



Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale

Ministère des solidarités, de la santé et de la famille

Préfecture de la région Ile-de-France

# Diagnostic partagé VIH-Hépatites-IST

Dans le cadre de l'élaboration du Programme Régional de Santé Publique, un diagnostic partagé a été réalisé pour 12 thématiques, dont « VIH-SIDA, Hépatites, IST ».

Ce document est le fruit du travail conjoint de la DRASSIF, de l'Observatoire Régional de la Santé et des huit DDASS de la région, elles-mêmes en partenariat avec les structures locales.

Présenté lors du comité de pilotage du PRSP présidé par le préfet de région le 31 mai 2005, ce document d'étape ne prétend pas à l'exhaustivité et est susceptible d'être enrichi.

Pour tout renseignement, vous pouvez contacter :

Dr Christine BARBIER : 01 44 84 24 33

*christine.barbier@sante.gouv.fr*

Honoré TSIMAVOHE : 01 44 84 21 86

*honore.tsimavohe@sante.gouv.fr*

Mélanie BROCHANT : 01 44 84 23 95

*melanie.brochant@sante.gouv.fr*

Grégory VALOT : 01 44 84 20 17

*gregory.valot@sante.gouv.fr*

## DIAGNOSTIC PARTAGE THEMATIQUE VIH IST HEPATITES

### 1. Champ de la thématique

| Points traités dans la thématique   | Points traités dans d'autres thématiques  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'infection à VIH (séropositivité et SIDA avéré)</li> <li>▪ L'ensemble des infections sexuellement transmissibles, en particulier les gonococcies, la syphilis, les chlamydioses, l'infection à virus herpes de type 2 et les lympho-granulomatoses vénériennes</li> <li>▪ Les hépatites B et C</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Politique de réduction des risques dans la fiche Addictions</li> <li>▪ Education à la sexualité dans la fiche Périnatalité-IVG-Contraception</li> <li>▪ Problèmes d'accès aux droits et aux soins dans la fiche Populations vulnérables</li> </ul> |

*L'infection à VIH est une maladie chronique mais du fait de ses spécificités, elle sera traitée dans la présente fiche. Les recommandations générales de la fiche « maladies chroniques » relatives par exemple à l'éducation thérapeutique et à l'observance s'appliquent et s'adaptent aux personnes atteintes par le VIH.*

### 2. Le contexte national

#### 2.1 Les Plans nationaux de lutte contre le VIH

- **Le Plan national de lutte contre le VIH/SIDA (2001-2004)**  
Ce Plan identifie 6 régions prioritaires, dont l'Ile-de-France et les départements français d'Amérique  
Il s'articule autour de deux objectifs :
  - Prévenir :
    - ❖ Prévention auprès des populations prioritaires
      - Population migrante et étrangère vivant en France.  
Stratégie précisée dans le programme national 2004-2006 de lutte contre le VIH SIDA en direction des étrangers-migrants vivant en France. Ce programme considère la population migrante à la fois comme une composante de la société française multiculturelle et comme groupe spécifique.
      - Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
      - Multipartenaires et personnes ayant des pratiques anonymes de groupe
      - Détenus
      - Prostitués
    - ❖ Maintien du dispositif de prévention auprès de l'ensemble de la population
      - Diversification des moyens préventifs et amélioration de l'accessibilité
      - Dépistage, incitation à la connaissance du statut sérologique
      - Accessibilité au traitement après exposition
  - Permettre la prise en charge globale des personnes atteintes
    - ❖ Suivi et prise en charge thérapeutique (faciliter la prise en charge précoce, inciter au dépistage et veiller à une bonne coordination entre les CDAG, la médecine de ville et l'hôpital, améliorer la qualité de la prise en charge, mobiliser les patients pour améliorer l'observance thérapeutique)
    - ❖ Soutenir les personnes atteintes et améliorer leur qualité de vie

Ce plan s'inscrit dans le plan mondial de lutte contre le SIDA qui vise à faciliter l'accès à la prévention et aux traitements dans les pays en développement.
- **Le plan 2005-2008** intégrera la lutte contre les IST, la prévention auprès des populations séropositives, et mettra davantage l'accent sur l'articulation entre les dispositifs de soin et de prévention, sur les solidarités et les luttes contre les discriminations.  
En matière de dépistage, des actions communes VIH et IST sont prévues pour renforcer l'efficacité du dépistage (avec toutefois un maintien d'actions spécifiques).  
Le plan prévoit également l'harmonisation des dispositifs et des modalités de prise en charge des malades.  
La stratégie en direction des usagers de drogues n'est pas concernée par ce plan mais s'inscrit dans un programme de lutte contre les pratiques addictives (plan MILDT). De même, une stratégie globale prenant en compte les problèmes sanitaires et sociaux des personnes prostituées intégrant une dimension VIH-SIDA est en cours d'élaboration.

- Dans le cadre des orientations de ces plans nationaux, **l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé** (INPES), chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé, élabore de nombreux outils de communication afin de sensibiliser le grand public sur la thématique VIH-SIDA et de toucher les publics prioritaires.

## 2.2 L'évènementiel SIDA

### ▪ **La journée mondiale SIDA**

L'OMS a choisi la date du 1<sup>er</sup> décembre comme Journée mondiale du SIDA en ciblant un thème chaque année. Cette journée est, en France comme dans la plupart des pays, l'occasion d'initiatives multiples, la plupart étant même mises en place au cours des semaines et des jours qui précèdent ou qui suivent la commémoration officielle. La Journée mondiale SIDA permet de mieux sensibiliser l'opinion au VIH et au SIDA, de diffuser des messages de prévention dans la communauté, d'améliorer les soins aux personnes infectées par le VIH et de lutter contre les attitudes de refus et de discrimination. La Journée mondiale SIDA peut aussi aider à réunir des fonds pour les projets concernant le VIH et le SIDA dans les communautés et appuyer les efforts nationaux et internationaux de lutte contre l'épidémie.

### ▪ **Le Sidaction**

Issue d'un collectif composé d'associations, de chercheurs et de médecins réunis, l'association Sidaction organise chaque année une grande opération de mobilisation de l'opinion publique visant à sensibiliser davantage la population sur le VIH-SIDA et à collecter des fonds. La moitié de l'argent récolté est attribuée aux associations afin de les soutenir dans leurs missions d'aide aux malades et de prévention. L'autre moitié des fonds est destinée à la recherche fondamentale et appliquée.

### ▪ **Le SIDA, grande cause nationale 2005**

Le SIDA a été déclaré grande cause nationale en 2005. L'attribution de ce label « Grande cause nationale » est un geste d'engagement et une reconnaissance de l'urgence à agir sur les terrains de la prévention, des droits des malades et de la recherche.

La Grande cause nationale 2005 est portée par l'association « Sida grande cause nationale 2005 » qui coordonne l'ensemble des opérations de mobilisation et de communication.

## 2.3 Plan national Hépatites virales B et C (2002-2005)

Ce plan comporte quatre objectifs (sur cinq) en rapport avec la thématique et le champ du PRSP :

- Réduire la transmission des virus VHB et VHC (risques liés aux soins, pratiques de tatouage et de piercing, usagers de drogue intraveineuse, vaccination hépatite B de la population générale)
- Dépister les personnes atteintes
- Renforcer le dispositif de soins et l'accès aux traitements
- Renforcer la surveillance et l'évaluation

## 2.4 Plan pour l'amélioration la prévention et la prise en charge sanitaire des personnes détenues (2002)

Elaboré en 2002, ce plan n'a jamais été mis en œuvre. Il prévoyait notamment d'assurer la continuité des prises en charge pour les maladies chroniques, de rendre effective les mesures préventives dans le domaine VIH/hépatites et réduction des risques et de développer l'éducation pour la santé.

## 2.5 Cadre d'intervention de l'Education nationale

- Circulaire de l'éducation nationale « éducation à la sexualité » intégrant la prévention du VIH (1998)
- Loi du 4 juillet 2001 sur l'IVG et la contraception qui porte obligation d'une information et d'une éducation à la sexualité dans les collèges et lycées
- Circulaire d'application relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées du 17/02/2003, qui définit les modalités d'organisation et les partenaires impliqués (adultes de la communauté éducative et partenaires extérieurs devant bénéficier d'un agrément, rôle du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté)

## 2.6 Missions des conseils généraux en matière de SIDA et d'IST

- La **loi du 30 juillet 1987** stipule que la politique de lutte contre le SIDA relève de l'Etat (y sera ensuite ajoutée la lutte contre les hépatites B et C). Toutefois, la lutte contre les maladies vénériennes, actuellement appelées infections sexuellement transmissibles (IST), est restée du ressort des départements. Les dispensaires antivénéériens, « *services du département* » (**ordonnance du 15 juin 2000**), assurent en effet la prévention, le dépistage, le traitement et la surveillance des IST, dont la liste, limitée par l'arrêté du 23 juillet 1943 à quatre maladies (syphilis, gonococcie, chancrelle, maladie de Nicolas de Favre), a été supprimée par l'ordonnance du 15 juin 2000, afin de s'adapter à l'évolution épidémiologique (quasi-disparition de la chancrelle et de la maladie de Nicolas Favre, diminution de la fréquence de IST)
- Parmi les autres structures relevant du Conseil général, certaines jouent également un rôle en matière de dépistage gratuit du VIH et de prévention des IST :
  - Les consultations prénuptiales et prénatales des centres de protection maternelle et infantile (PMI) (**juillet 1992**)
  - Les consultations des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) (**décret du 6 août 1992**)
- La **loi du 13 août 2004** relative aux libertés et responsabilités locales restitue à l'Etat les compétences que les départements exerçaient dans le domaine de la lutte contre les IST (« *la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine et contre les infections sexuellement transmissibles relève de l'Etat* »). Toutefois, les collectivités locales, et notamment les conseils généraux, peuvent continuer à prendre des initiatives en matière de lutte contre le SIDA et les IST, à condition qu'elles s'inscrivent dans les principes et les orientations de l'Etat. La loi du 13 août 2004 précise en effet que « *les collectivités territoriales peuvent exercer des activités en ces domaines (ceux de lutte contre le SIDA et les IST) dans le cadre d'une convention conclue avec l'Etat. Cette convention précise les objectifs poursuivis les catégories de bénéficiaires, les moyens mis en œuvre, le montant de la subvention accordée par l'Etat, les données dont la transmission à l'Etat est obligatoire, les modalités d'évaluation des actions entreprises ainsi que, le cas échéant, les relations avec les autres organismes intervenant dans le même domaine* ».

