



**Stratégie de prévention de l'infection VIH/Sida en Bourgogne
pour les années 2002-2004**

**ÉTAT DES LIEUX DE LA PRÉVENTION
DE L'INFECTION VIH/SIDA EN BOURGOGNE**

Avril 2002

*Étude réalisée à la demande de
l'Unité interdépartementale VIH-hépatite C-Toxicomanie de Bourgogne*



PRÉFECTURE DE LA RÉGION BOURGOGNE



ÉTAT DES LIEUX DE LA PRÉVENTION DE L'INFECTION VIH/SIDA EN BOURGOGNE

RÉALISATION

Isabelle MILLOT, médecin épidémiologiste

Tony FOGLIA, chargé d'étude

Éric GENTY, stagiaire en Maîtrise de Psychologie

Bernadette LEMERY, directrice

REMERCIEMENTS

Aux membres du comité de pilotage

Marie Barres (Aides Bourgogne), Dr Marie-Claude Boivin (Rectorat), Dr Brigitte Burdin-Pipon (Dispensaire MST-Sida, CDAG Dijon), Dominique Gauthard (CDAG Dijon), Dr Jean-Claude Lebas de Lacour (CH de Nevers - Maladies infectieuses), Philippe Patoux (Réseau VIH-CH d'Auxerre), Pr Henri Portier (CHU - Maladies infectieuses), Fabrice Renaud (Aides Bourgogne), Dr Claude Robin (DDASS Côte d'Or).

Aux participants aux enquêtes pour leur accueil et leur éclairage

Gérard Cagni, Ibrahim Riyachi, Mme Zoll (SEDAP), Gérard Pradel (SDIT) Mme Borde, Dr Fabienne Dorlencourt (DDASS de la Nièvre), Dr Marie-George Fleischmann (DDASS de Saône-et-Loire), Noëlle Jeunet (CH Châlon-sur-Saône), Martine Mollot-Derel (CPAM Côte d'Or), Dr Jean-Louis Corraza, Élisabeth Poulat (DDASS de l'Yonne), Marie-Thérèse Lagrange (Académie de Saône-et-Loire), M. Triviet-Chardot et M. Dorlet (CIGaLes), Christine Joëssel (CCAS Dijon), Mme Moreira (responsable d'un foyer Sonacotra), M. Bourgeois (CADA Blanqui), Thierry Royer (Service Le Pas), Kal Jecker (SNEG), l'association David et Jonathan, l'association AEGL-LYS, l'ensemble des services d'urgences de la région.

SOMMAIRE

I. CONTEXTE	5
II. MATERIEL ET METHODES	6
III. L'INFECTION A VIH EN BOURGOGNE	10
A. CAS DE SIDA DECLARES	10
B. DECOUVERTES DE SEROLOGIES POSITIVES (1996-1998)	15
C. ACTIVITE HOSPITALIERE	16
D. ACTIVITE DES CENTRES DE DEPISTAGE ANONYME ET GRATUIT	17
E. CONCLUSIONS	18
IV. PREVENTION AVEC LES HOMMES AYANT DES RELATIONS AVEC D'AUTRES HOMMES	19
A. ENQUETE PRESSE GAY ET BAROMETRE GAY 2000	19
B. AIDES EN BOURGOGNE	20
FONCTIONNEMENT, RESTRUCTURATION DES ASSOCIATIONS AIDES	20
PARTENARIATS	21
ACTIONS (EN 2001, LES CHIFFRES NE COMPRENNENT PAS L'YONNE)	21
DIFFICULTES	23
PROPOSITIONS	24
C. PREVENTION DANS LES CDAG	24
D. ASSOCIATIONS IDENTITAIRES	26
1. CIGALES	26
2. AEGL-LYS	28
3. DAVID ET JONATHAN	29
E. SYNDICAT NATIONAL DES ENTREPRISES GAYS (SNEG)	30
F. DES PISTES POUR L'ACTION	32
V. PREVENTION AVEC LES PERSONNES ATTEINTES	33
A. CONTEXTE	33
B. METHODOLOGIE	34
C. RESULTATS	34
1. DESCRIPTION DE LA POPULATION	34
2. CONNAISSANCES	34
3. INFORMATION REÇUE	35
4. OPINIONS SUR LES CAMPAGNES DE PREVENTION	37
5. ABORD DE LA PREVENTION LORS DE LA CONSULTATION	38
6. COMPORTEMENTS	39
D. DISCUSSION	39
1. LIMITES METHODOLOGIQUES	39
2. LES COMPORTEMENTS SEXUELS DES PERSONNES ATTEINTES : L'EVOLUTION D'UNE INTERROGATION NOUVELLE	39
3. L'APPROCHE INDIVIDUELLE DES COMPORTEMENTS DE PREVENTION	41

4.	LES DETERMINANTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DU RISQUE	41
5.	L'IMPACT DES NOUVELLES THERAPIES SUR LES COMPORTEMENTS.	42
6.	VERS UNE APPROCHE PLUS ECOLOGIQUE DES DETERMINANTS DES COMPORTEMENTS DE PREVENTION	42
E.	PROPOSITIONS	44
VI.	<u>PREVENTION AVEC LES PERSONNES UTILISANT DES DROGUES</u>	46
A.	VENTE DE SERINGUES EN OFFICINE	46
B.	PROGRAMMES D'ECHANGES DE SERINGUES	46
C.	AUTOMATES	47
D.	CONCLUSIONS	50
VII.	<u>RECOURS AU TRAITEMENT APRES EXPOSITION ET ORGANISATION HOSPITALIERE</u>	51
A.	LES CONSTATATIONS DU GROUPE DE PILOTAGE	51
B.	ENQUETE DANS LES SERVICES D'URGENCE BOURGUIGNONS	52
C.	ENQUETE AUPRES D'INFIRMIERES LIBERALES DANS L'YONNE	56
D.	PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS	56
VIII.	<u>PREVENTION AVEC LES PERSONNES ETRANGERES</u>	58
A.	MISSIONS DES FOYERS ACCUEILLANT DES POPULATIONS MIGRANTES	58
1.	LES FOYERS SONACOTRA	58
2.	LES CADA ET LES CPH	58
B.	POPULATIONS ACCUEILLIES ET CONTRAINTES CULTURELLES.	59
C.	ACTIONS DE PREVENTION 1998 – 2001	61
D.	PROJETS DE PREVENTION	64
E.	SYNTHESE ET PISTES D'ACTIONS	65
IX.	<u>ACTIONS DE PREVENTION DANS LES ETABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT</u>	66
A.	L'EDUCATION A LA SEXUALITE	66
B.	LES ACTIONS DE PREVENTION DU SIDA	67
C.	CONCLUSIONS	68
X.	<u>CONCLUSION</u>	70
XI.	<u>ANNEXES</u>	71

I. CONTEXTE

La programmation triennale de lutte contre l'infection à VIH 1998-2000, prolongée sur l'année 2001, a eu pour but de renforcer la prévention mais aussi le soutien et l'accompagnement des personnes atteintes par le VIH. Elle s'est déclinée de manière variable au niveau régional et départemental.

La surveillance épidémiologique en France a mis en évidence une recrudescence des infections sexuellement transmises depuis 1999. Parallèlement, différents indicateurs évoquent un relâchement des comportements de prévention (Enquête KABP en Presse Gay, Baromètre gay, la baisse du nombre des appels reçus à Sida-info-service, la stagnation du marché des préservatifs...).

Dans ce contexte, la Direction générale de la santé a demandé aux services déconcentrés de dresser un état des lieux de la prévention menée dans la région afin d'adapter la politique à conduire pour 2002-2004.

Il s'agit de présenter une analyse épidémiologique et un bilan du dispositif institutionnel de prévention, en identifiant les zones et populations vis à vis desquelles il est défaillant. Cette évaluation, confiée à l'ORS, doit permettre au comité de pilotage régional de se prononcer sur la poursuite ou la réorientation des actions. Ce document s'attache particulièrement à vérifier l'accessibilité aux moyens de prévention, de dépistage et de traitement prophylactique après exposition. Il est centré sur les populations et les situations à vulnérabilité accrue.

Références bibliographiques

- *Circulaire DGS n°2001/436 du 10 septembre 2001 relative à la mise en œuvre de la stratégie de prévention de l'infection VIH-SIDA (2001-2004).*
- *Document DGS « Stratégie de prévention de l'infection VIH/SIDA en France pour les années 2001-2004 », juin 2001.*
- *Comité français d'éducation pour la santé. Programme d'éducation pour la santé. Prévention de l'infection à VIH/Sida 2000-2001-2002. Vanves : éditions CFES (Dossiers techniques), 2000, 75 p.*

II. MATERIEL ET METHODES

AXES ET MÉTHODES D'INVESTIGATION

- **ÉPIDEMIOLOGIE**

Une analyse de l'évolution des données disponibles a été effectuée : données de dépistage, morbidité, mortalité, suivi hospitalier. Les données sont étudiées en parallèle avec les données françaises.

- **ÉTUDES SPECIFIQUES DES DISPOSITIFS DE PREVENTION**

- **Vis-à-vis de populations particulièrement vulnérables**

- **Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes**

L'enquête **presse gay** de 2000 et le **Baromètre gay** 2000 fournissent une image des comportements actuels et des pistes concernant la prévention.

L'activité préventive des associations **AIDES** en Bourgogne (associations de lutte contre le Sida) a été étudiée par le biais de la description des actions menées au cours de la période 1998-2001 dans les rapports d'activité. Les acteurs dans chacun des départements ont par ailleurs été interrogés pour obtenir des éléments plus qualitatifs sur les actions conduites, non décrits dans les rapports d'activité (ex : type de présence sur les lieux de rencontre, régularité de la présence, difficultés rencontrées, mêmes personnes rencontrées régulièrement ?, perspectives et souhaits pour l'avenir ...).

Les **Centres de dépistage anonyme et gratuit** sont interrogés sur les actions de prévention mises en place dans la période concernée et sur leurs propositions de pistes d'amélioration.

Enfin, le recueil du point de vue des **associations identitaires locales** et des délégués régionaux du **Syndicat national des entreprises gay** permet d'affiner les conclusions de l'enquête presse gay et Baromètre gay, et de dégager les problématiques et les attentes des populations concernées dans la région en matière de prévention.

- **Personnes utilisant des drogues**

Les résultats de l'exploitation de SIAMOIS (Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution) réalisé par l'Institut national de veille sanitaire (InVS) permettent d'analyser de manière homogène les variations dans le temps et l'espace de l'achat de matériels d'injections dans les départements français. L'interrogation des promoteurs et acteurs des programmes d'échanges de seringues dans les départements de la région visait à cartographier les lieux d'implantation des pharmacies et automates et à tenter de mesurer les volumes de seringues distribuées et leurs évolutions.

- **Personnes étrangères**

Les lieux d'hébergement pour migrants ont été répertoriés. Nous avons d'abord procédé à quelques entretiens avec des responsables de divers types de foyers pour obtenir une vision qualitative des actions mises en place, des difficultés rencontrées et enfin des points de vue des personnes sur la prévention. Nous avons ensuite élaboré un questionnaire que nous avons adressé aux différents types de foyers accueillant des personnes migrantes.

L'objectif était de connaître les actions de prévention développées dans ces lieux, les partenariats éventuels, ainsi que les différentes contraintes à prendre en compte et les projets ou propositions pour améliorer le dispositif de prévention.

o **Auprès des jeunes**

L'interrogation des responsables des services de promotion de la santé auprès des élèves au niveau régional et départemental a été centrée sur l'éducation à la sexualité dans les établissements d'enseignement mise en place à partir de 1996 sur l'ensemble du territoire français.

Des éléments complémentaires ont été fournis par ces interlocuteurs sur les actions de prévention du Sida menées ponctuellement, au gré des opportunités locales.

Le service de médecine préventive universitaire a par ailleurs indiqué ses modalités d'intervention dans le cadre plus large de la prévention des MST et du SIDA.

o **Vis à vis des personnes atteintes**

Les principales questions qui se sont posées au groupe de pilotage :

- *Est-ce que les personnes atteintes reçoivent les messages de prévention ?*
- *Comment les reçoivent-elles ?*
- *L'information concernant l'existence d'un traitement post-exposition est-elle diffusée ?*
- *Quelle attitude est adoptée vis-à-vis du ou des partenaires ?*

- *Quels sont les recours pour les personnes ayant des difficultés de compréhension ?*
- *Quelles pistes pour améliorer la prévention ?*

Pour y répondre, une étude spécifique de la prévention avec les personnes atteintes (incluant les aspects sociaux) a été conduite par un étudiant en maîtrise de psychologie stagiaire à l'ORS.

Il a réalisé une enquête auprès d'une trentaine de patients séropositifs au décours de consultations hospitalières. À l'aide d'autoquestionnaires, leurs connaissances, leur sentiment par rapport aux discours de prévention, leurs difficultés et leur perception du risque sont analysés. Parallèlement, des entretiens avec des médecins dans trois sites hospitaliers régionaux et une observation directe des documents de prévention disponibles dans les salles d'attente ont été effectués. Compte-tenu de la complexité méthodologique et des biais potentiels d'une telle approche, les résultats ont été éclairés par une analyse bibliographique sur ce sujet.

- o **Étude du recours au traitement après exposition et de l'organisation hospitalière**

Un entretien téléphonique a eu lieu auprès du Pr Pascal Chavanet afin de connaître son avis sur ce sujet, et les possibilités d'action pour améliorer la prévention.

Il a été décidé de conduire une enquête auprès des services d'urgence afin d'évaluer la prise en charge des accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques (AES).

Un premier contact a été pris avec l'institut de veille sanitaire qui mène depuis juillet 1999 une évaluation nationale avec des établissements volontaires (à laquelle seuls les centres hospitaliers de Châtillon et Montbard participent actuellement pour la Bourgogne).

Nous avons été informés d'une enquête nationale en cours conduite parallèlement à notre évaluation régionale, coordonnée par le Dr Espinoza (hôpital européen Georges Pompidou) et le Dr Nelh (Hôpital la Conception, Marseille). Il a été décidé avec eux que l'ORS se chargerait des relances téléphoniques auprès des établissements non-répondants à l'aide du questionnaire national et qu'il pourrait réaliser rapidement une exploitation régionale des résultats.

Protocole

L'AFSSAPS avec l'InVS et la DGS pilotent un groupe de travail chargé de proposer une modification des recommandations. Dans ce cadre, une étude a été conduite à l'aide de médecins urgentistes (responsables régionaux bourguignons : Dr Mangola et Dr Belkacem, à Mâcon) auprès de l'ensemble des services des urgences français par voie postale.

L'objectif principal était l'évaluation descriptive de l'organisation aux urgences (modalités d'accueil, évaluation du risque et prescription, suivi des relations en aval des urgences).

L'objectif secondaire était de recueillir l'opinion des urgentistes sur les difficultés de leurs pratiques dans ce domaine, mais aussi les suggestions susceptibles d'améliorer la prise en charge des patients. Une question portait sur l'intérêt de la mise en place d'une hot-line pour les patients afin de diminuer le recours aux urgences, une autre sur le recensement des astreintes téléphoniques pour un avis spécialisé en cas de situation difficile (questionnaire en annexe 1).

MODALITÉS DE RÉALISATION DE L'ÉTUDE

- **Comité de pilotage**

Un comité de pilotage de l'étude a appuyé l'ORS pour la mise au point du protocole définitif en novembre 2001 et suivi le déroulement des travaux. Il a contribué à la sélection des axes d'investigation.

Ce comité de pilotage était composé de l'équipe de pilotage des services déconcentrés précédemment cités, des représentants des réseaux ville-hôpital et des coordinations départementales volontaires.

- **Calendrier**

L'étude a été engagée en novembre 2001. Elle se termine en avril 2002.

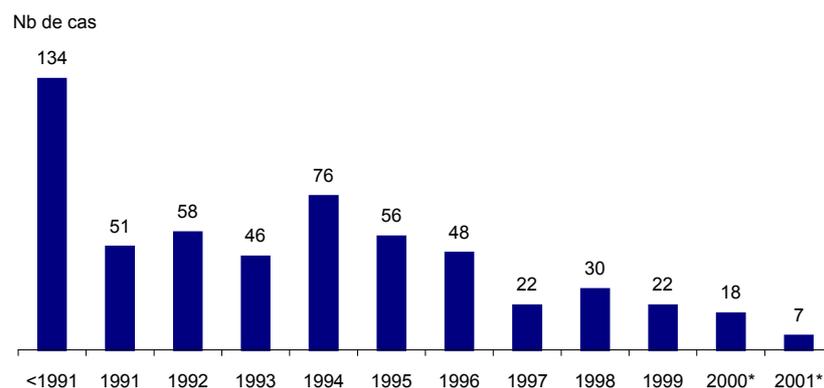
III. L'INFECTION A VIH EN BOURGOGNE

A. CAS DE SIDA DECLARES

Le sida fait partie des maladies à déclaration obligatoire. Le système de surveillance des cas de sida (c'est-à-dire des personnes ayant développé la maladie) repose sur les déclarations faites par les médecins. Ces déclarations, adressées aux médecins inspecteurs de santé publique des DDASS, sont ensuite analysées par l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS). On estime que 80 à 90% des cas font l'objet d'une déclaration.

Depuis le début de l'épidémie et jusqu'à fin 2001, 568 personnes domiciliées en Bourgogne ont développé un sida. Parmi elles, 233 sont vivantes à cette date. En 2000, 18 cas ont été signalés et, en 2001, 7 cas ont été déclarés. On note une forte diminution du nombre de nouveaux cas de Sida entre 1996 et 1997 (-54%) et du nombre de décès de cas de sida (-61%). Il existe un ralentissement de la diminution depuis 1997.

Répartition des cas de Sida par année de diagnostic en Bourgogne



* données provisoires non redressées
Source : InVS, surveillance du Sida

Si on considère les cas cumulés depuis le début de l'épidémie, le département de la région le plus touché est l'Yonne (435 cas cumulés depuis le début de l'épidémie par million d'habitants), et la Saône-et-Loire le moins touché (253 cas par million).

Taux de Sida cumulé en Bourgogne

*jusqu'à fin 2001
(par million d'habitants)*

Bourgogne : 353
France entière : 910



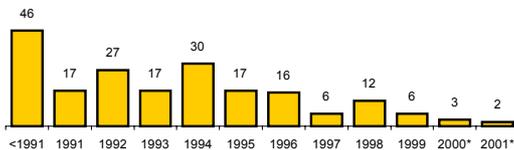
Source : InVS, population : RP 1999, exploitation ORS

Sur la période 1998-2001, 25 cas de Sida domiciliés dans l'Yonne ont été déclarés, 23 cas en Côte d'Or, 16 cas dans la Nièvre et 13 en Saône-et-Loire.

