



EHESP

Médecin Inspecteur de Santé Publique

Promotion : **2013-2014**

Date du Jury : **25 Septembre 2014**

**Prévention et dépistage des IST -dont
le VIH- en direction des hommes ayant
des relations sexuelles avec des
hommes: état des lieux et
perspectives dans la région
Languedoc-Roussillon**

Mathilde MELIN

Remerciements

- A toutes les personnes qui ont volontiers participé aux entretiens de ce travail
- A l'ensemble de la filière MISP de l'EHESP, en particulier Madame Françoise FALHUN, toujours disponible et particulièrement investie dans notre suivi individuel
- A Madame Marie-Elisabeth COSSON et Monsieur le Docteur Christian BAILLY pour leur regard critique dans la rédaction de ce travail
- A mes collègues de promotion MISP et PHISP, avec qui j'ai eu la chance de partager cette année de formation
- A Anne-Marie, Catherine, Lidiana et Vincent pour l'aide médicale d'urgence
- Aux agents de l'ARS Languedoc-Roussillon pour leur accueil et leur disponibilité, en particulier les Docteurs Dominique Bouillin, Béatrice Broche, Farhad Entezam, Agnès Fraïssé, Jean-François Razat, Carole Salvio, Eric Schwartzentruber et Axel Wiegandt
- A l'ensemble de la Cire Languedoc-Roussillon pour tout ce que vous m'avez appris et votre bonne humeur
- A mon maître de stage Monsieur le Docteur Cyril ROUSSEAU pour ses conseils, son investissement, et le suivi de ce travail, même de Saint Martin
- A Morgane, Erwan, Clémence, Jeanne et Angèle, pour les soirées crêpes et autres dîners familiaux
- A mes parents

- A Malo, Guérolé et Gael, pour votre soutien, votre patience, votre apprentissage des mails et de skype

- A Alex, pour tout

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
Objectifs du mémoire.....	2
1 MATERIELS ET METHODES	3
1.1 Revue de la littérature	3
1.2 Données de suivi des infections VIH en Languedoc-Roussillon	3
1.2.1 Données issues de la déclaration obligatoire des infections à VIH (DO VIH)..	3
1.2.2 Surveillance des sérologies VIH (Labo VIH).....	3
1.2.3 Estimation du dépistage VIH en CDAG	4
1.2.4 Tests Rapides d’Orientation Diagnostique associatifs.....	4
1.3 Données de suivi des IST en Languedoc-Roussillon	4
1.3.1 RésIST	4
1.3.2 Autres IST	4
1.4 Indicateurs des habitudes de vie en Languedoc-Roussillon	5
1.4.1 Enquête Baromètre santé 2010	5
1.4.2 Enquête Presse Gays et lesbiennes 2011 en Languedoc-Roussillon	5
1.5 Entretiens semi-directifs	5
1.6 Analyse des données recueillies	6
2 RESULTATS	6
2.1 Evolution récente des IST/VIH en région Languedoc-Roussillon.....	6
2.1.1 Dispositifs de surveillance de l’infection VIH.....	6
2.1.2 Dispositifs de surveillance des syphilis et gonococcies	13
2.1.3 Indicateurs des habitudes de vie observées en Languedoc-Roussillon	16
2.1.4 Perceptions des acteurs de terrain	17
2.2 Prévention des IST/VIH, en population générale et auprès des HSH	20
2.2.1 Les actions de prévention	20
2.2.2 Les difficultés rencontrées en prévention	21
2.2.3 Les propositions d’amélioration	23
2.3 Dépistage des IST/VIH, en population générale et auprès des HSH	25

2.3.1	Les CDAG-CIDDIST.....	25
2.3.2	Utilisation des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD).....	25
2.3.3	Les pistes d'amélioration du dépistage	26
2.4	Les politiques de lutte contre les IST dont le VIH	27
2.4.1	Propositions de modifications du dispositif de lutte contre les IST/VIH.....	27
2.4.2	Au niveau régional.....	28
3	DISCUSSION	31
3.1	Augmentation des IST/VIH en Languedoc-Roussillon.....	31
3.2	Prévention des IST dont le VIH.....	33
3.3	Dépistage du VIH.....	34
3.4	Politiques de lutte contre les IST/VIH	35
3.5	Analyse de l'activité menée	35
3.5.1	Contraintes et limites	36
3.5.2	Éléments facilitateurs	37
3.5.3	Activité menée et compétences du Médecin Inspecteur de Santé Publique..	38
4	CONCLUSION ET PROPOSITIONS.....	39
	Bibliographie.....	43
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AIDS :	Acquired Immunodeficiency Syndrome
BDSP :	Banque de Données en Santé Publique
CD4 :	lymphocyte T 4
CDAG :	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CIDDIST :	Centre de Diagnostic et de Dépistage des IST
Cire :	Cellule de l'InVS en Région
CLS :	Contrat Local de Santé
CNS :	Conseil National du Sida
COREVIH :	Comité de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSAPA :	Centres de Soins d'Accompagnement et Prévention en Addictologie
DGS :	Direction Générale de la Santé
DO :	Déclaration Obligatoire
ENIPSE :	Equipe Nationale d'Intervention et Prévention en Santé
EPGL 2011 :	Enquête Presse Gays et Lesbiennes 2011
FNPEIS :	Fond National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire
HSH :	Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes
IDF :	Ile-de-France
INPES :	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
InVS :	Institut de Veille Sanitaire
IST :	Infections Sexuellement Transmissibles
LGBT :	Lesbiennes, Gays, Bi, et Transsexuels
LR :	Languedoc-Roussillon
MDPH :	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MISP :	Médecin Inspecteur de Santé Publique
MSM :	Men who have Sex with Men
PMA :	Procréation Médicalement Assistée
Prep :	Prophylaxie Pré Exposition
SMIT :	Service hospitalier de Maladies Infectieuses et Tropicales
SNEG :	Syndicat National des Etablissements Gays
TPE :	Traitement Post Exposition
TROD :	Tests Rapides d'Orientation Diagnostique
UDI :	Usage de Drogue Intraveineuse
URPS :	Unions Régionales des Professionnels de Santé
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

En France, environ 6400 personnes ont découvert leur séropositivité au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en 2012 (1). On estime que 150 000 personnes vivaient avec le VIH en France, 20% d'entre elles l'ignoraient (2, 3). L'infection au VIH demeure un problème prioritaire de santé publique, particulièrement parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) pour qui le taux d'incidence annuel est 200 fois supérieur à celui de la population hétérosexuelle française (4, 5).

Les autres infections sexuellement transmissibles (IST), telles que la syphilis, la gonococcie, la lymphogranulomatose vénérienne, les infections à chlamydia, papillomavirus, herpès simplex ou bien encore l'hépatite B, sont en augmentation depuis plusieurs années (1). Certaines IST peuvent augmenter le risque de grossesse extra utérine, de stérilité ou de cancer du col de l'utérus. La syphilis et l'infection à gonocoque majorent le risque de transmission du VIH (4).

Un plan national a donc été élaboré pour lutter contre le problème majeur de santé publique que sont les IST/VIH en France (4). Ce plan a été conçu de manière à faciliter la déclinaison régionale des orientations et stratégies nationales IST/VIH par les Agences Régionale de Santé (ARS), en fonction de leurs données épidémiologiques et des spécificités régionales.

Ainsi, dans le Sud Est de la France, la région du Languedoc-Roussillon (LR) comprend 5 départements : l'Aude, le Gard, l'Hérault, la Lozère et les Pyrénées Orientales. A l'exception de la Lozère, tous sont situés sur le littoral méditerranéen. La population y est inégalement répartie : l'Hérault, le Gard et les Pyrénées Orientales ont une forte densité de population, tandis que celle de l'Aude est modérée et que le département de la Lozère comprend moins de 80 000 habitants. Par ailleurs les particularités géographiques comme le massif des Cévennes ou les hauts cantons de l'Hérault sont susceptibles d'isoler relativement certains bassins de vie (Annexe I).

Dans la région LR, des cliniciens et des centres de dépistage ont alerté l'ARS en 2012, après avoir observé une recrudescence des découvertes d'infections au VIH et des cas de syphilis. Les HSH semblaient très principalement concernés.

L'ARS LR a donc saisi l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), afin de bénéficier d'un appui méthodologique de la Cellule de l'InVS en Région (Cire), et d'établir un diagnostic épidémiologique actualisé de cette situation.

Dans sa réponse, l'InVS a indiqué que les données étaient en faveur d'une augmentation des infections à VIH dans la région en 2011. Les données consolidées n'étaient pas encore disponibles pour permettre de confirmer le phénomène en 2012. De même,

concernant les cas de syphilis, une progression a été observée en 2012. Ces deux infections ont été principalement constatées chez les HSH.

Par ailleurs, des comportements sexuels plus à risque que dans les autres régions ont été rapportés parmi les HSH du LR (6). Enfin l'émergence de pratiques de consommation de substances psycho-actives a été évoquée (7). Ces pratiques pouvant potentiellement contribuer à la transmission des IST dont le VIH (8-10), l'InVS a préconisé de poursuivre des travaux complémentaires d'investigation du phénomène sous le pilotage de la Cire LR. Afin de décrire les comportements exposant au risque d'IST dont le VIH dans la région, une enquête multicentrique pilotée par la Cire a ainsi été organisée dans les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) du LR. Cette étude devrait permettre d'inclure 5000 participants sur une période de 4 mois. Les résultats sont attendus fin 2014.

Objectifs du mémoire

Objectif général

Compte tenu de ce contexte, l'objectif général de ce mémoire est de réaliser un état des lieux actualisé concernant les IST dont le VIH en région LR pour permettre l'émergence de pistes de réflexions adaptées à la situation locale.

Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont :

- Analyser les données épidémiologiques récentes des infections à VIH et des autres IST dans la région LR.
- Décrire les connaissances et les perceptions des acteurs de terrain en matière de prévention, de dépistage et de politiques de lutte contre le VIH et les autres IST.
- Proposer des adaptations du dispositif existant afin de permettre l'adéquation entre besoins locaux et offre de services existante, par rapport aux nouvelles données.

1 MATERIELS ET METHODES

La réalisation de ce travail a débuté par une revue de la littérature, suivie d'une analyse épidémiologique des données récentes relatives aux IST/VIH. Des entretiens avec divers acteurs de ces problématiques ont permis d'obtenir des données qualitatives.

1.1 Revue de la littérature

Afin de mieux cerner la problématique des IST et du VIH en région LR, une recherche bibliographique a été effectuée en utilisant le moteur de recherche Google et les bases de données Pub-Med, Cochrane et BDSP. Les mots clés utilisés étaient : VIH, SIDA, AIDS, infections sexuellement transmissibles, syphilis, gonocoque, homosexualité, HSH, MSM, drogues de synthèse, dépistage, prévention, santé sexuelle, sexual health. Le logiciel EndNoteX7 a permis la synthèse de la bibliographie.

1.2 Données de suivi des infections VIH en Languedoc-Roussillon

Comme préconisé par l'InVS dans sa réponse à la saisine de l'ARS LR, les données récentes relatives aux infections VIH dans la région ont été actualisées.

1.2.1 Données issues de la déclaration obligatoire des infections à VIH (DO VIH)

La déclaration des infections à VIH est obligatoire depuis 2003. Les délais de déclaration peuvent être longs et l'exhaustivité des déclarations est variable selon les régions (72% en LR en 2012), ces données doivent donc être interprétées avec précaution (11).

Pour la réalisation de ce travail, les données récentes DO VIH de la région LR ont été transmises par l'InVS. Il s'agit des données de l'année 2012 corrigées pour les délais et redressées pour la sous-déclaration. Elles ont été exploitées sous Microsoft® Excel®.

Compte tenu des taux de découvertes de séropositivité VIH particulièrement élevés dans les départements français d'Amérique et en Ile-de-France (IDF), il a été décidé de comparer les données de la région LR à celles de la France Métropolitaine hors IDF.

1.2.2 Surveillance des sérologies VIH (Labo VIH)

L'enquête Labo VIH permet d'évaluer l'activité de dépistage du VIH de l'ensemble des laboratoires de ville et hospitaliers (y compris CDAG, à l'exclusion des sérologies réalisées par l'Etablissement Français du Sang). Les données estimées de l'activité de dépistage du VIH (Labo VIH) dans la région ont été mises à disposition par l'InVS pour l'année 2012. Leur exploitation a été réalisée avec le logiciel Microsoft® Excel®.

1.2.3 Estimation du dépistage VIH en CDAG

Compte tenu des délais, les rapports 2013 d'activité des CDAG, non encore totalement finalisés au moment de l'analyse épidémiologique de ce travail, n'ont pas pu être exploités. En revanche, à notre demande, l'ensemble des CDAG de la région a transmis les données 2013 relatives au nombre de sérologies VIH réalisées, au nombre de sérologies positives, au nombre de Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) réalisés et au nombre de TROD positifs. Les TROD étant des tests capillaires de dépistage du VIH, réalisés par des personnes habilitées -non obligatoirement professionnels de santé- et permettant l'obtention d'un résultat en une trentaine de minutes. Autorisés depuis 2010, ils facilitent les actions hors les murs (12).

1.2.4 Tests Rapides d'Orientation Diagnostique associatifs

Quatre associations ont été agréées par l'ARS pour effectuer des TROD, pour une expérimentation de 2010 à 2013, pilotée par la Direction Générale de la Santé (DGS). Le bilan de cette expérimentation TROD est en cours mais les données de l'association AIDES nous ont été transmises à notre demande.

1.3 Données de suivi des IST en Languedoc-Roussillon

1.3.1 RésIST

Le réseau de cliniciens RésIST est piloté par la Cire LR depuis 2009 (13) ; il comprend constamment l'ensemble des CIDDIST (Centre de Diagnostic et de Dépistage des IST) et CDAG, et la totalité des services hospitaliers de maladies infectieuses et tropicales (SMIT) de la région ainsi que des cliniciens volontaires en nombre variable. Les données RésIST ne sont donc absolument pas exhaustives mais permettent de suivre les tendances des infections à syphilis et gonocoque dans la région LR et de s'affranchir de la variation des déclarants lorsque les seuls sites constants sont pris en compte. Les résultats consolidés pour l'année 2012, ainsi que l'estimation des données 2013 pour l'ensemble du réseau et les centres constants ont été recueillis par une épidémiologiste de la Cire LR, puis utilisés pour compléter les données RésIST déjà exploitées.

1.3.2 Autres IST

Au vu des délais impartis et du vaste domaine d'investigation, il a été volontairement choisi de ne pas traiter des hépatites B et C à transmission sexuelle.

De façon générale, le suivi des tendances des infections à syphilis, gonocoque et VIH a été considéré comme permettant d'approcher de façon globale la question de la dynamique de transmission de l'ensemble des autres IST.

1.4 Indicateurs des habitudes de vie en Languedoc-Roussillon

Compte tenu des comportements à risque évoqués par l'InVS dans sa réponse à la saisine de l'ARS LR, des données régionales ont été recherchées.

1.4.1 Enquête Baromètre santé 2010

Les analyses régionales de l'enquête Baromètre santé 2010 de l'INPES (14), ont permis la comparaison des habitudes de consommation de substances psycho-actives dans la région LR, par rapport aux habitudes de l'ensemble de la métropole.

1.4.2 Enquête Presse Gays et Lesbiennes 2011 en Languedoc-Roussillon

Les enquêtes effectuées depuis 1985 dans la presse Gay permettent d'évaluer les comportements des HSH. Les répondants de l'Enquête Presse Gays et Lesbiennes 2011 (EPGL 2011) (6) étaient domiciliés en LR dans une proportion de 4%. Les résultats d'EPGL 2011 analysés par l'InVS ont donc permis une comparaison des habitudes des répondants de cette région et des habitudes alléguées par les répondants des autres régions de France.

1.5 Entretiens semi-directifs

Des entretiens semi-directifs ont été menés en face-à-face auprès de vingt-neuf acteurs de terrain ou institutionnels (Annexe V). Une grille préétablie (Annexe II) a permis d'analyser les propos recueillis en matière de contribution à la lutte contre les IST/VIH, perception de l'évolution régionale de ces infections, et opinions relatives aux dispositifs de prévention et dépistage existants. Ces entretiens ont duré de trente minutes à deux heures. Afin de favoriser la libre parole ils n'ont pas été enregistrés mais de nombreuses prises de notes ont été effectuées. Vingt-et-un entretiens ont été effectués de façon individuelle, et trois de façon collective, selon la répartition décrite ci-dessous.

Professionnels de santé et du dépistage

Dix professionnels de santé ont été rencontrés : les équipes du COREVIH, de trois SMIT et de trois CIDDIST-CDAG, ainsi qu'un médecin libéral impliqué dans le suivi de personnes vivant avec le VIH.

Associations de prévention et/ou de soutien

Neuf associations de prévention et ou de soutien aux personnes vivant avec le VIH ont participé aux entretiens.

Professionnels des institutions

Plusieurs professionnels de l'ARS LR et de la Direction Générale de la Santé (DGS) ont accordé des entretiens. Un élu local et un professionnel de la santé scolaire ont été rencontrés. Au total dix professionnels institutionnels ont participé aux entretiens.

1.6 Analyse des données recueillies

L'ensemble des données chiffrées transmises et recueillies a été exploité avec le logiciel Microsoft® Excel®.

Les données qualitatives issues des entretiens ont été analysées à partir d'une grille d'analyse réalisé avec le logiciel Microsoft® Word XP.

2 RESULTATS

D'une part l'analyse des données récentes permet l'actualisation de la situation épidémiologique des IST/VIH en région LR, et d'autre part les entretiens mettent en évidence des spécificités régionales en matière de prévention et de dépistage des IST/VIH.