Un recensement complémentaire auprès d'autres ministères (Jeunesse et sport, PJJ) est à poursuivre.

### **3. Problématique**

#### **3.1 Données de cadrage**

Certaines populations particulièrement vulnérables à l'infection à VIH se concentrent en Ile-de-France, région fortement urbanisée où les disparités socio-économiques sont importantes.

- Ainsi, même si cette population n'est pas « quantifiable » la proportion de personnes homosexuelles est très importante à Paris, où des services, des boutiques, des lieux de loisirs et de sexe se sont spécifiquement développés. La difficulté de vivre son homosexualité dans des zones où l'absence de visibilité de l'homosexualité entraîne une stigmatisation pousserait ces personnes à rechercher des lieux urbains où la visibilité homosexuelle est plus grande, ou au contraire qui permettent de vivre dans l'anonymat. L'actuelle évolution des épidémies de VIH et des infections sexuellement transmissibles dans cette population témoigne de sa forte présence dans la région. Dans les lieux de sexe anonyme, les prises de risque sexuelles sont en recrudescence et semblent liées à des modifications de comportement chez les personnes séropositives et à une plus grande prise de risque chez les jeunes (enquête en ligne sur le désir masculin I-PSR/DGS/SNEG/citegay décembre 2004). La consommation de substances psychoactives pourrait jouer un rôle dans la prise de risque.
- Les populations étrangères et immigrées, fortement touchées par l'épidémie de l'infection à VIH sont également très fortement représentées en Ile-de-France. Selon l'INSEE Île-de-France en 1999, 1,6 millions d'immigrés (personnes nées à l'étranger, de nationalité étrangère ou française sur acquisition) et 1,3 millions d'étrangers résident en Île-de-France. Le pourcentage d'étrangers représente 11,9 % de la population francilienne (5,6 % en France métropolitaine), mais 14,4 % dans Paris intra-muros et 18,9 % de la population de Seine-Saint-Denis. Parmi les immigrés habitant en Île-de-France (239 000) 15 % sont originaires d'Afrique sub-saharienne, populations les plus touchées par l'infection VIH. Sur la période 2002-2003, 55 % des personnes étrangères ayant développé un sida habitent l'Île-de-France.
- Les personnes toxicomanes, difficiles à identifier et quantifier sont également très présentes en Ile-de-France comme en témoigne le fait que depuis le milieu des années 1980 environ 50% des décès par surdose surviennent en Ile-de-France et notamment à Paris. En 2002 la région comptabilisait 54 des 97 décès par surdose. De plus, de nouvelles populations immigrées en situation extrêmement précaire notamment des pays de l'Est et originaires d'Afrique ainsi que l'importance croissante des utilisations de crack dans la capitale font craindre que pour toutes ces populations fortement dépendantes, il y ait dans l'avenir une reprise des prises de risque notamment avec les matériels utilisés (injection, inhalation...), chez ces populations nouvellement arrivées et/ou très fortement désinsérées.
- Enfin, parfois fortement dépendante aux produits psychoactifs l'activité de prostitution serait également importante, se diversifierait et concernerait de nouvelles populations étrangères en provenance des pays de l'Est, de la Chine et d'Afrique anglophone. Ces populations sont, d'autant plus difficiles à cerner que le racolage sur la voie publique est maintenant pénalisé.

### 3.2 Données épidémiologiques et objectifs de la loi relative à la politique de santé publique

#### a. Infection à VIH/Sida

| Objectifs de la loi   | Données épidémiologiques disponibles   |
|---|--|
| <p>• <b>Réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 en 2008 (actuellement 3,0 pour 100 000)</b></p> <p>➤ <i>Compte tenu de l'incidence élevée en Ile-de-France, l'objectif de réduire l'incidence de 20% semble plus pertinent. Par ailleurs, l'amélioration de la connaissance des diagnostics de séropositivité (et non des cas de sida comme précédemment) devrait permettre de formuler des objectifs de réduction de l'incidence de l'infection adaptés aux différents groupes de contamination. Des objectifs de réduction des proportions de personnes contaminées depuis moins de 6 mois pourraient être proposés sous réserve de vérification auprès de l'Invs.</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'incidence des cas de sida est de l'ordre de 6,1 pour 100 000 (nouveaux cas 2002) en Ile-de-France, il est deux fois supérieur au taux national</li> <li>▪ L'Ile-de-France représente 45 % des cas de sida diagnostiqués et 26 254 cas sur 57 990 cas (au 31 décembre 2004) depuis le début de l'épidémie ainsi que 48 % des diagnostics de séropositivité (déclaration obligatoire VIH de 2003) sont franciliens. De 2000 à 2003, environ 700 nouveaux cas de Sida sont déclarés chaque année. Entre mars et décembre 2003, 1097 nouveaux cas de séropositivité ont été enregistrés. La répartition des cas diagnostiqués de séropositivité par groupe de population n'est pas sensiblement différente à celle des cas de sida, sauf pour les usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI) qui sont beaucoup moins représentés dans les diagnostics de séropositivité.</li> <li>▪ Il y aurait environ 10 000 personnes vivant au stade sida en Ile-de-France (d'après les données de déclarations obligatoires en fonction du statut vital).</li> <li>▪ Avec notamment l'arrivée des nouveaux traitements antirétroviraux, on observe une baisse très nette de la mortalité (200 décès par an en 2003, contre 1893 décès en 1994), un allongement de la durée de vie, et en conséquence une augmentation de la prévalence. Cela entraîne de nouveaux enjeux de prise en charge et de prévention chez les personnes séropositives.</li> <li>▪ L'épidémie concerne majoritairement certains départements : 6 cas de sida sur 10 des cas franciliens proviennent de Paris et en Seine-Saint-Denis.</li> <li>▪ Le profil de la population touchée se modifie avec une augmentation des contaminations par voie hétérosexuelle, une forte féminisation des cas et une proportion d'étrangers, la plupart d'origine africaine subsaharienne, plus importante.</li> <li>▪ On a observé une diminution des cas de sida chez les hommes contaminés par voie homosexuelle jusqu'en 2000 mais on constate depuis la fin des années 1990 une reprise des comportements à risque (enquêtes presse gay et baromètre gay) et une recrudescence des IST. Enfin, parmi les 1097 nouveaux diagnostics de séropositivité, 18 % concernent la transmission chez les homosexuels masculins. Parmi ces derniers, 60 % ont été contaminés récemment (moins de 6 mois), témoignant d'une épidémie particulièrement active probablement en recrudescence (et/ou d'un recours plus précoce au dépistage).</li> <li>▪ Une grande majorité des dépistages s'effectue en ville (d'après les données de l'URCAM, 565 525 tests de dépistage ont été remboursés en 2003). Il n'y a pas de base régionale sur les tests réalisés en établissements de santé et par les structures relevant du conseil général (PMI, DAV, CPEF). D'après les données de l'INVS, 96 579 tests VIH ont été prescrits dans les 59 CDAG franciliennes (dispositif hors prison) en 2003. Le nombre de tests prescrits est en augmentation (+ 21% entre 2000 et 2003), la proportion de tests positifs reste stable (9 pour mille depuis 2000). Cette proportion connaît d'importantes variations entre les départements et les centres. Les hommes ont plus fréquemment recours au dépistage en CDAG (trois cinquièmes des consultants). Les personnes dépistées positives sont majoritairement des hommes (deux tiers des personnes avec test positif en 2003) situés dans la tranche d'âge 30-39 ans (40% des personnes avec test positif avaient entre 30 et 39 ans en 2003).</li> <li>▪ Les données d'activité hospitalière issues de la Base DMI2 ne sont pas disponibles à ce jour pour la région Ile-de-France. D'après l'analyse du PMSI, malgré les limites des pratiques liées au codage, on note une diminution des séjours en hospitalisation complète (moins 8% de 2000 à 2003), un développement de la prise en charge en hôpital de jour (+70%) et une diminution des séjours pour pathologie complexe (plusieurs pathologies infectieuses). Cette évolution semble logique compte tenu des progrès thérapeutique et notamment avec l'arrivée des puissantes associations antirétrovirales.</li> <li>▪ Une enquête de l'ANRS (Vespa) sur le devenir et les conditions de vie des personnes atteintes par le virus du sida a été menée en 2004 par tirage au sort des dossiers médicaux des personnes suivies en milieu hospitalier : 43,5 % des patients sont originaires d'Ile-de-France. Au cours du temps le profil des personnes suivies s'est modifié avec de moins en moins de personnes infectées par usage de drogue et de plus en plus ayant été infectées lors de rapports hétérosexuels, notamment chez les migrants, la féminisation progresse de façon continue. La difficulté de supporter et de suivre les traitements dont les effets secondaires sont fréquents (notamment modification de l'apparence physique et troubles sexuels) altère globalement la qualité de vie. Les revenus varient selon les groupes et la composition du foyer. Les personnes atteintes, seules avec un enfant, ont les revenus les plus faibles. Les personnes séropositives au VIH ont un taux d'emploi plus faible que la population générale. Ce taux d'emploi faible n'est qu'en partie dû à la détérioration de l'état de santé.</li> </ul> |

