission.**



Inspection générale des affaires sociales

23 JUL. 2002

MCBG/DB

Chef de Service

**La chef de l'Inspection générale
des affaires sociales**

à

**Anne-Chantal ROUSSEAU
Inspectrice générale
Eric SCHMIEDER
Inspecteur général**

OBJET : la prévention sanitaire en matière de maladies infectieuses : sida et MST

Code mission SA/RA/SA n° 20020177

Je vous prie de bien vouloir effectuer la mission citée en objet, qui s'inscrit dans le cadre des missions préparatoires au rapport annuel de l'IGAS 2003 consacré aux politiques de prévention sanitaire.

Marie-Caroline BONNET-GALZY

Copies : *Hélène STROHL*
Michel GAGNEUX

ANNEXE N° 2 :
Liste des personnes rencontrées.

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

administration centrale :

Madame le Dr Le Quellec-Nathan, sous directeur
Madame le Dr Le Long, chef de bureau
Monsieur le Dr Bernard Basset, sous-directeur « Santé et Société »
Madame le Dr Crémieux, chef de bureau

institut national de la veille sanitaire :

Madame le Dr Anne Laporte
Madame le Dr Véronique Goulet

ANAES

Madame le Dr Roseline Delaveyne
Madame Nathalie Préaubert

Ville de Paris (DASES)

Monsieur le Dr Houette, conseiller technique médical
Monsieur Eric Callet, chef de bureau
Monsieur Xavier Bouchet-Pilon
Madame Marcelle Delour, chef du bureau PMI et Planification

-Centre EDISON

Madame le Dr Larnaudy
Monsieur le Dr Ayache
Monsieur le Dr Anthoun

- DAV Hôpital Tarnier

Monsieur le Pr Nicolas Dupin

- DAV Hôpital Bichat

Monsieur le Pr Jannier

- DAV Institut Alfred Fournier

Monsieur le Dr Halioua

DASS de Paris

Monsieur Philippe Coste, directeur
Madame Rauturier, inspecteur

Conseil général des Hauts de Seine :

Madame Hesse-Germain, directeur
Madame le Dr Ménager
Madame le Dr Siavelis

-Foyer SONACOTRA de Boulogne

Madame Sylvie Lefèvre, directeur du Foyer
 Monsieur le Dr Nicolas Boo
 Madame le Dr Anne Codoux
 Madame Bénédicte Bruggemann, infirmière
 Monsieur le Dr Ridha Nouiouat de l'Association Migrations Santé France

Conseil général du Val de Marne :

Monsieur Yves Talhouarn, directeur général adjoint
 Madame Michèle Créoff, directeur de l'Enfance et de la Famille
 Madame le Dr Francine Migliorini, directeur des Interventions de Santé
 Madame le Dr Christine Poirier, chargée de la pneumologie et de la tuberculose
 Madame Jacqueline Rondepierre, psychologue à la mission SIDA
 Madame le Dr Marie-Claude Le Roux, chargée de la PMI

Conseil général de la Seine-St-Denis :

Madame Sacuto, directeur de la Prévention et de l' Action sociale
 Monsieur le Dr Bereski chargé de la Prévention

Département de l'Eure

-direction départementale des affaires sanitaires et sociales

Madame Taillandier, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales
 Madame le Dr Chastan, MISP

-conseil général

Madame Delaporte de la direction Enfance et Famille du Conseil général
 Madame le Dr Claire Azard, chargée de la PMI
 Madame le Dr Silighiny, médecin de santé scolaire
 Madame Catherine Caillat, chargée du secteur Santé-Social à la CPAM
 Madame Alighi de l'association ASTER
 Madame Hotte de l'association ADISSA
 Monsieur Collec de l'association ADISSA

Département du Calvados

-direction départementale des affaires sanitaires et sociales

Monsieur le Dr Piednoir, médecin inspecteur général, chargé de mission SIDA
 Monsieur le Dr Meunier, directeur adjoint à la DDASS du Calvados

-conseil général

Madame le Dr Anne Blondel, chargée de la lutte contre la Tuberculose au conseil général
 Monsieur le Pr Leroy, dermatologue responsable du CDAG et du DAV départemental à Caen

Département des Bouches du Rhône

-direction départementale des affaires sanitaires et sociales

Monsieur Serge Delheurs, directeur départemental
 Madame le Dr Sanquer, MISP chargée de mission SIDA
 Madame le Dr Bensadoun, MISP chargée des prisons
 Monsieur le Dr Charlet, MISP chargé de la veille sanitaire