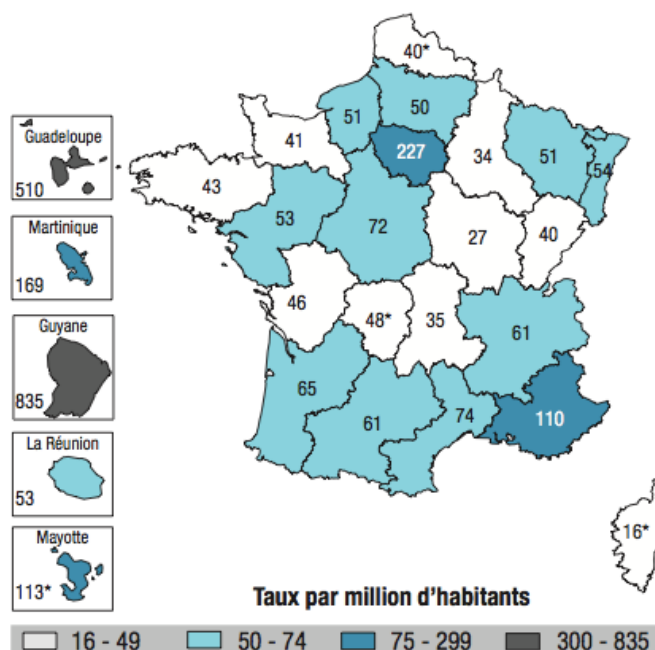
2.1 Evolution récente des IST/VIH en région Languedoc-Roussillon

2.1.1 Dispositifs de surveillance de l'infection VIH

A) Nombre de cas d'infections VIH domiciliés en région Languedoc-Roussillon

En 2012, la région LR est au second rang des régions métropolitaines (hors IDF et départements d'Outre Mer), touchées par la découverte d'infections VIH (15). L'estimation indique que 74 infections VIH par million d'habitants y ont été découvertes dans l'année (figure 1) (16).

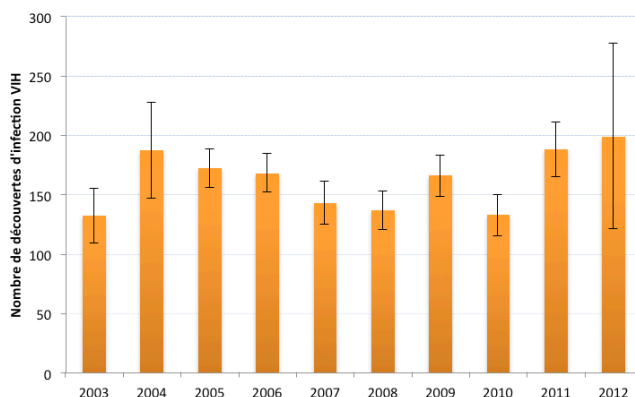
Figure 1 : Estimation du nombre de découvertes d'infections VIH par million d'habitants en France, selon les régions, 2012, InVS données DO VIH au 31/12/12 corrigées pour les délais et la sous-déclaration



* Taux 2011 car l'estimation 2012 n'est pas disponible à ce jour. Population : données Insee, population au 1^{er} janvier 2012 par région, sauf Mayotte (août 2012).

Le nombre de déclarations obligatoires d'infections VIH augmente depuis 2010 en LR. On estime que 199 nouvelles infections ont été déclarées en 2012 dans la région. L'intervalle de confiance [121-277] est large compte tenu des corrections pour les délais et la sous-déclaration) (figure 2).

Figure 2: Nombre estimé de découvertes de nouveaux cas d'infections VIH domiciliées en LR, 2003-2012, InVS données DO VIH corrigées pour les délais et redressées pour la sous-déclaration



B) Activité de dépistage du VIH en région Languedoc-Roussillon en 2012 et 2013

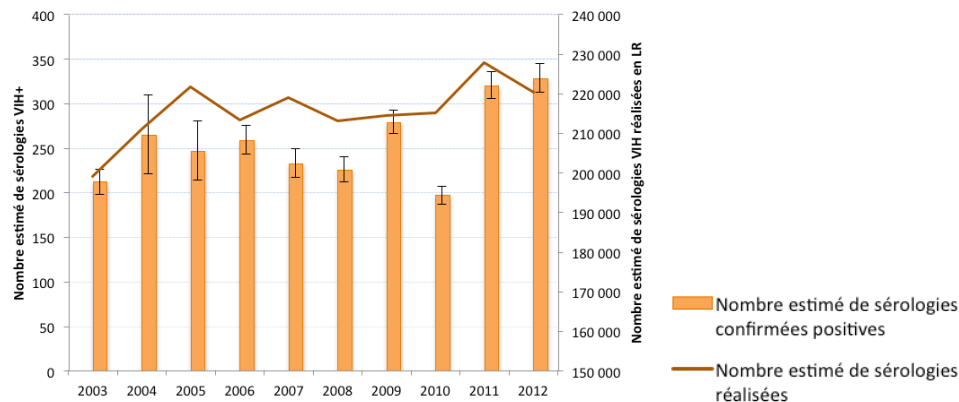
L'activité de dépistage VIH en région LR est supérieure à la moyenne nationale : 82 sérologies pour 1000 habitants versus 80 en France entière (15). Comme dans le reste de la France, cette activité se fait principalement en ville, les sérologies effectuées en CDAG représentant seulement 7% des sérologies VIH réalisées dans la région (tableau 1).

Tableau 1 : Nombre de sérologies VIH réalisées en secteur hospitalier et en laboratoire de ville, région LR, 2012, InVS données Labo VIH

Nombre de sérologies	Ratio pour 1000 habitants	Sérologies en Ville	Sérologies à l'hôpital (dont CDAG)
220265	82	174906	45359 (CDAG:15392)

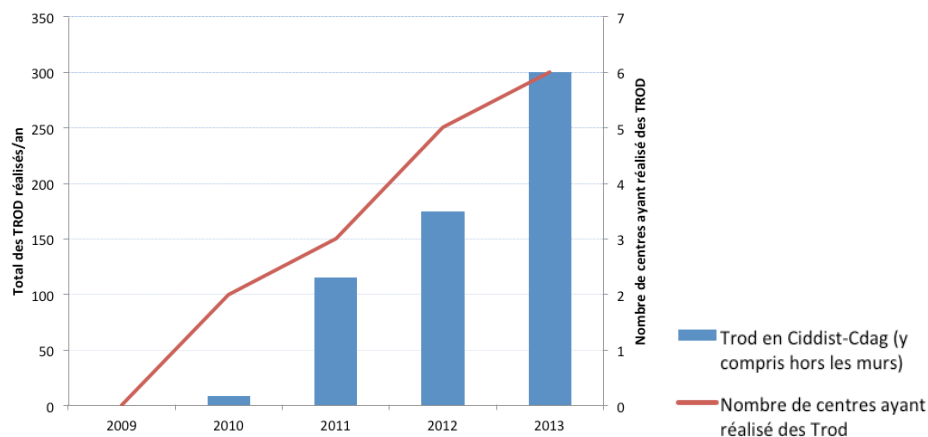
Le nombre de dépistage VIH recensé par le réseau Labo VIH est croissant depuis 2010 dans la région (figure 3).

Figure 3 : Nombre estimé de sérologies VIH réalisées en LR et de sérologies confirmées positives, 2003-2012, InVS données Labo VIH



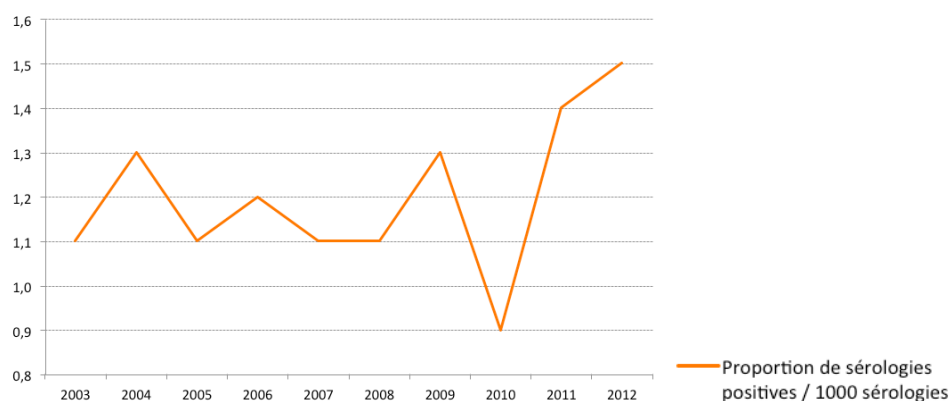
Par ailleurs, les TROD, autorisés depuis 2010 (12), sont de plus en plus utilisés par les CDAG-CIDDIST. Six des onze structures de la région LR les utilisent désormais, notamment lors d’actions hors les murs (figure 4).

Figure 4 : Evolution du nombre de structures CDAG-CIDDIST réalisant des TROD en LR, et du nombre total de TROD réalisés, 2009-2013, InVS et Cire LR



Cependant, l’augmentation des découvertes d’infection VIH n’est pas seulement due à l’augmentation du dépistage, en effet la proportion de sérologies VIH positives augmente : oscillant entre 0,9 et 1,3 sérologies positives sur 1000 avant 2010, elle atteint 1,5‰ en 2012 sur l’ensemble des données Labo VIH (figure 5).

Figure 5 : Proportion estimée de sérologies VIH positives/1000 sérologies, LR, 2003-2012, InVS données Labo VIH



Le dépistage ciblé met en évidence des nouvelles infections VIH encore plus fréquemment : les taux de positivité des CDAG atteignent ainsi 2,8 sérologies positives pour 1000 sérologies VIH (tableau 2), et les TROD effectués par l'association AIDES ont un taux de positivité plus élevé, à 3,9 ‰ (tableau 3).

Tableau 2 : Nombre de sérologies VIH effectuées par les CDAG-CIDDIST en région LR, nombre de résultats positifs et taux de positivité, 2009-2013, données InVS et Cire LR

	2009	2010	2011	2012	2013
Total sérologies de dépistages réalisées	16234	16485	16994	16800	16640
Total tests VIH positifs	38	29	61	42	46
Taux de positivité pour 1000 sérologies	2,3	1,8	3,6	2,5	2,8

Tableau 3 : Nombre de TROD réalisés par AIDES en LR en 2012 et 2013, nombre de résultats positifs et taux de positivité

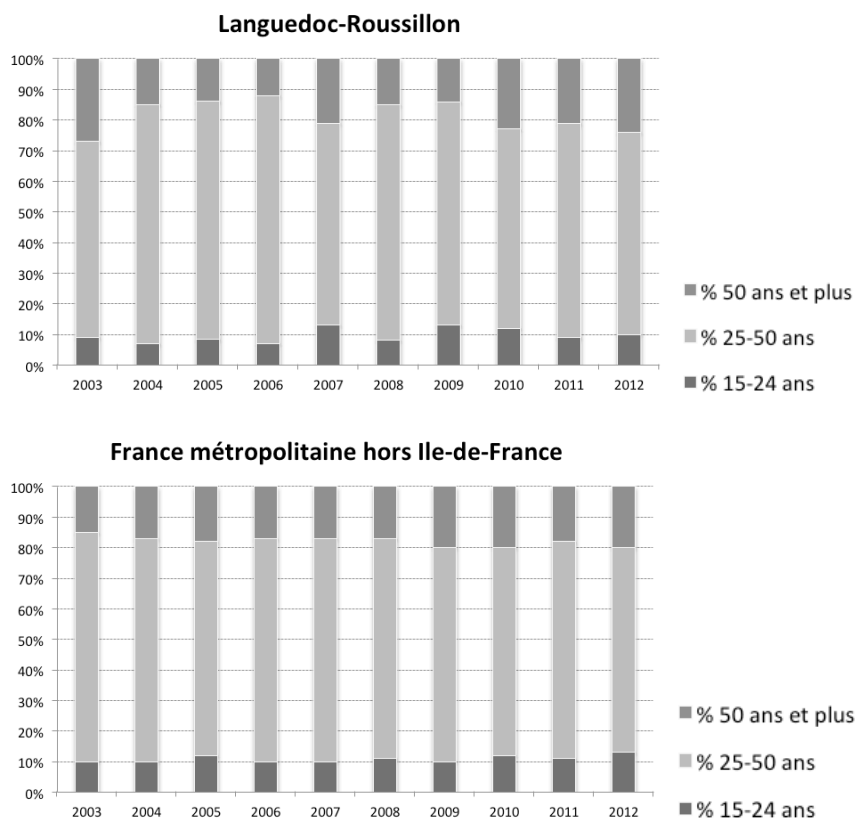
	2012	2013
Nombre de TROD réalisés par AIDES	1165	2325
Nombre de TROD positifs	11	9
Taux de positivité pour 1000 sérologies	9,4	3,9

C) Description des cas d'infections VIH récentes en région LR

a) *Age et sexe*

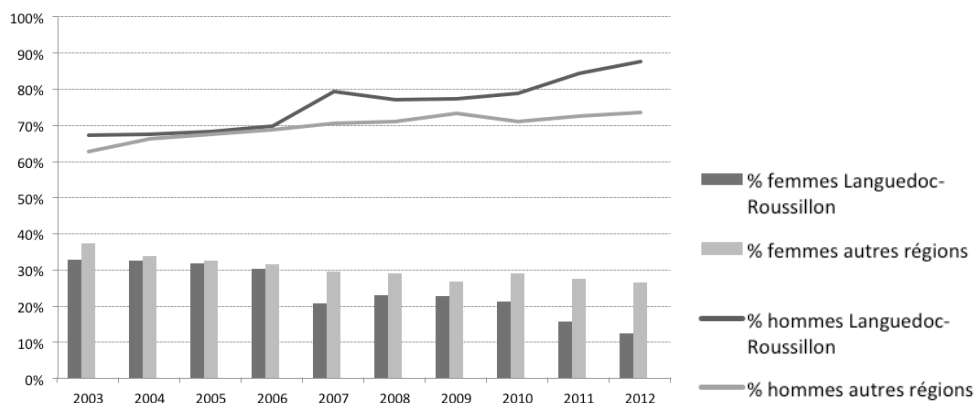
Les découvertes de nouveaux cas d'infection VIH concernent principalement les personnes de la tranche d'âge 25-50 ans, en région LR (66%), comme dans l'ensemble des régions de France métropolitaine hors IDF (67%) (figure 6).

Figure 6 : Répartition des découvertes de nouveaux cas d'infection VIH par tranche d'âge et par lieu de résidence (LR ou France métropolitaine hors IDF), 2003-2012, InVS données DO VIH corrigées pour les délais et redressées pour la sous-déclaration



Les personnes nouvellement contaminées par le VIH sont principalement des hommes, cette tendance est majorée dans la région LR par rapport à l'ensemble des régions de métropole hors IDF (88% d'hommes en LR, 73 % dans l'ensemble de la métropole hors IDF) (figure 7).

Figure 7 : Évolution de la proportion estimée de découvertes de nouveaux cas d'infections VIH selon le sexe et le lieu de résidence (LR ou métropole hors IDF), 2003-2012, InVS données DO VIH

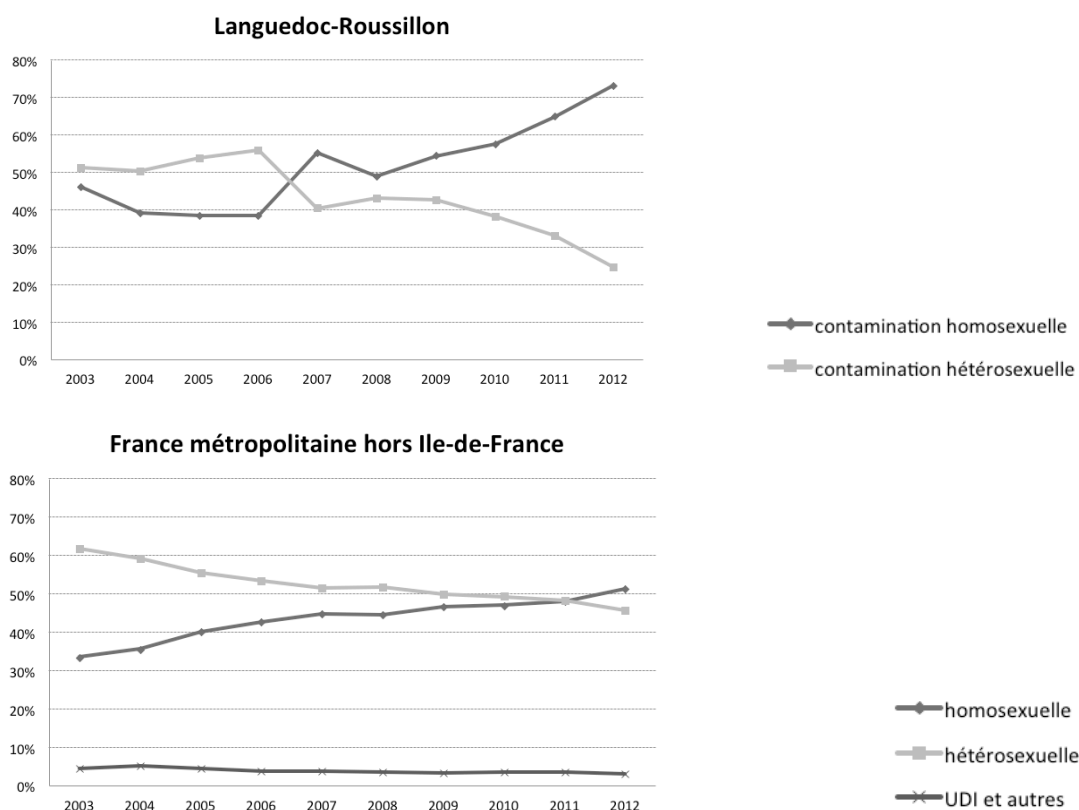


b) *Mode de contamination*

Le mode de contamination principal du VIH est devenu la contamination homosexuelle masculine en 2012 en France métropolitaine (hors IDF). Mais cette tendance a été observée dès 2007 en région LR, soit cinq ans auparavant.