|   |   |
|---|---|
|   | <p>La dégradation de la situation de l'emploi et des revenus semble d'autant plus importante que ceux-ci étaient élevés au départ.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Au niveau national, la séroprévalence de l'infection par le VHC dans la population infectée par le VIH est de 20% (enquête VESPA). Celle-ci est très différente selon les séries et les modes de transmission du VIH, variant de 4 à 8% chez les homosexuels ou bisexuels à 90% chez les usagers de drogues injectables. On peut donc estimer qu'en Ile-de-France, compte tenu de l'importance des UDIV parmi les personnes atteintes, la séroprévalence de l'infection VHC dans la population infectée par le VIH est supérieure à 20%.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Chez les personnes dépendantes aux opiacées et chez les polytoxicomanes, maintenir l'incidence des séroconversions VIH (et amorcer une baisse de l'incidence du VHC)</b></li> </ul> | <p>Les nouvelles contaminations à VIH sont à la baisse chez les UDIV. En 2003, 2 % des nouveaux séropositifs sont des UDVI, et seulement 10 % d'entre eux ont été infectés par le VIH depuis moins de 6 mois (proportions inférieures aux moyennes nationales), ce qui montre que l'épidémie est chez eux pratiquement enrayée. Cela est confirmé par le nombre de nouveaux cas de SIDA chez les usagers de drogue qui est passé de 157 en 1998 à 37 en 2003.</p>   |

Spécificités départementales :

- **Paris**

- Paris est le département le plus touché de France métropolitaine et représente près de 48 % des cas cumulés d'Ile-de-France, et 41 % des cas de 2002. Le groupe des personnes contaminées par voie homosexuelle, très majoritaire au début de l'épidémie reste important, mais ce n'est plus actuellement le groupe majoritaire des cas de sida. Cependant, davantage que le nombre, le fait que la plus grande partie des nouveaux diagnostics de séropositivité, diagnostiqués en 2003, chez les personnes contaminées par voie homosexuelle l'ait été depuis moins de 6 mois signe à l'heure actuelle une transmission très active de l'épidémie dans ce groupe.

- L'accroissement continu de la proportion des cas de sida chez les personnes contaminées par voie hétérosexuelle, perceptible dès le début des années 1990, notamment chez les étrangers africains, est particulièrement notable à Paris où ce groupe rassemble maintenant 45,5 % des cas de sida diagnostiqués entre 2000 et 2003.

- **La Seine Saint-Denis**

La Seine Saint Denis est le second département le plus touché de la région représentant 13 % des cas cumulés comme des cas de sida entre 2000 et 2003. La contamination par voie hétérosexuelle y est largement majoritaire avec 69 % des cas de sida diagnostiqués entre 2000 et 2003, avec une féminisation importante des cas.

- **Les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne** présentent une situation intermédiaire en terme de répartition des groupes de transmission et à eux deux représentent moins de 20 % des cas régionaux. Le Val-de-Marne signale sans qu'il soit pour l'instant possible de déterminer s'il s'agit d'un artefact ou d'une réalité un nombre de nouveaux diagnostics de séropositivité au VIH peut-être plus élevé que ce à quoi on pourrait s'attendre.

- **Départements de grande couronne**

Dans ces départements, le nombre de cas est proportionnellement moins important et représente environ 20 % des cas de sida régionaux. Il s'agit principalement d'une contamination hétérosexuelle.

Dans la grande couronne, le Val d'Oise est le département le plus touché par l'épidémie

b. Les infections sexuellement transmissibles

| Objectifs de la loi   | Données épidémiologiques disponibles  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Réduire l'incidence des gonococcies et de la syphilis dans les populations à risque, la prévalence des chlamydioses et de l'infection à HSV2</b></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Augmentation des IST depuis la fin des années 1990, essentiellement en Ile-de-France, presque exclusivement à Paris, et qui concerne presque en totalité des hommes gays. Ainsi, on a pu observer une réapparition de la syphilis avec 30 cas en 2000, 318 cas en 2002 et 273 cas en 2003, l'apparition de 141 cas presque uniquement sur Paris d'une maladie sexuellement transmissible qui n'avait jusque là jamais été décrite en France, la lymphogranulomatose vénérienne, une recrudescence des gonococcies entre 1998-2002 plutôt stable depuis.</li> <li>▪ Quant à l'herpès génital (HSV2), aucune donnée n'est disponible en routine.</li> <li>▪ Des données concernant les cas de chlamydioses sont recueillies par les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) mais ne font pas l'objet d'une synthèse régionale.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Offrir un dépistage systématique des chlamydioses à 100 % des femmes à risque (15-24 ans) d'ici à 2008</b></li> </ul>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le réseau RENACHLA devrait pouvoir nous donner des informations pertinentes pour l'Ile-de-France, mais ce n'est pas encore le cas en routine.</li> </ul>   |

c. Hépatites

Nombreuses populations à risque d'hépatites en Ile-de-France : UDVI, migrants (originaires de pays où hépatites sont endémiques)

| Objectifs de la loi   | Données épidémiologiques disponibles  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Réduire de 30 % la mortalité attribuable aux hépatites chroniques : passer de 10-20 % à 7-14 % des patients ayant une hépatite chronique d'ici à 2008</b></li> <li>➤ <i>Essentiellement par le dépistage dans les populations à risque (UDVI et migrants) (et diminution des la consommation d'alcool et des autres syndromes dysmétaboliques)</i></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En France, la prévalence de l'infection à VHC est estimée à 1.1% de la population adulte (INVS, 1996) (données en cours d'actualisation). Chez les UDIV, la prévalence serait d'environ 60%. Il est probable que la prévalence soit plus élevée en Ile de France, compte tenu de l'importance de la population des UDIV.</li> <li>▪ En France, l'infection par le VHC se caractérise par un passage à l'état chronique dans 55% à 90% des cas. Divers facteurs sont associés à une évolution plus rapide de la fibrose : le sexe masculin, l'âge élevé au moment de la contamination, la consommation d'alcool et la co-infection VIH.</li> <li>▪ D'après l'enquête nationale « une semaine donnée » en 2003 faite par la DREES auprès des patients atteints d'hépatite chronique consultants dans un établissement de santé, sur 3600 consultants, 60% sont des hommes, 40% ont comme facteur de risque suspecté l'usage de drogue intraveineux, 75% des ces derniers sont co-infectés VIH.</li> <li>▪ Plusieurs cas d'hépatite C aiguë chez des homosexuels ont été récemment signalés par des équipes parisiennes. Une évaluation est en cours par l'INVS.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Chez les personnes dépendantes aux opiacées et chez les polytoxicomanes, maintenir l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les UDVI et amorcer une baisse de l'incidence du VHC</b></li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Epidémie pratiquement enrayée pour le VIH mais pas pour le VHC comme cela a été vu par la baisse du nombre et de la proportion des cas de sida dans cette population. De plus, l'enquête de faisabilité de la grande enquête coquelicot menée sur un échantillon représentatif d'usagers de drogue dont l'analyse est actuellement en cours, montre, en comparant des données biologiques et de déclaratif, que les Usagers de drogue connaissent très bien leur statut sérologique au VIH ainsi que les risques associés mais qu'en revanche ils connaissent assez mal leur statut VHC dont ils méconnaissent et sous estiment la prévalence.</li> </ul>  |

**4. Bilan de l'existant en Ile-de-France**

**4.1 Plans, programmes de prévention régionaux et départementaux et leur financement et actions mises en avant par les départements**

En Ile-de-France, quatre programmes de prévention sont spécifiquement dédiés à la lutte contre le VIH/sida, les IST ou l'infection à VHC.