Répartition des cas de sida par département de domicile et par année de diagnostic

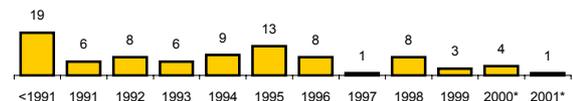
Côte d'Or

Nb de cas



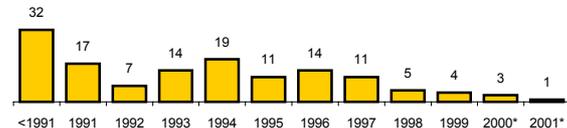
Nièvre

Nb de cas



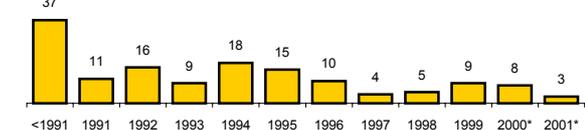
Saône-et-Loire

Nb de cas



Yonne

Nb de cas



* données provisoires non redressées

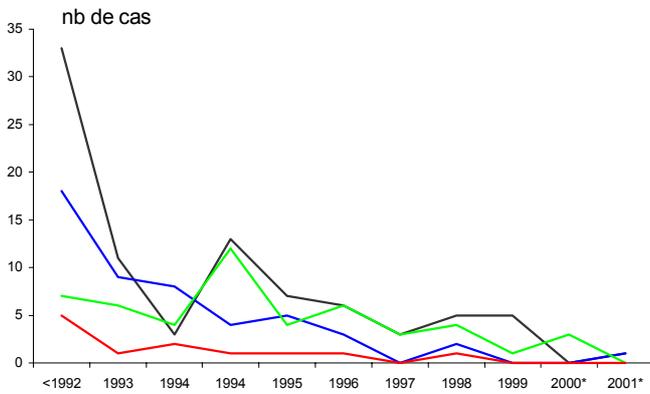
Source : InVS, exploitation ORS

Malgré les petits effectifs qui expliquent les irrégularités des courbes, on observe une chute brutale du nombre de cas contaminés par rapports homosexuels entre 1994 et 1997, une diminution plus progressive du nombre de cas contaminés par utilisation de drogues injectables ou par rapports hétérosexuels. Depuis 1998, le nombre de nouveaux cas

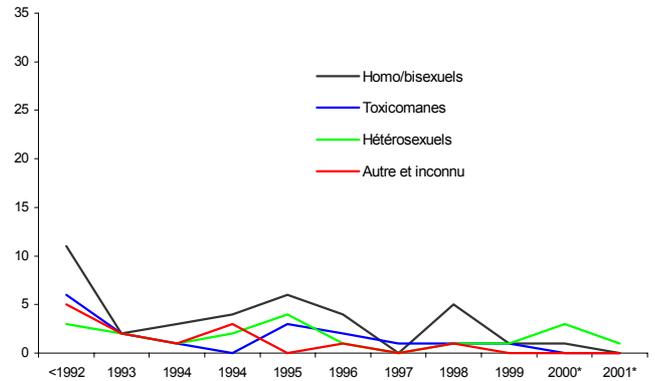
diminue progressivement pour les 3 modes de contamination. Moins de 10 cas diagnostiqués en 2001 ont été notifiés.

Évolution de la répartition des cas de Sida par mode de contamination

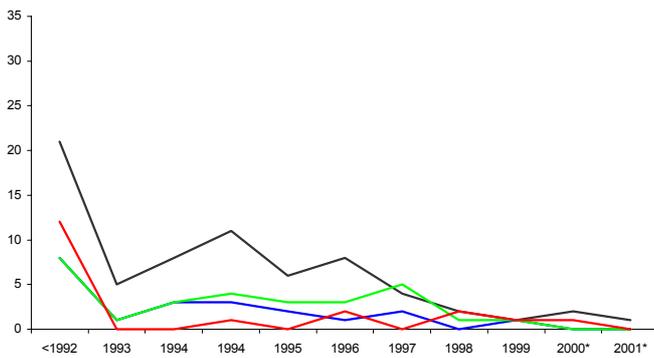
Côte d'Or



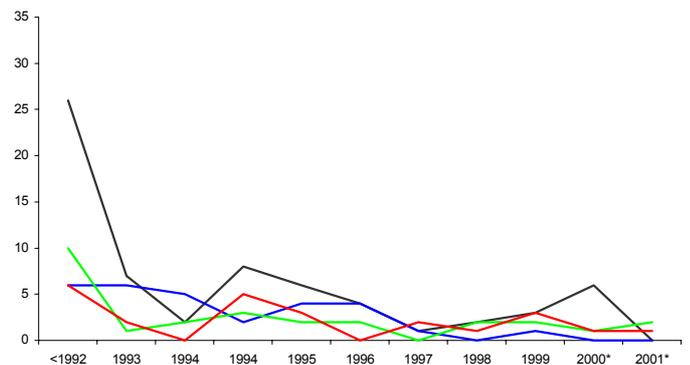
Nièvre



Saône-et-Loire



Yonne

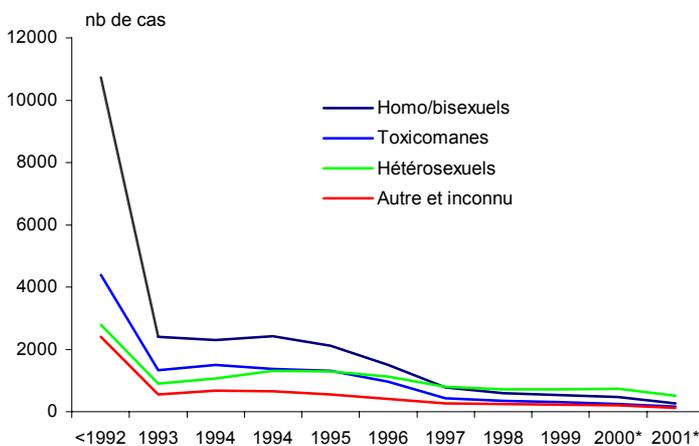


Source : InVS, exploitation ORS

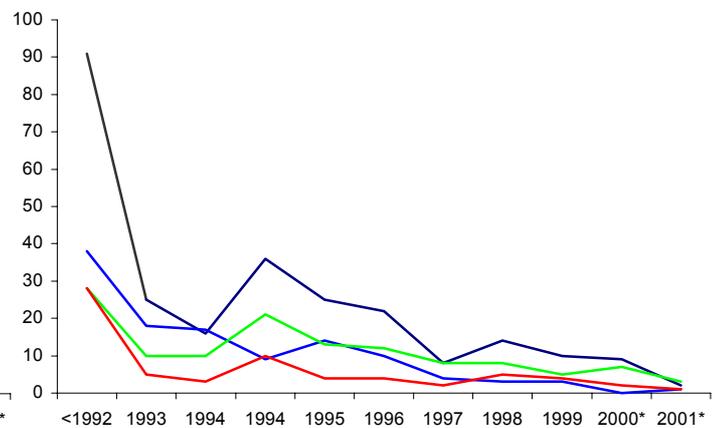
Évolution de la répartition des cas de Sida par mode de contamination

(l'échelle est bien sûr différente)

France

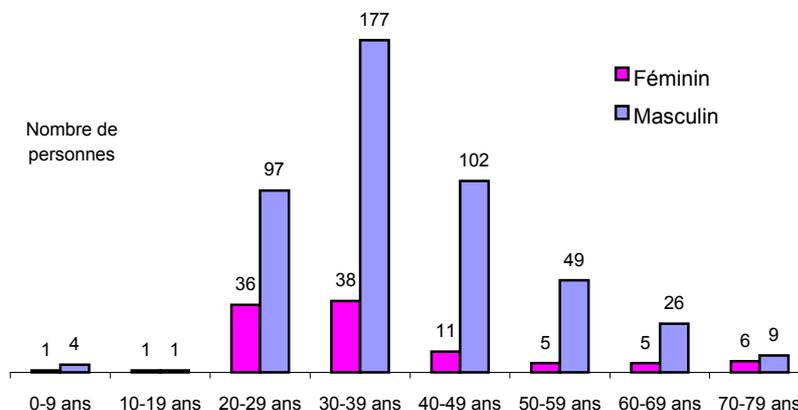


Bourgogne



Depuis le début de l'épidémie, les déclarations concernent des hommes dans 82% des cas et des femmes dans 18% en Bourgogne. Plus de 6 personnes sur 10 avaient entre 20 et 39 ans au moment du diagnostic.

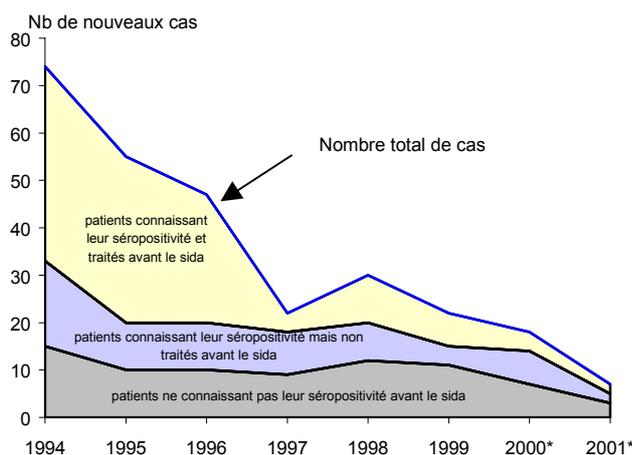
Répartition des cas de sida selon l'âge et le sexe en Bourgogne depuis le début de l'épidémie



Source : InVS, exploitation ORS

La chute brutale en 1996 et 1997 du nombre de cas de sida est principalement due à la forte diminution des cas de sida chez les personnes dépistées et traitées par antirétroviraux avant le sida (-85% entre 1996 et 1997). Entre 1998 et 2001, 70% des diagnostics de sida se font chez des personnes qui n'ont pas reçu de traitements antirétroviraux avant le sida (non dépistés ou dépistés mais non traités).

Nouveaux cas de Sida en Bourgogne par année de diagnostic selon la connaissance de la séropositivité et la prescription d'un traitement antirétroviral avant le Sida

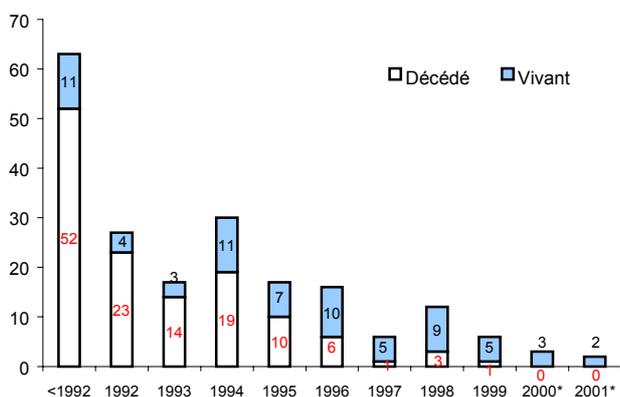


Source : InVS, exploitation ORS

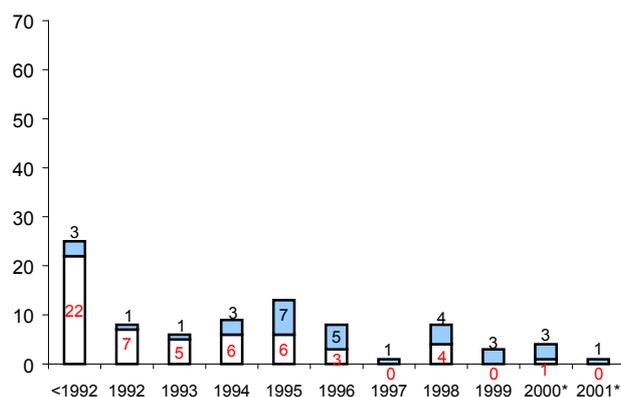
Les graphiques ci-dessous représentent le statut vital des personnes en fonction de la date de déclaration du stade Sida. Le nombre de nouveaux cas restant chaque année supérieur au nombre de décès, le nombre de personnes vivantes ayant développé une pathologie indicatrice de sida continue à augmenter (+2% par an entre 1999 et 2001).

Répartition des cas de Sida selon le statut vital au 31 décembre 2001 par année de diagnostic

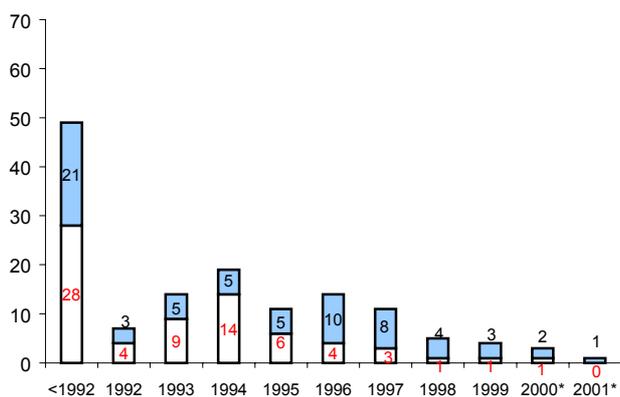
Côte d'Or



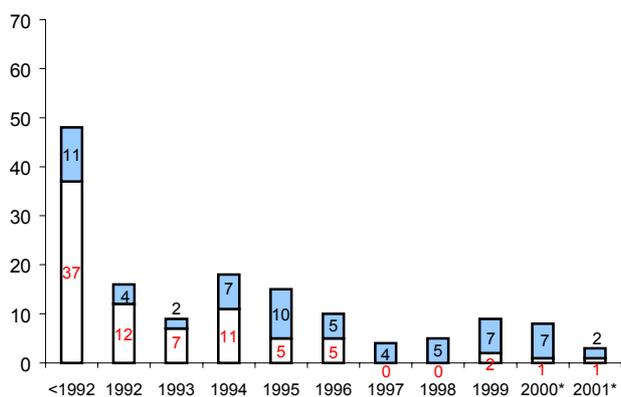
Nièvre



Saône-et-Loire



Yonne

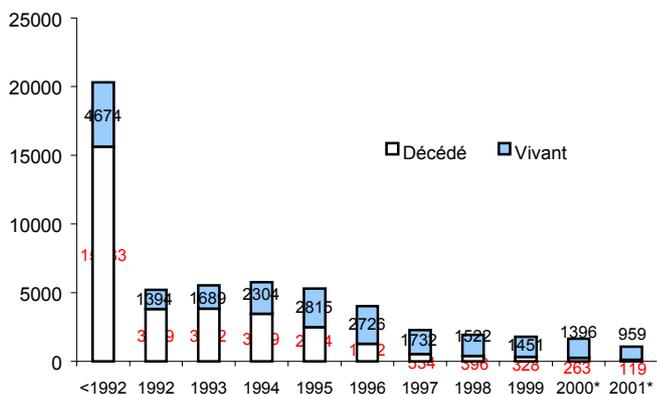


Source : InVS, exploitation ORS

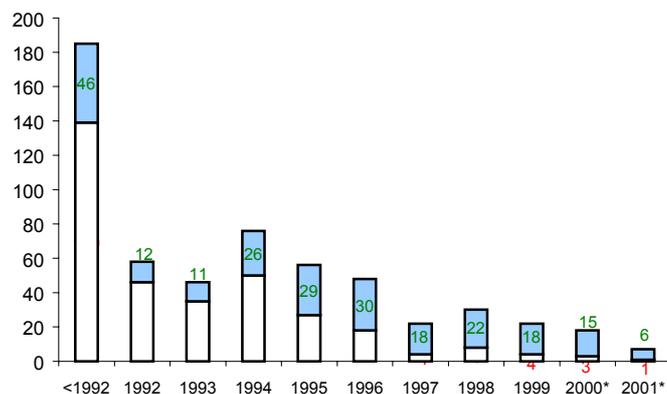
Répartition des cas de Sida selon le statut vital au 31 décembre 2001 par année de diagnostic

(l'échelle est bien sûr différente)

France



Bourgogne

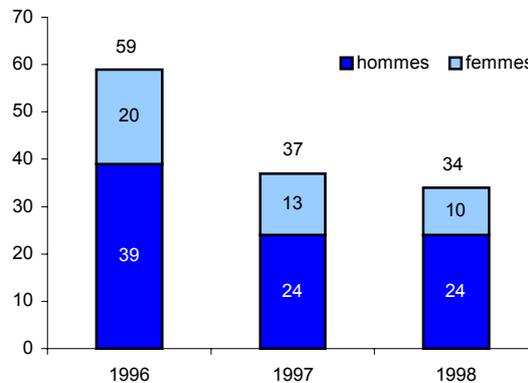


B. DECOUVERTES DE SEROLOGIES POSITIVES (1996-1998)

Pour compléter les informations fournies par les déclarations obligatoires des cas de sida, l'ORS de Bourgogne a participé à partir de fin 1995 au ResORS-VIH, système régional permettant d'évaluer le nombre de personnes dont la séropositivité pour le VIH était mise en évidence pour la première fois. Cette évaluation a reposé sur la double participation des laboratoires d'analyses de biologie médicale et des médecins prescripteurs de sérologies. Ce recueil d'informations a cessé lors de l'annonce de la mise en place de la déclaration obligatoire des séropositivités, malheureusement celle-ci tarde à se mettre en place.

Le nombre de sérologies positives découvertes était en diminution entre les années 1996 et 1998 (moins 42%). Les hommes étaient les plus touchés (de 65 à 70% des sérologies positives).

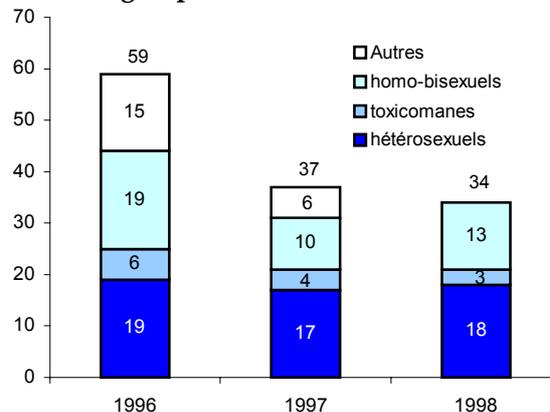
Estimation des nouvelles sérologies positives en Bourgogne



Source : Resors-VIH

Le mode de contamination le plus fréquent pour la dernière année de collecte était hétérosexuel (il est passé de 32% à 53% entre 1996 et 1998). La proportion de nouvelles infections chez les toxicomanes a été stable sur la période (10%). La proportion des transmissions chez les personnes homo et bisexuel(le)s a augmenté également en 1998 par rapport à 1996 (de 32 à 38% mais NS ; $p=0,55$).

Répartition des sérologies positives selon les modes de transmission



Source : Resors-VIH

C. ACTIVITE HOSPITALIERE

La file active annuelle a augmenté de 34% de 1995 à 2000. Ce sont les sites de Mâcon, Nevers et Auxerre qui ont le plus augmenté leur activité. Sur la période 1999-2000, la progression s'est ralentie (+ 4,5%).