Les contaminations homosexuelles masculines représentent désormais 73% de l'ensemble des nouvelles découvertes d'infection VIH en LR alors que cette proportion est de 51% au niveau de l'ensemble des régions métropolitaines (figure 8) (11, 16).

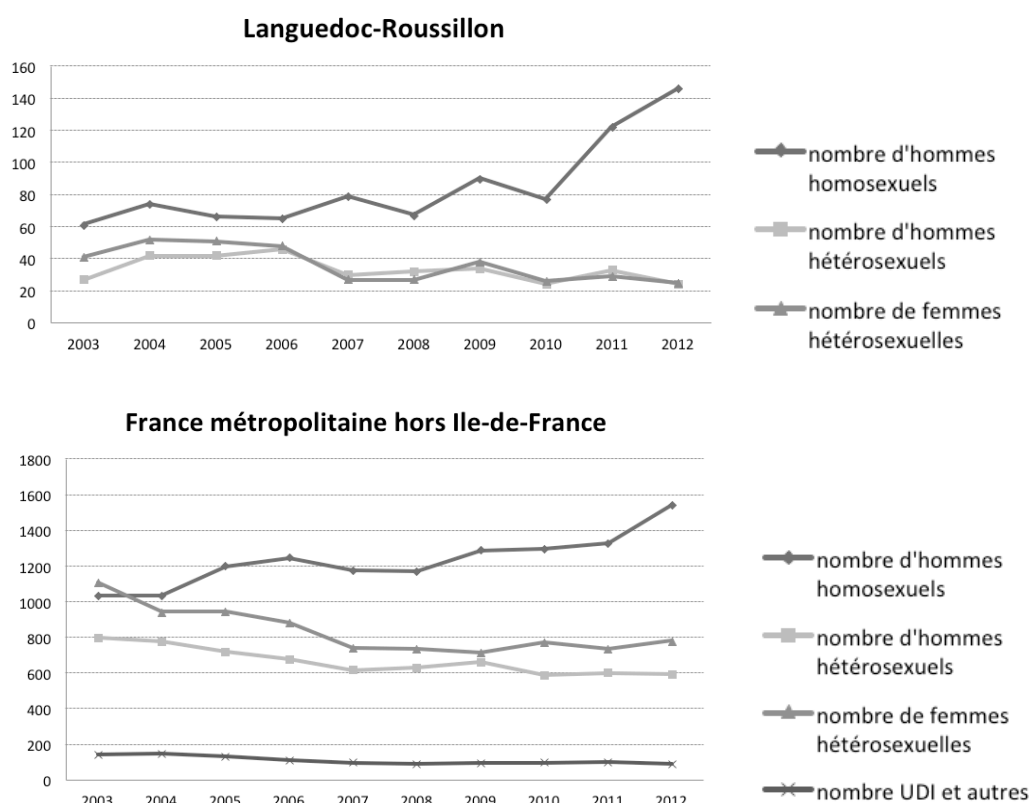
Figure 8 : Évolution des proportions de découvertes de séropositivités VIH par lieu de résidence (LR ou métropole hors IDF), selon le mode de contamination, 2003-2012, InVS données DO VIH



Le nombre de contamination augmente depuis 2003 parmi les HSH en région LR et en France métropolitaine hors IDF. Le nombre de contaminations hétérosexuelles masculines diminue tant au niveau régional qu'au niveau de l'ensemble de la métropole hors IDF (17). La transmission hétérosexuelle ralentit aussi chez les femmes dans la région LR, elle stagne dans les autres régions métropolitaines hors IDF.

Les autres modes de contamination tels que l'usage de drogue intraveineuse (UDI), la transmission materno-fœtale ou l'accident d'exposition au sang, ne représentent que 3% des contaminations VIH de la France métropolitaine hors IDF en 2012 (11). Compte tenu des faibles effectifs, cette proportion ne peut pas être estimée pour une seule région comme le LR (figure 9).

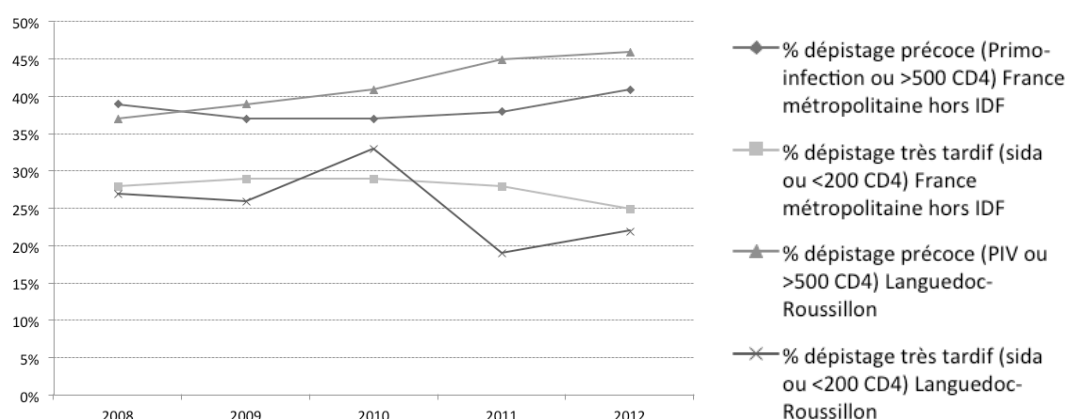
Figure 9 : Évolution du nombre estimé de découvertes de séropositivités VIH par lieu de résidence, selon le sexe et le mode de contamination, 2003-2012, InVS données DO VIH



c) *Stade de dépistage*

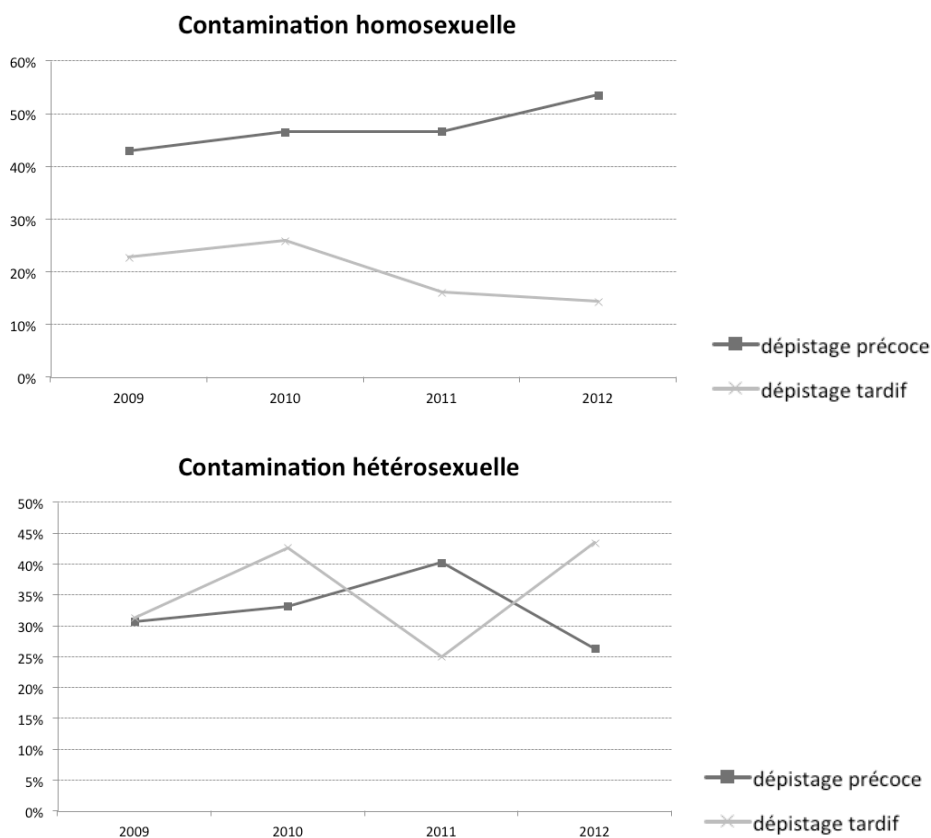
Le stade de dépistage des nouvelles infections VIH est précoce pour près de la moitié des nouvelles infections domiciliées en LR (46%). Cette précocité se retrouve également dans l'ensemble des régions hors IDF où 41% des dépistages de nouvelles infections ont lieu lors d'une primo infection ou lorsque les lymphocytes T CD4 sont supérieurs à 500/mm³. Les découvertes tardives de nouvelles infections VIH diminuent en LR et dans l'ensemble des régions provinciales, elles représentent respectivement 22% et 25% des nouveaux diagnostics (figure 10).

Figure 10 : Évolution de la répartition des stades de dépistage des nouvelles infections VIH domiciliées en région LR, et dans les autres régions métropolitaines hors IDF, 2008-2012, InVS données DO VIH



Lorsqu'on tient compte du mode de contamination, l'augmentation de la proportion de dépistage au stade précoce s'observe pour les contaminations homosexuelles dans la région mais après deux années successives d'augmentation, la proportion des dépistages précoces a diminué parmi les hétérosexuels en 2012 (figure 11).

Figure 11 : Evolution des proportions de dépistages VIH précoces et tardifs en région LR, selon le mode de contamination, 2009-2012, InVS données DO VIH

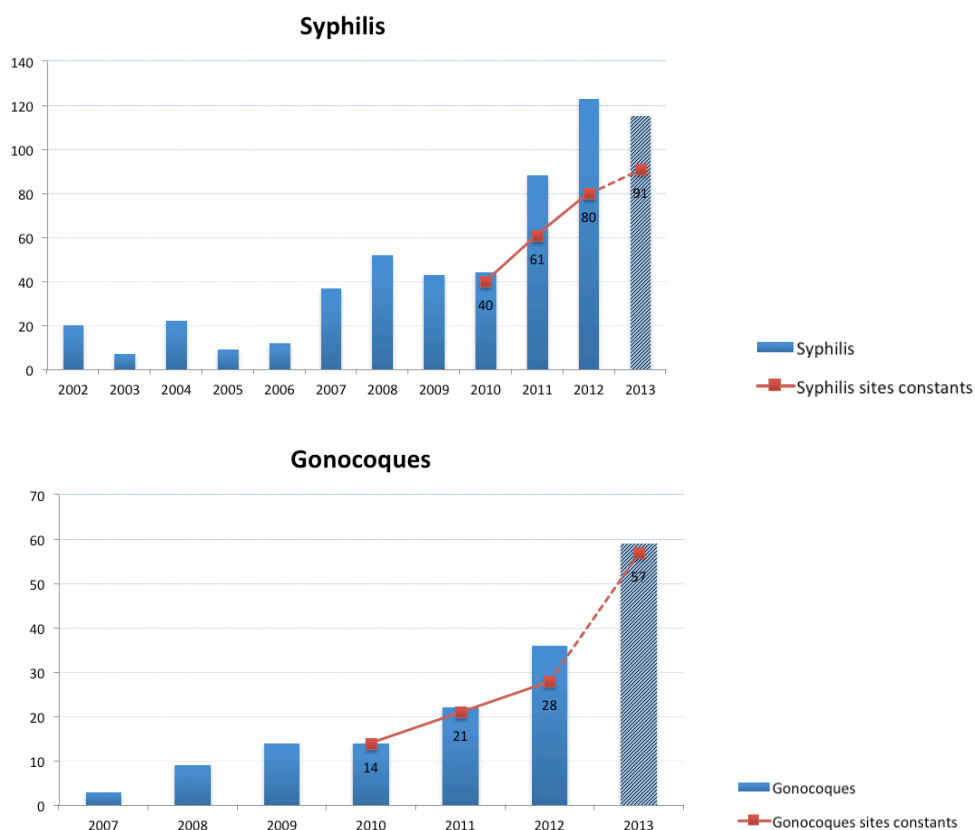


2.1.2 Dispositifs de surveillance des syphilis et gonococcies

A) Evolution du nombre de cas d'infections à syphilis et gonocoque

Le nombre non exhaustif de cas de syphilis signalés par le réseau de cliniciens volontaires RésIST a plus que doublé entre 2010 et 2013 dans la région LR. Les centres constamment impliqués dans le réseau ont signalé 91 syphilis en 2013 dans la région. Par ailleurs les signalements d'infections à gonocoque ont quadruplé depuis 2010, 57 cas ont été notifiés dans la région en 2013 par les centres constants du réseau RésIST (figure 12).

Figure 12 : Evolution du nombre de signalements de syphilis et gonococcie en région LR, 2007-2013, RésIST (données 2013 non consolidées)



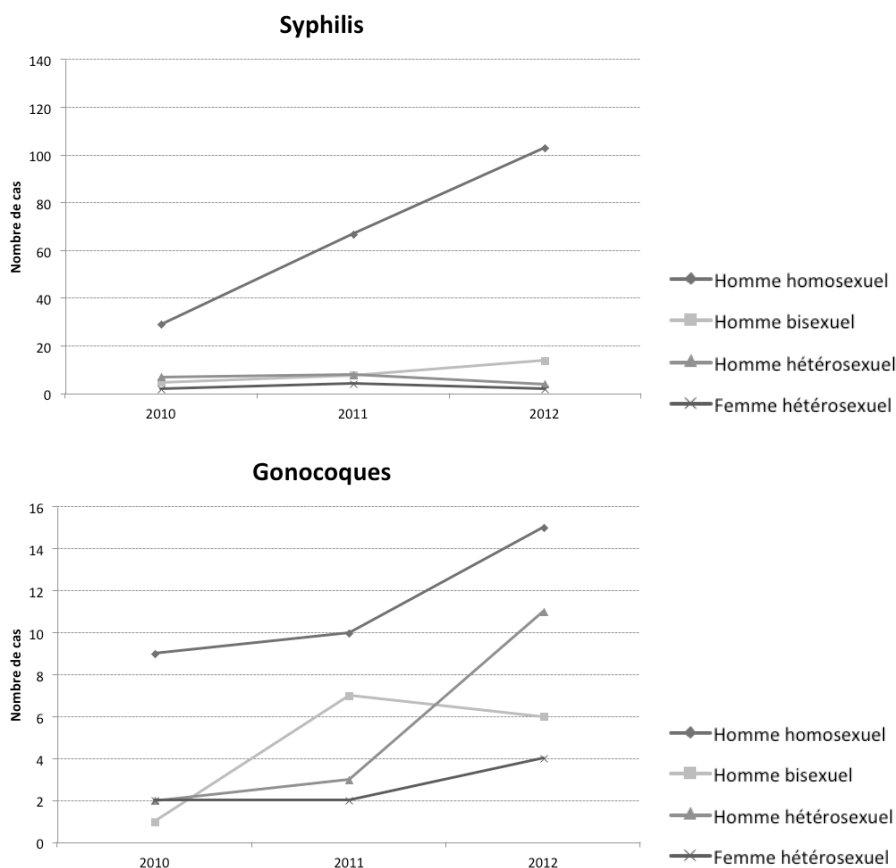
B) Caractéristiques des cas

a) Mode de contamination

Les syphilis rapportées par le réseau RésIST concernent presque exclusivement les hommes homosexuels (103 cas sur les 123 signalés en 2012), le mode de contamination des hommes bisexuels est émergent en 2012 (14 cas).

Le mode de contamination principal des gonococcies signalées est la relation homosexuelle masculine (15 cas sur les 36 signalés en 2012) mais les contaminations hétérosexuelles des hommes représentent désormais le second mode de contamination (11 cas), devant les contaminations des hommes bisexuels (11 cas). Les cas d'infections à gonocoque sont en augmentation chez les femmes (4 cas en 2012, 2 l'année précédente) (figure 13).

Figure 13 : Évolution du nombre de syphilis ou gonocoques déclarés selon le mode de contamination, en région LR, 2010-2012, RésIST

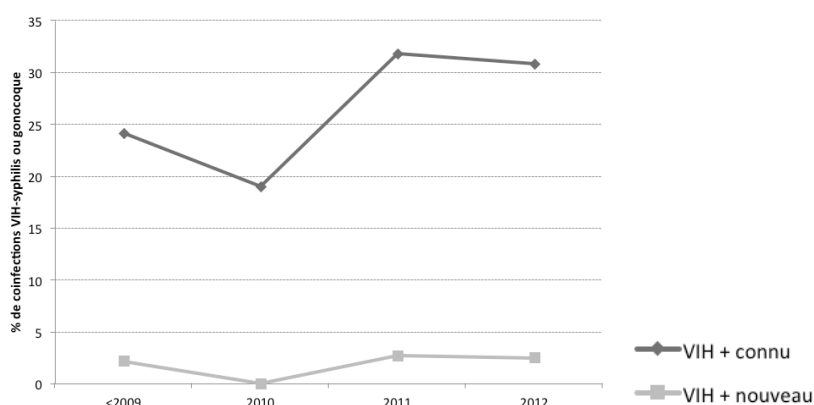


b) *Co-infections VIH-syphilis ou gonocoque*

Les co-infections syphilis et VIH déjà connu représentent 40% des cas de syphilis signalées par le réseau RésIST LR en 2012. Cette proportion est stable depuis plusieurs années et supérieure au niveau national de 32% (17).

Au total, plus de 30% des cas rapportés par le réseau RésIST sont porteurs connus du VIH en LR, et cette proportion tend à augmenter. Par ailleurs, le diagnostic d'une syphilis ou d'un gonocoque permet la découverte d'une infection VIH dans 2,5% des signalements, cette proportion reste stable depuis plusieurs années (figure 14).