-conseil général

Madame le Dr Chaudoreille, directeur des Actions de Santé au Conseil général

Madame le Dr Azas, chargée la lutte contre la tuberculose
Madame le Dr Vernay-Vaysse, chargée de la lutte contre les MST
Madame le Dr Erny, chargée de la planification familiale

Madame le Dr Gaunet-Escarras, adjoint au maire de Marseille
Monsieur le Dr Toubiana, chargé de la lutte contre le SIDA à la mairie de Marseille

Associations

- Sida info service
- EMIPS
- Chrétiens-SIDA
- Autre regard
- AIDES Marseille
- Solidarité Enfants SIDA
- Santé Baumettes Action
- ELF (égalité, liberté, fraternité)
- ASUD (autosupport des usagers de drogue)
- ACCES (action pour la citoyenneté et accès à la santé)
- Association de femmes-relais de Villemomble (93)

**Observations/remarques de l'Institut national
de veille sanitaire (INVS) en date du
28 mars 2003.**



INSTITUT DE
VEILLE SANITAIRE

Le Directeur Général

Dir/GB/FL/2122002

Personne chargée du dossier : Jean-Claude DESENCLOS

Tel : 01 41 79 67 25

Inspection Générale des Affaires Sociales
- 4 MAR 2003
N° 301

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Saint - Maurice, le 28 mars 2003

copie
AC Rom Gsd
E sch. ede
A Gajour
H Stuhl

Inspection Générale des Affaires Sociales
Marie Caroline BONNET-GALZY
25/27, rue d'Astorg
75008 PARIS

Madame,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint une analyse de votre rapport sur la prévention sanitaire des maladies sexuellement transmissibles, du sida et de la tuberculose.

D'une manière générale, nous partageons votre analyse et vous proposons des remarques de forme et quelques remarques générales qui renforcent ou complètent vos recommandations.

Vous en souhaitant bonne réception, je vous prie d'agréer, Madame, l'assurance de ma considération distinguée.

Gilles BRÜCKER

Analyse du Département Maladies Infectieuses, Institut de Veille Sanitaire sur le rapport de l'IGAS sur la politique de prévention sanitaire des maladies sexuellement transmissibles, du Sida et de la Tuberculose

Globalement nous partageons l'analyse de la mission de l'IGAS et les recommandations. Une approche intégrée et multidisciplinaire est souhaitable. Elle doit permettre de rapprocher l'activité de soin (diagnostic et traitement précoce de la tuberculose et des IST qui outre guérir le patient est l'élément fondamental du contrôle de la transmission), de dépistage (autour d'un cas pour la tuberculose et des partenaires pour les IST), la prévention et la surveillance qui ne peut exister au niveau national et guider la prévention et l'évaluer que si les cliniciens et laboratoires se sentent impliqués et disposent de moyens et d'orientation en terme de politique de santé sur ce sujet au niveau national. Par ailleurs un effort important de formation, notamment dans le domaine de la prise en charge, prévention, épidémiologie et recherche dans le domaine des MST est nécessaire. Sur les MST, en France le nombre d'épidémiologiste réellement actif sur ce thème est très restreint et il n'y a quasiment pas eu de renouvellement (sauf à l'InVS où 2 postes ont été créés sur ce sujet depuis 2 ans)

Infections sexuellement transmises

Sur le plan général

- IST plutôt que MST
- Dire quelque part que la notification du VIH est effective depuis le 29 janvier 03 (introduction ou résumé ou note de bas de page)
- Dans les stratégies de contrôle, on parle de dépistage précoce mais pas des partenaires, il faudrait le rajouter. Le dépistage des partenaires est un élément fondamental scientifiquement démontré de l'efficacité d'un programme de contrôle des IST, particulièrement pour la syphilis et la gonococcie. La question qui se pose est de le mettre en place en respectant le droit des personnes. Des stratégies, alternatives à la « classique notification de partenaires » le droit des personnes existent et méritent d'être évaluées. Une étude conjointe INSERM-InVS financée par l'ANRS est actuellement en cours sur ce sujet.
- Insister sur la formation des intervenants à la spécificité de la prise en charge, de la prévention et du contrôle des IST. En particulier sur les techniques diagnostiques, les traitements recommandés qui évoluent en fonction de celle de la sensibilité des agents des IST aux anti-Infectieux, l'approche d'une personne atteinte d'une IST (entretien sur les pratiques sexuelles, les partenaires, leur dépistage...), le dépistage des partenaires, l'épidémiologie, la dynamique de transmission et les stratégies de contrôle les plus efficaces

Chapitre 1.4.1.3

La périodicité du recueil des DAV n'est pas systématique. L'InVS a fait 2 enquêtes ponctuelles sur les infections à gonocoques dans les DAV en 1999 et 2000.