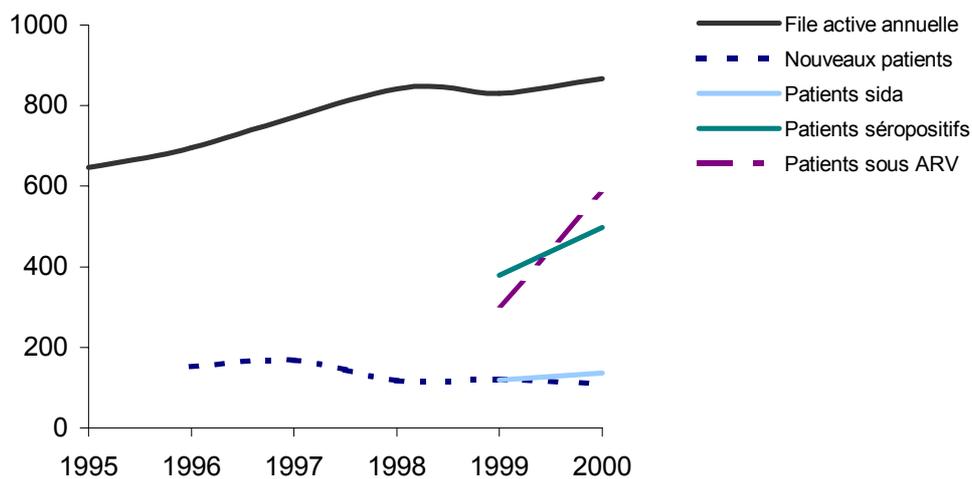
Parallèlement, le nombre de nouveaux patients a régulièrement diminué : de 1996 à 2000, il a baissé de 28%, la baisse étant de 10% entre 1999 et 2000.

Par contre, entre 1999 et 2000, le nombre de patients sous antirétroviraux a fortement augmenté (taux de croissance de 90%).

Enfin, le nombre de patients séropositifs suivis a augmenté plus vite que le nombre de ceux qui sont au stade SIDA (31% contre 14%).

Les tableaux par établissements sont présentés en annexe 3.

Activité hospitalière en Bourgogne de 1995 à 2000



Source : DDASS 21 - UID VIH-SIDA, exploitation ORS

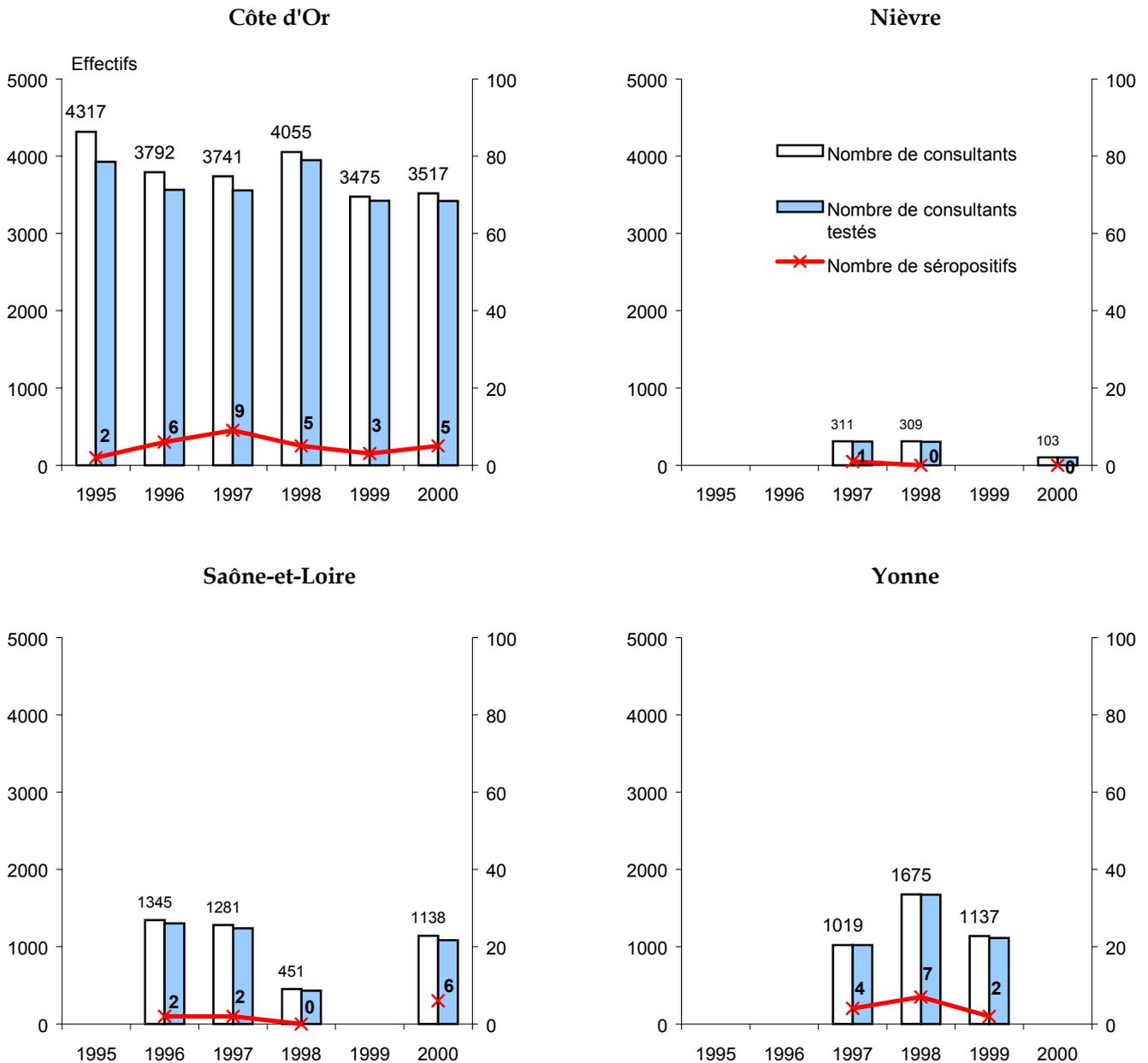
D. ACTIVITE DES CENTRES DE DEPISTAGE ANONYME ET GRATUIT

C'est en Côte d'Or que l'activité des CDAG est la plus importante. La Saône-et-Loire et l'Yonne ont environ les mêmes volumes de consultations. Enfin, peu de consultations ont lieu dans la Nièvre. Le nombre de consultations est en baisse sur la période 1995-2000 quel que soit le département.

Une sérologie VIH est prescrite pour la majeure partie des consultations.

Les tableaux d'activité par CDAG sont présentés en annexe 4.

Évolution de l'activité des CDAG en Bourgogne



Source : DDASS 21 – UID VIH-SIDA, exploitation ORS

E. CONCLUSIONS

On peut se réjouir de la **baisse du nombre de cas déclarés** en Bourgogne au cours des dernières années. Cependant les **informations épidémiologiques** permettant de suivre la dynamique de l'épidémie sont très **partielles**, notamment pour notre région.

Après des difficultés de mise en place du processus d'anonymisation des données, la **déclaration obligatoire de la séropositivité** à VIH devrait être effective à partir de janvier 2003 (1^{ers} résultats attendus après un semestre de collecte).

En attendant, l'IVS a engagé une étude de **l'activité de dépistage des laboratoires** d'analyse de biologie médicale. Les résultats montrent que parmi les dépistages positifs, la proportion de femmes augmente (40% de l'ensemble des dépistages positifs sur le 1^{er} semestre 2001) et l'écart d'âge est croissant entre hommes et femmes (âge médian 38 ans chez les hommes et 32 ans chez les femmes) (détail en annexe 2).

Une **estimation directe de l'incidence** dans des populations à haut risque d'infection est en projet à l'IVS, en utilisant un test moins sensible sur les sérums positifs en Elisa. Il sera possible de séparer les individus dépistés positifs dans la phase d'infection récente, période suivant une séroconversion et avant le pic des anticorps, des individus contaminés depuis plus de 6 mois. Il est prévu de réaliser une enquête dans des centres de prise en charge des maladies sexuellement transmissibles fréquentés par des personnes à haut risque d'infection et à partir d'une enquête sur échantillon représentatif d'usagers de drogues.

Références bibliographiques

- Institut de veille sanitaire. Sida, VIH et MST, état des lieux en 2001. IVS, Saint-Maurice, France, novembre 2001. Consultable sur le site de l'IVS (<http://www.invs.sante.fr>)
- Adam P, Hauet E, Caron C. Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays - résultats préliminaires de l'enquête presse gay 2000. Invs Collection enquêtes - études ; mai 2001.
- Goulet V, Sednaoui P, Massari V. et al. Confirmation de la recrudescence des gonococcies en France depuis 1998. BEH 2001 ; 14 : 61-63.
- Desenclos JC, Le retour de la syphilis en France : un signal de plus pour renforcer la prévention ! BEH 2001 ; 35 : 167.
- Dressen C, Guilbert P, Gautier A. Vie affective et sexuelle in Baromètre santé jeunes 97/98, édition CFES ; 1999 : 121-131.
- Observatoire régional de la santé d'Ile-de-France. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France en 2001. Paris : 2001.
- ANRS. Évaluer la prévention de l'infection par le VIH en France. Synthèse des données quantitatives (1994-1999). Collection sciences sociales et sida. Paris : 1999.
- FNORS, Score santé (<http://www.fnors.org/score/accueil.htm>)

IV. PREVENTION AVEC LES HOMMES AYANT DES RELATIONS AVEC D'AUTRES HOMMES

A. ENQUETE PRESSE GAY ET BAROMETRE GAY 2000

L'enquête presse gay a pour objectif de suivre au cours du temps les comportements sexuels et préventifs chez les homosexuels et bisexuels masculins vivant en France ; décrire les profils socio-démographiques, les modes de vie socio-sexuels et le statut sérologique. La méthode se base sur une enquête périodique, mise en place depuis 1985, qui est basée sur un auto-questionnaire inclus dans la presse spécialisée. Sa fréquence actuelle est de tous les trois ans.

Le Baromètre gay a pour objectif d'évaluer l'état de la prévention parmi les clients des établissements gays parisiens. La méthode se base sur un questionnaire auto-administré proposé pendant un mois en 2000 aux clients de 62 établissements gays parisiens (bars, saunas et sex clubs). Cette enquête sera répétée en juin 2002 dans les établissements parisiens et de province.

Selon Philippe Adam, responsable de l'**enquête presse gay** à l'Institut national de veille sanitaire (InVS), il est impossible de réaliser une exploitation régionale de cette enquête nationale compte tenu du très faible effectif de questionnaires concernant la Bourgogne.

Nous reprenons donc les grandes lignes de la conclusion de cette enquête, qui donne des pistes de réflexions sur les actions de prévention à mettre en place (ces dernières concordent avec les entretiens que nous avons eus avec les associations identitaires et les constats des autres acteurs en lien avec cette population).

"Les données offrent des pistes pour mieux **adapter la politique de prévention**, qu'elle soit publique ou associative, **au changement de contexte sexuel et préventif**.

Dans la mesure où le relâchement préventif est visible dans de nombreux segments de la population gay, la prévention devra s'appuyer sur une **communication très large** et mener par ailleurs des **actions plus ciblées** en direction des jeunes, des multi-partenaires, des couples ouverts, des couples sérodifférents, des gays séropositifs et des hommes ayant contracté une MST dans l'année.

Le **contenu** des messages et des actions de prévention mérite d'être mieux **adapté** à la diversité des formes d'exposition au risque. Il s'agit notamment de prendre en compte le fait que, pour certains gays, la **prise de risque** n'est **pas accidentelle** mais désormais fréquente (voire régulière) et qu'il existe par ailleurs une pluralité de facteurs à l'origine du relâchement actuel des comportements. Ceci suppose également des actions de **counselling** et de soutien auprès des personnes les plus fragilisées."

Le **Baromètre gay 2000** insiste sur l'**augmentation des prises de risque** de personnes **jeunes, multipartenaires** voire même **séropositives** et fournit des pistes d'actions de prévention liées aux nouveaux comportements à risque.

La recrudescence des prises de risque vis-à-vis du VIH et des MST parmi les gays est observée dans de nombreuses études en France comme à l'étranger : Ekstrand et al., 1999 ; Van de Ven et al., 1998 ; Stolte et al., 2001 ; Adam et al., 2001.

"Les données collectées attestent de la fréquence des demandes de rapports non protégés auxquels les répondants sont confrontés et, par ailleurs, des niveaux élevés de prise de risque par pénétrations anales non protégées ou par des expositions fréquentes au sperme lors de la fellation. Les jeunes de moins de 25 ans, les hommes multipartenaires, ceux qui sont séropositifs pour le VIH ont rapportés des rapports non protégés fréquents avec des partenaires occasionnels.

"une **communication de masse** en direction des gays jeunes, séropositifs ou multipartenaires doit être articulée avec des **actions plus ciblées** auprès des clients des "sex clubs". Parallèlement au renforcement des actions de **distribution de brochures et de matériel de prévention** (préservatif et gel) dans les établissements et à la mise en place d'un **éclairage minimal** (lumière noire) dans les backrooms, des moyens adaptés restent à élaborer, en étroite collaboration avec les représentants des établissements et du monde gay, afin de **faire évoluer la culture du risque** qui s'est développée chez certains clients. Il importe également de **renforcer la formation** des personnels (sensibilisation au matériel de prévention disponible dans les lieux et enrichissement de leurs connaissances sur le VIH et les MST) afin de leur permettre de donner le ton au sein des "sex clubs". Ceci permettrait d'exercer une influence indirecte sur les clients les plus à risque dont on sait qu'ils ont souvent tendance à éviter les intervenants de la prévention présents sur les lieux (Hoff et al., 1997)".

B. AIDES EN BOURGOGNE

Fonctionnement, restructuration des associations AIDES

Les comités locaux (départementaux) sont désormais regroupés en 9 grandes régions, dont le « Grand Centre » composé de la Bourgogne, du Centre, de Poitou-Charentes, doté d'un directeur général, de deux directeurs adjoints, et d'une chargée de mission méthodologique (qui coordonne la rédaction des bilans, le recueil d'indicateurs d'activité et forme les permanents et les « volontaires »¹). Les associations fonctionnent avec des permanents salariés et des « volontaires ». Aujourd'hui les participants à l'association retrouvent un certain militantisme et prêtent davantage d'attention à la prévention, ce qui, pour les représentants de l'association correspond à une phase de maturité du « mouvement ».

Le terme prévention est peu utilisé dans l'activité de l'association Aides. Dans les rapports d'activité on trouve plutôt les termes d'« information », « formation » et « réduction des risques ».

¹ C'est-à-dire les bénévoles.

Les axes stratégiques d'actions d'Aides sont définis au niveau national en fonction des constatations des acteurs de terrain (notamment par rapport aux dysfonctionnements concernant l'accès aux soins), puis ils sont appliqués en fonction de la réalité de l'épidémie et des problèmes rencontrés localement.

Selon le responsable régional interrogé, les comités d'AIDES sont financés à 80% par l'État. Les négociations de financements assurés par la DDASS s'effectuent sur la base du bilan de l'année antérieure et des projets proposés. Pour la première fois **en 2001**, une convention triennale a été signée (modification de la réglementation par rapport aux associations).

En Bourgogne, les comités départementaux sont situés à Dijon, à Nevers, à Chalon-sur-Saône et à Auxerre.

Partenariats

Aides collabore ponctuellement avec d'autres organismes.

En **Saône-et-Loire**, le Service Départemental d'Intervention en Toxicomanie (**SDIT**) et le comité d'Aides de Chalon-sur-Saône se sont entendus pour harmoniser leurs accueils et éviter d'être mis « en concurrence » par les personnes accueillies. La société d'entraide et d'action psychologique (**SEDAP**) et Aides ont organisé des « assises sur la réduction des risques » (une première en décembre 2000 et une prochaine en préparation pour juin 2002).

S'agissant d'**associations identitaires**, Aides a participé à des manifestations organisées par les associations étudiantes (par exemple AEGL-LYS) sous la forme de stands d'information. Par ailleurs, le comité intervient lors de fêtes organisées par CIGales (présence avec matériels de prévention). Il n'y a pas eu de contact avec « David et Jonathan », mais une tentative par l'intermédiaire de « Chrétiens et Sida » et ceux-ci sont toujours présents aux assemblées générales de Aides.

On peut noter qu'il n'y a pas de travail en commun ou en coopération avec les associations ou organismes de prévention généralistes comme les Comités départementaux d'éducation pour la santé (même si Aides Dijon se procure des documents assez régulièrement au Codes de Côte d'or), Services de prévention de la CRAM, des CPAM, de la Mutualité....

Actions (en 2001, les chiffres ne comprennent pas l'Yonne)

✓ **L'accueil dans les antennes**

La majeure partie des personnes accueillies dans les antennes ne viennent pas pour recevoir un message préventif. Mais, des informations sont tout de même délivrées lors des passages et dans une moindre mesure quand les personnes viennent explicitement pour cela (il s'agit alors de délivrer un message de prévention ou d'information ciblé ou non sur le public gay selon la demande).

On recense 4 663 passages en 1999, 8 896 en 2000, 9 773 en 2001

✓ **La prévention - public gay**

Il s'agit essentiellement de participations à des soirées (CIGaLes, festivals et manifestations divers, ...), d'interventions dans les lieux de rencontres extérieurs (lac Kir, Friche, allées du parc, parc Salengro, "la folie" sur les bords de Loire, parc aux Biches, prairie St Nicolas, la vieille ferme, parc Roscoff, Clos le Maire, les Thureaux...), minitel...

Dans la Nièvre, 2 personnes de l'association Aides se rendent tous les 15 jours ou 3 semaines entre 22 h et 2 h du matin le week-end au parc Salengro et à la "folie". La moitié des personnes entendent les messages mais "n'écotent pas". C'est une population qui se renouvelle peu (environ 75 personnes dont 10% qui changent). Il leur est distribué des préservatifs, du gel...

En Saône et Loire, on compte environ deux sorties par mois d'un permanent et d'un volontaire sur les lieux de rencontre de l'après-midi. Aides manque de bénévoles alors que paradoxalement il y a une grosse attente. Aides se déplace sur 3 lieux de rencontre : à Mâcon (un chemin en dehors de la ville), Chalon (un pré en bord de Saône), Cluny (un parking). Ils rencontrent en moyenne 3 à 5 personnes par lieu : les personnes aiment discuter. À Chalon il y a un lieu de rencontres où Aides ne va plus du tout la nuit par manque de volontaire.

Les principales difficultés sont rencontrées avec les jeunes qui ont du mal à dire non et à se protéger. L'après-midi Aides rencontre des hommes mariés qui ne s'identifient pas comme homosexuels, "ils ne se protègent pas (par exemple n'utilisent pas de préservatif pour une fellation)". Pour cette population AIDES s'est donc rendu compte qu'il fallait cibler des pratiques et pas des orientations sexuelles en matière de prévention.