Figure 14 : Fréquence de co-infections VIH-syphilis ou gonocoque récentes, en région LR, 2009-2012, RésIST



2.1.3 Indicateurs des habitudes de vie observées en Languedoc-Roussillon

A) Consommation de substances psycho-actives

Les analyses régionales de l'enquête Baromètre santé 2010 de l'INPES (14) concernant la consommation de substances psycho-actives indiquent que le LR semble être la région qui cumule le plus les usages, quel que soit le produit : tabac, alcool, cannabis, ecstasy, cocaïne, poppers (Annexe III). Ces consommations de produits pourraient favoriser la prise de risque sexuelle (8, 9).

B) Caractéristiques des HSH domiciliés en Languedoc-Roussillon : résultats de l'Enquête Presse Gays et Lesbiennes 2011 (EPGL 2011)

L'enquête EPGL réalisée en 2011 a permis l'analyse de 10587 auto-questionnaires anonymes remplis via un site Internet et le magazine Têtu (6). 415 questionnaires concernaient des HSH résidants en LR, principalement dans les départements de l'Hérault et du Gard (respectivement 54 et 23%).

La comparaison des questionnaires de cet échantillon régional de HSH répondants, avec ceux des autres régions françaises hors IDF a montré une fréquentation des lieux avec sexe plus fréquente en LR, ainsi que des prises de risque sexuelles plus régulières. La consommation de produits psychoactifs au cours des 12 derniers mois y apparaît plus répandue. Par ailleurs, 19% des répondants de cette région ont une sérologie VIH positive, cette prévalence est un tiers plus élevée que dans les autres régions où elle est de 14%. Enfin, EPGL 2011 met en évidence un recours fréquent au dépistage parmi les HSH domiciliés dans la région (tableau 5).

Tableau 5 : Mode de vie sexuel/social, et santé des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, domiciliés en LR, comparaison aux autres régions françaises hors IDF, résultats significatifs (p<0,05), EPGL 2011

Mode de vie au cours des 12 derniers mois	LR	Autres régions hors IDF
Fréquenter régulièrement un lieu avec sexe		
Back-room (arrière-salle obscure)	32%	27%
Lieu extérieur de drague	50%	41%
Avoir plus de 10 partenaires occasionnels masculins	34%	26%
Avoir au moins 1 pénétration anale non protégée	58%	47%
Consommation de produits psychoactifs		
Poppers	39%	36%
Cannabis	24%	23%
Cocaïne	10%	7%
Avoir pratiqué un dépistage VIH	59%	55%
Sérologie VIH positive	19%	14%

2.1.4 Perceptions des acteurs de terrain

Les HSH sont cités comme étant les plus généralement concernés par les découvertes de VIH, voire même comme exclusivement concernés selon les personnes rencontrées. Le terme HSH est délibérément employé, afin de préciser que les gays ne sont pas seuls concernés. Une tendance récente de diminution des âges des nouvelles infections VIH est notée. Enfin, un contexte local et des prises de risques sont évoqués.

A) L'évolution des pratiques liées aux IST chez les HSH

L'augmentation des IST/VIH, observée en particulier parmi les HSH serait multifactorielle d'après les perceptions des acteurs de terrain interrogés.

En effet, bien que les HSH soient décrits comme utilisant beaucoup plus le préservatif que les hétérosexuels ainsi que le formule un professionnel de santé : « *Il y a un paradoxe, les hétéros qui viennent chez nous se protègent moins que jamais.* » ; les acteurs de terrain rapportent cependant une baisse de la prévention à propos d'une minorité d'HSH. Le VIH serait considéré alors comme une maladie chronique pour laquelle un traitement efficace et peu contraignant serait disponible : « *A quoi bon prendre des précautions en permanence si on vit aussi bien en prenant un cachet par jour.* » indique une association ; « *sur les lieux de drague les jeunes disent que ça ne sert à rien de se protéger, le VIH se traite.* » souligne aussi un professionnel de santé.

Il y aurait, d'une part les HSH de plus de 40 ans, qui présenteraient une certaine lassitude de l'utilisation du préservatif, voire parfois un fatalisme quant à la probabilité d'infection au sein de la communauté gay : « *Certains disent maintenant je l'ai donc je ne dois plus faire attention à ne pas l'avoir maintenant c'est fait.* » (une association). Un « calcul » d'arrêt de la protection systématique au-delà d'un certain âge serait même suspecté, compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie sous traitement anti rétroviral.

D'autre part, les jeunes gays sont décrits comme ayant un discours contestataire, dans une sorte de dynamique « *conquérante, de sortie de crise* » comme le précise un professionnel de santé. Une association rapporte ainsi que des jeunes s'indignent de l'omniprésence des préservatifs : « *Pourquoi dans notre milieu il y a des capotes partout ? Pourquoi dans les soirées hétéro il n'y en a pas ? C'est stigmatisant pour nous, c'est comme pour montrer qu'on est à risque* ». Certains discours de prévention seraient perçus comme ringards, « *has been* ». N'ayant pas connu les années 80 et les amis qui mourraient, les jeunes HSH auraient moins peur du VIH.

Une méconnaissance de certaines IST et de leur mode de transmission pourrait également expliquer l'absence quasi systématique d'utilisation de préservatif pour les rapports oro-génitaux. Une association souligne ainsi qu'il « *y a une méconnaissance de la syphilis, des garçons pensent que c'est comme un rhume et que ça passe tout seul.* ».

Un professionnel de santé confirme : « *Ils ne se protègent jamais pour les fellations, certains pensent que le risque existe seulement en cas d'éjaculation.* ».

Cependant, des prises de risque pour des pénétrations anales et des relations occasionnelles fréquentes sont aussi décrites sur le terrain. Il s'agit du « bareback ». Apparu à la fin des années 90, ces pratiques sont souvent sujets de polémiques parmi les acteurs de prévention (18). Ces relations sexuelles intentionnellement sans préservatif seraient favorisées par les applications des Smartphones qui permettent de géo-localiser en temps réel des partenaires potentiels en fonction de leur disponibilité. Les rapports sexuels auraient alors lieu immédiatement, dans des endroits privés ou en plein air, dans des conditions beaucoup moins propices à la prévention que lorsqu'ils se déroulent dans des établissements commerciaux de type sauna adhérent du SNEG (Syndicat National des Etablissements Gays) comme le précise une association : « *Il n'y a plus besoin de passer par un établissement de convivialité, le cadre ne rappelle pas la prévention, il est plus facile de proposer du bareback* ».

Enfin, la complexité du message de prévention est évoquée : « *Déjà que les personnes ont du mal à mettre un préservatif correctement alors quand on parle de traitement post exposition... c'est trop dur* » (une association). Parler de charge virale indétectable ou de traitement post, voire pré-exposition, ferait en quelque sorte oublier l'importance du port du préservatif. Un professionnel de santé a ainsi « *l'impression que la Prep, le TROD c'est OK pour la prévention mais sans préservatif* ».

B) L'évolution des pratiques liées aux IST chez les jeunes

Une méconnaissance des conduites de prévention serait flagrante chez les jeunes quelle que soit leur orientation sexuelle comme le souligne une association : « *Auparavant le public avait une certaine base en matière de connaissances et maintenant on entend un certain nombre de grosses bêtises, on est effaré. (...) On voit l'émergence d'une population dont les bases de la culture sont la télé réalité.* »

De plus, les acteurs rencontrés décrivent les lycéens comme potentiellement consommateurs de relations sexuelles, sans nécessaire implication de relations affectives. Des tournantes hétérosexuelles consenties auraient été rapportées, ainsi que des relations sexuelles forcées dans les sanitaires des établissements scolaires.

Compte tenu de la diminution des connaissances en matière de réduction des risques sexuels, et dans un contexte de construction d'identité, la période de découverte de l'homosexualité serait particulièrement à risque chez les jeunes : « *Les moments de fragilité chez les jeunes homo, c'est la découverte de l'homosexualité et les premières expériences qui sont souvent sordides* » (un institutionnel). Evoluant dans un milieu majoritairement hétérosexuel, les premières relations auraient souvent lieu avec des HSH plus âgés, dans des lieux de dragues.

De plus, des contaminations VIH récentes chez des jeunes hommes HSH de moins de 20 ans alertent particulièrement les professionnels de santé.

Enfin, les jeunes HSH sont décrits comme recherchant souvent la multiplicité des expériences, des partenaires et des performances sexuelles. Un professionnel de santé indique que *« les patients de 45 ans disent qu'ils n'ont jamais vu ça. »*, une association ajoute : *« On a affaire à un jeune public à la recherche d'expérience, comme si on était dans les années 70 »*.

C) L'évolution des pratiques liées aux IST en région Languedoc-Roussillon

Il semblerait que des particularités locales puissent favoriser l'augmentation des IST dans la région LR. De par sa situation géographique comme le précise une association : *« Dans une région estivale les touristes et les gens se sentent en vacances, ils lâchent prise. »*. Et aussi de part sa culture festive qui s'exprime par *« les fêtes votives (...) très développées »* soulignées par un institutionnel. Un professionnel de santé indique ainsi : *« On est dans une région très festive, il y a les partouzes sur la plage l'été. »*

De plus, une consommation de substances psychostimulantes à visée de performance sexuelle serait apparue depuis près de deux ans et serait davantage développée que dans les autres régions comme l'indique une association : *« On ne m'a jamais proposé autant de drogue qu'à Montpellier »*. Un institutionnel confirme aussi qu' *« il y a une hyper consommation sexuelle dans des lieux privés, dans des états où on ne contrôle plus la réduction des risques. »*. Lorsqu'elle se fait par injection (principalement de cathinones) cette consommation de substances est appelée Slam. Il existe peu de données quantitatives sur le Slam à l'heure actuelle (19) mais il semble qu'il ne concernerait qu'une minorité des HSH de la région.

Par ailleurs, la région étant particulièrement attractive pour la communauté LGBT (Lesbiennes, Gays, Bi et Transsexuels), de nombreux établissements « de convivialité » y sont installés. Des soirées à risque dites « sex trash » seraient organisées dans certains d'entre eux comme indiqué par un professionnel de santé : *« Il y a des soirées où il peut y avoir une dizaine de partenaires dans la soirée. »*

La région LR comprend aussi le cap d'Agde où les pratiques échangistes seraient régulières. Les hétérosexuels libertins fréquentant les établissements du cap d'Agde ne se protégeraient plus systématiquement.

Une autre particularité locale concernerait la région transfrontalière des Pyrénées Orientales, proche de grands établissements de prostitution espagnols. Beaucoup de chauffeurs routiers y transiteraient, ainsi que les jeunes de la région pour lesquels un institutionnel pense que : *« Le cadeau d'anniversaire des gamins de 15 ans c'est une virée au bordel catalan où il n'y a pas de pratique de prévention. »*

Enfin, une pratique de prostitution via internet a été décrite comme émergente, en particulier concernant les hommes originaires d'Afrique du Nord, pour qui, pour des raisons culturelles, l'affirmation de l'homosexualité serait particulièrement complexe. Le risque de bareback à la demande du client existerait alors.

Compte tenu des évolutions de ces différentes pratiques, un état des lieux des actions de prévention des IST/VIH dans la région LR a donc été établi.

2.2 Prévention des IST/VIH, en population générale et auprès des HSH

Les actions de prévention des IST/VIH sont variées et adaptées aux différents publics de la région, mais des difficultés persistent. Diverses propositions d'amélioration émanent des acteurs de terrain.

2.2.1 Les actions de prévention

A) Publics cibles

Les actions de prévention se sont modifiées et diversifiées en vingt ans. Elles peuvent concerner des publics très variés : scolaires en collège ou lycée ; apprentis ; étudiants en santé, en droit ou en médico-social ; public LGBT ; usagers de drogues ; population carcérale ; personnes vivant avec le VIH et leur entourage...

B) Supports de prévention

Ces actions s'appuient sur divers supports variant en fonction du public cible : posters, plaquettes, livrets, vidéos, photo-langage, distribution de préservatifs, de gel lubrifiant, et de divers objets permettant de maintenir une vigilance en matière de prévention.

La majorité des acteurs de prévention rencontrés pratiquent le « counseling », c'est à dire le dialogue singulier entre le préventeur et l'individu rencontré, afin d'aider à la réflexion sur ses propres pratiques en s'appuyant sur ses compétences individuelles et sans jugement. Ce processus d'éducation à la conscience critique est décrit lors de permanences à l'hôpital, au moment du dépistage par TROD, lors de soirées festives, ou dans des établissements de types sauna etc.

Jeux de cartes spécifiques ou d'autres jeux comme la roue de la fortune permettent alors d'initier un entretien motivationnel de type « counseling ».

Des animations de groupes, comme les cafés philosophiques ou les groupes de parole permettent également de diffuser des messages de prévention adaptés au public cible. Par ailleurs, les manifestations du 1^{er} décembre (journée mondiale de lutte contre le Sida) et du Sidaction sont toujours largement relayées même si une association souligne que « l'activité a été modifiée : auparavant on accompagnait les personnes en fin de vie puis

ce fut la trithérapie et on accompagnait sur les droits, maintenant on est plus dans arrêter l'épidémie donc dépister au plus tôt. ».

C) Cas particulier du traitement post-exposition et de la prophylaxie pré exposition

Le traitement post exposition (TPE) serait mal connu, y compris parmi les populations les plus exposées. La complexité de son accessibilité hospitalière serait un frein à son utilisation, ainsi que la durée du traitement.

En effet, dans quelques établissements hospitaliers les accidents d'exposition sexuelle au risque viral sont reçus par les médecins seniors du SMIT, dans d'autres ce sont les internes qui assurent leur prise en charge, tandis que dans certains hôpitaux seuls les services d'urgence seraient dotés de TPE. Ainsi une association rapporte : *« Le TPE c'est bien mais il y a un problème d'accès au traitement. Ça se comprend car on ne traite pas une grippe. Il y a aussi un problème d'accès à l'information, du délai pour le prendre, du lieu où le prendre (...) il faut aller aux urgences ou au CDAG. Mais si on faisait connaître le TPE de façon massive il y aurait une augmentation des prises de risque, c'est un peu confus. ».*

Quant à la prophylaxie pré-exposition ou Prep (20), non encore autorisée, elle serait d'ores et déjà utilisée via Internet ou via du détournement de TPE. Des questions éthiques de prise en charge financière de ce traitement sont en cours de réflexion parmi les acteurs du dépistage comme l'indique un professionnel de santé : *« Pour la Prep il y a des gens qui de toute façon ne mettent pas de préservatif, donc nous on donne un traitement pour ne pas être malade c'est comme la prévention des méningites (...) Mais il y a la problématique du coût : comment faire passer dans la population le fait qu'on va donner des milliers d'euros pour des gens qui n'arrivent pas à mettre des préservatifs ? ».*

D) Facteurs favorisant les actions de prévention

Les associations rencontrées veillent à avoir une grande amplitude horaire, des lieux d'accueils confortables, discrets et engageants. Elles se déplacent beaucoup « hors les murs », pour aller vers les publics cibles.

2.2.2 Les difficultés rencontrées en prévention

A) Diminution des connaissances en population générale

La plupart des acteurs rencontrés éprouvent des difficultés à faire passer les messages de prévention, du fait d'une raréfaction ressentie des campagnes de prévention en population générale. Ils citent la récente campagne de l'INPES sur les IST comme un modèle à réitérer (21). Il semblerait que les connaissances globales en matière de risques liés à l'activité sexuelle soient insuffisantes en second cycle comme l'exprime une

association : *« Il y a un abandon généralisé de la prévention en population générale. Le niveau de connaissances est catastrophique. Il n'y a plus de campagne en population générale sauf Outre-mer. Il y a une baisse de connaissances chez les jeunes gays qu'on trouve dans les écoles. »*.

B) Difficultés des actions en milieu scolaire

Les difficultés des actions de prévention au collège et au lycée pourraient s'expliquer par la ponctualité des interventions ; par les difficultés de coordination entre enseignants, associations et santé scolaire ; et probablement par la difficulté d'adaptation des messages au public adolescent qu'une association décrit en ces termes : *« Certains adultes ont un discours de prévention infantilisant, ça n'est pas de la promotion de la santé. On ne peut pas empêcher de prendre des risques, on peut pousser à promouvoir toutes les compétences psychosociales de l'adolescent. »*.

C) Complexité de la prévention à destination des HSH

Sensibiliser les HSH sur l'exposition au risque paraît complexe compte tenu de l'hétérogénéité des pratiques, d'une impression de diminution du communautarisme et d'une possible lassitude vis-à-vis des messages de prévention du sida. Informer des personnes bisexuelles qui ne se reconnaissent dans les messages destinés aux gays ou bien encore pénétrer dans les quelques lieux privés où se pratique le slam paraît difficile. Ainsi un professionnel de santé indique qu'*« on ne peut plus catégoriser un groupe, un seul message n'est plus pertinent. Le fréquenteur de sauna est différent de celui qui pratique le hard sexe sur Internet et de celui qui va dans les backrooms à Barcelone. »*, un institutionnel ajoute aussi que *« les HSH en ont ras-le-bol du VIH, ils ne veulent plus en entendre parler. »*, un autre souligne encore la difficulté pour que *« les actions [soient] mesurées, non stigmatisantes et non discriminantes »*.

D) Complexité de la prévention combinée

Le concept de la prévention combinée (34) associe à la prévention classique, les dépistages répétés des IST/VIH, et la mise sous traitement précoce. La complexité de la prévention combinée pourrait rendre le message de prévention plus compliqué pour certains : *« Je crois que trop de choses sont sorties en même temps : le TPE, la prévention combinée... Je pense qu'il est difficile parfois de comprendre »* (une association).