a. Déclinaisons régionales des plans nationaux par la DRASS

▪ **Le plan national de lutte contre le VIH/SIDA (2001-2004)**

La déclinaison régionale du plan national VIH/sida 2001-2004 se traduit concrètement par la fixation de priorités régionales qui sont mises en œuvre par des choix financiers. En l'occurrence, le pilotage de cette thématique par l'Etat au niveau régional est récent (2004). En effet jusqu'à l'année dernière, c'est à l'échelon départemental qu'étaient gérées les enveloppes budgétaires. L'enveloppe a été régionalisée en 2004, c'est-à-dire que la DRASS est l'ordonnateur des crédits sur le chapitre 39-01. L'Ile-de-France a choisi une organisation qui laisse à chaque niveau (DDASS et DRASS) une compétence en matière de suivi des crédits : la DRASS suit les associations d'envergure régionale (plus de 1 département), les DDASS suivent les associations départementales (la DRASS demeurant l'ordonnateur pour l'ensemble de ces crédits). Ainsi, le montant des crédits consacrés au VIH/SIDA en 2004 en Ile-de-France se décompose comme suit :

- Montant pour les associations suivies au niveau régional : 3 486 000 €
- Montant pour les associations suivies au niveau départemental : 7 755 000 €
- Montant global pour l'Ile-de-France : 11 600 000 €

Cette enveloppe se décompose en 2 sous-enveloppes (respectivement 80% et 20%) :

1) crédits structurels qui financent des dispositifs qui ont un caractère pérenne (charges de personnel, prise en charge de malades, frais de structure,...). Le financement du maintien à domicile, ainsi que celui de structures d'accueil représente la plus grande partie de cette sous-enveloppe

2) crédits ponctuels, ces derniers financent des actions de prévention qui n'ont pas vocation à être pérennisées. On notera le financement d'actions de prévention par le biais d'un appel à projet et le financement d'actions en lien avec la journée mondiale du sida

▪ **Le plan national de lutte contre les hépatites (2002-2005)**

Dans ce cadre, 49 actions de lutte contre l'hépatite C ont été identifiées en 2003 et en 2004. Le fonctionnement logistique des réseaux/coordinations locales (22 % des actions), l'information (20 %), le dépistage (16 %), l'aide aux personnes (16 %) et l'éducation à la santé (14 %) sont les principales modalités d'intervention financées par la DRASS.

Les actions s'adressent principalement aux usagers de drogues et à la population exposée (29 % des actions pour chacun de ces publics). Viennent ensuite les personnes atteintes, la population générale (environ 15 % des actions chacun), et les personnes relais (8 %). Enfin, quelques actions concernent les jeunes et les détenus (2 % chacun).

b. Le Conseil Régional

Depuis 1989, le VIH/sida constitue l'axe majeur d'intervention en santé du Conseil Régional d'Ile-de-France, via le Centre régional d'information et de prévention du sida (CRIPS).

Les 78 actions menées entre 2002 et 2004 par le CRIPS sont principalement des actions d'information (39 %) ou d'éducation à la santé (26 %).

L'évaluation (9 % des actions) et la formation (8 %) sont aussi des modalités d'intervention développées par le CRIPS.

Les actions s'adressent principalement aux jeunes de 16-25 ans, mais aussi à la population générale ou encore aux professionnels.

Le Conseil régional intervient également en cofinçant certaines associations pour des actions destinées aux personnes atteintes.

c. Le programme de lutte contre l'infection VIH/sida et les IST de la CRAM

La plupart des actions (63 %) mises en œuvre dans le cadre de ce programme sont de type informatif - sous forme de réunions/colloques ou d'outils de communication (brochures, dépliants, serviettes de table...).

Près d'une action sur cinq (19 %) s'inscrit dans le cadre de la politique de réduction des risques.

La formation, l'aide aux personnes et les actions relatives aux réseaux/coordinations locales sont aussi des modalités d'intervention développées par la CRAM (6 % des actions pour chaque modalité).

La plupart des actions (81 %) concerne la population non atteinte, principalement les jeunes (25 % des actions), les migrants et les usagers de drogue (Paris). Quelques actions concernent les détenus (Fresnes).

Les actions destinées aux personnes relais représentent 13 % de l'ensemble des actions.

Peu d'actions (6 %) sont destinées aux personnes atteintes.

d. Au niveau des départements et des communes

Les financements engagés :

- la DRASS : 3 993 349 euros en 2004

Ce chiffre représente la somme de toutes les dépenses effectuées au titre de la prévention, qu'il s'agisse de l'enveloppe régionale ou des enveloppes départementales (sachant que ces dernières relèvent du niveau régional), qu'il s'agisse également de crédits ponctuels ou structurels.

En 2004, 255 actions ont été financées, la plupart relevant de l'aide aux personnes (38 %) ou de l'éducation à la santé (37 %). Le fonctionnement des réseaux (12 % des actions), la formation (6 %), l'information et l'accès aux droits/soins (3 % chacun) sont aussi des modalités d'intervention financées par les crédits Etat.

Les actions d'incitation au dépistage sont généralement intégrées dans des interventions plus globales.

La majorité des actions ciblent les populations prioritaires, principalement les migrants (surtout à Paris et en Seine-Saint-Denis), et dans une moindre mesure les homosexuels (essentiellement à Paris) et les usagers de drogue. Quelques actions concernent les personnes en situation de précarité (Paris), les détenus (Fleury-Mérogis et Paris), les prostitués (Paris) ou encore les hétérosexuels multipartenaires (Paris). S'y ajoutent des actions de prévention auprès des jeunes et de la population générale.

Plus d'un tiers des actions (35 %) sont destinées aux personnes atteintes<sup>1</sup> (massivement à Paris et en Seine-Saint-Denis, mais aussi dans le 91, le 92, le 94 et le 95 ; peu d'initiatives dans le 77 et le 78), et 18 % aux personnes relais (professionnels).

Certaines DDASS se sont engagées dans des démarches de programmation concernant des populations spécifiques. A Paris, un programme en direction des homosexuels masculins a été élaboré en 2001, un comité de pilotage animé par la DDASS et regroupant toutes les associations concernées en assure le suivi.; Les DDASS de Paris et de Seine Saint-Denis ont mis en place un comité de pilotage commun avec les associations intervenant auprès des populations migrantes.

- le Conseil Régional : 3 500 000 euros en 2004
- la CRAM : 1 033 218 euros en 2004
- Certains conseils généraux et mairies (notamment la mairie de Paris) ont particulièrement investis sur ces thématiques. Dans les Hauts-de-Seine, un plan triennal a été élaboré conjointement par l'Etat et le Conseil général.

e. L'appel d'offre de l'INPES

Dans le cadre de l'appel d'offre de l'INPES, sont financées des outils spécifiques sur des populations prioritaires particulièrement présentes en Ile-de-France (homosexuels, migrants). Ces financements ont bénéficié à des associations franciliennes ou des associations nationales à forte implantation francilienne, ainsi qu'à l'OMI pour une action ciblée sur les migrants primo-arrivants et les demandeurs d'asile.

f. Autres plans ou programmes intégrant ces thématiques

Certains plans ou programmes régionaux, non spécifiques à la présente thématique, comportent une ou plusieurs actions en rapport avec le VIH/sida, les IST ou les hépatites, en particulier le programme de l'Education nationale relatif à l'éducation à la sexualité et le programme Sexualité-IST-sida de la CRAM (cf. fiche périnatalité-IVG-contraception) ou encore le PRAPS de la DRASS (cf. fiche santé des populations en situations de précarité).

g. Actions existantes à valoriser (signalées par les DDASS ou repérées par l'équipe projet régionale)

|    |   |
|----|---|
| 75 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bus info santé depuis octobre 2000 visant à offrir aux publics parisiens dans leurs quartiers, un service d'information, d'échange et d'orientation, dans un objectif de prévention</li> <li>▪ « CDAG hors les murs » afin de favoriser le dépistage auprès de populations prioritaires (Aremedia )</li> <li>▪ La charte de responsabilité du SNEG favorisant l'implication des gestionnaires de lieux de rencontre gays et fédérant plusieurs associations</li> </ul> |
| 77 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actions de sensibilisation des jeunes hors circuit scolaire sur le VIH et les risques de contamination s'appuyant sur le réseau des CIJ et PIJ</li> </ul>  |
| 78 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CDAG hors les murs (Ciprés)</li> <li>▪ Bonne implication des communes dans des actions de prévention</li> <li>▪ Charte multipartenariale pour les interventions en milieu scolaire</li> </ul>  |

<sup>1</sup> La répartition par public cible des actions destinées aux personnes atteintes est inconnue pour 91 % de ces actions. Lorsqu'elle est connue, il s'agit soit de personnes en situation de précarité, soit d'usagers de drogue ou encore d'anciens détenus.

|    |   |
|----|---|
| 91 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actions de prévention continues (auprès des personnes atteintes, des toxicomanes, des migrants, des personnes détenues)</li> <li>▪ Actions de prévention répétées (Actions d'incitation au dépistage (AIDES, CDAG), dispositif info-bus se déplaçant auprès de classes de 3<sup>ème</sup>)</li> <li>▪ Actions de prévention ponctuelles (journée ruban-rouge dans deux communes, forum santé annuel des missions locales et communes)</li> <li>▪ Campagne préservatifs à 0.15 euros dans 1/3 des pharmacies essonniennes</li> <li>▪ Actions de formation : personnels des CHRS, CCAS, crèches (association Diagonale)</li> </ul> |
| 92 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plan triennal Etat-Conseil général sur le thème VIH</li> <li>▪ Actions de prévention de l'espace santé</li> <li>▪ Programme de prévention en direction des femmes (« Femmes sans frontières »)</li> </ul>  |
| 93 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ateliers santé-ville</li> <li>▪ Accompagnement VIH femmes africaines (Ikambéré)</li> </ul>   |
| 94 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formation sur 3 jours des acteurs en prévention des associations intervenant auprès des migrants</li> <li>▪ Implication des municipalités dans des actions de prévention</li> <li>▪ Actions de promotion du préservatif féminin et étude sur son acceptabilité</li> </ul>  |
| 95 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Médiation santé publique</li> </ul>  |

## 4.2 Les ressources

### ▪ Dans les services déconcentrés

Dans les DDASS, les ressources consacrées au pilotage du programme sont disparates. Une rotation importante des personnels techniques n'a pas facilité la continuité de ce pilotage, la cohérence, ainsi que l'appropriation et l'approfondissement de la thématique.