Dans l'Yonne, un intervenant de Aides se rend sur les lieux de rencontres.

Nombre de contacts : 1 626 en 1999, 934 en 2000, 1 865 en 2001.

✓ **La prévention - public jeune**

Aides fait des interventions dans les collèges, les lycées, certains lieux festifs comme par exemple l'embuscade, à l'université, dans des centres de vacances ...

Nombre de personnes touchées : 677 en 1999, 1 160 en 2000, 1 156 en 2001.

✓ **La prévention - milieu socio-éducatif**

Aides met en place des interventions dans des lycées formant des travailleurs sociaux, par exemple le Lycée "les Arcades", l'IRTESS (Institut régional supérieur du travail éducatif et social), dans certains Instituts de Formation aux Soins Infirmiers (par exemple dans la Nièvre, quelques cours sont donnés dans les écoles d'infirmières sur la prévention des toxicomanies en 1^{ère} et 2^{ème} année)...

Nombre de personnes touchées : 446 en 1999, 54 en 2000, 53 en 2001 (manque Yonne)

✓ **La prévention - tout public**

Aides met à disposition un stand et des animateurs lors de manifestations culturelles : bal contre le Sida, nuit du Zapping, Antinéa, rave techno, concerts, opération rollers et préservatifs, festivals...

Nombre de contacts : 670 en 1999, 2 234 en 2000, 682 en 2001.

✓ **La prévention - populations précarisées**

Ces actions concernent les population précarisées ou en difficulté : sourds et malentendants, des publics de CAT, de FJT, du milieu carcéral...

Nombre de personnes touchées : 40 en 1999, 737 en 2000, 124 en 2001.

✓ **Participation à la journée mondiale contre le Sida**

Aides participe à la journée mondiale contre le Sida, cela permet de sensibiliser par le biais d'intervention et de stand dans les principales manifestations (Aides intervient quand les organisateurs des manifestations les sollicitent).

✓ **Programme d'échange de seringues**

Ce point sera développé dans une partie spécifique ultérieurement. Toutefois, Aides participe au PES dans les centres d'accueil de Chalon, Auxerre et Nevers. A Dijon, le réseau coordonné par la SEDAP étant opérationnel, peu de personnes ont recours à AIDES.

Difficultés

Depuis 1996 (avec l'apparition des tri-thérapies), on a constaté une **baisse du nombre de bénévoles**. Les candidatures ont également évolué en nature : actuellement, les volontaires ont des profils différents : il s'agit moins d'accompagner des fins de vie que de s'engager sur le long terme dans un accompagnement social autant que thérapeutique.

Dans le même temps, Aides a enregistré une forte **diminution des dons et subventions**...

L'année 1999 a été une année un peu particulière pour Aides, compte tenu des difficultés rencontrées en ce qui concerne la trésorerie. En outre, la permanence de Nevers a du fermer en octobre (du fait de dysfonctionnements importants). Une nouvelle équipe a été constituée (coordinatrice sociale, médiateurs de santé, d'insertion et qualité de vie).

En 2000, les actions pour les homo et bisexuels sur les lieux de rencontres extérieurs se sont poursuivies à Chalon-sur-Saône, Mâcon et Auxerre. Elles se sont arrêtées à Dijon par manque de disponibilité des volontaires, tandis que le partenariat avec CIGaLes se poursuit.

Les actions autour du 1^{er} décembre étaient auparavant financées spécifiquement. Lorsque la DDASS a cessé d'accorder un financement spécial, les comités ont arrêté d'organiser des actions particulières à cette occasion, même s'ils continuent d'intervenir à la demande de partenaires divers autour de cette période.

Dans la Nièvre, le principal problème soulevé est le manque de moyens :

- AIDES n'a pas de véhicule, les intervenants sont obligés de louer une voiture pour chaque déplacement ;
- Il ne peut pas toujours tenir un stand dans certaines manifestations culturelles ou autre.

Dans l'Yonne, rien n'est mis en place en terme de prévention toxicomanie sur le secteur de la Puisaye. Il existe pourtant des toxicomanes qui n'ont pas de véhicule. Un arrangement spécifique pour la distribution des seringues a été trouvé pour eux. Un contact est établi avec un médecin généraliste pour donner les coordonnées d'Aides si le besoin s'en fait sentir.

Propositions

- **Interventions en milieu festif**

Actions liées aux opportunités qu'offre la nouvelle région Grand Centre en termes de formation complémentaire et de mise en commun des moyens.

- **Actions d'incitation à la connaissance du statut sérologique VIH/VHC, partenariat avec les CDAG**

Projet préparé à partir d'expérimentations sur les départements 94 et Paris, à adapter sur la Côte d'Or, en collaboration avec les CDAG.

- **Assises régionales de la réduction des risques liés à l'usage de drogues**

Rencontre du public de AIDES, concernés par l'usage de drogues et des professionnels du champ des soins aux usagers. Cette rencontre se déroulera les 8 et 9 juin 2002 à Chalon sur Saône.

- **Réduction des risques "hommes entre eux"**

L'arrivée de nouveaux volontaires va permettre la reprise de l'action en direction du public gay et/ou bisexuel. Cette action tiendra compte de l'évolution de l'épidémie et de la notion de prise de risque.

- Dans la Nièvre : "Il serait intéressant de disposer d'un automate et d'une salle d'injection pour ceux qui dorment dehors".

C. PREVENTION DANS LES CDAG

L'ensemble des responsables de CDAG (8) ont déclaré qu'il n'y avait aucun protocole d'accueil particulier **pour les personnes homosexuelles**. Chacun a précisé que tout entretien est personnalisé et adapté à chacun.

Les personnes qui prennent souvent des risques et **consultent à plusieurs reprises** posent problème. Elles sont cependant relativement peu nombreuses. Il y a peu de proposition de piste pour l'action. Au CDAG de Dijon, il existe un projet de recrutement d'un psychologue pour faire face à ce genre de situation difficile.

Difficultés

Elles se posent parfois en termes de moyens, mais surtout dans les grandes agglomérations. À Dijon, il est difficile de mobiliser des médecins dont le statut est peu avantageux sur des projets de prévention concertés.

Propositions

L'amélioration de la formation est citée deux fois : une fois pour le personnel du CDAG, une fois pour des professionnels extérieurs.

Deux responsables de CDAG ont évoqué l'intérêt de participer à des actions de prévention extérieures au Centre.

Synthèse des entretiens téléphoniques avec les responsables de CDAG

	Protocole d'accueil pour les personnes homosexuelles ?	Protocole pour les consultations itératives ?	Difficultés	Projets Propositions
CDAG Dijon	Non	Non mais envisagent une consultation de psychologue	Manque de moyens Statuts des personnels ne favorisent pas la démarche de prévention	Analyse des pratiques va être conduite à l'aide d'un psychiatre
CDAG Beaune	Non, une formation a été reçue sur ce sujet	Ce sont des personnes homosexuelles qui reviennent souvent. Il n'y a pas de possibilité entrevue pour diminuer les prises de risques	Aucune	
CDAG Nevers	Non, entretiens individualisés pour chaque personne	Non, peu fréquent. Toujours des personnes qui continuent à prendre des risques et ne comprennent pas	Le temps de consultation (2*2 h) est peut être un peu juste. Problème de communication avec le service d'urgence qui ne connaît pas bien le CDAG	Poursuite des actions de prévention extérieures (lycées, collèges, participation à un festival du film...), formation des assistantes maternelles et éducateurs
CDAG Mâcon	Non	Non, très peu fréquent. Une personne ou deux sont "simples" et il est difficile de leur faire passer un discours de prévention	Non	RAS
CDAG Chalon-sur-Saône	Non, la prise en charge n'a rien de spécifique	Non Ce sont des populations très diverses	Manque de moyens humains, de locaux	Améliorer la formation des infirmières en matière de psychologie
CDAG Auxerre	Non, la prise en charge s'adapte en fonction des déclarations des personnes (s'il y a révélation des pratiques sexuelles)	Si les personnes concernées le désirent, un carton d'anonymat peut être conservé par l'intéressé et présenté aux diverses consultations ce qui permet un meilleur suivi	Demande plus en terme d'horaires d'ouverture et de temps de présence des médecins	Non, par manque de temps
CDAG Sens	Non, consultations plus longues et complexes car souvent plus de prises de risque	Dépistage à la demande	RAS- Semble bien couvrir le besoin même si on pourrait toujours demander plus en termes d'horaires d'ouverture...	
CDAG Avallon	Non	Non	RAS, petite activité	

D. ASSOCIATIONS IDENTITAIRES

Nous avons rencontré les diverses associations identitaires présentes en Bourgogne. Ces associations ont toutes intégré la prévention dans leurs missions. Mais cette prévention peut prendre différentes formes (prévention menée par des membres des associations eux-mêmes, appel à un partenaire extérieur...).

1. CIGaLes

CIGaLes est une association homosexuelle mixte (40% de femmes et 60% d'hommes). Elle a été créée en décembre 1995. Il n'y avait plus de réseau associatif identitaire en Bourgogne depuis 1982. Actuellement, l'association compte 180 adhérents.

La plupart des membres de CIGaLes sont des personnes qui ont une identité sexuelle marquée (des personnes qui ne sont plus en recherche quant à leur sexualité).

Actions

Actuellement, du fait de nouvelles demandes d'un public plus jeune, l'association s'oriente sur un travail d'accueil et d'écoute concernant les personnes qui rencontrent des problèmes d'identité sexuelle, qui prend la forme d'une permanence par semaine.

Les personnes accueillies expriment un besoin de socialisation, des demandes pour combler un isolement sexuel et affectif lié à l'homosexualité.

Ces permanences sont animées à tour de rôle par 20 personnes formées. Les accueils fonctionnent en binômes ou en trinômes (au moins un homme et une femme). Les entretiens sont anonymes et confidentiels.

L'association a par ailleurs la volonté de développer l'accueil téléphonique déjà mis en place actuellement pour les personnes qui ne peuvent pas se déplacer.

Depuis novembre 2001 il existe par ailleurs des groupes de parole fondés sur une approche des comportements (*ex : la fidélité*). Il est nécessaire de trouver le bon angle d'approche (si on parle directement de la séropositivité, il y a une possibilité de stigmatisation...).

Tous les trimestres, CIGaLes organise des **fêtes**, qui attirent environ 700 personnes (80% d'homosexuels), qui viennent de Dijon, mais aussi d'ailleurs en Côte d'Or, de Saône-et-Loire, du Jura, de l'Aube, de la Haute-Loire... Cela peut être l'occasion de faire de la prévention (400 personnes homosexuelles accessibles en une soirée). Les animateurs de CIGales ont ainsi fait venir une association qui fait de la prévention et du soutien aux personnes infectées sous des modes ludiques ("*les sœurs de la perpétuelle indulgence*" du "*couvent du grand est*" basées à Nancy). En général, c'est l'association Aides qui s'occupe de la prévention pendant les soirées. Mais CIGaLes estime qu'il faut faire autre chose que distribuer des préservatifs

(selon les interlocuteurs de l'association, Aides n'a mis en place que ce type d'action dans les dernières fêtes).

CIGaLes n'intervient pas dans les lieux qui ne sont pas des lieux communautaires (saunas, lieux de rencontres extérieurs).

Difficultés

- Les interlocuteurs interrogés de CIGaLes évoquent le « relaps », ils estiment qu'il reste du travail à faire vis-à-vis de ce problème. L'infection à VIH a marqué toute la génération des trentenaires et des quarantenaires, ces personnes savent où trouver l'information.
- Selon eux, il persiste des **problèmes** concernant le traitement post exposition et le dépistage précoce. Il reste un déficit d'information sur ces points. Un des problèmes prioritaires est l'information et la prévention auprès des partenaires de personnes séropositives. Selon eux, il n'y a aucune prise en compte des partenaires par l'hôpital : *"les médecins disent que ce n'est pas médical, ils disent que dans le suivi de prévention des personnes atteintes, cela touche indirectement les partenaires"*. Selon CIGaLes, les partenaires ont potentiellement plus de risques, il faut faire un travail sur cette population. Pour cela, CIGaLes travaille sur **l'estime de soi et sur la socialisation**.
- Il est nécessaire d'être plus **mobile** en terme de prévention gay.
- Selon CIGaLes, deux éléments ont été laissés en jachère : les **lieux de rencontres** (tout en sachant que le degré des échanges préventifs est limité dans ces lieux et que la mise en place d'actions n'y est pas aisée) ainsi qu'**Internet et le minitel** (pour eux, rien n'est fait dans ce domaine).
- Selon CIGaLes, les populations qui sont les plus à risque en ce qui concerne le VIH sont les **personnes jeunes**, en découverte de leur sexualité et les personnes en rupture de couple. *"Les gens qui sont multi-partenaires récurrents ont pris des "habitudes correctes" en termes de prévention"*.
- Ils soulèvent des **problématiques dans les partenariats** : avec les professionnels, dont peu veulent s'impliquer dans la prévention à destination des publics gays (à l'exception de l'association « Le Pas »), avec les associations de prévention Sida (la volonté militante de Aides peut poser problème), avec le milieu scolaire (peu de temps pour l'éducation à la sexualité, rien n'est fait sur l'identité sexuelle).

Propositions

- Pour CIGaLes, il est nécessaire de globaliser la prévention, d'échanger sur les pratiques et les comportements, même si on ne voit pas physiquement les gens, on peut mettre en place des échanges. Il y a une nécessité de travailler sur le "comportemental" (respect de soi et respect de l'autre).
- CIGaLes insiste sur la **nécessaire prévention dans le milieu scolaire** (avant l'université).
- Les interlocuteurs ont évoqué leur souhait de mettre en place, avec l'aide de la DDASS de Côte d'Or, un réseau de prévention du VIH regroupant les différents partenaires (éducation nationale, associations identitaires...). *"C'est une nécessité pour les jeunes, qui se*

posent des questions sur leur identité sexuelle et les risques que cela entraîne, de savoir où s'orienter."

- Une remarque est formulée sur la formation des professionnels vis à vis de l'homosexualité, la DDASS étant novatrice dans ce domaine. Des améliorations semblent pouvoir être apportées avec la mise en place de rencontres entre les acteurs de terrain et les personnes formées. Cela permettrait aux acteurs de terrain d'orienter les personnes ayant un problème physique ou psychologique vers ces professionnels (mettre à disposition une liste de ces professionnels formés ?).
- Une volonté émerge de mettre en place des actions de prévention non pas ciblées mais **globales**.

En annexe est reporté le compte rendu d'activité de l'accueil de CIGaLes (annexe 7).

2. AEGL-LYS

AEGL-LYS (Association des Étudiants Gays et Lesbiens) est une association loi 1901 qui vise à faire reconnaître la communauté gay et lesbienne dans un esprit de dialogue et de tolérance. Située sur le campus, elle vise un public d'étudiants homosexuels (mais elle reste ouverte aux autres publics). Cette association s'est créée à la rentrée 2001.

Elle comprend 70 membres. La majorité des jeunes est en revendication identitaire.

L'objectif majeur de l'association est la lutte contre l'homophobie.

Actions

Un des objectifs de AEGL-LYS est d'éviter l'isolement social, de mettre en place une prévention du suicide par l'écoute et la constitution d'un groupe social.

Pour la prévention des MST et VIH, ils travaillent avec Aides Bourgogne.

- Dans le cadre de l'université, ils ont participé à la **journée Sida** (1^{er} décembre). Un stand a été mis en place dans chaque pôle de la faculté où des membres de l'association étaient présents. Ils insistent sur le fait que les stands étaient tenus par des jeunes, ce qui permet un dialogue différent avec le public présent. Si des questions trop techniques étaient posées, les membres de l'association orientaient vers des professionnels.
- Lors des **fêtes** organisées par l'association, il y a mise à disposition de documents et de préservatifs. Dans les lettres mensuelles adressées aux adhérents, un rappel des documents et des moyens de contraception disponibles à l'association est fait systématiquement. Selon l'interlocuteur rencontré, le partenariat fonctionne bien avec Aides (un des membres de l'association est aussi membre d'Aides Dijon).

Difficultés

- Les membres de l'association soulèvent des problèmes vis à vis de la médecine préventive : "*son absence par rapport aux problèmes de santé publique*"; la présence

insuffisante de psychologues, le fait que les préservatifs soient payants ; peu ou pas d'actions de prévention sur le thème du VIH, MST... ; "la direction de la médecine préventive est homophobe", "aucun tract vis à vis de l'homosexualité".

Projets

- Ils expriment une forte volonté d'**agir sur le suicide** par le biais d'une prévention globale visant le bien être.
- Les membres de l'association ont en projet des soirées débats sur des thèmes en lien avec l'homosexualité. Il y a par ailleurs une volonté de mettre en place des projets communs avec CIGaLes.

3. David et Jonathan

L'association locale de Dijon existe depuis 6 ans. Jusqu'il y a peu de temps, le groupe était très réduit (seulement trois personnes sur Dijon). Depuis le début de 2002, il s'est un peu étoffé : une dizaine de personnes en font partie (dont certaines viennent d'Auxerre). Ce groupe local est issu d'un mouvement national (l'association David et Jonathan existe légalement depuis 1984 et dans les faits depuis 30 ans).

Actions

Le groupe d'Auxerre avait mis en place un projet "à mots ouverts", avec une ligne d'écoute pour les personnes concernées par le VIH et leur entourage (financé par la DDASS de l'Yonne). Le projet s'est arrêté, faute de demande.

Le fait que ces personnes aient intégré le groupe de Dijon peut permettre de relancer les actions de prévention VIH.

- Localement, un travail est mené avec CIGaLes lors de leurs soirées (mise à disposition de brochures).
- En termes de prévention, l'action est orientée sur l'écoute, la prise en considération de la personne dans sa globalité.
- Au niveau national, depuis 1994, une action est menée, "espoir 2000", devenue "les chantiers de l'espoir".
- Le groupe participe tous les ans à la journée nationale de lutte contre le SIDA, en mettant à disposition des documents de prévention qui lui sont propres.

Actuellement, il n'y a pas de rapport avec Aides, les tentatives de prise de contact n'ont pas abouti.

Points de vue sur la prévention et projets pour l'avenir

- A l'avenir, l'action nationale va se poursuivre. Ils sont actuellement en attente d'un agrément Jeunesse et Sport et Éducation nationale afin de pouvoir mettre en place des actions dans le milieu scolaire.

- Concernant la prévention, ils considèrent qu'il y a énormément d'information sur le thème. Mais, le problème ne vient pas toujours du manque d'information. Il y a une nécessité de prendre en compte l'aspect psychologique et social des personnes concernées.
- Ils sont prêts à participer à des actions de prévention dans la mesure de leurs moyens.
- Au niveau national, mise en place d'une action à destination des jeunes en général (prévention globale, mieux vivre son homosexualité...).
- Sur un autre plan, il y a une volonté d'adhérer à l'UNPS (union nationale de prévention du suicide). Ils font déjà partie du réseau 21, car depuis 1 an et demi ils s'orientent également vers la **prévention suicide**.