Il pourrait y avoir un amalgame entre les messages destinés uniquement aux couples sérodifférents stables, et ceux destinés aux couples multipartenaires : en cas de charge virale indétectable, une personne en couple sérodifférent stable pourrait arrêter l'utilisation du préservatif avec un faible risque de transmission, ce qui n'est pas le cas pour la même personne en couple mais avec de multiples partenaires. C'est ce que souligne un

professionnel de santé : *« J'ai l'impression que dans le discours on donne des informations sur les couples stables, et peut-être que ça participe à la prise de risque. »*.

E) Difficultés de coordination

Par ailleurs, les difficultés de coordination sont fréquemment citées par les acteurs de prévention. Qu'il s'agisse d'homogénéisation des messages, d'actions sur différents territoires ou à différents moments, de contacts entre les associations mais aussi avec les institutions telles que la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ou la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Certaines associations se seraient même retrouvées dans un même établissement au même moment, sans le savoir. Un institutionnel déclare ainsi : *« Ça manque de cohérence. La prévention santé est un puzzle, chacun fait dans son coin. »*, un autre ajoute qu'*« il faut améliorer la coordination de la prévention, favoriser l'intervention précoce et l'adaptation du service sur tout le territoire. »*.

F) Contraintes budgétaires

Enfin les contraintes budgétaires semblent prégnantes. Les associations consacraient toutes beaucoup de temps aux dossiers d'appels à projets pour trouver des financements. Plusieurs diversifieraient leur activité en développant une activité de formation payante. Certaines auraient été contraintes de réduire leur équipe. La quasi totalité des associations a évoqué ces difficultés en indiquant notamment que *« la baisse de financement de la part du Sidaction oblige à mieux réfléchir aux projets »*.

2.2.3 Les propositions d'amélioration

A) Programmes d'éducation à la santé

De nombreux acteurs de prévention citent les programmes de prévention du Québec en exemple (22). Ils proposent la mise au point de programmes d'éducation à la santé dans son ensemble, adaptés à l'âge. Ces programmes pourraient avoir lieu dès l'âge de 6 ans, en s'appuyant sur les compétences des élèves et en valorisant l'estime de soi. Il s'agirait d'un abord positif des questions de santé, différent de l'approche centrée sur les risques. Les contenus seraient développés dans toutes les matières, en s'appuyant sur les enseignants, la santé scolaire, les éducateurs, les associations...La réforme des rythmes scolaires pourrait être l'occasion d'utiliser les temps périscolaires pour la promotion de la santé avec des acteurs formés. Mais la plupart des personnes rencontrées sont sceptiques compte tenu de l'actualité récente concernant la théorie dite du genre (23) comme une association l'a exprimé : *« Il faudrait intégrer la prévention dans un discours plus global et plus précoce dès le plus jeune âge. Mais c'est très compliqué car c'est monté en épingle, il n'y a qu'à voir la théorie des genres »*.

B) Création de centres de santé sexuelle

Par ailleurs, la création de centres de santé sexuelle est souvent évoquée, à destination des HSH d'après certains acteurs, pour tous les publics selon d'autres. Il pourrait s'agir d'un lieu de prévention, de dépistage et de prise en charge, pluri professionnel (éducateur, psychologue, gynécologue, proctologue, sexologue, médiateur thérapeutique, sophrologue, infirmières, médecins, voire centre d'orthogénie). Le centre parisien « 190 » est fréquemment cité en exemple, même si il n'est destiné qu'au public HSH (24).

C) Messages pour la population générale et messages spécifiques

L'augmentation d'un bruit de fond médiatique de prévention, et l'amélioration de l'adaptation des messages de prévention spécifique aux différentes populations paraîtraient pertinentes. Des études sociologiques en région LR, dans des lieux identifiés à risque, ou auprès des personnes consultant pour du traitement post exposition pourraient apporter de meilleures connaissances des pratiques. Un professionnel de santé souligne ainsi qu'« *il faudrait une approche sociologique, décrire précisément un milieu gay et des pratiques qu'on ne maîtrise pas forcément.* ». Un autre pense qu'« *il faut analyser qui sont les personnes qui font des accidents d'exposition à répétition pour améliorer l'information car il y a de plus en plus de situations de récurrence qui finissent par une contamination.* ».

D) Améliorer la coordination

L'amélioration de la coordination des acteurs est souvent citée, la généralisation des contrats locaux de santé (CLS) paraîtrait pouvoir y participer comme l'a précisé un institutionnel : « *Les CLS ça coordonne les gens dans un lieu donné et les gens avancent plus vite.* ». Cependant la mise en place des CLS est encore trop récente en LR pour pouvoir évaluer leurs impacts.

E) Favoriser la participation des médecins libéraux

Enfin, les messages de prévention diffusés par les médecins libéraux comme les gynécologues et les généralistes pourraient augmenter les connaissances en population générale. L'amélioration de la formation médicale dans ce domaine paraîtrait souhaitable. Un professionnel de santé pense en effet que « *les médecins ont peur d'être jugés pour discrimination si ils proposent le dépistage. Il faut avoir le courage de dire que le fait d'être homosexuel est un facteur de risque même à nombre de partenaires équivalent aux hétéros, compte tenu des microtraumatismes et de la sensibilité de la muqueuse anale [car] l'épithélium anal est simple alors que l'épithélium vaginal est pluristratifié.* ». Une actualisation des connaissances permettrait donc d'appuyer un discours médical de prévention.

2.3 Dépistage des IST/VIH, en population générale et auprès des HSH

Complémentaires de la prévention, les actions de dépistage des IST/VIH sont principalement portées par les CDAG-CIDDIST et par les associations effectuant des TRODS dans la région LR. Plusieurs axes d'amélioration du dépistage ont néanmoins été suggérés lors des entretiens effectués.

2.3.1 Les CDAG-CIDDIST

En LR 9 CDAG-CIDDIST et 2 CDAG sont répartis sur le territoire, dans 18 lieux d'accueil (Annexe IV).

Les CDAG-CIDDIST de Carcassonne, Narbonne, Alès, Bagnols/Cèze, Mende et Perpignan sont intra-hospitaliers et gérés par les établissements de santé correspondants. Ceux de Montpellier et Béziers sont gérés par le Conseil Général de l'Hérault et celui de Nîmes par la Caisse Régionale des Mines. Deux CDAG ne sont pas associés à un CIDDIST : le CDAG de Sète, intra-hospitalier, et le CDAG extrahospitalier de Perpignan géré par le Conseil Général des Pyrénées-Orientales.

Pour des raisons matérielles et financières (budget constant compte tenu de la non revalorisation de la dotation globale de décentralisation), les CDAG-CIDDIST gérés par le Conseil Général de l'Hérault effectuent très peu d'actions hors les murs. La gestion de ces deux CDAG-CIDDIST sera transférée aux centres hospitaliers de Montpellier et Béziers en 2015 ; les équipes rencontrées étaient donc en pleine réflexion sur leurs modalités de réorganisation.

En revanche, les autres CDAG-CIDDIST pratiquent de nombreuses actions hors les murs, permettant d'aller vers les publics plus difficiles à rencontrer (population carcérale, squats etc.). L'exemple de la mutualisation d'actions des équipes de centres de vaccination et de CDAG-CIDDIST semblerait même faciliter la réalisation de dépistages, à l'occasion de la remise à jour du calendrier vaccinal.

Par ailleurs, chaque consultation de dépistage effectuée dans les CIDDIST-CDAG permet d'informer l'utilisateur, d'évaluer les risques et de les prévenir.

Enfin, les CDAG-CIDDIST rencontrés s'accordent sur l'importance de la flexibilité des horaires et de la variété des offres de dépistage proposés (prise de sang, buvard, TROD). A ce titre, l'utilisation des TROD est croissante pour les CDAG comme pour les associations habilitées par l'ARS.

2.3.2 Utilisation des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique

Une expérimentation de l'utilisation des TROD VIH a été mise en œuvre par la DGS. Il s'agit d'un dépistage communautaire à destination des publics les plus exposés et/ou éloignés du système de santé. Au total, 63 associations ont été retenues dans 24 régions, après avoir été habilitées par leur ARS et répondu à un appel à projet. Le financement de

cette expérimentation 2011-2013 est assurée par le Fond National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire (FNPEIS). Si le bilan de cette expérimentation est actuellement en cours, la précocité croissante des dépistages VIH pourrait d'ores et déjà être interprétée comme étant un effet indirect des TROD communautaires. Leur bilan 2012 national indiquait, en effet, une proportion de tests positifs atteignant 10,5‰ (25, 26).

Dans la région LR, quatre associations dont trois destinées au public HSH ont intégré ce dispositif expérimental. Les TROD sont effectués en majorité hors les murs, parfois avec des camions aménagés, en prévoyant toujours un espace spécifique pour l'annonce du résultat. La démarche du TROD est également l'occasion d'un dialogue de prévention, de perception de la prise de risque et de sa réduction. Néanmoins, les impressions des acteurs de terrain sont mitigées quant à la pertinence de ce dispositif.

D'une part, les associations mettent en avant le fait que les TROD permettent de proposer des dépistages à des personnes qui n'en n'ont jamais fait, et que la facilité d'accès est un atout : *« Le TROD est un point fort du dépistage parce qu'on va chercher les gens. Parfois c'est leur premier dépistage parce qu'ils n'y pensent pas, qu'ils n'osent pas demander une sérologie à leur médecin ou que c'est difficile de prendre une demi-journée pour le CDAG »*. Les associations souhaiteraient une généralisation du TROD aux autres IST.

D'autre part des professionnels de santé considèrent davantage le TROD comme un outil de dépistage parmi d'autres et regrettent parfois la distance que ces tests auraient installée entre les CDAG et les associations : *« Concernant les TROD, si des bénévoles pouvait faire le même travail que les professionnels et à moindre coût, ça se saurait. Est-ce aux associations de faire un boulot facturé à l'acte ? C'est malsain, ça peut brouiller le dépistage au sein des communautés. »*.

Enfin une possible utilisation des TROD comme preuve de séronégativité avant prise de risque serait suspectée par des professionnels de santé : *« Je ne trouve pas que le TROD soit la technique la plus adaptée pour les HSH. J'ai l'impression que c'est utilisé pour dire qu'ils sont clean et prendre des risques dans la soirée. Alors que le TROD ne dépiste pas les primo infections. »*.

2.3.3 Les pistes d'amélioration du dépistage

Même si le professionnalisme des équipes des CDAG est souligné, il est suggéré de les soutenir car la confrontation quotidienne aux prises de risque des usagers peut être difficile. De plus la fusion des CDAG-CIDDIST est constamment citée comme indispensable à la facilitation des pratiques. Dépendante d'enjeux organisationnels et de reports de charges financières, l'effectivité de cette réforme est espérée avec la prochaine loi de santé publique comme le souligne un institutionnel : *« On attend la réforme de*

fusion des CDAG CIDDIST. ».

Par ailleurs, afin de faciliter l'accès au dépistage, le recours aux médecins généralistes, aux gynécologues ou aux sages femmes est évoqué ; il pourrait être facilité par des accords avec les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS). Des projets de diffusion régulière de messages de prévention et réduction du risque sur le site des URPS médecins existent.

De plus, la problématique du dépistage dans les zones rurales existe. Elle pourrait aussi être facilitée par une unité mobile calquée sur le modèle du mammobile, bénéficiant de personnel parlant les langues étrangères pour l'accès aux soins des populations ayant des difficultés avec la langue française. L'adaptation de l'offre de dépistage aux particularités locales paraît pertinente, un institutionnel rappelle ainsi que « *tout le monde a le droit au dépistage et à l'accès à la contraception. Il faudrait organiser la réponse pour la population de terrain en fonction des ressources disponibles et des particularités du terrain.* ». Par ailleurs la diversification de l'offre des dépistages, incluant les dépistages de syphilis, chlamydiae et autres IST serait un atout.

Enfin, l'arrivée des autotests sur le marché est attendue pour 2014. Espérés par certains comme élargissant l'offre de dépistage, d'autres acteurs craignent que les autotests ne soient utilisés comme preuve de séronégativité pour ne pas se protéger. Un groupe de travail est en projet afin d'élaborer des fiches accompagnant la mise sur le marché des autotests.

2.4 Les politiques de lutte contre les IST/VIH

Prévention et dépistage font partie d'un dispositif de lutte contre les IST/VIH dont les acteurs perçoivent des forces et des faiblesses. Des propositions d'adaptation de ces politiques régionales ont été suggérées.

2.4.1 Propositions de modifications du dispositif de lutte contre les IST/VIH

A) En matière de prévention et de dépistage

Les acteurs rencontrés ont de nombreuses idées d'amélioration potentielle de la lutte contre le VIH et les autres IST :

- Une plus forte implication des personnes vivant avec le VIH dans leur prise en charge. Une association souligne qu'« *il faut aider les gens à être acteur de leur santé, placer les patients comme acteur de la prise en charge* ».
- L'utilisation d'Internet pour favoriser les échanges d'expériences et le partage d'outils de prévention.
- La mise en place d'un numéro vert sur le modèle de Sida Info Service, mais concernant la santé sexuelle dans son ensemble.

- Une plus importante coordination interministérielle, notamment entre le ministère chargé de la santé et celui de l'éducation afin de faciliter les programmes de promotion de la santé en milieu scolaire.
- La fusion des CDAG et CIDDIST, constamment citée afin de faciliter le dépistage global et simplifier la gestion.
- Des propositions de créations de centre de santé sexuelle émanent des associations et des professionnels de santé : *« On pourrait imaginer une offre de santé sexuelle : contraception, gynécologie, consultations de psychologue et sexologue, adaptation du dispositif aux besoins. Mais qui pilote, qui finance ? On pourrait déjà faire une expérimentation une fois par mois. Un peu comme l'exemple du 190 à Paris mais pas que pour les gays. » (une association).*

B) En matière de démarches administratives et de financements

L'ensemble des démarches administratives est considéré comme très chronophage. De nombreux acteurs rencontrés pensent que leur simplification serait possible en diminuant le nombre de rapports demandés ou en établissant des accords entre les co-financeurs. Une association rappelle ainsi que *« c'est intéressant d'évaluer mais pas tout le temps ; entre les bilans intermédiaires et les bilans financiers les indicateurs sont différents et on en fait tout le temps. »*

Bien que les acteurs aient conscience des limites budgétaires, le manque de moyens financiers est souvent évoqué. Il est accusé de nuire à la qualité des actions comme l'illustre une association : *« On travaillait sur des domaines pertinents, maintenant on va sur les appels d'offres intéressants. On nous demande de faire mieux avec moins d'argent. Il y a des stratégies de course après les budgets, qui ne sont pas forcément dans l'intérêt de la prévention. »*. Le partenariat des différents acteurs pâtirait également des contraintes financières : *« Les associations sont entrées dans un mode d'opposition catastrophique, chaque association s'est hyper spécialisée » (des associations)*. L'amélioration du budget alloué à la lutte contre les IST/VIH est espérée avec le projet de stratégie nationale de santé (27) : *« Le nerf de la guerre c'est les finances. Si on veut améliorer la prévention santé contre le sida, il faut en faire une priorité avec des moyens et un financement adéquats » (un institutionnel hors ARS)*.

2.4.2 Au niveau régional

A) Perceptions des acteurs locaux

a) Forces et faiblesses régionales

La déclinaison régionale du plan national de lutte contre le VIH et les autres IST est perçue comme ayant des effets positifs régionalement sur les actions hors les murs et le

dépistage par TROD. Néanmoins, la plupart des acteurs rencontrés l'estiment trop ambitieux, avec des objectifs difficilement atteignables comme le souligne un professionnel de santé : « *L'objectif de réduction des contaminations était trop important.* ».

Les acteurs de prévention et de dépistage identifient les forces de la lutte contre l'ensemble des IST au sein du tissu associatif et dans l'implication des institutions. Une association constate ainsi que les points forts de la lutte contre les IST/VIH sont : « *un gros tissu associatif, un tissu institutionnel, une qualité de la prise en charge et une disponibilité des molécules* ».

Les relations entre les acteurs de lutte contre les IST et l'ARS LR sont majoritairement qualifiées de bonnes ou très bonnes comme l'exprime une association : « *En LR il y a de très bons liens avec l'ARS. On est sur la même approche : une approche gestionnaire et de sens.* ».

Bien que certains acteurs regrettent une moindre présence des professionnels de santé publique qu'ils disent percevoir au sein de l'ARS : « *Ce n'est pas nous qui avons la gouvernance ; on attendrait des hyper techniciens à l'ARS mais il y a de moins en moins de médecins et de plus en plus d'administratifs.* » (un professionnel de santé).

b) Propositions

Coordination

L'ARS ayant une vision régionale des dispositifs, les acteurs pensent qu'elle pourrait jouer un plus grand rôle dans la coordination des différents partenaires ; que ce soit à travers des ateliers santé-ville, des CLS ou entre les acteurs du dépistage (CDAG et associations du dispositif expérimental TROD), voire par la mise à disposition de logiciels de suivi épidémiologique commun aux différents CDAG. Un professionnel de santé pense ainsi que « *l'ARS pourrait améliorer la coordination, encore plus depuis qu'il y a les TROD associatifs et les CSAPA qui se sont mis à faire du dépistage [et qu'] il faudrait un lieu où les structures qui dépistent débattent.* », une association indique aussi que « *l'ARS pourrait faciliter la coordination et le relai de certaines actions.* ».

Financements

Des propositions d'anticipation des financements pour éviter les frais de découvert bancaire ont été faites, ainsi que des propositions de financements à plus long terme (3 ans au lieu du financement annuel en vigueur). Des associations s'inquiètent du « *maintien des financements des postes* » et des diminutions de budget : « *En 2013 la moitié de l'équipe a démissionné.* ».

Par ailleurs, le financement de formations de prévention semblerait pertinent à destination des médecins libéraux ou du corps enseignant.