A la DRASS, le pilotage de la thématique est récent (nomination d'un chef de projet et constitution d'une équipe projet en 2005)

### ▪ Les opérateurs régionaux

#### ➤ Le CRIPS

Le CRIPS, en plus de son rôle de centre de documentation (actualisation d'une base de données documentaires, recensement des colloques et conférences dans le domaine du VIH-SIDA, des hépatites et des usages de drogue), mène de nombreuses actions de prévention mais également de formation des professionnels de santé. Pour mettre en œuvre ces actions, le CRIPS bénéficie d'une subvention du conseil régional, d'autres collectivités territoriales mais également d'une contribution de la DRASSIF.

#### ➤ Les délégués de prévention CRAMIF

Ils interviennent en éducation pour la santé à la demande auprès de divers publics (scolaires, entreprises, populations en situation de précarité...)

#### ➤ Le CRESIF et le réseau des CODES

Le Comité Régional d'Éducation pour la Santé d'Ile-de-France (CRESIF) a pour vocation de promouvoir et de développer l'éducation pour la santé en Ile-de-France. Intégré au Réseau des Comités d'Éducation pour la Santé, et adhérent à la Fédération Nationale des comités d'Education pour la Santé (FNES) il a pour rôle en lien avec l'Institut National d'Education pour la Santé (INPES) :

- d'être un centre ressource régional en matière de promotion de la santé (formation, d'information, de conseil et d'évaluation)
- d'animer le réseau francilien de comités départementaux (78, 91, 92, 93 et 95)

➤ Certaines mutuelles franciliennes, notamment les mutuelles étudiantes (la LMDE et la SMEREP), qui mettent en œuvre des actions en matière de prévention du VIH et des IST.

### ▪ Dans les départements

**Cet inventaire des ressources ne prétend pas à l'exhaustivité.** N'y figurent pas tous les dispensaires antivénériens (DAV). Pour la PMI, les données sont à valider auprès de chaque département (source : DREES).

➤ CDAG : centre de dépistage anonyme et gratuit

➤ CISIH : Centre d'information et de soins de l'immuno-déficience humaine

Afin d'adapter les CISIH aux caractéristiques actuelles de l'épidémie et du contexte dans lequel elle s'inscrit une réorganisation des CISIH est actuellement à l'étude. Les objectifs de cette réorganisation sont :

- impliquer dans la mission de coordination des CISIH l'ensemble des acteurs et allant au-delà du soin, de la recherche et de l'épidémiologie
  - renforcer le lien entre les CISIH et les services déconcentrés et ARH
  - positionner les CISIH comme un acteur majeur du suivi des pratiques professionnelles et de leur harmonisation
- CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale
  - RVH : réseau ville-hôpital

|    | <b>Relevant du conseil général<br/>(PMI, CPEF, DAV)</b>  | <b>Relevant de l'Etat<br/>(financement Etat et/ou<br/>assurance maladie)<br/><br/>(Réseaux Ville Hôpital,<br/>CDAG hors prison, CISIH)</b>                                    | <b>Associations (spécialisées et généralistes)<br/>et acteurs locaux</b>   |
|----|--|---|--|
| 75 | <p>22 centres de planification familiale</p> <p>PMI : 11 consultations prénatales et 77 consultations indifférenciées</p> <p>6 DAV + 3 consultations de vénérologie dans 3 CDAG autres que ceux associant un DAV</p> | <p>3 RVH Sida</p> <p>12 CDAG, dont 6 sont des structures communes</p> <p>CDAG-DAV</p> <p>6 CISIH</p> <p>équipe ESPAS</p> <p>3 pôles de référence VHC</p> <p>3 réseaux VHC</p> | <p><b>Associations spécifiques VIH intervenant sur tous publics :</b><br/>AIDES, Sida infos service, ARCAT (dont actions en direction des chinois), Alliance pour la vie</p> <p><b>Associations spécifiques VIH intervenant sur certaines populations prioritaires :</b></p> <p>Famille/enfants : Sol en Si (charité maternelle), Dessine moi un mouton</p> <p>Gay : Kiosque, SNEG, CRIPS (au-dessus du volcan), David et Jonathan, Centre gay et lesbien</p> <p>Migrants : Haïti développement, APA, Ikambere, Afrique Partenaire Service</p> <p>Multipartenaires : Couples contre le sida</p> <p>Sourds : AIDES</p> <p><b>Associations non spécifiques intervenant sur populations vulnérables :</b></p> <p>Prostitués : Les amis du bus des femmes, L'amicale du nid , PAST</p> <p>Migrants : Médecins du monde, Migration Santé, GRDR, URACA, CSC rue de Tanger , les Tunisiens de France</p> <p>Précarité : MDM , Emmaus</p> <p>UD : Ego, ASUD</p> <p>Détenus : Migrations Santé</p> <p>Jeunes hors milieux scolaire : Aremédia</p> <p>Femmes addictions : Horizons</p> <p><b>Communes et opérateurs institutionnels intervenant notamment auprès des jeunes :</b> EMIPS (équipe mobile d'information et de prévention santé)</p> |
| 77 | <p>31 centres de planification familiale</p> <p>PMI : 23 consultations indifférenciées</p>   | <p>3 RVH Sida</p> <p>6 CDAG</p>   | <p><b>Associations spécifiques VIH intervenant sur tous publics :</b><br/>AIDES</p> <p><b>Associations spécifiques VIH intervenant sur certaines populations prioritaires :</b></p> <p>Famille/Enfants : Dessine-moi un mouton</p> <p>Gays : T'as tout</p> <p><b>Associations non spécifiques intervenant sur populations vulnérables :</b></p> <p>Migrants : Migration santé</p> <p>Handicapés : CRIPS</p> <p>Jeunes hors milieu scolaire : La Sauvegarde</p> <p><b>Communes et opérateurs institutionnels intervenant notamment auprès des jeunes:</b> Centres d'information jeunesse, Missions locales, Municipalités, Réseau AVIH (migrants)</p>   |

|    |  |   |   |
|----|--|---|---|
| 78 | <p>33 centres de planification familiale</p> <p>PMI : 17 consultations prénatales</p>      | <p>3 RVH : Osiris, AVH 78 et le réseau Sida de Rambouillet</p> <p>5 CDAG et une antenne</p> | <p><b>Associations spécifiques VIH intervenant sur tous publics :</b><br/>AIDES IDF, Chrétiens et Sida, ARAPS, AVH 78 et Osiris</p> <p><b>Associations spécifiques VIH intervenant sur certaines populations prioritaires :</b><br/>Famille/enfants : Dessine moi un mouton, Relais famille/service<br/>AVH 78 et Osiris, CYES et CLIPS</p> <p><b>Associations non spécifiques intervenant auprès des :</b><br/>Jeunes : Théâtre des articulés, Art Création<br/>Migrants : Migrations santé<br/>Populations précaires : Infos Soins</p> <p><b>Communes et opérateurs institutionnels :</b> AVH, CYES (migrants, handicapés), municipalités (La Verrière, Achères, Trappes...), la sauvegarde, collèges et lycées du département.</p> |
| 91 | <p>35 centres de planification familiale</p> <p>PMI : 33 consultations indifférenciées</p> | <p>2 RVH Sida</p> <p>6 CDAG</p> <p>1 CISIH</p>  | <p>- <b>Associations spécifiques VIH intervenant sur tous publics :</b> AIDES IDF, Diagonale</p> <p>- <b>Associations spécifiques VIH intervenant sur certaines populations prioritaires :</b><br/>Famille/enfants : Dessine moi un mouton</p> <p>- <b>Associations non spécifiques intervenant sur populations vulnérables :</b><br/>Migrants : Générations femmes, CPS 91, Migrations santé<br/>Jeunes : Génération Longjumeau<br/>Détenus : CRESIF, CPS 91</p> <p>- <b>Communes et opérateurs institutionnels intervenant notamment auprès des jeunes :</b> Missions locales, CPS91 (CODES), CRESIF, Réseau ville hôpital Compétence santé</p>   |