E. SYNDICAT NATIONAL DES ENTREPRISES GAYS (SNEG)

Le SNEG a pour mission "de développer, à destination de ses membres et de leur clientèle, toute action de nature à prendre en compte la spécificité du mode de vie des homosexuel(le)s, dont notamment des actions destinées à promouvoir des mesures de prévention de l'épidémie du SIDA".

Les missions conventionnelles avec la DGS

- D'informer et de former des salariés et des responsables d'établissements gays à la prévention, au soutien des personnes atteintes et à l'actualité des traitements et de la prise en charge ;
- De diffuser dans les établissements gays le matériel de prévention de la Direction Générale de la Santé (DGS), du Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES) et des associations de lutte contre le Sida ;
- De concevoir, de réaliser et de diffuser des outils de prévention adaptés aux établissements gays et à leur clientèle ;
- De profiter des évènements de la communauté homosexuelle pour maintenir et renforcer l'effort de prévention ;
- De réfléchir à la faisabilité de nouvelles actions de prévention dans les établissements où les échanges sexuels sont possibles ;
- De poursuivre la mise en place et l'évaluation de la "charte de responsabilité" des établissements gays ;
- De rédiger un guide pratique du savoir faire acquis par l'expérience sur les conditions à réunir pour mener à bien des actions de santé publique dans des lieux de convivialité divers : restaurants, bars, discothèques, lieux avec échanges sexuels.

Le SNEG est devenu partenaire associé à des groupes de travail avec les pouvoirs publics (DGS et DDASS).

Il fonctionne avec huit délégués régionaux qui prennent en charge la distribution de documents (documents édités par la Direction générale de la santé, le CFES, les associations de lutte contre le SIDA).

En Bourgogne, une déléguée visite systématiquement les établissements et les fournit en outils de prévention. Elle vient de Strasbourg et ne couvre que la Côte d'Or et la Saône-et-Loire. C'est le délégué du Centre qui devrait prendre en charge les départements de l'Yonne et de la Nièvre, mais le SNEG n'a pas de candidat pour le moment. Aussi le SNEG adresse les documents de prévention par la poste pour ces départements.

- Le délégué détaché à la Côte d'Or et à la Saône et Loire a pour objectif de mettre en place et d'assurer le suivi de la prévention dans les entreprises gays. Cela se traduit par la mise à disposition d'un présentoir recevant des brochures de prévention et par la mise en place d'une signalétique de prévention. Le présentoir est mis à disposition gratuitement, et la déléguée le réapprovisionne lors de ses passages dans les établissements tous les deux mois. Ce travail est complété par une action de terrain qui consiste à passer du temps dans les établissements pour sensibiliser les chefs d'entreprise à la prévention.
- Pour les lieux à caractère sexuel, il s'agit de mettre à disposition des préservatifs et du gel. Par ailleurs, la mise en place de distributeurs est en cours dans ces établissements.
- Les délégués ont également en charge la formation des adhérents et du personnel des établissements en matière de lutte contre le SIDA.
- Par le biais d'un système d'achat en coopérative, les adhérents du SNEG peuvent se procurer des préservatifs et des doses de gel à moindre coût.

Le SNEG note une baisse des bénévoles dans les associations de lutte contre le Sida (remarque également faite par Aides Bourgogne).

Difficultés

- En 1999, le programme de lutte contre le Sida du SNEG a souffert d'un retard de versement des subventions qui ont été déconcentrées au niveau des DDASS. En 2000, des difficultés financières ont abouti au licenciement des délégués régionaux et à l'arrêt des actions de prévention dans les établissements.

- Le SNEG estime que le rapport de J-Y Letalec "*Le risque du sexe, entre rumeur et réalité*" est représentatif des nouvelles pratiques sexuelles à risque :

La présence globale de prévention dans les établissements dépend essentiellement de la **volonté des gérants ou de propriétaires**. Le premier signe de **désengagement** est souvent le déplacement ou la suppression du présentoir.

*"Peut-on affirmer que certains patrons d'établissements avec background sont influencés par le désir d'une clientèle croissante, qui respecte de moins en moins les règles élémentaires de "safer-sex" ? Avec une augmentation de 40% des lieux de sexe en trois ans en France, cela mérite qu'on se pose les bonnes questions... Sans généraliser, ne nous voilons pas la face, la **rupture des gestes de prévention** dans une relation sexuelle n'est plus un fait exceptionnel, et ce partout en France... Ces ruptures de prévention relèvent également de relations que nous qualifierons d'ordre privé (appartement, endroits extérieurs de drague)".*

F. DES PISTES POUR L'ACTION

- ◆ Accroître l'estime de soi
- ◆ Éviter la stigmatisation
- ◆ Prendre en compte les nouvelles pratiques sexuelles à risque
- ◆ Mettre en place une prévention plus globale
- ◆ Prendre en compte les populations à risque plus important (couples sérodifférents, jeunes, prostitution, personnes en difficulté psychologique, personnes en rupture de couple)
- ◆ Renouveler les outils de prévention en prenant en compte les nouvelles problématiques et évitant un effet de lassitude par rapport à des outils (trop) connus
- ◆ Aller au contact des populations
- ◆ Prendre en compte la dimension psychologique dans la prévention et dans la prise en charge
- ◆ Améliorer l'information sur les traitements post-exposition
- ◆ Constituer un réseau de prévention (notamment avec l'éducation nationale, Jeunesse et sport, et la Protection judiciaire de la jeunesse)
- ◆ Développer l'évaluation des actions

Références bibliographiques :

- Adam P, Delmas MC, Hamers F, Brunet JB. Attitudes et comportements préventifs des homo et bisexuels masculins à l'époque des nouveaux traitements antirétroviraux. BEH 1999 ; 41 : 171-173.
- Adam P, Hauet E, Caron C. Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays. Résultats préliminaires de l'enquête presse gay 2000. Rapport mai 2001. InVS, Saint Maurice, France.
- Adam P. Baromètre gay 2000 : Comportements des hommes fréquentant les établissements gays parisiens. État des lieux en 2001. InVS, Saint Maurice, France, novembre 2001.
- Gouëzel P. Dispositif de dépistage anonyme et gratuit du VIH. Un regard sur les consultants. Enquête nationale juin/juillet 1999. InVS, Saint-Maurice, France, Novembre 2000.
- Coll. Les homosexuels face au Sida, rationalités et gestion des risques, ANRS, avril 1996
- Rapport d'activités de Aides Bourgogne, 1999, 2000, 2001
- Rapport d'activités du SNEG, 2000

V. PREVENTION AVEC LES PERSONNES ATTEINTES

A. CONTEXTE

L'efficacité des combinaisons thérapeutiques utilisées depuis 1996 fait évoluer la question du risque de transmission. En effet, en connaissant une amélioration de leur état physique et en reprenant espoir, les personnes atteintes évoluent aussi dans leur vie sociale, affective et sexuelle. Ainsi, on est passé de l'annonce d'un pronostic létal à la gestion ou la création d'un projet de vie : on envisage le long terme. La séropositivité se regarde aujourd'hui plus comme une maladie chronique. Aussi, sont apparues de nouvelles aspirations chez le malade. Par exemple, il peut projeter d'élever un enfant avec moins de risque de transmettre l'infection et de le laisser orphelin. Pour autant, l'avancée thérapeutique par l'amélioration de l'efficacité des traitements sur la réplication virale ne doit pas faire oublier que le risque de transmettre le virus au cours des relations sexuelles demeure. Ainsi, la possibilité du recours au traitement prophylactique post exposition est bien intégré comme un moyen d'éviter la contamination par le VIH, mais l'impact de la connaissance de ce moyen sur la perception qu'ont les individus sur la gravité de l'infection à VIH pose problème.

Il apparaît donc important d'évaluer la prévention avec les personnes atteintes afin d'étudier ses effets sur les comportements et les attitudes, et ce pour en améliorer l'efficacité tout en prenant garde d'éviter certaines conséquences néfastes. Par exemple, il faudrait éviter qu'il y ait un glissement de la responsabilité individuelle au détriment des personnes séropositives qui porteraient seules la charge de la protection de leurs partenaires sexuels.

D'après l'analyse de la littérature, la prévention est rarement évoquée dans les consultations. En fait, dans le cadre d'une relation médecin-malade au long cours, c'est surtout à l'apparition d'un événement nouveau que la question revient au premier plan. Une nouvelle relation sexuelle ou amoureuse, un projet d'enfant, les interrogations des patients à propos des effets des traitements sur la libido, les contre-indications de certains traitements avec la grossesse sont autant d'opportunités pour évoquer la sexualité et la protection.

Par conséquent, les récents progrès thérapeutiques ont bouleversé l'espérance et la qualité de vie des personnes atteintes. Dans une existence où le temps de vivre reprend ses droits, la question de la prévention devient cruciale. Aussi un bilan des connaissances des personnes atteintes et de leurs comportements face au risque est nécessaire. Notre étude a donc tenté d'évaluer la prévention avec les personnes atteintes au regard des connaissances qu'elles avaient sur les modes de transmission du virus, leurs opinions sur les campagnes de prévention, en les interrogeant sur l'abord de la prévention lors des consultations et en envisageant leurs comportements ou leurs intentions comportementales.

B. METHODOLOGIE

But :

- Évaluer la compréhension et l'intégration des messages préventifs chez les personnes atteintes.
- Évaluer la prévention à destination du partenaire sexuel de la personne atteinte.
- Évaluer la prévention faite par les médecins auprès de la personne atteinte.
- Évaluer la diffusion des messages préventifs.
- Évaluer les intentions comportementales.

Moyens/méthode :

- Enquête auprès d'une trentaine de patients séropositifs à l'aide d'autoquestionnaires.
- Observation directe des lieux d'attente de consultation.
- Entretiens avec quelques médecins.

C. RESULTATS

1. Description de la population

La population d'étude est constituée de 27 patients séropositifs (sur 35 interrogés) vus à l'hôpital (CHU et hôpital de Nevers) lors de consultations. L'échantillon comprend 22 hommes et 5 femmes, avec une moyenne d'âge de 46 ans, et presque tous de nationalité française. Un sujet sur deux est célibataire, et presque un sur trois est divorcé. Les sujets restants, soit environ 20% de l'échantillon, sont mariés. La moitié des sujets exercent un emploi, 11% sont au chômage, 15% en congé longue durée et respectivement 11 et 5 % sont à la retraite ou au foyer.

Toutes les personnes présentes pendant les périodes d'enquête (15 demi-journées) ont été incluses. Les personnes en difficulté avec la langue française (illettrisme, nationalité étrangère) n'ont cependant pas pu répondre en raison du mode d'interrogation.

2. Connaissances

Sur la présence virale

À la question "où peut-on trouver le virus", personne ne répond correctement aux différents items proposés. Il peut être intéressant de s'interroger sur l'origine de cette

méconnaissance. Pour autant, il faut bien signaler qu'elle ne semble pas être un facteur déterminant pour l'apparition de nouvelles contaminations. En effet, cette méconnaissance porte essentiellement sur la présence du virus dans la salive, l'urine et les larmes. Ainsi, pour trois quarts des sujets le virus n'y est pas présent.

Sur la présence du virus dans le lait chez la femme, un tiers des sujets restent très dubitatifs ne sachant pas répondre, et 40 % ont des connaissances erronées.

Sur la présence du virus dans le sang, le sperme, le liquide séminal et les sécrétions vaginales, seulement trois quarts des sujets répondent correctement.

Sur le risque de contamination

34,6% des sujets répondent correctement à l'ensemble des questions. Les réponses justes les plus connues concernent les rapports avec pénétration anale ou vaginale sans protection, le non-risque de contamination par voie alimentaire et les piqûres d'insectes.

Le risque de contamination en cas de contact non protégé de la bouche avec le sexe masculin ou féminin est correctement évalué pour 54% des sujets voire même surestimé pour 23%.

Traitement Prophylactique

Trois quarts des sujets savent qu'il existe un traitement qui s'il est pris dans les 48 heures qui suivent une exposition accidentelle au VIH permet de réduire les risques.

Dans les sujets qui connaissent l'existence du traitement prophylactique, la moitié a eu des rapports non protégés.

Connaissance sur la présence de virus

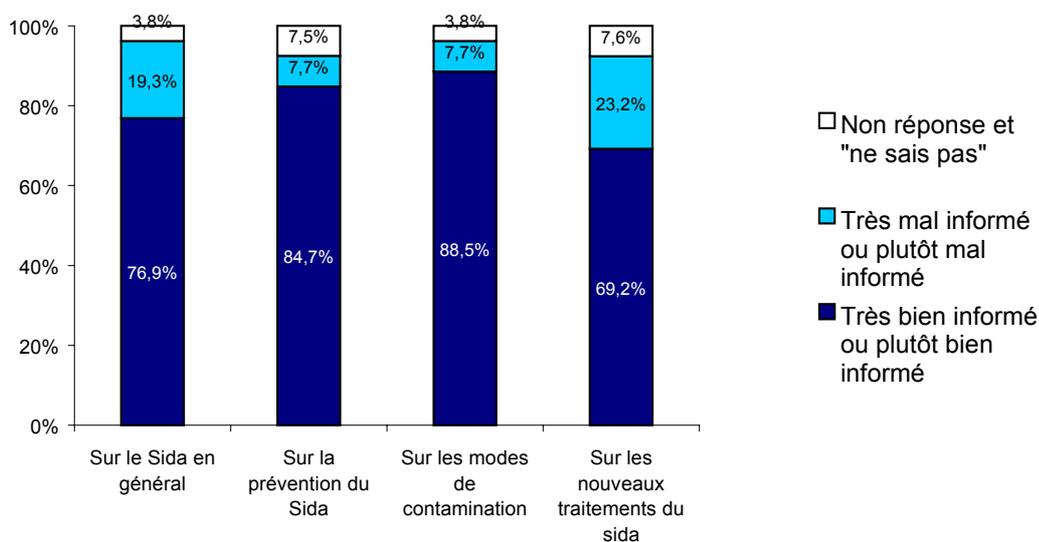
Le virus est présent :	Réponses Justes		Réponses Fausses, Non-réponse et « ne sais pas »	
	Effectif	%	Effectif	%
Dans le sang	(24)	92,3	(2)	7,7
Dans le sperme	(23)	88,5	(3)	11,5
Dans le liquide séminal chez l'homme	(18)	69,2	(8)	30,8
Dans les sécrétions vaginales	(20)	76,9	(6)	23,1
Dans la salive	(2)	7,7	(24)	92,3
Dans les larmes	(2)	7,7	(24)	92,3
Dans le lait chez la femme	(2)	7,7	(24)	92,3
Dans l'urine	(0)	0	26	100%

3. Information reçue

On demandait aux malades s'ils se sentaient bien informés sur le sida de manière générale, sur la prévention du sida, sur les modes de contamination, et sur les progrès de la recherche. Par ailleurs ils ont été interrogés sur l'intérêt qu'ils portent aux campagnes de prévention.

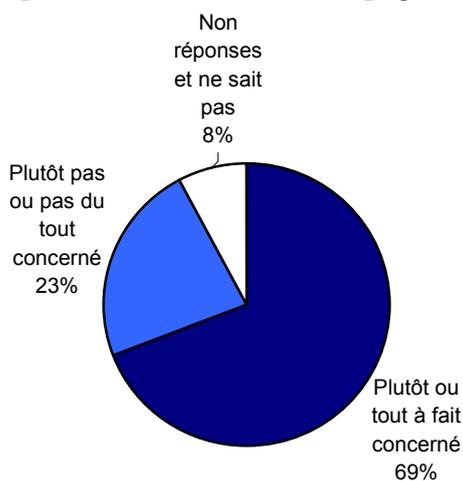
Pour ce qui concerne le sida de manière générale et plus spécifiquement la prévention, les modes de contamination et sur les nouveaux traitements, les patients se sentent très majoritairement plutôt bien informés voir très bien informés.

Point de vue des patients sur les informations de prévention Sida



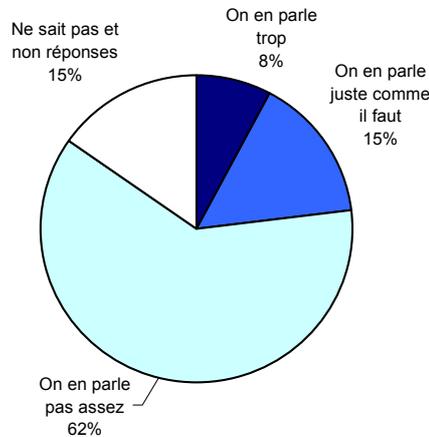
De même, 70% des sujets se sentent concernés par les campagnes de prévention et un peu moins d'un quart pas du tout.

Sentiment des patients vis-à-vis des campagnes de prévention



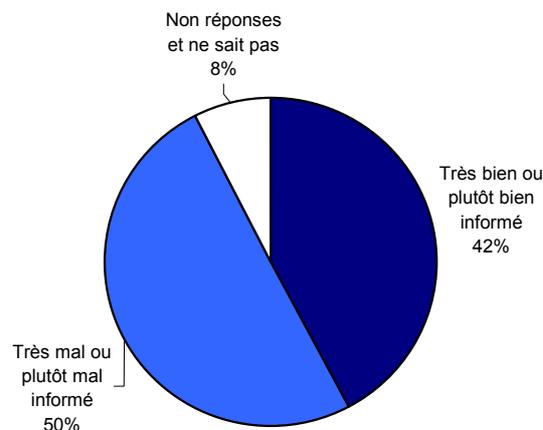
Pour le Sida de manière générale, 60% estiment « qu'on n'en parle pas assez ». Cependant, 20% des malades disent n'avoir aucun intérêt pour les campagnes.

Diriez-vous du Sida en général ?



Par rapport aux progrès de la recherche sur le sida, les sujets de notre échantillon semblent être beaucoup plus partagés. Ainsi, plus de la moitié d'entre eux disent se sentir mal ou plutôt mal informés.

Sentiment des patients vis-à-vis de la recherche



4. Opinions sur les campagnes de prévention

Les **prospectus** qui sont mis à la disposition des personnes séropositives sont la plupart du temps lus (toujours : 35%, parfois : 54%). Seuls 7% des individus déclarent ne jamais les lire. Pour un peu moins des deux tiers des sujet ces prospectus apparaissent parfois clairs et accessibles (10% ne les trouvent ni clairs ni accessibles).

Pour ce qui est du **support audiovisuel**, 8 individus sur 10 affirment avoir vu au moins un spot préventif à la télévision. La moitié des sujets pensent que ces types de messages sont

plutôt clairs et accessibles, et 23% pensent qu'ils le sont toujours (contre 11% qui pensent qu'ils ne le sont pas du tout).

Sur l'efficacité des campagnes préventives sur les comportements des gens en général, les individus rencontrés sont plutôt optimistes dans le sens où ils pensent à 70% qu'elles influencent les comportements. Deux tiers des sujets déclarent qu'elles influencent leurs propres comportements.