Orientations

Enfin, les acteurs locaux paraissent attendre des directives plus précises de l'ARS en matière de lutte contre les IST/VIH. Un professionnel de santé exprime ainsi qu'« *à un moment il (...) faut des réponses plus effectives, des orientations concrètes.* », une association pense par ailleurs qu'« *un accompagnement plus directif de l'ARS pourrait aider à améliorer les actions de prévention avec les jeunes.* ».

B) Perceptions des professionnels de l'ARS

a) Forces et faiblesses régionales

Le réseau d'acteurs très développé sur la région est une force reconnue, mais les professionnels de l'ARS regrettent les difficultés rencontrées localement en matière de prévention : « *Il y a une résistance aux comportements préventifs en LR on le voit sur les indicateurs globaux comme la vaccination et le dépistage. C'est de l'éducation pour la santé il faut développer des comportements favorables à la santé* ».

Concernant le dispositif existant, les professionnels de l'ARS déplorent les mêmes éléments que les acteurs locaux. Le report de la fusion des CDAG et CIDDIST évoqué dans le plan national de lutte contre les IST/VIH est considéré comme « *une grosse déception* ». Les professionnels de l'ARS soulignent aussi le manque de « *bruit de fond* » national de prévention des IST et l'absence de politique de santé sexuelle globale considérée en « *tuyau d'orgue* ». Ils pensent qu'« *il faudrait des politiques plus globales de santé positive sur toute la santé sexuelle* ».

Enfin les institutionnels interrogés à l'ARS confirment les difficultés de coordination, soit par excès de ressources « *sur les territoires urbains* », soit par manque de disponibilité : « *il y a une volonté de travailler avec le conseil général et l'éducation nationale pour les écoles mais l'ARS n'est peut-être pas suffisamment présente pour la coordination.* ».

b) Propositions

Prévention

Les professionnels de l'ARS suggèrent de favoriser la prévention en milieu scolaire en s'appuyant sur l'estime de soi. Certains pensent que « *le thème de la vie sexuelle est difficile à aborder, [et qu'] on ne peut pas forcer un enseignant à parler du préservatif* », ils préconisent l'approche de santé globale pendant toute la scolarité car perçoivent que « *le défaut [du] système d'intervention dans une classe d'âge est l'approche de la sexualité centrée sur le risque.* ».

Dépistage

La facilitation du dépistage est proposée par l'augmentation des actions hors les murs des CDAG, par l'adaptation de l'offre de dépistage aux particularités locales et par l'implication des professionnels libéraux : « *Il faudrait une politique de dépistage qui ne repose pas que sur les CDAG mais sur les premières lignes : généralistes, gynécologues, sages-femmes* ». Mais la difficulté de rémunération pourrait être un frein comme l'indique un agent de l'ARS : « *On s'ouvre à d'autres modes de rémunération, le plus difficile c'est de rémunérer les médecins* ». L'importance du dépistage de l'ensemble des IST, et notamment des chlamydiae, est aussi soulignée au sein de l'ARS : « *Il vaut mieux dépister les chlamydiae plus tôt, plutôt qu'avoir des PMA après.* ».

Coordination

L'amélioration de la coordination régionale est une préoccupation de l'ARS. D'une part, le COREVIH est perçu par l'ARS comme ayant une « *place(...) primordiale (...) [avec lequel] il faudrait bâtir des orientations annuelles* ».

D'autre part, les CLS sont considérés comme les outils de l'ARS permettant de faciliter concrètement cette coordination : « *les contrats locaux de santé sont un très bon outil pour coordonner. (...), il faudrait une coordination à une échelle plus fine sur la réalité de l'accès et une adaptation des particularités de ressources en fonction du territoire et de la population.* »

3 DISCUSSION

L'état des lieux des IST/VIH en région LR met en évidence une augmentation des contaminations principalement objectivée pour les relations homosexuelles masculines. Une meilleure connaissance des pratiques locales, des actions de prévention et de dépistage suggèrent des propositions d'adaptation du dispositif de lutte contre les IST/VIH.

3.1 Augmentation des IST/VIH en Languedoc-Roussillon

L'augmentation des cas d'infections au VIH semble se confirmer dans la région LR en 2012, bien que les données de déclaration obligatoire soient à interpréter avec précaution compte tenu des délais et de la sous-déclaration (intervalle de confiance large). Le LR apparaît désormais comme la seconde région métropolitaine (hors IDF) la plus touchée par la découverte de nouvelles infections VIH. Le nombre croissant des dépistages VIH positifs dans la région est probablement, en partie, le reflet des recommandations de dépistage régulier (4) mais cela ne suffit pas à expliquer l'augmentation du nombre d'infections car la proportion des sérologies positives augmente. En revanche, l'augmentation des dépistages précoces du VIH, particulièrement notable lors des

contaminations homosexuelles masculines, pourrait être considérée comme l'impact indirect du développement des TROD communautaires.

La caractéristique principale des contaminations VIH en LR est l'importance de la contamination homosexuelle: 22% de plus que dans l'ensemble de la France métropolitaine hors IDF (73% vs 51%). La région est réputée accueillante pour les gays, notamment la ville de Montpellier classée première ville « gay-friendly » de France (28) ; cette attractivité du LR laisse penser qu'une communauté LGBT y est notablement implantée mais cela ne suffit pas à expliquer une telle prédominance des contaminations VIH homosexuelles. Par ailleurs, l'augmentation des cas de syphilis et de gonococcies constatée depuis 2010 semble se confirmer en 2013 même en tenant compte de l'augmentation du nombre de centres dépisteurs. Les HSH apparaissent comme étant les plus exposés au risque de ces IST. Ces deux infections majorant le risque de transmission du VIH (29-31), la situation épidémiologique devient préoccupante dans la région LR.

La consommation de substances psycho-actives mise en évidence par les données régionales de l'enquête Baromètre santé 2010 (14), ainsi que les prises de risques alléguées par les répondants locaux de l'enquête EPGL 2011 (6) pourraient peut être participer à une explication de cette situation épidémiologique. Le slam est évoqué par les acteurs de terrain mais les données actuellement disponibles ne permettent pas d'interprétation régionale de ce phénomène semblant récent et marginal (19). Comme l'a décrit François DELOR (32) les multiples situations de vulnérabilité des personnes homosexuelles peuvent expliquer des prises de risques complexes. Les entretiens réalisés suggèrent aussi que la généralisation des applications mobiles et d'Internet faciliteraient ces situations. De plus, les professionnels de santé rencontrés rapportent des diagnostics récents d'infections VIH chez des jeunes gens de moins de vingt ans, ce qui pourrait confirmer le sentiment de diminution des connaissances en santé sexuelle ressenti par les professionnels de prévention intervenant en milieu scolaire. Enfin, des spécificités locales pourraient faciliter le « lâcher prise » dans cette région festive.

Il ne faut pas oublier que la dynamique de transmission des maladies infectieuses est complexe (33) : dans une population non immune, le nombre moyen d'infections causées par un individu infecté (R_0) dépend du nombre moyen de contacts par individus (k), de la probabilité de transmission de l'infection au cours d'un contact (b) et de la durée moyenne de la phase contagieuse (D), soit $R_0 = k \times b \times D$

Dans le cas de l'infection au VIH, la transmission dépend donc du réseau de contacts et du nombre de partenaires (k), des caractéristiques du rapport (b) (type de muqueuse, présence ou non de lésion, port de préservatif etc.), et de la charge virale (D) dont la réduction est visée par la prévention combinée (34).

3.2 Prévention des IST dont le VIH

Malgré la diversification et l'adaptation régulière des propos et supports utilisés par les acteurs de prévention, une diminution des connaissances en matière de santé sexuelle est observée sur le terrain, confirmant les résultats de l'enquête KABP 2010 (35). Les difficultés de prévention en milieu scolaire pourraient probablement être diminuées en favorisant la gestion du risque, l'estime de soi et les compétences psychosociales des jeunes comme l'ont suggéré TROUSSIER et ses collaborateurs (36).

Les professionnels et associations interrogés perçoivent une carence des campagnes de prévention à destination du grand public ainsi que la nécessité d'adapter les messages à un public exposé au risque, devenu très hétérogène. Ainsi que GIRARD l'a montré (37), la chronicisation de l'infection au VIH, la meilleure acceptation sociale de l'homosexualité, et la diversification des modes de vie homosexuels pourraient conduire à une gestion des risques plus individuelle. A cet effet, des études sociologiques ou comportementales dans des lieux identifiés comme associés à des prises de risque pourraient être envisagées en LR. Elles permettraient d'adapter localement les messages spécifiques déjà diffusés par les médias communautaires (38). Par ailleurs, l'ensemble des pratiques de réduction des risques (39), parmi lesquelles l'utilisation du préservatif, la prévention combinée, le TPE ou la Prep, sont parfois perçues comme complexes, voire méconnues. Enfin, des difficultés organisationnelles des professionnels de prévention sont fréquemment décrites : l'incertitude financière pourrait freiner le développement d'actions nouvelles, et les difficultés de coordination inter-acteurs nuiraient à l'efficacité des actions existantes.

Sans concertation apparente, les mêmes propositions d'éducation et de prise en charge globales de la santé sexuelle émanent des entretiens réalisés. Ainsi, sur le modèle Québécois (40), le concept d'éducation positive à la santé pourrait se décliner à l'école, par une mise en application locale de la circulaire de la politique éducative de santé du ministère de l'éducation publiée en 2011 (41). Cependant, comme les entretiens l'ont souligné, les récentes polémiques dites de « la théorie des genres » laissent penser que la mise en pratique serait difficile. Par ailleurs, la reconnaissance des multiples facettes de la vie sexuelle conduit les acteurs de terrain à proposer des centres de santé sexuelle sans distinction d'orientation sexuelle : hommes, femmes, transgenres, hétéro/homo/bi sexuels pourraient y consulter différents professionnels lors des étapes et expériences de leur vie sexuelle. L'idée paraît séduisante mais la faisabilité semble complexe. Il s'agirait de réunir en un seul lieu l'information, la prévention, la contraception, la prise en charge, le traitement, des consultants sexologues/ gynécologues/ proctologues/ addictologues/ voire orthogénie etc. Compte tenu du morcellement des dispositifs actuels, l'enjeu de la coordination de tels projets est manifeste et la pertinence du projet semble réelle. Il s'agira probablement de saisir les opportunités qui pourraient se présenter afin de construire un projet pilote.

Enfin, bien que les données nationales (42) montrent que les médecins généralistes se sentent impliqués dans le domaine de la prévention, il semble que l'amélioration de leur formation continue dans le domaine des IST soit souhaitable. Un projet entre le COREVIH et les URPS médecins devrait permettre de concrétiser cette orientation.

3.3 Dépistage du VIH

L'enjeu du dépistage du VIH est individuel, afin de permettre le traitement si besoin et de prévenir l'évolution de l'infection vers la maladie SIDA. Mais il est aussi collectif pour réduire les comportements à risque et diminuer les risques de transmission de l'infection en agissant sur la « cascade du VIH » (34) c'est-à-dire la diminution de la charge virale suite à la mise sous traitement d'une personne infectée et dépistée.

En LR, comme dans le reste de la France, le dépistage de l'infection à VIH est principalement réalisé à la demande du médecin traitant ou sans ordonnance directement en laboratoire. Seuls 7% des sérologies sont effectuées en CDAG, mais il faut noter que leur activité est maximale compte tenu de leurs effectifs. Des attentes de deux heures sont fréquentes pour se faire dépister en CDAG, rien qu'à Montpellier 1500 personnes ont été refusées en 2013. Compte tenu de l'expertise et de la plus-value des CDAG en prévention et aide à la réduction des risques, la question de la réévaluation des moyens paraît légitime.

Par ailleurs, l'expérimentation des TROD communautaires a permis l'émergence d'associations comme acteurs du dépistage. Les avis parfois contraires recueillis à ce propos font penser qu'une certaine divergence entre acteurs du dépistage serait susceptible d'exister. Des temps d'échanges entre CDAG et associations pratiquant les TROD semblent indispensables. Le COREVIH Languedoc-Roussillon a d'ailleurs organisé une rencontre commune des acteurs régionaux impliqués dans le dépistage VIH/IST/Hépatites en mai 2014.

Les pistes d'amélioration du dépistage proposées par les acteurs de terrain sont quantitatives (développer les actions hors les murs, impliquer davantage les professionnels libéraux) et qualitatives : élargir la palette des dépistages d'IST et adapter les dispositifs aux territoires de santé. L'arrivée prévue des autotests en 2014 (43) suscite des espoirs d'amélioration de l'offre de dépistage et d'accès à des publics n'utilisant pas les dispositifs existants. Mais elle génère aussi des craintes de détournement en tant que preuve de séronégativité vis-à-vis d'un partenaire occasionnel ou d'utilisation ininterprétable pendant la période de séroconversion (3 mois). Néanmoins, le rapport bénéfice-risque des autotests a été estimé favorable par le Conseil National du Sida (CNS).

3.4 Politiques de lutte contre les IST/VIH

Les propositions d'évolution du dispositif de lutte contre les IST dont le VIH concernent principalement la fusion des CDAG et CIDDIST telle qu'elle est recommandée par le plan national et le CNS. Acteurs de la prévention et du dépistage, ainsi que professionnels institutionnels sont unanimes à ce sujet. Cette fusion permettrait la simplification administrative et financière plébiscitée (44).

Les acteurs régionaux de la lutte contre les IST/VIH et les professionnels de l'ARS perçoivent la force du réseau local dans ce domaine mais regrettent les difficultés de coordination existantes. L'ARS pourrait renforcer ce rôle de coordonnateur en fixant des orientations précises avec le COREVIH et en intégrant une dimension santé sexuelle dans l'ensemble des CLS signés ou prévus.

Les difficultés de prévention en milieu scolaire sont perçues par les acteurs de prévention et par l'ensemble des acteurs institutionnels dont l'ARS. Un renforcement des échanges régionaux avec l'Education Nationale et la santé scolaire, les collectivités territoriales, ainsi que les associations pourrait contribuer à définir des programmes de prévention coordonnés et adaptés aux contextes locaux. La formation d'un groupe de travail spécifique, inter-institutions serait facilitateur dans ce domaine.

Les différents professionnels du dépistage déplorent le manque de coordination et les temps d'attente croissants en CDAG. Les temps d'échanges se mettent en place, animés par le COREVIH, et l'ARS souhaite promouvoir l'implication des professionnels libéraux pour diversifier l'offre de dépistage. L'impulsion d'objectifs et de moyens à définir pourrait favoriser l'implication des libéraux : fournir des TROD, valoriser l'acte, s'appuyer sur les professionnels locaux déjà engagés etc. L'implication des conseils de l'ordre départementaux et des URPS serait un préalable indispensable, ainsi que celle des organismes locaux d'assurance maladie si une révision de la nomenclature valorisant les actes de prévention était envisagée.

Une simplification administrative et financière est attendue par l'ensemble des acteurs régionaux. La remontée de cette information pourrait permettre à l'ARS de prévoir des adaptations en conséquence : objectifs, budgets et conventions pluriannuels par exemple. Des propositions d'expérimentation de centres de santé sexuelle sont évoquées par les acteurs régionaux, mais sans être portées à la connaissance de l'ARS. Des échanges entre acteurs locaux et professionnels de l'ARS à ce sujet pourraient favoriser l'émergence de projets concrets.

3.5 Analyse de l'activité menée

Le travail de ce mémoire a été réalisé lors des périodes de stage de l'année de formation de MISP (Médecin Inspecteur de Santé Publique) 2013-2014, avec, non seulement des

contraintes et des limites, mais aussi des éléments facilitateurs. La plus value des compétences du MISP a servi de fil conducteur.

3.5.1 Contraintes et limites

A) Le temps limité

La principale contrainte de ce travail de mémoire a été la gestion du temps. En effet, le sujet initial de mon travail portait sur la certification électronique des décès. La thématique ne semblant finalement pas particulièrement adaptée à une réflexion de MISP, j'ai dû définir un nouveau sujet au mois de janvier 2014 alors que j'avais déjà progressé sur le sujet initial. Dès lors, les contraintes temporelles ont été complexes, d'autant plus que les périodes de stage étaient limitées (du 27 janvier au 7 mars, puis à compter du 19 mai). Ainsi, plusieurs demandes d'entretiens, restées sans réponse, n'ont pas pu être réitérées faute de disponibilité, des acteurs indiqués lors des entretiens n'ont pas pu être contactés ; et le temps consacré aux entretiens a amputé d'autant le temps dédié aux autres activités de stage.

B) Les données

Les données épidémiologiques initialement transmises par l'InVS étaient des données agrégées. Leur exploitation a généré des incohérences, notamment pour les modes de contamination au VIH en LR. Il a donc été nécessaire de demander les données brutes et de renouveler l'analyse. Compte tenu des faibles effectifs régionaux certaines données, issues d'extrapolation nationales, avaient des intervalles de confiance négatifs, d'où l'absence de mode de contamination « autre » indiqué dans la région. De plus, au vu des délais, il n'a pas été possible de récupérer l'ensemble des données 2013 souhaitées comme les rapports d'activités annuels des CDAG-CIDDIST et les précisions relatives aux nouvelles infections VIH exploitées par le COREVIH.

C) Les biais

Lors des entretiens des biais d'information ont pu exister. Des biais de prévarication liés à l'enquête compte tenu d'un contexte de réorganisation de la structure concernée, d'une difficulté d'appropriation du poste occupé, ou encore dû au crédit potentiellement attribué à un MISP de la « tutelle » ARS. Des biais d'information liés à l'enquêteur sont également à prendre en compte dans le contexte de la mise en place de l'enquête régionale CDAG. Visant à décrire les comportements exposants au risque d'IST, à étudier la consommation de produits addictifs et sa relation éventuelle avec des prises de risques sexuels, l'enquête pilotée par mon maître de stage a pu orienter la rédaction de ma grille d'entretien, voire les échanges avec les enquêtés.