|    |  |   |  |
|----|--|---|--|
| 92 | <p>35 centres de planification familiale</p> <p>PMI : 16 consultations prénatales et 46 consultations indifférenciées</p>  | <p>3 RVH Sida</p> <p>11 CDAG</p> <p>1 CISIH</p> <p>1 réseau VHC</p> <p>1 pôle de référence VHC</p>              | <p><b>- Associations spécifiques VIH intervenant sur tous publics :</b><br/>AIDES 92, Solidarités 92 ( ?)</p> <p><b>- Associations spécifiques VIH intervenant sur certaines populations prioritaires :</b><br/>Famille/enfants : Dessine moi un mouton<br/>Migrants : IFAFE</p> <p><b>- Associations non spécifiques intervenant sur populations vulnérables :</b><br/>Femmes : Femmes relais de Gennevilliers<br/>UD : Liberté, Safe, Sida parole<br/>Migrants : Migrations santé, les Tunisiens de France<br/>Détenus : Migrations santé<br/>Populations précaires : Initiatives</p> <p><b>- Communes et opérateurs institutionnels intervenant notamment auprès des jeunes :</b> ARES, municipalités (Fontenay-aux-Roses, Malakoff), espace santé jeunes, ressources<br/>CIDE 92<br/>FSL 92<br/>AD2P</p> |
| 93 | <p>112 centres de planification familiale</p> <p>PMI : 91 consultations prénatales et 86 consultations indifférenciées</p> | <p>5 RVH Sida</p> <p>9 CDAG</p> <p>1 CISIH</p> <p>Comité Sexualité Sida de Ville-Evrard</p> <p>1 réseau VHC</p> | <p><b>- Associations spécifiques VIH intervenant sur tous publics :</b><br/>AIDES</p> <p><b>- Associations spécifiques VIH intervenant sur certaines populations prioritaires :</b><br/>Famille/enfants : Dessine moi un mouton, Sol en si<br/>Migrants : African positive association, GRDR, I'kambere, Haïti développement, Afrique avenir</p> <p><b>- Associations non spécifiques intervenant sur populations vulnérables :</b><br/>Précaires : Médecins du monde, la Contremarque, PHUSAP<br/>UD : Proses<br/>Détenus : Migrations Santé<br/>Migrants : les Tunisiens de France, les Maliens de Montreuil</p> <p><b>- Communes et opérateurs institutionnels intervenant notamment auprès des jeunes :</b> Municipalités et Centres de santé municipaux (Aubervilliers, Montreuil...), Vigie 93</p>     |

|    |  |  |   |
|----|--|--|---|
| 94 | 53 centres de planification familiale<br>PMI : 6 consultations prénatales et 50 consultations indifférenciées                                      | 3 RVH Sida<br>5 CDAG<br>1 CISIH<br>7 communes financées au titre de la prévention en 2004<br>1 réseau VHC<br>1 pôle de référence VHC | <p><b>Associations spécifiques VIH intervenant sur tous publics :</b><br/>AIDES, Sida infos service</p> <p><b>Associations spécifiques VIH intervenant auprès de :</b><br/>Famille/enfants : Dessine moi un mouton<br/>Professionnels : CRIPS<br/>Gays : AIDES</p> <p><b>Associations non spécifiques intervenant auprès de :</b><br/>Professionnels : ANPA<br/>Migrants : Le village, Migrations santé, les Tunisiens de France, association pour le développement du Burkina Faso, Entraide santé, IFAFE, Jeune chambre économique de l’Afrique, ASINA France<br/>Jeunes : Jean Coxtet, Les Bergers d’Imeksawen</p> <p><b>Communes et opérateurs institutionnels intervenant notamment auprès des jeunes :</b> Mairies (Yvry, Cachan...), Conseil des jeunes de Créteil</p> |
| 95 | 36 centres de planification familiale<br>4 DAV<br>1 dispensaire mobile d’accessibilité aux soins (DIMAS)<br>PMI : 33 consultations indifférenciées | 3 RVH Sida<br>4 CDAG<br>2 réseaux VHC  | <p><b>Associations spécifiques VIH intervenant sur tous publics :</b><br/>AIDES IDF</p> <p><b>Associations non spécifiques intervenant sur populations vulnérables :</b><br/>Migrants : Bondeko, les Tunisiens de France</p> <p><b>Communes et opérateurs institutionnels intervenant notamment auprès des jeunes :</b> CODESS 95, mairies (Sarcelles, Cergy, Taverny...) et missions locales, PJJ Saint-Leu la forêt (jeunes hors milieu scolaires)</p>  |

**Autres ressources :**

- Dans le cadre d’un dispositif expérimental financé par la DGS sur trois régions prioritaires (Ile-de-France, PACA, Guyane), ont été formés des médiateurs de santé publique recrutés dans la proximité des populations ayant des difficultés d’accès au soin (essentiellement migrants). Leur rôle est d’améliorer l’accès aux soins et la prévention et de sensibiliser les professionnels de santé aux spécificités de ces publics. Ce dispositif fait actuellement l’objet d’une évaluation nationale. En Ile-de-France, 80 médiateurs ont été formés (essentiellement à Paris et la Seine Saint Denis), dont 50 encore en poste, parmi lesquels une quinzaine concourent spécifiquement à des projets concernant la thématique VIH.
- Ne figurent pas dans ce tableau les partenaires et associations financés au titre des dispositifs d’hébergement (appartements de coordination thérapeutique) ou de maintien à domicile. Les personnels de maintien à domicile bénéficient de formation financées par l’Etat et assurés par divers opérateurs : Formavenir (75, 78, 93, 94), ARPPE (91), Façade 92 (92), IFRAD (77).

## 5. Propositions départementales

### 5.1. Relevant du PRSP

|    |  |
|----|--|
| 75 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer les actions en direction des homosexuels et développer plus d'actions en direction des migrants</li> <li>• Mener des actions spécifiques en direction des femmes</li> <li>• Renouveler la prévention vers les jeunes en milieu festif.</li> </ul>   |
| 77 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mettre en place une prévention spécifique pour les personnes vulnérables : <b>femmes migrantes, UVDI, homosexuels, détenus</b></li> <li>▪ Identification des lieux départementaux nécessitant des actions spécifiques (prostitution, usage de drogues...)</li> <li>▪ Maintenir et consolider les CDAG et les réseaux ville-hôpital en lien avec le SROS</li> </ul>  |
| 78 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ favoriser la tolérance et lutter contre la stigmatisation, en particulier parmi les personnes étrangères / migrantes.</li> <li>▪ Prévention à renforcer pour les personnes étrangères / migrantes (avec une caractérisation plus fine des populations concernées et de leurs caractéristiques), et notamment chez les primo-arrivants.</li> <li>▪ Développer des actions de sensibilisation et de prévention auprès des personnes étrangères / migrantes dans les structures d'accueil (foyers de travailleurs migrants, résidences sociales,...).</li> <li>▪ Promouvoir le dépistage du VIH, mais également des hépatites B et C et des IST, notamment chez les personnes étrangères/migrantes.</li> <li>▪ Continuer la politique de réduction des risques chez les UDVI.</li> <li>▪ Prévention en population générale jeunes, notamment par le biais de la journée mondiale de lutte contre le SIDA du 1<sup>er</sup> décembre.</li> <li>▪ Prévention à renforcer auprès des prostituées.</li> <li>▪ Actions de réduction des risques et prévention chez les détenus</li> </ul>   |
| 91 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>En matière de prévention :</b></li> </ul> <p><b>Acteurs :</b> réinvestir l'information et la formation des acteurs de terrain sur l'évolution épidémiologique du VIH et du SIDA (notamment les médecins généralistes), sur la prise en charge des patients infectés ou malades ainsi que sur les techniques d'intervention auprès des populations concernées et en particulier en matière de représentation de la maladie.</p> <p><b>Contenu/Connaissances :</b> Palier la méconnaissance du public sur les modes de transmission des hépatites et les effets de la maladie.</p> <p><b>Méthodologie :</b> Elargir l'abord de la prévention, de l'information par le biais d'autres préoccupations (accès aux droits, addictions, santé des femmes...), faire intervenir une personne relais membre de la communauté en cas d'intervention dans des milieux communautaires, adapter le message à la population cible</p> <p><b>Public :</b> prévention à développer auprès des migrants par une approche de type communautaire. Déclinaison de cet axe à l'égard des publics plus vulnérables (en situation de précarité, d'isolement...) ou à risques (filiales de prostitution...), davantage cibler la tranche d'âge 35-44 ans (la prise de risques étant élevée à ces âges).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Dépistage</b></li> </ul> <p>Accompagnement au dépistage et aide à débiter une démarche thérapeutique, en particulier chez les populations migrantes.</p> |
| 92 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise en place de groupes de travail « réduction de risques » et « migrants »</li> <li>▪ Enquête sur la distribution des préservatifs</li> <li>▪ Formation de personnes relais du réseau associatif notamment en direction des migrants</li> </ul>   |
| 93 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>migrants :</b> information, dépistage VIH chez les hommes migrants, mobilisation associations subsahariennes</li> <li>▪ éducation à la santé pour les <b>détenus</b></li> <li>▪ prévention auprès de la <b>population homosexuelle</b>, dans les lieux de rencontre sexuelle, dépistage IST, prévention secondaire (hôpitaux, associations...)</li> <li>▪ prévention chez les <b>jeunes de moins de 25 ans</b> (rôle de l'Education nationale, de la MILDT, des structures extra-scolaires)</li> <li>▪ favoriser l'implication des <b>médecins généralistes</b> dans la prise en charge des personnes atteintes</li> </ul>   |