5. Abord de la prévention lors de la consultation

Pour la personne atteinte

80% des sujets déclarent avoir parlé des modes de transmission du VIH avec un médecin (50% juste après avoir appris leur contamination). Cependant, 15 % déclarent n'en n'avoir jamais parlé (5% ne se prononcent pas).

Par rapport aux risques de contamination, la moitié des sujets avoue avoir posé directement des questions à leur médecin et un peu moins d'un sur deux déclare n'avoir jamais posé de question à ce sujet.

L'avis du médecin

Généralement l'abord préventif se fait au cours de la consultation mais de façon fortuite et non systématique. En effet, le message deviendrait vite redondant et restrictif. Pour les sujets qui sont en couple depuis un certain temps et qui ont appris la séropositivité de l'un des deux partenaires bien après sa contamination, la démarche préventive est beaucoup plus délicate. La non infection du conjoint après avoir eu des rapports non protégés sert de justification à la poursuite de conduites à risques. Pour lutter contre ces pratiques, la méthode parfois utilisée est de responsabiliser les patients (permettre une prise de conscience sur le niveau de risque élevé, dire que le Sida est encore une maladie mortelle).

La prévention passe après les aspects thérapeutiques. Ainsi, parler de prévention à un sujet non observant peut parfois amener à une culpabilisation supplémentaire, ce qui peut être une cause de rupture du contrat thérapeutique. De même, avec les sujets parlant mal le français et ayant des difficultés de compréhension, le personnel soignant privilégie d'abord l'aspect curatif.

Les sujets sont généralement peu revendicatifs vis-à-vis de leurs conduites à risque (aucun sujet n'affirme avoir des comportements à risque dans le but volontaire de contaminer).

6. Comportements

Communication avec le(s) partenaire(s) sexuel(le)s

70% des sujets parlent des possibilités de contamination avec leur(s) partenaire(s) régulier(s) alors que ce taux est de 50% concernant le(s) partenaire(s) occasionnels(s). Les individus qui ne parlent jamais des risques sont assez peu nombreux (2 sujets).

Enfin, un quart des sujets déclarent qu'un médecin a pu voir leur partenaire pour leur parler des risques de contamination.

Comportement et intentions comportementales

40% des sujets de l'échantillon déclarent avoir eu des rapports non protégés après avoir connu leur contamination.

Il est à noter que la moitié des sujets mariés disent avoir eu des rapports non protégés.

Par rapport à la fréquence d'utilisation du préservatif, 60% des patients séropositifs déclarent utiliser toujours des préservatifs, contre 8% souvent, 8% parfois et 16% jamais (non réponse 8%). La moitié des sujets désirent un jour abandonner le préservatif, 30% déclarent que non et 20% ne se prononcent pas.

D. DISCUSSION

1. Limites méthodologiques

Il est vrai que le mode d'investigation par autoquestionnaire n'était pas nécessairement le plus adapté à certaines populations. Il a ainsi été sans doute la cause du refus de certains sujets (difficultés de lecture et de compréhension). Pour autant, ce type d'investigation, se faisant principalement sur les lieux de consultation et dans les salles d'attentes, a permis de garantir l'anonymat. De même on sait que les réponses aux autoquestionnaires sont fortement biaisées par les aspects de présentation du soi.

Le nombre de sujets interrogés incite à la prudence quant à la généralisation des conclusions. Par ailleurs, le questionnaire n'envisage pas l'exhaustivité sur les thèmes abordés.

2. Les comportements sexuels des personnes atteintes : l'évolution d'une interrogation nouvelle

La gestion des risques chez les personnes atteintes a été peu étudiée jusqu'en 1995. Au début des années 90, de rares travaux fournissent des informations parcellaires sur la sexualité des personnes atteintes par le VIH (Nilson-Schonnesson et Vincke, 1994 ; Green, 1995). En 1996,

les progrès thérapeutiques ont bouleversé les données sur l'espérance de vie des personnes atteintes.

Les dernières informations issues de la surveillance épidémiologique mettent en évidence une évolution du profil social des personnes touchées. Les individus récemment contaminés se caractérisent par un niveau d'éducation plus faible et des conditions de vie plus précaires. Cette population accède d'ailleurs plus difficilement aux messages de prévention et aux soins.

Dès la fin des années 1980, des résultats provenant de suivis de séropositifs (Étude européenne multicentrique sur « les risques de transmission dans les couples hétérosexuels sérodifférents », SEROCO, 1994) ou de cohortes qui recrutent dans des groupes à forte prévalence du VIH fournissent les premières informations sur les comportements sexuels à la suite de l'annonce de la contamination. Les compte-rendus de ces travaux font état de divers effets négatifs ; pour une part importante (43%), la vie sexuelle diminue fortement ou s'interrompt. Et parmi ceux qui maintiennent une activité sexuelle, la protection est importante mais pour une personne sur deux, l'utilisation systématique du préservatif est problématique.

Quand l'activité sexuelle est maintenue, selon les groupes et les périodes d'observation, la fréquence des risques observés est très variable mais, quelle que soit la population étudiée, les recherches sur le sujet attestent de comportements sexuels à risque parmi les séropositifs. Réputés bien informés, les séropositifs sont censés agir au mieux de leur intérêt personnel et de leur proches. L'adaptation au risque du VIH par ces hommes et ces femmes est alors considérée comme acquise. Seules l'incompétence et l'incapacité dues à l'ignorance sont retenues comme facteurs explicatifs d'un risque résiduel alors rejeté aux confins du groupe qualifié à l'époque d'exemplaire que sont les homosexuels masculins et sur des groupes encore plus marginalisés perçus comme irresponsables et suicidaires, tels les usagers de drogue, ou comme difficile à atteindre tels les migrants. Pourtant, des travaux existaient déjà à cette époque sur les conséquences de la connaissance de son infection au VIH sur les comportements individuels.

C'est donc au début des années 1990 qu'une communication s'élabore en direction des personnes atteintes. Mais le modèle de l'individu responsable de sa santé reste prégnant : le séropositif est incité à se protéger d'une sur contamination qui pourrait accélérer son entrée dans la maladie. Pour échapper au développement du sida, cet individu modèle mène une vie réglée peu stressante incluant suffisamment d'exercice et de repos et se soumet scrupuleusement aux traitements disponibles.

C'est seulement en 1995 lors d'un congrès à Cape Town (7^e conférence internationale des personnes vivant avec le VIH et le sida, Cape Town, Afrique du Sud, mars 1995) que les prises de risques liées à la sexualité des séropositifs vont être collectivement prises en compte au moment où certains brisent publiquement le silence et évoquent leur difficulté d'assumer seuls la responsabilité du geste de prévention. On voit alors l'émergence de nombreux témoignages de séropositifs sur difficultés d'une conduite sexuelle sans risque.

Les chercheurs se sont alors intéressés aux déterminants possibles liés à des comportements protégés ou non. On distingue généralement deux types d'approche : l'une individuelle et l'autre dite relationnelle.

3. L'approche individuelle des comportements de prévention

L'approche individuelle explique les comportements par les caractéristiques des individus (connaissances, attitudes, croyances, caractéristiques sociales, l'histoire personnelle).

4. les déterminants socio-démographiques du risque

Les déterminants socio-démographiques du risque chez les personnes atteintes ont été largement explorés. Cependant comparativement à des personnes non-contaminées ou non-testées l'analyse des facteurs associés au risque fait apparaître des résultats incertains voire contradictoires. Par exemple, l'âge n'apparaît pas comme discriminant sauf dans certaines études qui montrent une exposition plus importante au risque parmi les jeunes séropositifs. Pour les caractéristiques sociales à l'exception des personnes défavorisées caractérisées par un niveau d'études et des ressources faibles (Dowsett et al., 1992 ; Robin et al., 1997 ; Bochow, 1997), la position sociale n'est pas discriminante. Parmi les homosexuels, selon les études disponibles, la préférence et les pratiques sexuelles n'apparaissent pas non plus comme des facteurs explicatifs. En revanche plusieurs études ont fait état de liens observés entre l'augmentation des déclarations de prises de risque et un mode de vie qui tend à multiplier les rencontres (Robin et al., 1997 ; Schiltz, 1998) ; comme la fréquentation de certains lieux publics de drague (Darrow et al., 1998).

Il n'y a pas d'études à notre connaissance ayant cherché un lien entre comportements préventifs et l'observance thérapeutique. Pourtant ce dernier champ de recherche nous fournit diverses informations sur les déterminants motivationnels dans l'adhérence au traitement. On peut supposer, bien que cela reste à vérifier, que la dépression, l'anxiété doivent jouer un rôle important dans l'adoption de comportements préventifs comme elles le font pour le maintien de l'observance thérapeutique. De même, on peut supposer que l'isolement social ou l'absence de soutien peuvent être reliés négativement avec des comportements de précaution. Par ailleurs, quelques informations (Laurindo da Silva, 1999) laissent à penser que les situations de risque seraient plus fréquentes parmi les séropositifs asymptomatiques d'où les interrogations actuelles des effets des nouvelles thérapeutiques sur la prévention.

5. L'impact des nouvelles thérapies sur les comportements.

L'apparition des nouveaux traitements suscite des craintes parmi les acteurs de la prévention et les chercheurs. Cette relation entre nouveaux traitements et baisse des comportements de précaution est complexe. Des questions sur les croyances et les attitudes face au risque de transmission des personnes infectées indiquent qu'une vaste majorité de répondants a bien compris l'efficacité des traitements. Pour autant, la majorité des personnes interrogées n'en concluent pas que le sida puisse être guéri ou que grâce aux traitements, les personnes séropositives ne soient plus contaminantes (Adam et al., 1998). Seul un groupe restreint d'individus déclare prendre plus de risque. Mais on peut supposer que cette déclaration sert plus à justifier a posteriori leurs comportements à risque. D'autres études sur les comportements sexuels depuis l'arrivée de traitements anti-rétroviraux montrent que différentes attitudes coexistent. Une enquête récente a montré qu'une personne séropositive sur cinq considère que les traitements peuvent réduire la nécessité de la protection dans les rapports sexuels (Kravick S. et al, 1998). Au contraire, dans une autre étude, 98% des sujets sous trithérapie ayant une charge virale indétectable continuent à avoir des rapports protégés (Lavoie R. et al., 1998).

Il est ainsi prématuré de déduire un éventuel effet des nouveaux traitements sur la prise de risque. Aucun lien direct n'ayant pu être pour l'instant mis en évidence entre l'existence de ces traitements et les comportements sexuels à risque. L'existence de nouveaux traitements sert de justification a posteriori des comportements à risque passés. Ils pourront justifier également les comportements futurs.

Mais se centrer sur l'individu, c'est-à-dire sur ses attitudes, ses croyances, ses connaissances pour expliquer la prise de risque n'est pas suffisant. Pour preuve, les modèles psychologiques comportementaux se basant sur l'intégration de ces déterminants ont une faible prédictibilité. Ils n'arrivent pas nécessairement à discriminer le preneur de risque du non-preneur de risque sur la base de leurs caractéristiques individuelles. En fait le problème de cette approche est qu'elle oublie que l'individu est inséré dans des rapports sociaux et affectifs parfois complexes qui sont souvent la source de la réalisation de comportements.

6. Vers une approche plus écologique des déterminants des comportements de prévention

L'approche relationnelle et interactionniste

Dans cette approche, l'intérêt se porte sur la dimension relationnelle des comportements sexuels. On explique les comportements par les caractéristiques de la relation, sa structure ou les règles de l'échange. On envisage les relations comme l'ensemble des influences réciproques entre les partenaires. Ceci signifie que les comportements varient d'une situation à l'autre en fonction du partenaire par exemple. L'un des champs de recherche prometteurs car riche d'enseignements pour la prévention porte sur l'étude de comment les malades

décident d'informer les autres de leur état de santé, quels types d'information ils donnent. On obtiendrait des observations précieuses qui permettraient par la suite de distinguer quelles sont les stratégies les plus efficaces pour par exemple négocier le port du préservatif ou bien encore la meilleure façon d'annoncer sa séropositivité tout en évitant au maximum les risques de rejet et de stigmatisation.

Par ailleurs le lien affectif qui unit les partenaires sexuels apparaît comme un élément important dans la décision de se protéger ou non. Cette logique ne correspond pas à celle qui prévalait en matière de prévention jusqu'en 1990 : on conseillait alors de se comporter comme si, sans exception, tous les partenaires étaient séropositifs. Dans cette optique, le préservatif était un instrument incontournable de protection.

Dans les couples séroconcordants positifs, les gestes de la prévention sont fréquemment abandonnés et le répertoire sexuel est plus varié. Plus souvent que les autres, ces couples restent attachés à la pratique de la pénétration et nombre d'entre eux abandonnent l'usage du préservatif.

Grâce à cette approche il devient aussi possible d'aborder l'aspect relationnel entre médecins et malades et d'identifier ainsi les facteurs déterminants l'adoption de comportement préventifs. Les études dans ce domaine ne sont pas très nombreuses, en tout cas nous n'en avons pas à notre connaissance. Les principaux résultats obtenus relativement à l'observance thérapeutique montrent que quand le patient n'est pas satisfait des explications qu'il attend, quand il ne comprend pas les informations qu'on lui fournit et qu'il ne parvient pas à les mémoriser, son insatisfaction est appelée à faire barrière à l'exécution du traitement. Nous pouvons supposer qu'il doit en être de même pour la prévention, même si, bien-sûr, la relation médecin malade ne détermine pas à elle seule les comportements futurs de la personne atteintes.

Le geste préventif est donc déterminé par un ensemble de facteurs individuels et situationnels. L'approche intégrative de ces différents déterminants dans un schéma cohérent permettrait d'améliorer la prédictibilité des modèles comportementaux et par ailleurs d'agir directement sur les déterminants importants qui favorisent l'adoption des comportements préventifs. Dans cette optique, l'approche bibliographique est une voie d'étude permettant l'observation de l'ensemble de ces déterminants.

L'intérêt d'une approche biographique

En étudiant la réaction d'homosexuels à la suite de l'annonce de leur contamination, P. Keogh (1996) décrit un processus en deux mouvements. Dans un premier temps, l'effet de l'annonce de la séropositivité perturbe fortement la sexualité des hommes contaminés qui réagissent soit par un comportement d'abstinence ou au contraire par une augmentation du nombre de partenaires anonymes. À ces deux réactions extrêmes sont associés des problèmes d'ordre relationnel liés à la forte anxiété suscitée par la peur de révéler ce nouveau statut sérologique à leur(s) partenaire(s) sexuel(s) et au refus qui pourrait s'en suivre. Avec le temps les hommes réapprennent à négocier leur désir, à gérer l'annonce de leur

séropositivité, à anticiper sur les réactions de leur partenaire, à prévenir leur éventuel rejet et ainsi retrouver un équilibre sexuel. Dans leurs récits, de nombreux séropositifs font part de leur préférence pour une sexualité avec d'autres séropositifs et beaucoup d'entre eux choisissent une sexualité plus simple à vivre avec un partenaire également contaminé. Dans ce cas, les consignes de prévention en faveur d'une protection systématique afin d'éviter la réinfection ne sont pas entendus par tous. D'autres études [...] insistent sur le fait que cette maladie les confronte à la crainte de réaction de rejet et d'exclusion et aussi à la peur et à l'ampleur de leur responsabilité. Le moment de la sexualité est toujours celui qui vient rappeler la présence du virus (Pierret, 1999). L'analyse détaillée des récits de vie des personnes atteintes montre que l'adaptation à leur état de séropositivité et au risque n'est jamais acquise ; se présente une succession de compromis et de transactions dont la préoccupation principale n'est pas toujours le risque du VIH ; est plus incertaine dans les moments de rupture et de fragilité affective et sociale (la durée de contamination peut elle aussi avoir un effet).

Il est alors important de noter que peu de recherches portent sur l'activité sexuelle des usagers de drogues, la prévention s'étant principalement focalisée sur les problèmes d'accès aux seringues et les prises de risques liées à l'injection de produits. Cette carence est d'autant plus regrettable que dans cette population, plutôt jeune et instable, beaucoup de décisions semblent se jouer autour du lien affectif.

E. PROPOSITIONS

Pour une prévention moins stigmatisante, il est essentiel de rester très attentif à la dimension sociale de l'épidémie et à la nécessité d'une solidarité à l'égard des personnes atteintes. Il est donc essentiel que l'ensemble de la population et des institutions restent sensibilisées et informées au sujet de l'importance d'un accueil des personnes atteintes qui soit sans crainte et sans exclusion.

Pour cela des pistes de réflexion ont été relevées :

- Travailler sur le recueil et l'analyse rigoureuse des situations concrètes de discrimination et sur les situations où le patient séropositif se sent discriminé.
- Continuer la prévention en population générale pour maintenir un niveau suffisant de connaissance. Ceci pourrait permettre de légitimer et de valider les interventions dans les communautés plus spécifiques sans les stigmatiser.
- Impliquer les personnes atteintes par le VIH dans le processus de prévention.
- Axer la prévention sur des messages sous forme de conseil et de présentation de stratégies comportementales. Un discours insistant trop sur la responsabilité du malade entraîne des réactions défensives pouvant nuire à l'efficacité du message préventif.
- Plaider pour une vision plus positive de l'acte sexuel.
- Travailler avec le malade sur son projet de vie.

Références bibliographiques

- Adam P. et le groupe de travail sur l'enquête « presse » gay. In : Calvez M., Sciltz M.A., Souteyrand Y. *Les homosexuels face au sida : rationalité et gestion des risques*. Paris, ANRS, Collection science sociale et sida, 96 : 11-24.
- Nilsson-Schönnesson I, Vincke J. (1994). The taboo: Sexual risk behavior among people with HIV/AIDS. Introductory remarks. In friedrich D., Heckmann W. (Eds) *Aids in europe - the behavioral aspect Vol.2: Risk behavior and its derterminats*. Berlin, edition sigma : 169-170.
- Geen G. (1994). Positive Sex: the sexual relationships of a cohort of men and women following and HIV-diagnosis. In: Aggleton P., Davies P., Hart G. *AIDS:foundations for the future*. London, Taylor & Francis: 136-146.
- Dowsett GW, Davis MD, Connel R.W. (1992). Working class homosexuality and HIV/AIDS prevention. Some recent resaerch rom sydney, Australia, *Psychologie and Health*, 6 : 313-324.
- Bochow M. (1997). Prevalence of HIV among Gay men as a function of socio-economics status. *Oral presentation at the AIDS impact conference*, Melbourne, Australia.
- Schiltz M.A. (1998). Not all men, situations and actions are equal: Moving from 100% protection to a more realistic prevention practice. In: Wright M.T., Rosser B.R.S., de Zwart O. *New international direction in hiv prevention for gay and bisexual men*. NewYork, London, The Haworth Press Inc. : 19-35.
- Darrow, WW, Webster RD, Kurtz SP, Buckley (1998). Impact of HIV counseling and testing on HIV infected men who have sex with men: the south beach health survey. *AIDS and Beahvior*, 2, 115-126.
- Laurindo da Silva L. (1999). *Vivre avec le sida en phase avancée. Une étude de sociologie de la maladie*. Paris, L'harmattan.
- Keogh P. (1996) HIV prevention among gay men: strategies and community responses. *XI confernce on AIDS*, Vancouver, july 10 : Oral presentation for DAH Satelite.
- Pierret J. (1999) *Vie affective et sexuelle des personnes asymptomatiques à long terme*. Paris, ANRS, Collection sciences sociales.
- Schiltz M.A. (1999). *Séropositivité, sexualité et risques*. Paris, ANRS, Collection sciences sociales.