D) La sensibilité du sujet de mémoire

Daniel DEFERT a qualifié la personne atteinte par le VIH de « réformateur social » (45), les discriminations liées à la séropositivité au VIH ou à l'orientation sexuelle persistent (46), la loi ouvrant le mariage aux personnes de même sexe (47) est adoptée depuis un an, mais les débats sociétaux relatifs à la famille homoparentale persistent...Le sujet de ce mémoire était donc sensible.

Etonnamment, la plupart des acteurs associatifs et quelques professionnels de santé m'ont spontanément indiqué leur orientation sexuelle lors des entretiens. L'ensemble des associations a été extrêmement accueillant, indulgent vis-à-vis de ma découverte de certaines pratiques et respectueux de mon intérêt de santé publique. Seuls de rares professionnels de santé ont semblé préoccupés que mes propos demeurent mesurés et non stigmatisants.

3.5.2 Eléments facilitateurs

A) Le contexte du mémoire

Cette activité a été menée dans un contexte de vigilance accrue concernant les épidémies d'IST/VIH dans la région LR, compte tenu des éléments suivants :

- l'ARS a saisi l'InVS sur ces questions en 2012 ;
- une enquête spécifique de la Cire auprès des CDAG a débuté en janvier 2014 ;
- le CDAG de Montpellier a informé la Cire d'un excès de cas de syphilis durant les deux premières semaines de 2014, une campagne d'affichage a été rapidement réalisée avec l'ENIPSE (équipe nationale d'intervention et prévention en santé) (48).

Dans ce contexte, le recueil des données et la rencontre des acteurs de terrain ont été facilités.

B) Maître de stage

La recommandation de mon maître de stage a été un élément déterminant dans l'obtention des matériaux nécessaires : en effet, il a piloté la mise en place du réseau RésIST sur la région et est particulièrement dynamique dans la surveillance des IST, sa stagiaire était donc bien accueillie par ses partenaires.

C) Expériences professionnelles et affectation

Compte tenu de ma précédente activité professionnelle (notamment pilotage des deux dernières éditions de l'évènement de santé montpelliérain la « Comédie de la santé ») j'avais déjà rencontré plusieurs acteurs en amont de ce travail. Ceci a pu faciliter les prises de contact et les échanges. De plus, ma formation médicale et mon expérience antérieure de clinicienne ont pu favoriser l'empathie et l'écoute active pendant les entretiens, contribuant à la qualité des échanges.

Par ailleurs, bien qu'en stage à l'ARS LR au sein de la Cire, je suis affectée dans les départements français d'Amérique ; il est possible que cette perspective de distance ait facilité les échanges, en l'absence de perception d'éventuels enjeux relationnels entre les acteurs de terrain et l'ARS. De plus une de mes missions lors de ma future affectation, pourrait être la participation à la mise en place et à l'animation du réseau de surveillance des IST en Guadeloupe, l'intérêt du sujet de mémoire pour ma future activité professionnelle était donc évident.

3.5.3 Activité menée et compétences du Médecin Inspecteur de Santé Publique

Les activités menées lors de ce travail de mémoire ont fait appel à quatre des sept compétences du MISP :

- Analyse de l'état de santé d'une population et de l'offre de soins et de services pour mettre en adéquation offre et besoins : suite aux recommandations institutionnelles de l'InVS saisie par l'ARS, j'ai réalisé l'état des lieux épidémiologique actualisé des IST/VIH en LR.
- Gestion d'une situation à risque sanitaire collectif avéré ou probable : l'augmentation des infections à VIH observée dans la région nécessite la mise en œuvre de mesures, des propositions émanent de ce travail.
- Evaluation de dispositifs ou d'actions mis en place pour prévenir et/ou gérer un problème de santé publique : les entretiens réalisés ont permis de produire des informations relatives aux actions de prévention et de dépistage des IST dans la région, pour proposer des pistes d'amélioration des dispositifs existants.
- Communication externe sur des données ou événements sanitaires et sur les actions de l'institution : j'ai présenté les données récentes de surveillance des IST/VIH en région LR au trentième cours international d'épidémiologie appliquée IDEA (49).

Finalement, l'état des lieux de la prévention et du dépistage des IST/VIH en direction des HSH dans la région LR permet bien d'établir des perspectives d'adaptation régionale du dispositif existant.

4 CONCLUSION ET PROPOSITIONS

Les données épidémiologiques indiquent une dynamique de recrudescence des IST dont le VIH dans la région LR. Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes apparaissent comme étant les plus exposés au risque de contamination. Des particularités comportementales régionales pourraient expliquer ces tendances. Le socle d'acteurs localement impliqué est robuste et ses liens avec l'ARS sont solides, aussi plusieurs mesures pourraient être proposées, en terme de prévention, de dépistage et de coordination des acteurs.

Prévention

Deux pistes d'action ressortent en terme de prévention :

D'une part organiser des programmes d'éducation à la santé adaptés à l'âge de l'enfant et de l'adolescent, englobant la santé sexuelle et favorisant l'estime de soi. Un groupe de travail réunissant ARS, Education Nationale et santé scolaire, collectivités territoriales (municipalité pour les temps d'accueil périscolaire en primaire, Conseil général pour les collèges, Conseil Régional pour les lycées) et acteurs associatifs pourraient permettre d'établir des propositions coordonnées et adaptées localement.

D'autre part préciser les spécificités locales par des études auprès des publics les plus exposés au risque d'IST, afin d'adapter les messages et les actions de prévention. L'étude multicentrique pilotée actuellement par la Cire avec la participation de l'ensemble des CDAG est en cours. Des études sociologiques complémentaires dans les lieux identifiés à risque paraissent pertinentes, il serait souhaitable de se rapprocher des universités du LR à cet effet.

Dépistage

Concernant le dépistage, deux propositions émergent principalement :

Il s'agirait d'un côté d'homogénéiser le développement des actions hors les murs sur l'ensemble du territoire, notamment dans les zones rurales, en poursuivant les temps de rencontres initiés par le COREVIH.

Et de l'autre, de renforcer l'implication des professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes) en réunissant les représentants des conseils de l'ordre départementaux, des URPS , des CDAG, des associations, l'ARS et éventuellement les caisses régionales d'assurance maladie. Il serait nécessaire de définir des objectifs et des moyens matériels ou financiers adéquats.

Coordination

Enfin, plusieurs mesures permettraient de favoriser la coordination des acteurs de la lutte contre les IST/VIH :

- Etablir des budgets, des dossiers de suivis ou des conventions bi ou triennaux, pour faciliter les démarches administratives des acteurs de prévention et de dépistage.
- Renforcer la coordination des acteurs et des actions en définissant des orientations prioritaires avec le COREVIH.
- Favoriser la coordination locale en matière de santé sexuelle en l'intégrant systématiquement dans les CLS.
- Saisir les opportunités d'expérimentation de centre de santé sexuelle en organisant un groupe de travail réunissant les acteurs impliqués.

En conclusion, compte tenu de l'augmentation récente des contaminations des IST/VIH observées majoritairement pour les relations homosexuelles masculines en région LR, une prise de conscience ainsi que des propositions des acteurs de terrains et institutions existent. Le maintien de la mobilisation de l'ensemble de ces acteurs paraît indispensable et d'autant plus urgente à l'heure de la prévention combinée et de la proche disponibilité des autotests. L'adaptation des pratiques de prévention et de dépistage aux spécificités locales semble plus que jamais nécessaire et une meilleure coordination des partenaires de la lutte contre les IST/VIH favoriserait la synergie dans ce domaine. Conscients de ces enjeux, l'ARS, la Cire, et le COREVIH Languedoc-Roussillon, œuvrent en ce sens.

Bibliographie

1. Données au 31 décembre 2012 [<http://www.invs.sante.fr/fr/Dossiersthematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>]. Institut de veille sanitaire. 2013.
2. Supervie V. Epidémie du VIH en France : Les derniers chiffres et pistes pour le dépistage : INSERM U943 & Université Pierre et Marie Curie, Paris, France; 2013 [cited 11 mars 2014].
3. Supervie V, Costagliola D, Inserm UF, Upmc P, Marie Curie University FRA. Undiagnosed HIV prevalence in France: no evidence against universal HIV screening. AIDS. 2012;26(18):2419.
4. Ministère de la santé de la jeunesse des sports et de la vie associative. Paris FRA. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Paris: Ministère de la Santé, 2010.
5. Cazein F, Semaille C, Ramus C, Couturier S, Dutil J, Le Strat Y. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2012. BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE. 2013(33-34):410-6.
6. Velter A, Semaille C, Bouyssou A, Saboni L. Comportements sexuels entre hommes à l'ère de la prévention combinée. Résultats de l'Enquête presse gays et lesbiennes 2011. Numéro thématique Comportements à risque et prévention dans des populations particulièrement exposées au VIH, aux IST et aux hépatites. 2013(39-40):510-6.
7. Foureur N FS, Jauffret-Roustide M, Labrouve V, Pascal X, Quatremère G, Rojas Castro D. SLAM, Première enquête qualitative en France. AIDES.
8. Chew Ng R-A, Samuel M-C, Lo T, Bernstein K-T, Aynalem G, Klausner J-D, et al. Sex, Drugs (Methamphetamines), and the Internet : Increasing Syphilis Among Men Who Have Sex With Men in California, 2004-2008. AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH. 2013;103(8):1450-6.
9. Meizhen L, Dianmin K, Xiaorun TAO, Jie LI, Yuesheng Q, Guoyong W, et al. Dual epidemics of syphilis and methamphetamine use among drug users in Shandong Province of China. AIDS CARE. 2013;25(9-10):1236-44.
10. Wen XJ, Kanny D, Thompson WW, Okoro CA, Town M, Balluz LS. Binge drinking intensity and health-related quality of life among US adult binge drinkers. Preventing chronic disease. 2012;9:E86.
11. Unité VIH-IST-VHC-VHB chronique I, CNR du VIH, Inserm U966. Données épidémiologiques VIH/sida France entière et par Corevih 2013 [cited 11 mars 2014]. http://www.corevih-mpl.fr/epidemiologie/DonneesEpidemiologiquesParCorevih_decembre2013%5D.
12. Ministère de la Santé et des Sports. Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2). JO Ministère de la Santé et des Sports; 2010. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023093746>.
13. Rousseau C, Viriot D, Tribout V, Brosson I, Picot E, Aumaitre H. Régionalisation de la surveillance de la syphilis et d'autres IST : principes et premiers résultats en Languedoc-Roussillon (France), 2009. BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE Numéro thématique Infections sexuellement transmissibles : il faut poursuivre la surveillance. 2011(26-27-28):304-7.

14. Beck F, GR, Léon C., Richard J.-B. Atlas des usages de substances psychoactives 2010 Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes. Saint-Denis : Inpes, coll Études santé territoires: 104 p. 2013: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1479.pdf>.
15. Unité VIH/sida-IST-hépatites B et C IdVS, VIH Cd. Dépistage du VIH, découvertes de séropositivité VIH, diagnostics de sida 2003-2012 2013.
16. Cazein F, Lot F, Pillonel J, Le Strat Y, Sommen C, Pinget R, et al. Découvertes de séropositivité VIH et sida France, 2003-2012. BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE. 2014(9-10):154-62.
17. InVS. Réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles. Bulletins des réseaux de surveillance. 2012.
18. Bozon M, Dore V, Semaille C, Michel A, Lot F, Larsen C, et al. Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins : un nouveau rapport au risque. Paris: Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales; 2007. 106p. p.
19. AIDES. SLAM : première enquête qualitative en France <http://www.aides.org/actu/evenement/slam-premiere-enquete-qualitative-en-france-18732013>.
20. Ipergay <http://www.ipergay.fr/L-organisation.html2014>.
21. INPES. Une campagne pour dépister l'infection à chlamydiae <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2012/026-chlamydia.asp2013>.
22. Simard C, Deschesnes, M. . Recension des écrits publiés entre 2000 et 2009 sur les résultats d'évaluation des approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
23. Vincent C, Joignot F, Pons P. Bouleversante homosexualité. LE MONDE - DOSSIERS ET DOCUMENTS. 2013(431):1-10.
24. Gery Y, Ohayon M. Centre de santé sexuelle : "Réunir en un seul lieu information, prévention, dépistage, traitement et suivi" . LA SANTE EN ACTION. 2013(423):40-1.
25. Le Gall JM, Rios Guardiola L, Mairesse Umubyeyi B. Le dépistage communautaire du VIH : un nouvel outil pour améliorer la santé sexuelle. LA SANTE EN ACTION. 2013(423):43-5.
26. Ministère des affaires sociales et de la santé. Soutien aux activités de dépistage communautaire du VIH par tests rapides d'orientation diagnostique - TROD <http://sante.gouv.fr/soutien-aux-activites-de-depistage-communautaire-du-vih-par-tests-rapides-d-orientation-diagnostique-trod.html2013>.
27. Touraine M. Health inequalities and France's national health strategy. Lancet. 2014;383(9923):1101-2.
28. TETU. Le classement des villes les plus gay-friendly de France 2012 [cited 11 mars 2014]. http://www.gayviking.com/wp-content/uploads/2013/01/TETU_Villes_GayFriendly.pdf%5D.
29. Peterman TA, Newman DR, Maddox L, Schmitt K, Shiver S. High Risk for HIV Following Syphilis Diagnosis Among Men in Florida, 2000-2011. Public health reports. 2014;129(2):164-9.
30. Skerlev M, Culav-Koscak I. Gonorrhoea: New challenges. Clinics in dermatology. 2014;32(2):275-81.
31. Malott RJ, Keller BO, Gaudet RG, McCaw SE, Lai CC, Dobson-Belaire WN, et al. Neisseria gonorrhoeae-derived heptose elicits an innate immune response and drives HIV-1 expression. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 2013;110(25):10234-9.

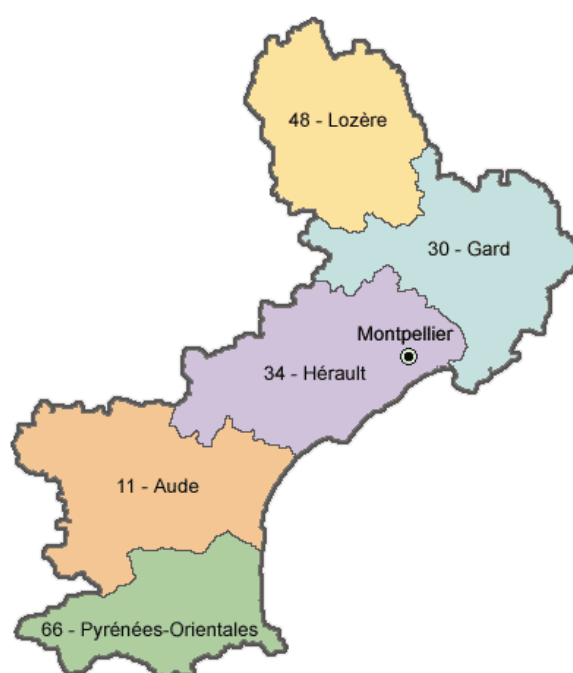
32. Delor F, Hubert M, Observatoire socio-Epidémiologique du sida et des sexualités. Bruxelles BEL. Un ré-examen du concept de vulnérabilité pour la recherche et la prévention du VIH/sida. 2003.
33. Crépey P. Principes de la dynamique de transmission des maladies infectieuses. XXX^e cours IDEA: EHESP; 2014.
34. Morlat P. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, recommandations du groupe d'experts. La documentation française, ministère des affaires sociales et de la santé. 2013.
35. Saboni L, Beltzer N. Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine. Enquête KABP, ANRS-ORS-Inpes-IReSP-DGS. Numéro thématique VIH/sida en France : données de surveillance et études. 2012(46-47):525-9.
36. Troussier T, Benghozi P, Ganem M. High-risk sexual behaviors. *Endocrine development*. 2012;22:357-79.
37. Girard G, Harrous-Paicheler G. Les homosexuels et le risque du sida. Individu, communauté et prévention. Rennes: Presses Universitaires de Rennes; 2013. 409p.
38. gay P-mlds. Pourquoi le VIH progresse parmi les gays <http://www.prends-moi.fr/les-videos/info-mane/pourquoi-le-vih-progresse-parmi-les-gays2014>.
39. Pialoux G, Lert F, Girard G, Yvers E, Ministère de la santé et des sports. Direction générale de la santé. . Paris FRA, Mission Rdrs FRA. Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST. Paris: DGS; 2009. 63p. p.
40. Lapointe S, D'Amours Y. L'application québécoise du concept d'école en santé. *Education à la santé à l'école*. 2000(346):19-20.
41. Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement et de la Recherche. Politique éducative de santé dans les territoires académiques, *MENE1132801Ccirculaire n° 2011-216 du 2-12-2011MEN - DGESCO B3-1*. 2011: http://www.education.gouv.fr/pid25535/bulletin_officiel.html?cid_bo=58640.
42. Gautier A, Bera N. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint Denis: Inpes; 2011. 266p. p.
43. Conseil National du Sida. Rapport sur les autotests de dépistage de l'infection à VIH. <http://www.cns.sante.fr/spip.php?article466&artpage=1-5>: 2013.
44. Aranda Grau J-H. Le dispositif de dépistage anonyme et gratuit des infections sexuellement transmissibles en Bretagne: quels enjeux pour une fusion? EHESP. Mémoire MISP 2013. p. 80.
45. Defert D. Un nouveau réformateur social : le malade. *Libération*. 14 août 1989;rubrique Rebonds.
46. De Carvalho E; Coudray M. 5e enquête sur les discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH - 2012. http://www.sida-info-service.org/sites/sida/IMG/pdf/SIS_Rapport_Discri_2012.pdf: Sida Info Service.
47. LOI n° 2013-404 du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe. *Journal Officiel de la République Française* n°0114 du 18 mai 2013 page 8253 texte n° 3 2013 <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027414540&dateTexte=&categorieLien=id>.
48. ENIPSE. Alerte syphilis sur Montpellier. <http://www.enipse.fr/?p=42212014>.
49. InVS, Ecole Pasteur CNAM, service des armées, association EPITER, EHESP. XXX^e cours international d'épidémiologie appliquée IDEA. <http://idea.ehesp.fr/formation/2014>.