|    |  |
|----|--|
| 94 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ information, accompagnement au dépistage et aide à l'entrée en démarche de soins, en particulier chez les <b>population migrantes</b> (surtout africaine d'origine sub-saharienne) et chez les détenus</li> <li>▪ prévention à développer pour les <b>migrants</b>, et les <b>autres publics vulnérables</b> (en situation de précarité sociale ou administrative, d'isolement...) ou à <b>risques</b> (prostitution...) mais aussi envers les <b>détenus</b></li> <li>▪ Associer les pharmaciens d'officine à la démarche de santé publique sur la thématique VHC pour rendre plus efficaces les messages de prévention accompagnant l'échange de seringues</li> </ul> |
| 95 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ prévention pour les <b>personnes migrantes</b></li> <li>▪ prévention à renforcer et à redéfinir pour les personnes vulnérables : <b>migrants, UDVI et homosexuels</b></li> <li>▪ prévention en <b>population générale de jeunes</b></li> <li>▪ accès aux soins et observance : réseau ville-hôpital, couverture sociale, formation à l'accompagnement</li> <li>▪ études à réaliser : files actives hospitalières, identification des lieux départementaux nécessitant des actions spécifiques (prostitution, usage de drogues...), évaluation des actions en cours</li> </ul>   |

## 5.2. Autres propositions (à articuler avec le PRSP)

### a. Relevant du SROS

En Seine-Saint-Denis, a été proposée pour la population UDVI une prise en charge psychiatrique adaptée. Par ailleurs, le volet médecine du SROS 3 est en cours d'élaboration, il apparaît opportun d'y inscrire la thématique VIH et VHC. Il s'agit d'améliorer l'organisation des soins, d'assurer la continuité des prises en charge entre l'hôpital, son amont et son aval et de préciser le rôle de l'hôpital en matière de prévention. **L'Essonne a également fait plusieurs propositions concernant la prise en charge des malades (à compléter avec la contribution du 91)**

### b. Relative à l'organisation des structures médico-sociales

|    |   |
|----|---|
| 77 | développer la prise en charge sociale de personnes atteintes de VIH/sida  |
| 91 | coordination des actions menées par les différents acteurs (maison d'arrêt, CSST, CHRS) auprès des sortants de prison, en amont de la sortie quand cela est possible  |
| 93 | <p><b>détenus :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• suspensions de peine souvent impossibles faute d'hébergement</li> <li>• conditions de vie des détenus séropositifs</li> </ul> <p><b>UDVI :</b> développement de structures d'accueil - jour et nuit -</p> <p><b>personnes atteinte du VIH :</b> créer des structures d'hébergement</p> |
| 94 | poursuivre le développement des solutions d'hébergement pour répondre aux situations de vulnérabilité et faciliter l'accès aux soins et l'observance des traitements (ACT ou hébergement alternatif permettant de répondre à l'importance de la demande)  |

### c. Relevant de politiques sociales (accès au droits, AME)

En Seine-Saint-Denis, a été soulignée la nécessité d'une autorisation de travail rapide pour les migrants lorsque l'APS (autorisation provisoire de séjour) est accordée.

### d. Relevant de questions inter-ministérielles

- Concernant la prévention auprès des jeunes :
  - En milieu scolaire, il est nécessaire développer les démarches de contractualisation (par exemple, dans le cadre d'une charte) en s'appuyant sur le CESC (comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté)
  - Hors milieu scolaire, il s'agit de renforcer le partenariat avec les institutions en charge de publics en difficultés (PJJ, ASE, missions locales). Par ailleurs, une plus grande collaboration avec les structures relevant de Jeunesse et sport permettrait de formaliser des actions auprès des jeunes sur leurs lieux de loisirs et de sport.
- Une démarche interministérielle santé/justice dans le cadre d'un plan global de prévention et de prise en charge hépatites/VIH/IST est nécessaire pour mettre en œuvre des actions auprès des détenus.
- S'agissant des étrangers malades, des positions concertées avec le ministère de l'Intérieur doivent être discutées pour faciliter l'accès à la prévention et aux soins de ces populations.
- C'est également dans un cadre interministériel que doit être élaborée la stratégie globale prenant en compte les problèmes sanitaires et sociaux des prostitués