VI. PREVENTION AVEC LES PERSONNES UTILISANT DES DROGUES

Le dispositif de réduction des risques vis à vis du VIH, de l'hépatite C chez les usagers de drogues par voie intra-veineuse, mis en place en France, s'appuie sur des actions complémentaires : vente libre de seringues en officine dans un package adapté (STERIBOX 2[®]), programmes d'échanges de seringues avec distribution à l'unité ou de trousse (kit +[®] ou kap[®]), automates délivrant des trousse de prévention, lieux de contacts ou boutiques.

En Bourgogne, on retrouve les trois premières catégories d'actions, plus ou moins développées, et à l'initiative d'acteurs divers.

A. VENTE DE SERINGUES EN OFFICINE

D'après l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies), 2,6 millions de STERIBOX[®] ont été vendues sur l'ensemble du territoire métropolitain en 2000, dont un peu plus de 46 000 dans la région Bourgogne (2%).

En Bourgogne comme en France, la vente de seringues en officine a régulièrement augmenté jusqu'en 1999, puis a diminué en 2000, de manière plus marquée dans la région (-17%) que dans l'ensemble de la France (-9%).

Si on rapporte le nombre de boîtes (contenant chacune 2 seringues) vendues à la population susceptible de s'en procurer, le taux régional en 2000 s'élève à 11/100 personnes de 20-39 ans (contre 16 pour 100 en moyenne en France).

Dans chacun des départements bourguignons, les ventes ont progressé jusqu'en 1999 et diminué en 2000. Cependant, le taux de vente varie fortement selon les départements : le plus réduit est observé en Côte d'Or (6 pour 100 habitants de 20-39 ans en 2000), suivi par la Nièvre (9), celui de Saône-et-Loire est un peu supérieur à la moyenne régionale (12/100), tandis que le taux observé dans l'Yonne est le plus élevé (20 pour 100). La situation particulière de l'Yonne est observée depuis la mise en place du recueil par l'InVS.

B. PROGRAMMES D'ÉCHANGES DE SERINGUES

En 2001, l'OFDT a dénombré une centaine de programmes d'échanges de seringues (PES) sur le territoire français. Ils se sont développés à la fin des années 90 surtout.

Il s'agit de distribuer gratuitement aux usagers des kits de matériels stériles (2 seringues), sous réserve qu'ils rapportent les seringues usagées. Cet échange est assuré par l'intermédiaire de pharmaciens d'officines volontaires. La distribution du matériel d'injection peut alors être l'occasion d'une relation d'aide potentielle vis-à-vis des usagers de drogues (orientation vers les services spécialisés s'ils le demandent).

En Bourgogne, les programmes d'échanges de seringues sont gérés par une association de prévention de la toxicomanie (SEDAP en Côte d'Or), par les comités locaux d'Aides (Nièvre, Saône-et-Loire, Yonne) ou par un médecin missionné par la DDASS (Yonne).

Il est difficile de disposer de données chiffrées homogènes permettant de mesurer l'importance et l'évolution des échanges de seringues, et donc l'impact de ce programme pour l'ensemble de la région.

En **Côte d'Or**, un rapport détaillé est réalisé chaque année par la SEDAP gestionnaire du programme. On y apprend ainsi que plus de 57 000 seringues ont été distribuées en 2001, volume en forte progression par rapport à 2000 (+25%). Pour les gestionnaires du programme cette hausse peut s'expliquer par des changements dans la population des usagers, mais aussi par la diffusion de l'information au sein de cette population, l'attitude plus ouverte des pharmaciens (qui entraîne une augmentation de la demande), ou encore la couverture d'une zone plus large d'usagers (pour la ville de Beaune) ... « *Il faut du temps pour qu'un tel système s'installe* », et selon G. CAGNI, directeur de la SEDAP, *il faut un recul de 6 à 7 ans pour rendre compte de l'évolution de l'impact du programme*.

Dans les trois autres départements, l'importance et l'évolution des volumes distribués ont été plus difficiles à apprécier.

Dans la **Nièvre**, Aides Bourgogne n'a indiqué que le nombre de seringues distribuées pour l'année 2000 (5 354 seringues très précisément), sachant que l'association locale a réouvert ses portes en juillet de cette année-là. Par ailleurs, l'Inspection de la santé de la DDASS de la Nièvre a indiqué avoir commandé 500 kits par mois en 2001 (soit 12 000 seringues pour l'année). A la demande d'Aides Nevers, ce nombre pourrait augmenter (à 600 par mois) dans le courant de 2002.

En **Saône-et-Loire**, AIDES a pour sa part distribué près de 30 000 seringues en 2000, 27 000 en 2001.

Dans l'**Yonne**, la variation et les niveaux très bas des volumes indiqués par Aides Bourgogne peuvent surprendre (compte tenu de l'importance relative des ventes de STERIBOX, cf. supra) : 2 200 en 1999, 852 en 2000, 1600 en 2001.

C. AUTOMATES

Les auteurs du rapport 2002 de l'OFDT ont présenté une carte des automates en France métropolitaine, indiquant qu' « *entre 1 et 6 automates* » étaient installés en Saône-et-Loire et dans l'Yonne.

En fait, **un seul automate** fonctionne, en **Saône-et-Loire**, dans la ville de Mâcon. Pour se servir de l'automate installé par la mairie à Mâcon, les usagers vont chercher des jetons dans les pharmacies habilitées, faisant partie du programme d'échanges de seringues ; il leur est ainsi accessible le soir et la nuit, le week-end et les jours fériés. Ce système est jugé "assez bon" et suffisant par le médecin inspecteur de la santé interrogé à ce sujet. Un des fournisseurs interrogés a indiqué que 5 280 kits avaient été vendus pour l'automate de Mâcon en 2001.

Dans l'Yonne, à l'heure actuelle, deux automates pour les villes d'Auxerre et de Sens ont été achetés, mais ne sont pas encore en fonctionnement.

En Côte d'Or, les promoteurs du PES estiment que l'installation d'automates risque d'empêcher la prévention et l'orientation que peuvent apporter les pharmaciens impliqués dans les programmes d'échanges de seringues, et de ce fait l'ont dès le départ refusée.

Si on rassemble et confronte les données fournies par les divers interlocuteurs sollicités (SEDAP, Aides Bourgogne, services d'Inspection de la santé, fournisseurs de kits) on estime à 103 000 le nombre de seringues distribuées gratuitement dans les pharmacies et l'automate en 2001, dont 57 300 seringues en Côte d'Or, 12 000 dans la Nièvre, 32 000 en Saône-et-Loire et 1 600 dans l'Yonne.

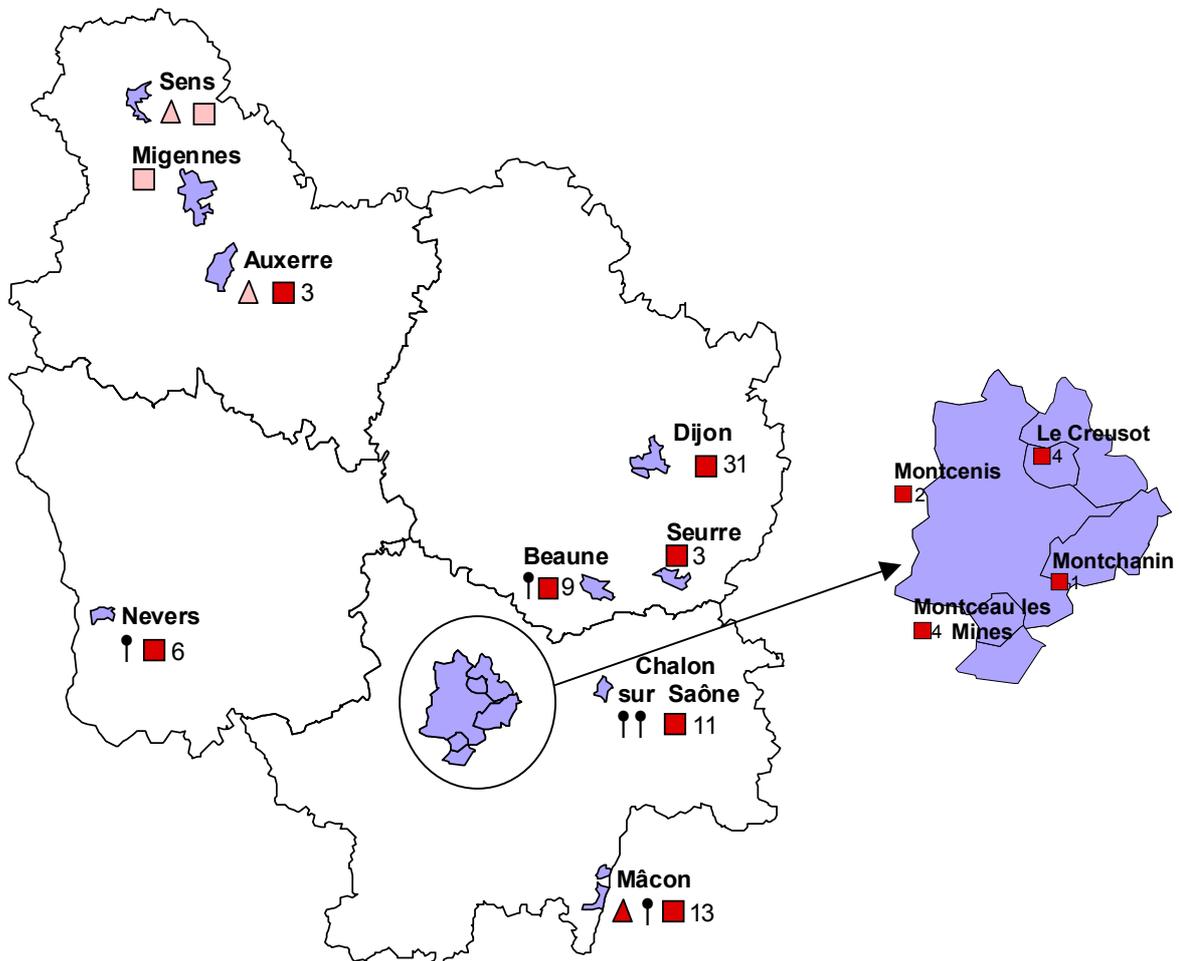
Selon Julien Emmanuelli, InVS, dans l'ensemble de la France « à partir de l'année 2000, on constate une baisse très importante (-25%) des ventes officinales de seringues stériles aux UDIV (utilisateurs de drogues par voie intraveineuse) sans que cette baisse ne soit compensée par la distribution de seringues dans les programmes d'échanges de seringues ». Les éléments dont nous disposons ne permettent pas de confirmer ou d'infirmier cette observation pour la Bourgogne, où on a constaté, quand les données sont disponibles et homogènes (Côte d'Or et Saône-et-Loire), une forte progression des seringues distribuées gratuitement en 2000 et en 2001.

Les partenaires locaux de PES (promoteurs ou gestionnaires) ont une appréciation plutôt positive de l'impact et l'évolution des programmes d'échanges de seringues, en Côte d'Or et en Saône-et-Loire surtout.

Cependant les lieux de distributions gratuites de seringues sont concentrés sur quelques grandes villes de la région. En Côte d'Or, ils se trouvent dans l'agglomération de Dijon, à Beaune, et, depuis peu, à Seurre. En Saône-et-Loire, on en trouve à Chalon-sur-Saône, Mâcon et dans la communauté urbaine du Creusot-Montceau-les-Mines. Dans la Nièvre, seule l'agglomération de Nevers est desservie (6 officines). Enfin, dans l'Yonne, les programmes fonctionnent sur les villes d'Auxerre (avec quelques difficultés) et Migennes semble-t-il (sans qu'il soit possible d'apprécier les modalités effectives de son fonctionnement). Dans la ville de Sens, le programme tarde à débiter effectivement faute de pharmaciens prêts à l'engager dans les faits.

L'existence de zones « blanches », rurales, est observée pour d'autres types de questions, elle n'en pose pas moins un problème d'accès équitable à la prévention des risques d'infections. En effet, 40% des Bourguignons vivent dans une zone à dominante rurale, hors de l'aire d'attraction des grandes villes où les programmes ont été mis en place. « *La Bourgogne se distingue de la moyenne nationale par un peuplement important dans des zones peu équipées* » (INSEE), en pharmacies en particulier. La moitié des 71 unités urbaines bourguignonnes ont moins de 5 000 habitants ; or pour développer un programme d'échanges de seringues sur une ville, il faut pouvoir disposer de plusieurs lieux possibles pour divers motifs (déontologie, éviter la fixation et l'exclusion des usagers).

Implantation des lieux d'échanges de seringues (pharmacies et automates) en Bourgogne en avril 2002



▲	Automate en fonctionnement
△	Automate en projet
■	Ville ou Agglomération avec pharmacies participant au PES
□	Ville ou Agglomération avec PES en projet ou fonctionnant de manière non coordonnée
†	Existence d'autres lieux de distribution de seringues (ex : Urgences)
"3"	Nombre de pharmacies participant au PES dans la ville ou l'agglomération

D. CONCLUSIONS

Il ressort de l'interrogation des divers acteurs de la région que les mesures mises en place pour la réduction des risques en Bourgogne ne sont pas complètement opérationnelles et que leur impact ne peut être pleinement apprécié aujourd'hui. Il s'en suit que plusieurs types d'actions peuvent encore être développées :

- Renforcer l'information avec et auprès des pharmaciens pour étendre les réseaux participants aux programmes d'échanges de seringues, dans les petites villes en particulier,
- Informer les professionnels de santé de l'existence du programme pour qu'ils relayent à leur tour l'information auprès de la population,
- Recueillir de manière standardisée les indicateurs élémentaires sur la distribution des seringues par l'intermédiaire des programmes d'échanges et automates, notamment pour les analyser conjointement avec ceux des ventes de seringues en officines.

Sources et références bibliographiques

- « Programme d'échange de seringues en officine, département de Côte d'Or - bilan 1999, « Programme d'échange de seringues en officine, département de Côte d'Or - bilan 2000, « Programme d'échange de seringues en officine, département de Côte d'Or - bilan 2001 », SEDAP, 2001.
- Rapport d'activité d'Aides Bourgogne 1999, 2000, 2001.
- OFDT - Indicateurs et tendances 2002, OFDT, 2002.
- <http://Score-sante.atrium.rss.fr>
- *Loin des grands pôles urbains, 112 communes offrent services et équipements*. Dimensions Bourgogne, n°65, 1999, Insee Bourgogne.
- Tableaux économiques de Bourgogne- édition 2000, Insee Bourgogne, 2001

VII. RECOURS AU TRAITEMENT APRES EXPOSITION ET ORGANISATION HOSPITALIERE

A. LES CONSTATATIONS DU GROUPE DE PILOTAGE

Les accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques (AES) restent un problème important, y compris pour les personnels de santé et à l'intérieur de l'hôpital.

Globalement, **très peu de traitements prophylactiques** sont réalisés. On peut s'étonner de ce très faible recours au traitement post-exposition par voie sexuelle.

Les traitements post-exposition, quand ils sont débutés sont souvent **mal suivis** (l'anxiété diminuant au bout de quelques jours, les effets secondaires étant importants et souvent majorés dans ce contexte). On ne connaît que 30-40% des suivis à 3 mois. Il est également difficile de chiffrer les AES.

On déplore la fréquence des demandes de recours au traitement **tardives** (au delà de 24 heures).

Les médecins généralistes sont relativement **mal informés** sur les nouvelles modalités de prévention.

Selon le Pr Chavanet spécifiquement interrogé sur ce sujet, il existe une forte **sous-déclaration des accidents de travail**, et un **recours trop fréquent** aux traitements post-exposition pour des **risques faibles**.

Pour expliquer la méconnaissance du dispositif par les professionnels, il souligne la **multiplicité de protocoles** à connaître pour les soignants.

Selon le registre des AES mis en place dans le service de maladies infectieuses au **CHU**, depuis le début de la mise en place du dispositif, **356** accidents d'exposition au sang ont été répertoriés et **129** personnes ont été traitées.

À Dijon, la situation du **CAVASEM** (Centre d'accueil pour les victimes d'abus sexuels et l'enfance maltraitée) a bien amélioré la prise en charge pour des situations peu fréquentes mais très difficiles.

B. ENQUETE DANS LES SERVICES D'URGENCE BOURGUIGNONS

Le taux de réponse à l'enquête nationale est de 28% (160 établissements sur 570 interrogés). En Bourgogne, 8 établissements sur 18 concernés avaient répondu. Les 10 autres ont été relancés par téléphone par l'ORS. Au total, 16 établissements ont répondu à l'enquête et l'information manque pour les centres hospitaliers de Chalon et Paray.

Remarque : Les centres hospitaliers de Clamecy et Cosne-Cours sur Loire ne faisaient pas partie de l'échantillon national interrogé.

Accueil des AES

Un recensement des AES est organisé dans presque tous les établissements bourguignons interrogés (sauf 2).

Les données chiffrées ne sont par contre pas facilement accessibles par le biais des services d'urgence.

On relève très peu d'expositions par voie sexuelle.

Très peu de traitements prophylactiques sont engagés (*cette question n'était pas posée dans le questionnaire national*).

Le délai entre l'exposition professionnelle et la consultation aux urgences est en général très faible, et la déclaration d'accident du travail se fait le plus souvent aux urgences.

Évaluation de risque et prescription

Une procédure écrite est disponible dans tous les services d'urgence de la région, que ce soit la circulaire de 1998 ou un texte adapté localement.

Il existe dans la majorité des cas une possibilité de réaliser des tests VIH rapidement (12 oui, 2 non, 2 ne sait pas, 2 non réponses). Cependant ce dispositif est souvent méconnu quand c'est un cadre infirmier qui est interrogé (3 cas).

Les kits sont en général disponibles dans le service des urgences, une fois dans un service de médecine et une fois à la pharmacie hospitalière.

Suivi et difficultés

Dans la majorité des cas, le suivi est assuré par le médecin du travail en cas d'exposition professionnelle et par les médecins référents VIH pour les autres expositions, s'il en existe dans l'établissement.