Liste des annexes

- I : Caractéristiques géographiques et démographiques de la région Languedoc-Roussillon
- II : Grille d'entretiens semi-directifs
- III : Données régionales des usages de substance psycho-actives en Languedoc-Roussillon (proportions standardisées d'usagers en %), INPES baromètre santé 2010
- IV : Répartition des CDAG-CIDDIST en région Languedoc-Roussillon
- V : Liste des personnes rencontrées

ANNEXE I : Caractéristiques géographiques et démographiques de la région Languedoc-Roussillon

Départements de la région Languedoc-Roussillon, INSEE



Nombre d'habitants, superficie et densité de populations des départements de la région Languedoc-Roussillon, INSEE RP 2010

Département	Nombre d'habitants	Superficie (km ²)	Densité de population (habitants/km ²)
Aude	356467	6139	58
Gard	709700	5583	127
Hérault	1044558	6101	171
Lozère	77082	5167	15
Pyrénées Orientales	448543	4116	109

ANNEXE II : Grille d'entretien semi-directif

Rappel du cadre de l'entretien :

Remerciements, présentation personnelle

Cadre du mémoire et objectifs de l'étude :

Réalisation d'un mémoire dans le cadre de l'année de formation des Médecins Inspecteurs de Santé Publique, promotion 2013-2014

Les objectifs principaux de l'étude visent, dans un contexte local de recrudescence des nouveaux cas observés dans des populations spécifiques :

- *A établir l'état des lieux des dispositifs en place dans la région*
- *A recueillir les perceptions et opinions des acteurs sur l'offre de prévention et de dépistage*

Demande d'autorisation d'utilisation des contenus des entretiens de façon anonymisée.

Demande d'autorisation d'indiquer le nom et la fonction de la personne interviewée en annexe « liste des personnes rencontrées ».

1 – Présentation de la personne enquêtée et de sa structure

- S'il fallait pour débiter, vous présenter ?
- Pouvez-vous présenter la structure dans laquelle vous exercer ? rapide historique, missions et évolutions possibles, modalités de fonctionnement, place dans la région...
- Pouvez-vous m'indiquer vos partenaires svp ? Quels sont les atouts et limites de ces partenariats ? Existe-t-il une culture commune ? Quelles sont les modalités d'actions concertées ?

2 - Explication de l'évolution des IST dans la région Languedoc-Roussillon

- Quelle présentation feriez-vous des IST dans la région ? (différentes IST, publics concernés...)
- Que diriez-vous de leur évolution, IST par IST ?
- Quelles populations vous semblent davantage touchées ? Quelle est l'évolution de ces publics ?

- D'après vous quelles pourraient être les principales raisons d'éventuelles particularités locales concernant les IST?

3 - La prévention

- Quels sont vos publics cibles ?
- Pouvez-vous me présenter vos actions de prévention ? Avez-vous des exemples précis ? Quelles ont été les éventuelles évolutions de ces pratiques dans le temps et selon les publics ?
- Quels sont les supports utilisés ? Leurs atouts et limites ?
- Quels sont vos moyens financiers et humains ?
- De quelles formations bénéficie l'équipe ?
- Quelles sont, selon vous, les principales difficultés rencontrées dans le cadre des actions de prévention ? Pouvez vous me donner des exemples précis ?
- Pensez-vous qu'il soit possible d'améliorer l'impact des messages de prévention auprès des publics les plus exposés au risque d'infection par le VIH et les autres IST ? Quelles seraient très concrètement vos pistes d'action ? Quelles seraient les priorités à mettre en œuvre ?
- Comment décririez-vous la coordination dans votre domaine dans la région ? Avez-vous des exemples précis de difficultés, et d'actions qui fonctionnent bien ? Quelles seraient les pistes d'amélioration, les perspectives ?
- Si vous faites partie d'un système coordonné, est ce que cela influence vos actions ?

4 - Le dépistage

- Quels sont vos moyens financiers et humains ?
- Quels sont vos publics cibles ?
- Quels sont les dispositifs en place pour favoriser le dépistage ?
- Utilisez-vous les tests de diagnostics rapides ? Si oui, dans quel contexte ?
- Quels sont vos publics cibles ?
- Quels sont, selon vous, les points forts et les points faibles du dépistage ?
- Comment pourrait-on à votre avis améliorer le dépistage ?
- Que pensez-vous du traitement post exposition (accessibilité, utilisation...) ?

5 - Politiques de lutte contre les IST/VIH

- Aujourd'hui, en fin d'exercice du plan national de lutte contre le VIH et les IST, comment sont déclinés les principaux axes dans ce domaine ? Au niveau national ? Régional ? Local ?
- Pouvez-vous décrire l'organisation et les financements de la lutte contre les IST/VIH ?
- D'après vous quels sont les points forts et les points faibles de la lutte contre les IST/VIH ?
- Quelles pistes d'amélioration pourriez-vous proposer ? Avez vous des exemples précis ?
- Comment qualifieriez-vous vos relations avec l'ARS aujourd'hui ?
- Comment pensez-vous que l'ARS puisse vous aider à améliorer le dispositif régional de lutte contre le VIH et les autres IST ? Quels sont vos besoins et attentes pour ce faire ?

Y a-t-il d'autres sujets que vous auriez souhaité aborder ?

Remerciements

ANNEXE III : Données régionales des usages de substance psycho-actives en Languedoc-Roussillon (proportions standardisées d'usagers en %), INPES baromètre santé 2010

RAPPEL DES DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Expérimentation

Au moins un usage au cours de la vie.

Usage actuel / au cours de l'année

Au moins une consommation au cours de l'année (pour le tabac, il s'agit des personnes déclarant fumer, ne serait-ce que de temps en temps).

Usage récent

Au moins une consommation au cours des 30 derniers jours.

Usage hebdomadaire

Au moins une consommation par semaine durant les douze derniers mois.

Usage quotidien

Au moins une consommation par jour.

API (Alcoolisation Ponctuelle Importante)

6 verres ou plus en une même occasion, tous les mois (API mensuelle) ou toutes les semaines (API hebdomadaire).

Ivresse(s) dans l'année

Déclarer avoir été ivre au moins une fois durant les douze derniers mois.

Ivresses répétées

Déclarer avoir été ivre au moins trois fois durant les douze derniers mois.

Usage à risque chronique ou de dépendance

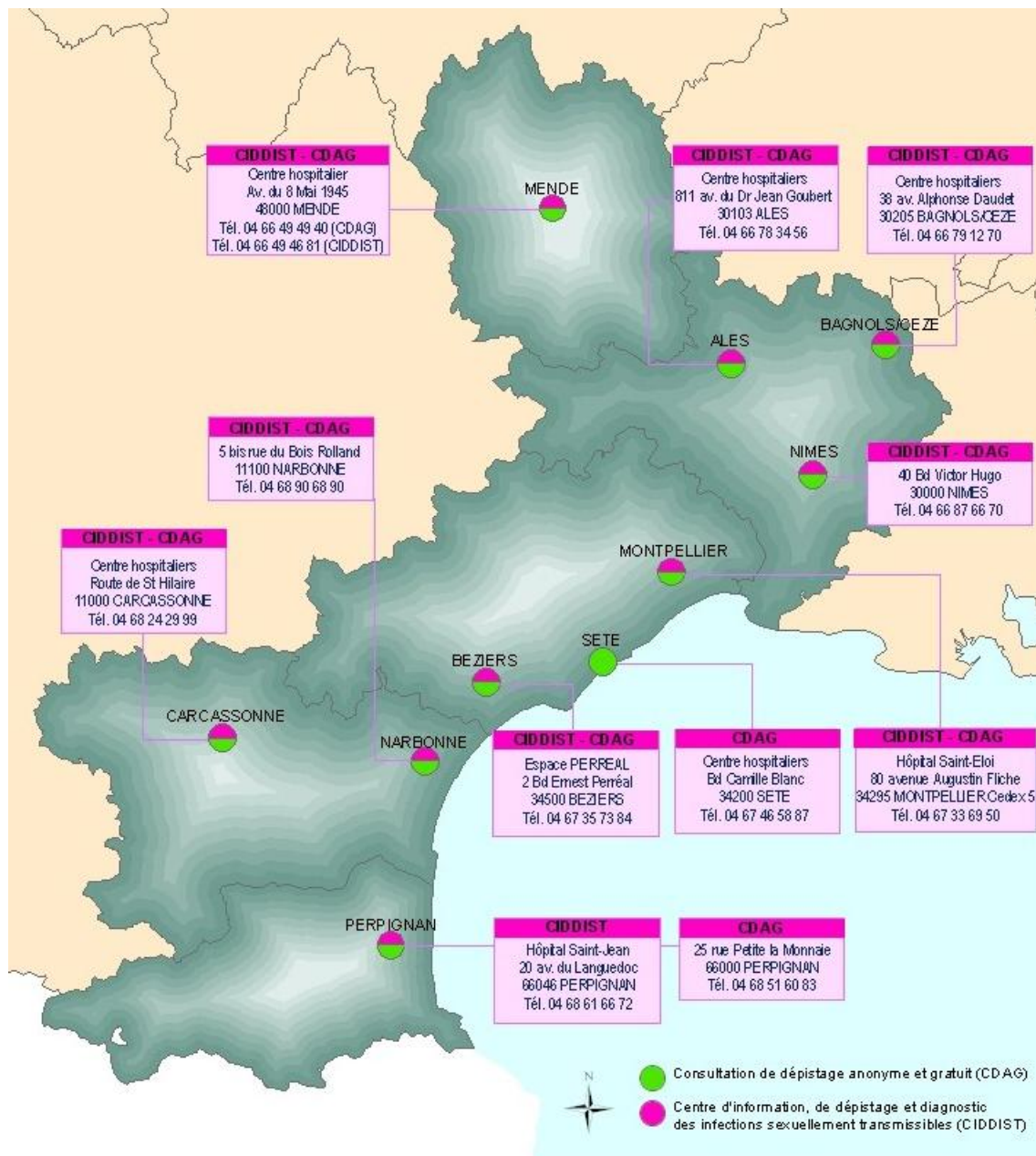
Consommation de plus de 21 verres par semaine pour les hommes, de plus de 14 verres par semaine pour les femmes, ou consommation d'au moins 6 verres en une occasion au moins une fois par semaine (Audit-C).

Indicateurs (voir définitions dans l'encadré plus bas)	Région 2005	Métropole 2005	Région 2010	Métropole 2010
Effectifs (15-75 ans)	1 380	29 099	1 038	25 990
Alcool (15-75 ans)				
Usage quotidien	18.6***	14.8	16.6***	11.0
Usage à risque chronique ou de dépendance	12.2***	9.0	12.0***	8.9
API mensuelle	17.8**	15.0	19.8	17.8
API hebdomadaire	4.9	4.0	6.0	4.8
Ivresse dans l'année	15.6	14.7	22.1*	19.1
Ivresses répétées	6.3	5.6	10.1*	8.1
Bière (usage hebdomadaire)	17.0	18.1	18.1	18.6
Vin (usage hebdomadaire)	44.8***	39.0	41.6*	36.9
Alcool fort (usage hebdomadaire)	16.2	15.8	14.7	15.7
Tabac (15-75 ans)				
Usage actuel	35.7**	31.4	39.6***	33.7
Usage quotidien	30.9**	27.0	35.2***	29.1
Fumeurs de plus de 10 cig/j	22.8**	19.4	24.8***	19.6
Cannabis (15-64 ans)				
Expérimentation	35.7***	28.7	41.0***	32.1
Usage actuel (au cours de l'année)	10.4*	8.2	11.5**	8.4
Usage récent (au cours du mois)	6.4**	4.6	7.0***	4.6
Autres drogues (15-64 ans)				
Expérimentation d'ecstasy	3.4***	2.0	4.4***	2.6
Expérimentation de champignons hallucinogènes	2.9	2.6	3.7	3.1
Expérimentation de poppers	5.4**	3.8	7.8***	5.2
Expérimentation de cocaïne	4.5***	2.4	7.6***	3.6

*, **, *** : différence significative entre la région et les autres régions pour l'année étudiée, avec des risques d'erreur de 5 % (*), 1 % (**) et 0,1 % (***).

Pour limiter l'effet de l'âge et du sexe dans l'appréciation d'une différence régionale, celle-ci est testée sur des données standardisées. La standardisation consiste à caler la structure démographique de la région sur une structure de référence (ici : l'échantillon national).

ANNEXE IV : Répartition des CDAG-CIDDIST en région Languedoc-Roussillon



Personnes rencontrées	Nom	Organisation	Fonction	Secteur géographique
Professionnels de santé	Dr Favier Carine	COREVIH	Coordinatrice médicale	Montpellier
	Faure Magali	COREVIH	Coordinatrice	Montpellier
	Dr Casanova Marie-Laure	SMIT	Médecin PH	Montpellier
	Dr Tribout Vincent	CDAG/Ciddist	Médecin coordinateur	Montpellier
	Combettes Marie-Pierre	CDAG/Ciddist	Infirmière coordinatrice	Montpellier
	Dr Brosson Isabelle	CDAG/Ciddist	Médecin responsable	Nîmes
	Dr Mauboussin Jean-Marc	SMIT	Médecin PH	Nîmes
	Dr Aumaitre Hugues	SMIT/CDAG/Ciddist	Médecin, responsable de service	Perpignan
	Casenove Christelle	CDAG/Ciddist	Infirmière, SMIT/CDAG-CIDDIST	Perpignan
	Dr Baillat Vincent	Médecin libéral	Médecin généraliste	Montpellier
Associations de prévention et ou de soutien	Sylvain Escloupier	Maison de vie	Coordinateur	Perpignan
	Pedrerros Andres	AIDES	Coordinateur régional	Région LR
	Hude-Dufossé Jonathan	Le refuge	Chargé du développement	Montpellier
	Marcé Franck	Sida Info Service	Coordinateur régional	Région LR
	De Carvalho Elisabete	Sida Info Service	Responsable observatoire SIS	France
	Derrien Jérôme	SNEG, enipse	Délégué régional	Région LR
	Dupont Yves	Association envie	Directeur	Montpellier
	Guez Nathalie	Le Zinc	Chef du service prévention CSAPA AMT arc-en-ciel	Montpellier
	Dr Durand Carole	APARSA	Association de professionnels de santé au service des adolescents	Montpellier
Institutions	Lemonnier Genevieve	éducation nationale	Conseiller technique auprès du recteur	Académie Mtp
	Dr Guglielmi Suzanne	ARS-LR	Directeur adjoint DSPE	Région LR
	Dr Bouillin Dominique	ARS-LR	MISP de la délégation territoriale	Hérault
	Garcia Karine	ARS-LR	Chargée de mission IST VIH hépatites, addictions	Région LR
	Dormont Anne-Sophie	ARS-LR	Coordinatrice prévention promotion santé	Région LR
	Troadec Claudine	Ville de Montpellier	Conseillère municipale (réseau Villes santé OMS)	Montpellier
	Dr Faliu Bernard	DGS	Responsable bureau infections VIH-IST-hépatites	France
	Caté Laurence	DGS	Bureau infections VIH-IST-hépatites	France
	Dr Sarr Aminata	DGS	Bureau infections VIH-IST-hépatites	France
	Dr Troussier Thierry	DGS	Bureau infections VIH-IST-hépatites	France

MELIN

Mathilde

25/09/2014

MISP

Promotion 2013-2014

Prévention et dépistage des IST -dont le VIH- en direction des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes: état des lieux et perspectives dans la région Languedoc-Roussillon

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP RENNES

Résumé :

Des cliniciens et des centres de dépistage ont constaté une recrudescence des découvertes d'infections au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et des cas de syphilis en région Languedoc-Roussillon en 2012. Les Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes (HSH) semblaient principalement concernés. Dans ce contexte, l'objectif de ce mémoire est de réaliser un état des lieux actualisé concernant les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) dont le VIH en Languedoc-Roussillon, pour permettre l'émergence de pistes de réflexion adaptées à la situation régionale. A cet effet, une revue de la littérature et une analyse des données épidémiologiques récentes des IST/VIH ont été réalisées. Des entretiens semi-directifs ont été effectués auprès de professionnels de santé et du dépistage, d'associations de prévention et de professionnels des institutions. Les nouvelles infections à VIH et autres IST sont en augmentation dans la région Languedoc-Roussillon. Les HSH sont les plus exposés au risque. Plusieurs mesures pourraient être proposées, en terme de prévention, de dépistage et de coordination des acteurs de la lutte contre les IST/VIH : organiser des programmes d'éducation à la santé favorisant l'estime de soi et préciser les spécificités locales pour adapter les messages de prévention ; homogénéiser les actions de dépistage sur l'ensemble de la région et renforcer l'implication des professionnels libéraux dans ce domaine, intégrer la santé sexuelle dans les contrats locaux de santé et saisir les éventuelles opportunités d'expérimentation de centres de santé sexuelle.

Mots clés :

VIH, IST, Infections Sexuellement Transmissibles, HSH, Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes, prévention, dépistage, Languedoc-Roussillon, TROD

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.