La lecture du rapport donne l'impression que le réseau Sentinelle est le seul et le meilleur système. Il est complémentaire des autres réseaux de surveillance de l'InVS. Il a l'avantage de cibler la population générale via des médecins généralistes. Il a de nombreuses faiblesses : il ne cible que les hommes, les uréthrites dont la définition est très large (une proportion importante des uréthrites rapportées n'a pas d'écoulement), ne fournit que très peu d'information sur le germe en cause, contient beaucoup de données manquantes et manque de sensibilité. Si un effort de recrutement de médecin via le réseau social a eu lieu au début de 2002, l'effet a été de très courte durée puisque la participation hebdomadaire des médecins sentinelles est restée en deçà de 100 par semaine pour une très grande partie de l'année 2002 (cf document joint extrait du rapport sentinelle 2002). Le système

de surveillance qui a le plus de réactivité est RENAGO puisque c'est celui qui a le premier détecté l'augmentation des gonococcies en 1998 et permis de caractériser la population touchée.

Chapitre 3.2

Il y a une confusion sur le mot alerte dans le rapport. On a l'impression que les auteurs utilisent ce terme comme pour les alertes de type alimentaire ou la méningite pour lesquelles des mesures immédiates doivent être mise en œuvre autour de chaque cas. Pour les IST il s'agit plutôt d'identifier rapidement les populations où la transmission est plus importante et surtout dans lesquelles elle est en augmentation. Certes une transmission hebdomadaire est préférable à une transmission mensuelle, mais une transmission mensuelle effective, c'est à dire faite réellement chaque mois par les structures qui voient les malades, une saisie en temps réel des informations, une analyse chaque mois et un retour d'information très rapide est tout à fait suffisant pour atteindre cet objectif. Plus qu'une transmission hebdomadaire des informations c'est le fonctionnement de l'ensemble de la chaîne qui permet d'être réactif. Il faudrait surtout simplifier le circuit en utilisant les outils informatiques, ce qui implique un minimum de ressources matérielles et humaines au niveau des structures de prise en charge (consultation spécialisée, DAV, laboratoires...). Sachant que les moyens disponibles et alloués sont très insuffisants ne serait-ce que pour la prise en charge des patients il est souvent difficile pour ces structures de contribuer efficacement à la surveillance.

Chapitre des propositions

Les points 3.2/ 3.3 /3.5 sont des propositions indissociables les unes des autres mais la proposition du point 3.5 (programme commun et structures communes pour DAV/cdag) devrait intervenir en premier. On propose 3.5 puis 3.3 puis 3.2 (logique temporelle)

Tuberculose

Page 36 – fin du premier paragraphe

Il n'existe pas réellement d'observatoire départemental des résistances. Le CNR collige les cas MDR auprès de laboratoires de Seine-Saint-Denis comme partout ailleurs en France.

Page 44 – deuxième paragraphe

Incidence Paris en 1993 : $60,6/10^5$ – Incidence Paris en 1994 : $53,1/10^5$. En dehors de l'incidence Paris, il faudrait préciser qu'il s'agit de l'incidence nationale. Il peut y avoir une confusion.

Page 45 – deuxième paragraphe

Le logiciel de suivi est utilisé dans trois hôpitaux de l'APHP (+ Bichat). Ce logiciel n'est pas axé sur la DOT, mais permet de s'assurer que le traitement est correctement suivi.

Page 46 – premier paragraphe

Les 123 enfants venus consulter au Centre EDISON ne proviennent pas en grande majorité du dépistage systématique à l'école. Une récente analyse des données du service de vaccination demandée à l'InVS a permis d'estimer que sur les 123 enfants, seuls deux cas de tuberculose proviendraient du dépistage à l'école. La majorité des enfants suivis proviennent de dépistage chez des primo-arrivants ou d'une enquête autour des cas de tuberculose.