**6. Points forts / Points faibles / Synthèse / Propositions**

L'analyse concerne majoritairement les actions VIH

| Points forts   | Points faibles  | Propositions   |
|--|---|--|
| <b>Couverture des populations</b>  |   |  |
| <p>▪ <b>Homosexuels</b><br/>Les actions s'appuient sur un tissu associatif important et varié</p>  | <p>- Malgré les efforts de prévention, on note une reprise notable des pratiques sexuelles à risque chez les HSH, essentiellement à Paris.<br/>- Peu d'actions concernent les jeunes homosexuels qui ont une perception moindre du risque que les générations antérieures, les homosexuels en situation de vulnérabilité et les séropositifs.<br/>- Les actions à destination des homosexuels peuvent sembler insuffisamment coordonnées, voire pour partie redondantes.<br/>- Les modalités d'action n'intègrent pas suffisamment les autres prises de risques (consommation de produits psycho-actifs)<br/>- L'accessibilité réelle aux outils de prévention (préservatifs dans les bars/boîtes) n'est pas toujours assurée</p> | <p>- Une évaluation nationale des actions est en cours et devrait permettre d'actualiser et d'adapter la stratégie. Cette évaluation concerne particulièrement l'Ile-de-France. Il s'agit de repenser et de renouveler les stratégies de prévention dans les milieux homosexuels en ciblant mieux les populations et les lieux à risque de façon plus persuasive et efficace.<br/>- Poursuivre et étendre à l'ensemble de la région la démarche engagée par la DASS de Paris et les associations (programmation et suivi par un comité de pilotage)<br/>- Mieux identifier les populations les plus vulnérables pour mieux cibler les actions de prévention, repérer des relais pour toucher ces populations</p> |
| <p>▪ <b>UDVI</b><br/>Bons résultats de la politique de réduction des risques pour le VIH : l'accès au matériel stérile d'injection et aux traitements de substitution ont permis une chute des décès par Vih/sida et des décès par surdose</p> | <p>- L'accès au matériel stérile d'injection, notamment à travers les automates distributeurs de seringues est inégal dans les départements (voir fiche Addictions)<br/>- Les traitements de substitution sont parfois détournés et injectés<br/>- Pour l'hépatite C, la réduction des risques a été beaucoup moins efficace<br/>- L'accès aux dispositifs (prévention, réduction des risques, et accompagnement aux soins) n'est pas toujours assuré pour les populations immigrées non francophones nouvellement arrivées et les consommateurs de crack à Paris: ces populations sont désinsérées, peu visibles et se déplacent.</p>  | <p>Adapter la politique de réduction des risques aux enjeux de l'hépatite C : maintenir et diffuser les outils, promouvoir le dépistage, et faciliter l'accompagner aux soins.</p>   |
| <p>▪ <b>Migrants</b><br/>- Quelques associations bien investies et motivées mènent de nombreuses actions à destination des populations migrantes<br/>- Le dispositif de médiateurs de santé publique monte en charge</p>                       | <p>- Il manque une caractérisation fine des populations migrantes concernées<br/>- Les associations menant des actions auprès des migrants sont nombreuses et manquent parfois de professionnalisation<br/>- L'articulation entre les petites associations communautaires et les grosses associations est insuffisante<br/>- L'approche non spécifique des migrants, à travers les intervenants de première ligne (médecins généralistes, PMI, médecine du travail...) n'est pas assez lisible, ni formalisée</p>   | <p>- Mieux identifier la diversité des populations migrantes les plus concernées et leurs relais possibles<br/>- Poursuivre et étendre à l'ensemble de la région la démarche engagée par la DASS de Paris et de Seine-Saint-Denis (programmation et suivi par un comité de pilotage)-<br/>- Formaliser et structurer la formation des relais associatifs communautaires et l'accompagnement de leurs projets en lien avec les associations spécifiques VIH<br/>- Développer et organiser l'information/formation des médecins généralistes, de la médecine du travail, des personnels de PMI<br/>- Développer une approche interministérielle</p>  |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Détenus</b><br/>Le comité de pilotage mis en place de Fleury Mérogis pour donner un avis sur toutes les actions d'éducation pour la santé (charte, formalisation d'un programme) semble pertinent</li> <li>▪ <b>Prostitués</b><br/>Il existe plusieurs opérateurs spécifiques aux populations prostituées</li> <li>▪ <b>Multipartenaires</b></li> <li>▪ <b>Jeunes</b><br/>- Beaucoup d'actions sont organisées pour les jeunes en milieu scolaire. Celles-ci sont portées principalement par quelques grands opérateurs (Education nationale, CRIPS, CRAMIF, Aides, Cresif etc...) ce qui favorisera la mise en place d'un programme régional cohérent.<br/>- La prévention auprès des jeunes peut bénéficier du réseau non spécifique (CIJ/PIJ)<br/>- Les efforts de prévention ont permis un accroissement important de l'utilisation des préservatifs. Mais il faut maintenir ces acquis<br/>- Un fort investissement financier de la part des opérateurs</li> <li>▪ <b>Population générale</b><br/>Les ressources sont nombreuses (CRIPS, CRAMIF...)</li> <li>▪ <b>Autres populations</b><br/>- Quelques actions ont été menées auprès d'institutions accueillant des personnes handicapés</li> </ul> <p>Populations exposées à un accident d'exposition au sang</p> | <p>Il n'y a pas d'actions dans tous les établissements pénitentiaires</p> <p>Les nouvelles populations prostituées ne sont pas toujours identifiées et difficiles à atteindre</p> <p>Une meilleure connaissance des lieux, des publics et des risques est nécessaire pour mener des actions adaptées</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La proportion des jeunes touchés est difficile à quantifier, l'impact de ces actions est peu évalué</li> <li>- Les jeunes hors milieu scolaire ne sont pas assez touchés</li> <li>- Fléchissement des comportements de prévention chez les jeunes depuis quelques années, notamment chez les multipartenaires</li> </ul> <p>Problème d'accessibilité au préservatif féminin (coût) et son acceptabilité<br/>Les critères de choix des populations visées ne sont pas toujours discutés. Le contenu n'est pas toujours adapté.</p> <p>- Les populations handicapées ne bénéficient pas toutes d'actions adaptées</p> <p>- Peu d'informations sur l'accès et les pratiques de traitement post exposition (notamment les professionnels)</p> | <p>Elaborer une stratégie cohérente de prévention et de prise en charge des détenus intégrant les thématiques Vih,IST et hépatites ainsi que la réduction des risques.</p> <p>Une approche interministérielle est nécessaire pour élaborer une stratégie adaptée.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordonner les actions de prévention VIH dans le cadre du SREPS (schéma régional d'éducation pour la santé)</li> <li>- Davantage impliquer les missions locales, les services de l'ASE et de la PJJ dans les actions auprès des jeunes</li> </ul> <p>Développer et soutenir les actions de promotion du préservatif féminin</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formaliser les actions auprès des populations vulnérables (malades psychiatriques et handicapés) et des populations précaires (voir la fiche précarité)</li> <li>- Développer des outils d'information et rappeler les bonnes pratiques</li> </ul> |
| <b>Couverture géographique</b>   |   |  |
| <p>Les principaux opérateurs sont concentrés dans les deux départements les plus touchés (93,75)</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les opérateurs sont moins présents en grande couronne</li> <li>- Il existe une disparité d'offre et de pratiques, notamment en matière de CDAG et de réseaux ville/hôpital</li> <li>- Concernant les homosexuels, on relève peu d'actions en dehors de Paris. Beaucoup d'actions concernent les lieux fermés mais peu les lieux de rencontre extérieurs</li> <li>- Conséquence de la nouvelle législation, le déplacement des populations prostituées et leur éclatement peuvent majorer les risques sanitaires et rendent difficiles les actions de prévention</li> </ul>   | <p>Mettre en place un comité Pilotage régional, partenarial pour le suivi et l'évaluation du PRSP sida qui permettra de mieux assurer la couverture géographique</p>   |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | - Pour les jeunes et la population générale, la répartition territoriale des actions est mal établie (elle est partiellement pour les actions du CRIPS en lycées et CFA et pour les actions CRAMIF)  |  |
| <b>Implication des acteurs de première ligne (pharmaciens, médecins généraux)</b>  |  |  |
|  | Manque de lisibilité du rôle des médecins généralistes, des centres de santé, des centres de PMI, de la médecine du travail et des pharmaciens.  |  |
| <b>Système d'information</b>   |  |  |
| <p>▪ <b>VIH-SIDA</b></p> <p>- Le système d'information est en pleine amélioration pour le VIH : il permettra un suivi au plus près des contaminations récentes (depuis moins de 6 mois).</p> <p>- Des données, départementales par groupes à risque pour le VIH qui seront assez complètes pour permettre presque en temps réel le suivi de l'épidémie, ce qui améliorera la fluidité de l'information</p> <p>- Plusieurs enquêtes sont réalisées périodiquement : baromètres gays et KABP qui permettent une contextualisation des attitudes et pratiques de prévention. Une enquête spécifique est menée auprès des usagers de drogue (Coquelicot).</p> <p>▪ <b>IST</b></p> <p>- <b>Syphilis :</b><br/>le système d'alerte mis en place a permis de mettre en évidence la résurgence de cette maladie sur Paris</p> <p>- <b>Gonocoque et chlamydiae :</b><br/>Les déclarations des IST sont basées sur le système de notification volontaire à partir d'un réseau de laboratoires, mais relativement bien organisé pour les chlamydiae (Renachla) et les gonococcies (Renago), par sexe et par âge et localisation de l'infection. Les centres de PMI et de CPEF disposent également de recueils de données.</p> <p>- <b>Lymphogranulomatose vénérienne.</b><br/>Il existe un recueil ayant recensé 142 cas exclusivement chez les hommes et à Paris</p> | <p>- Les données issues des différents recueils ne sont pas assez confrontées et mises en perspective.</p> <p>- Les données sur les dépistages réalisées hors CDAG ne sont pas disponibles</p> <p>- Il n'y a pas de synthèse régionale des données hospitalières (personnes prises en charge et activité)</p> <p>- Difficultés méthodologiques inhérentes à la problématique (mesure et taille des populations les plus concernées)</p> <p>- <b>Syphilis :</b><br/>la déclaration obligatoire de la syphilis supprimée en 2000, est notifiée de façon volontaire et inégale (Paris). Il n'existe pas de recueil systématique et la déclaration des DAV n'est pas homogène d'une année sur l'autre.</p> <p>- <b>Gonocoque et chlamydiae :</b><br/>On ne dispose pas des taux de dépistage des chlamydiae chez les femmes de moins 25 ans (c'est un objectif de la loi pour l'instant non mesurable et peu accessible à travers un système d'information systématique), Les données Renachla et renago ne sont pas systématiques et pas représentatives, les délais d'analyse sont très longs<br/>Il n'y pas de donnée sur l'<b>Herpes type 2</b> à l'exception de l'enquête suvimax dont les données disponibles et leur possible régionalisation devront être approfondies</p> <p>- <b>Lymphogranulomatose vénérienne</b><br/>Recensement récent</p> | <p>- Déjà dit à coté- Des objectifs pourront être définis à partir de la séropositivité au VIH (maintenir à un faible niveau les nouvelles séropositivités)</p> <p>- Recueillir et synthétiser les données sur le dépistage (CDAG et médecine de villes) par département</p> <p>- Elaborer un recueil de données hospitalières minimales à partir des sources existantes</p> <p>Améliorer l'état des lieux des données et ressources disponibles, en collaboration avec l'InVS, et en partenariat avec les conseils généraux pour obtenir un système d'information régulier, régional sur les IST.</p> |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p><b>Hépatites B et C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seules les hépatites B aiguës rentrent dans le système de déclaration obligatoire.,</li> <li>- Pour le VHC, recueil Rena-VHC (laboratoire VHC et pôle de référence hospitalier)</li> <li>- Enquêtes assurés sociaux VHB et VHC</li> <li>Enquête hospitalière une semaine donnée en 2003</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de donnée régionale disponible sur les Hépatites B aiguës</li> <li>- Absence de données sur la vaccination VHB</li> <li>- Aucune donnée n'est réellement disponible en routine sur les hépatites</li> <li>- Les données existantes au niveau national ne sont pas disponibles régionalement</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration d'un état des lieux des données et ressources disponibles</li> </ul> |
| <b>Autres</b>  |   |   |
|  | <p>Il peut apparaître des incohérences entre des programmes entre eux (messages auprès des jeunes sur la contraception peuvent privilégier les contraceptifs oraux, alors que le message VIH/IST promeut le Préservatif)</p>  |   |

## CONCLUSION

La région Ile-de-France se distingue par un large éventail d'actions de lutte contre le VIH prenant plus ou moins en compte les IST. L'ensemble de ces initiatives permettent de couvrir une grande partie du champ de la thématique VIH/IST. Elles s'adressent à des publics très différents et s'efforcent, en particulier, de toucher les populations prioritaires (homosexuels, migrants). En outre, elles s'appuient sur un maillage important, mais encore inégal, de ressources.

Un travail de coordination reste à engager afin de pallier l'émission des initiatives et des ressources, de corriger les éventuelles redondances, de couvrir les espaces franciliens qui demeureraient encore peu investies par ces actions et aborder les publics plus difficiles à toucher (migrants en situation irrégulière, prostitués...).

L'émergence d'une véritable coordination régionale avec la mise en place d'un comité de pilotage spécifique, partenarial s'appuyant sur les comités préexistants devrait permettre de créer un cadre cohérent, de donner toute leur mesure aux efforts de prévention entrepris dans la région et d'articuler la politique préventive avec l'organisation de la prise en charge. Devront particulièrement être améliorées les actions d'incitation à la connaissance du statut sérologique auprès des populations les plus concernées ainsi que la prévention des risques de transmission chez les personnes séropositives, notamment dans les différentes filières de soins.

Les actions de lutte contre les hépatites sont moins lisibles et l'état des lieux doit être approfondi sur cette thématique afin de guider la programmation.