Parmi les difficultés évoquées, celle qui est citée le plus souvent (7 fois) concerne la méconnaissance du statut sérologique de la personne source. Trois services ont signalé des lacunes dans la formation du personnel des urgences. Deux ont mentionné des difficultés de collaboration avec la médecine du travail ou le laboratoire.

Dans les autres remarques, l'existence de traitements abusifs, la difficulté possible de consulter pour exposition par voie sexuelle dans une petite ville, l'isolement du personnel de nuit sont cités.

Accueil des AES

personne interrogée	médecin référent dans l'établissement	Recensement des AES	Nombre en 2001 - expo professionnelles - expo sexuelles - autres	Accueil aux heures ouvrables	Délai moyen entre expo AES prof et arrivée aux urgences	Déclaration d'AT	
Côte d'Or							
CH de Beaune	Cadre infirmier	Dr Kaker (urgences)	oui par le médecin du travail	par les urgences			
CH de Semur	Cadre infirmier	non	?	jamais d'expo sexuelles	aucun, dans l'heure	aux urgences	
CH Montbard	<i>même procédure que Châtillon</i>		oui	9 expositions depuis le début du dispositif			
CH Châtillon	Chef de service adjoint, Dr Jean-Yves Charles		médecin urgences	8 prof, 0 autres ; 0 traitement	urgences	2 des 8 sont arrivés tardivement (dont 1 > 24 H)	aux urgences
CHU Dijon	Dr Honnart	maladies infectieuses	oui	Consultation spécialisée CISIH et service des urgences	nsp	aux urgences	
Nièvre							
CH Nevers	Cadre infirmier	Dr Lebas de Lacour Dr Cluzel	oui par le médecin du travail (Mme Sproni)	presque jamais d'expo sexuelle (peut-être 4-5/an selon Dr Lebas de Lacour)	urgences	immédiat pour les prof	aux urgences
CH Decize	Dr Guenot		oui	16 prof, 6 sexuelles (dont 6 viols) ; mais 0 traitements à ce jour	urgences	< 1 h pour prof, nsp pour les non-prof	aux urgences
Saône-et-Loire							
CH Chalon							
CH Mâcon	Dr Mangola		oui	86 prof, 4 sexuelles dont 2 viols	urgences	bref pour expo prof	aux urgences
CH Autun	Chef de service		oui, urgences		urgences	6 heures pour expo prof	médecin des urgences et médecin du travail
CH Le Creusot	Dr Ziadé		non		urgences	30 mn pour expo prof ou non	médecin du travail
CH Montceau	Dr Guillemin		non		CDAG - urgences	24 h pour non-prof, 1 h pour prof	aux urgences
CH Paray							
Yonne							
CH Auxerre	Dr Duché	Dr Noël	oui	expo sexuelles pas plus d'une par mois, expo prof ?	urgences si extérieur ou hors des heures ouvrables, si prof : méd du travail	immédiat	médecin du travail
CH Sens	Dr Coquenpot	Dr Sanlaville et Gonzales	oui	50-100 par an prof ?? - 4 à 5 ttt distribués depuis le début, 0 expo sexuelle	CDAG - urgences	a beaucoup diminué, très faible pour les prof	aux urgences
CH Avallon	Cadre infirmier	Dr Ramon	oui	recensés par méd du travail (Auxerre), peut-être jamais d'expo sexuelle	urgences		aux urgences
CH Joigny	Dr Frigui		oui, uniquement prof	13 prof, 0 expo sexuelle	urgences ou coordinateur si présent	4 heures pour expo sex, 30' pour prof	aux urgences
CH Tonnerre	Dr Naisseh		oui	2 expo prof, 0 autre	urgences	1 heure	aux urgences

Évaluation du risque et prescription

	Procédure écrite disponible aux urgences ?	circulaire de 1998 ou procédure écrite	grille simple pour évaluer le risque	possibilité de réaliser des tests rapides au vih ?	Bilan chez la personne exposée fait aux urgences ?	Kits disponibles ?
Côte d'Or						
CH de Beaune	oui		oui	?	oui	dans le bureau du médecin des urgences, 2 Kits changés régulièrement par la pharmacie
CH de Semur	oui	adaptée par Dr Delarue		oui, bandelettes (cf labo, le cadre ne sait pas)	oui	aux urgences
CH Montbard				oui		
CH Châtillon	oui		non	oui test savonnette (30')	oui	kit pharmacie des urgences
CHU Dijon	oui	écrite en commun : urgences - mal. Inf	oui, dans la procédure	oui	oui	kit pharmacie des urgences
Nièvre						
CH Nevers	oui, affichée + cahier	commun Clin, hémovigilance, méd. Travail, urg.	oui	oui, bandelettes et test "mini" Mérieux selon le labo mais le cadre ne sait pas	oui	kits en méd. 2
CH Decize	oui	circulaire de 1998	non	non, tests réalisés 3 fois/sem par le labo	?	kits pharmacie des urgences
Saône-et-Loire						
CH Chalon						
CH Mâcon	oui	circulaire de 1998 et procédure rédigée par les urgences	oui	oui	oui	kits pharmacie des urgences
CH Autun	oui	écrite par les urgences	oui	oui	oui	kits pharmacie des urgences
CH Le Creusot	oui	circulaire de 1998	non	oui	oui	kits pharmacie des urgences
CH Montceau	oui	circulaire de 1998	oui	oui	oui	kits pharmacie des urgences
CH Paray						
Yonne						
CH Auxerre	oui	texte circulaire adapté	oui	oui	oui	kits pharmacie des urgences
CH Sens	oui	circulaire de 1998		oui	oui	kit à la pharmacie de l'hôpital - c'est eux qui se déplacent H24 (pour péremption, économies et surveillance...)
CH Avallon	oui	circulaire de 1998		?	oui	kits pharmacie des urgences
CH Joigny	oui	circulaire de 1998	non	non	non	kits pharmacie des urgences
CH Tonnerre	oui	procédure urgences	non	oui	oui	kits pharmacie des urgences

Suivi - Difficultés

Qui assure le suivi des AES ?		difficultés rencontrées (pour l'évaluation du risque, pour le suivi...)
Côte d'Or		
CH de Beaune	médecin du travail	. difficultés pour le personnel de nuit, isolé, il pourrait avoir accès à une permanence téléphonique, . petite ville, les gens ont peut-être peur de venir en cas de rapport sexuel non protégé . Angoisse ++ chez le personnel quand on ne sait pas si la personne source est contaminée
CH de Semur	médecin du travail	aucune
CH Montbard		participe à l'enquête nationale permanente de l'InVS
CH Châtillon	médecin du travail	pas de difficulté particulière
CHU Dijon	. Cs CISIH pour non-prof . Médecin du travail pour les prof.	difficultés pour retrouver les sujets sources en cas d'exposition par voie sexuelle
Nièvre		
CH Nevers	médecin du travail	le personnel des urgences ne connaît pas bien la démarche
CH Decize	réfèrent vih et médecin du travail	. assez subjectif car pas de grille d'évaluation de risque . Manque de formation des urgentistes
Saône-et-Loire		
CH Chalon		
CH Mâcon	réfèrent vih pour non prof et méd. du travail pour prof	absence de connaissance du patient source
CH Autun	urgences et méd. Travail	difficultés d'obtenir des renseignements sur les circonstances des accidents
CH Le Creusot	urgences pour non prof et méd du travail pour prof	il faut consacrer beaucoup de temps pour l'évaluation de risques
CH Montceau	réfèrent vih pour non prof et méd. du travail + urgences pour prof	difficultés autour du patient source - collaboration entre les services et la médecine du travail pas toujours rapide
CH Paray		
Yonne		
CH Auxerre	réfèrent vih pour non prof et méd. Travail pour prof	.pour les expositions sexuelles, ce sont les mêmes personnes qui reviennent. . Couverture de plus en plus large par les traitements, parfois même quand rapport sexuel incertain si la personne le demande, jusqu'où doit-on aller ?
CH Sens		Beaucoup de travail effectué pour atteindre le délai de 4 heures
CH Avallon	réfèrent vih	Consentement impossible pour patients dans le coma, difficulté de consentement avec les détenus
CH Joigny	réfèrent vih pour non prof et méd. Travail pour prof	Statut de la personne source Manque d'information et de coordination entre labo-urgences-méd du travail
CH Tonnerre	urgences et CISIH pour expo non prof, urgences et méd travail pour prof	Pas de médecin réfèrent à l'hôpital

C. ENQUETE AUPRES D'INFIRMIERES LIBERALES DANS L'YONNE

Cette enquête a été réalisée par Philippe PATOUX, responsable du réseau ville/hôpital à Auxerre. Les résultats complets figurent en annexe.

60 questionnaires ont été adressés aux infirmières libérales du canton de l'Auxerrois et 13 personnes ont répondu (taux de réponse : 21,6%).

Parmi les résultats, on note une connaissance faible du CDAG, malgré des efforts d'information (réunions, centre hospitalier, plaquettes, presse locale...).

Des connaissances existent en matière d'AES, mais une mise à jour s'impose.

Il est nécessaire d'améliorer la connaissance réciproque des acteurs hospitaliers et libéraux afin de :

- partager une culture commune pour une meilleure approche du soin,
- d'échanger des informations,
- de réajuster des connaissances,
- et de participer mieux encore à la cohérence et à la qualité des soins.

D. PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS

Dans plusieurs établissements, on a constaté des lacunes dans la connaissance des pratiques (exemple de la méconnaissance de la possibilité de test rapides par des cadres infirmiers et des besoins de formation exprimé). Pour améliorer la prévention dans ce domaine, la solution envisagée est la répétition régulière de l'information, d'abord à destination des professionnels de santé.

Une circulaire en préparation a pour objectif de hiérarchiser, simplifier et préciser les procédures. Des diagnostics d'urgence devraient se mettre en place (les laboratoires devant s'engager sur des résultats non définitifs mais par contre propres à éviter les prescriptions abusives).

Parmi les 6 914 expositions au contact d'une source de statut VIH positif ou inconnu, l'évaluation nationale réalisée par l'InVS montre que :

- 42,9% font suite à une exposition sexuelle,
- 42,4% sont consécutives à une exposition professionnelle,
- 0,4% sont liées à un partage de matériel d'injection chez des usagers de drogue,
- 14,3% ont d'autres origines (bagarre, seringue abandonnée...).

Par rapport à ce résultat, on constate en Bourgogne la faiblesse des expositions par voie sexuelle. On peut penser que l'information n'a pas été reçue, en population générale comme auprès des publics plus à risque, ou même des professionnels de santé.

Cette méconnaissance du dispositif d'urgence a été notamment soulignée par une enquête spécifique de l'InVS pour les usagers de drogue par voie intraveineuse qui fréquentent peu le dispositif de prise en charge.

Références bibliographiques

- Lot F, Larsen C, Basselier B, Laporte A. Prophylaxie post-exposition : profil des consultants et pratiques de prescription. 1^{er} juillet 1999-30 juin 2001. In : Sida, Vih et MST. État des lieux des données en 2001.
- Circulaire n°98/228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.
- Circulaire n°98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé.

VIII. PREVENTION AVEC LES PERSONNES ETRANGERES

A. MISSIONS DES FOYERS ACCUEILLANT DES POPULATIONS MIGRANTES

1. *Les foyers Sonacotra*

Les foyers SONACOTRA ont pour mission de loger les personnes en difficulté.

Créée en 1956 par Eugène Claudius-Petit pour loger les travailleurs migrants venus seuls en France, en 1993 la Sonacotra a élargi sa mission à tous ceux et celles qui, salariés ou sans emploi, ne trouvent pas leur place dans le logement social traditionnel.

Ainsi, aujourd'hui, la Sonacotra accueille des hommes et des femmes, des personnes seules et des familles, des jeunes couples, des jeunes en formation professionnelle, de nationalité française ou étrangère, qui traversent des difficultés. L'élargissement de sa mission, correspond à une évolution importante de la clientèle de la Sonacotra depuis ces dernières années. Il correspond également à l'évolution économique et sociale de la société française. Enfin, cet élargissement est aussi le signe d'une volonté politique de solidarité nationale : résoudre le problème de logement des personnes qui travaillent et ont de faibles ressources, ou de celles qui sont confrontées à des situations économiques et sociales difficiles à résoudre (chômage longue durée, ruptures familiales, etc.).

En décembre 1994, les pouvoirs publics ont créé les résidences sociales. Ce nouveau cadre juridique qui regroupe sous une même catégorie les foyers de travailleurs migrants (FTM) et les foyers de jeunes travailleurs (FJT), confirme une évolution de fait. Ouvertes aux personnes défavorisées, les résidences sociales doivent contribuer à offrir un logement décent et indépendant, et favoriser, autant que les résidents eux-mêmes le souhaitent, leur relogement dans le parc social traditionnel. Ce décret formalise également les relations de l'ensemble des partenaires qui œuvrent en faveur de l'insertion sociale et économique : le bailleur, les collectivités locales, les représentants de l'État, les associations.

Enfin parmi ses missions, la Sonacotra est également sollicitée par le Gouvernement pour l'accueil humanitaire d'urgence.

2. *Les CADA et les CPH*

En 1991, suite à la suppression du droit au travail pour les demandeurs d'asile, une circulaire en date du 19 décembre a réorganisé le dispositif national d'accueil en distinguant deux types de centres : d'une part, les Centres Provisoires d'Hébergement (CPH) qui jusqu'alors hébergeaient sans distinction demandeurs d'asile et réfugiés, n'hébergent plus que les réfugiés statutaires et, d'autre part, les Centres d'Accueil pour les Demandeurs d'Asile (CADA) qui hébergent les demandeurs d'asile conventionnel en cours de procédure.

Les CADA et les CPH sont juridiquement des Centres d'Hébergement et de Réadaptation sociale (CHRS). Ils ont vocation à accueillir les personnes sans ressources suffisantes et sans logement (article 185 et 186 du code de la famille et de l'aide sociale et décret du 2 septembre 1954). Leur création ou transformation doit être autorisée par le préfet.

Le CADA a pour mission l'accompagnement des demandeurs d'asile tout au long de la procédure d'asile conventionnel. Outre l'accueil des personnes et l'hébergement en centre, cet accompagnement se traduit par un suivi et une prise en charge administrative, sanitaire et sociale ainsi que des propositions d'animation encadrées par un projet annuel.

Une circulaire en date du 8 juillet 1999 a modifié les critères d'admission dans le dispositif national d'accueil validant le principe d'admission locale (missions des CHRS "classiques") à hauteur de 25% et a rappelé les mécanismes de ce dispositif.

Le CPH est une catégorie de Centre d'hébergement de Réadaptation Sociale (CHRS) destinée à accueillir les personnes et familles ayant obtenu le statut de réfugié conventionnel (octroyé par l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) ou la Commission des Recours des Réfugiés (CRR)).

Au 28 février 2001, le dispositif national comprenait 5 202 prises en charge CADA, réparties dans 82 centres, 1 028 places CPH réparties dans les 28 centres et deux centres de Transit (de 80 et 46 places).

B. POPULATIONS ACCUEILLIES ET CONTRAINTES CULTURELLES.

Les 24 foyers accueillant des populations migrantes (essentiellement des foyers Sonacotra, des CADA et des CPH) de Bourgogne (cf. annexe 10) ont été sollicités par questionnaire ou par entretien en vis à vis (cf. annexe 11). Au total, 10 structures ont répondu, soit 42% de taux de réponse.

Les foyers qui ont répondu couvrent l'ensemble des structures pouvant accueillir des populations migrantes : 3 foyers SONACOTRA, 2 CADA, 2 structures mixtes (Sonacotra et CADA), un foyer international pour étudiant, une résidence sociale et un CPH.

Les populations accueillies sont très hétérogènes selon les foyers...

Dans les foyers où nous nous sommes rendus, les responsables ont tenté de regrouper les populations afin d'avoir des populations homogènes par foyer.

Par exemple, les trois foyers Sonacotra de Dijon ont pour population : pour le foyer "Maladière" des familles, des personnes isolées hommes et femmes, la population étant vieillissante (plus de 70 ans), pour le foyer "les Verriers" des hommes isolés (55-65 ans), les durées de séjours étant longues et pour le foyer de "la Fontaine d'ouche", la population est

plus hétérogène présentant des problèmes psychologiques et de santé physique importants, la population est plus jeune (moyenne d'âge 40-45 ans), présentant beaucoup de nouvelles problématiques très lourdes. En outre, les foyers Sonacotra accueillent également des populations françaises en difficultés sociales, de ce fait, ils se rapprochent des missions des CHRS.

Les CADA accueillent des populations beaucoup plus hétérogènes encore : le CADA des Verriers accueille des personnes originaires du Kosovo, du Sri Lanka, des pays de l'Est et d'Afrique, le CADA "Blanqui" accueille des demandeurs d'asiles d'Afrique et de l'Europe de l'Est (Russie, Afghanistan, Kosovo...). Auparavant, le public était essentiellement composé d'hommes seuls. Actuellement, des familles sont également accueillies.

L'enquête menée par voie postale nous donne d'autres indications sur les populations accueillies.

- Une majorité de personnes originaires de pays d'Afrique et de l'Europe de l'Est sont prises en charge dans les CADA, CPH et les foyers Sonacotra. Ces structures accueillent aussi bien des célibataires que des familles et une proportion égale d'hommes et de femmes (49,8% d'hommes vs 50,2% de femmes). La répartition par âge est la suivante : La moitié de la population est mineure (47,5%). Les adultes de plus de 25 ans représentent environ 40% de la population. Les plus de 60 ans ne représentent que 1,6% des personnes prises en charge. Nous devons relativiser les résultats en ce qui concerne la répartition par classe d'âge. En effet, les foyers Sonacotra accueillent essentiellement des population âgées. Le manque de réponses ne permet pas d'avoir une bonne vision de la répartition par âge.
- Des jeunes originaires d'Asie, d'Amérique et d'Afrique sont majoritairement accueillis dans le foyer pour étudiants. Celui-ci ne prend en charge que des jeunes célibataires entre 18 et 24 ans dont 46,3% d'hommes.
- La résidence sociale accueille des hommes célibataires originaires du Maghreb dont 58% entre 25 et 59 ans, 35,4% de 60 ans et plus, 6,6% seulement entre 18 et 25 ans.

... Le Sida étant un seul des nombreux problèmes sociaux et sanitaires auxquels ces populations sont confrontées

Pour la plupart des structures, la souffrance psychique (isolement, dépression et autres problèmes psychiatriques), l'alcool, les problèmes d'hygiène et de contraception sont plus prioritaires en terme de problèmes de santé publique.

Dans les foyers Sonacotra de Dijon, c'est dans la population française que l'on rencontre des problèmes d'alcoolisme, des problèmes psychiatriques lourds et des problèmes sociaux. La clientèle est difficile en ce qui concerne l'acceptabilité par rapport à l'accès au système de soins. On est en présence d'un taux de mortalité très important du fait de l'alcoolisme et du vieillissement des populations accueillies.

Par exemple, dans la résidence "les Verriers", le problème majeur est l'alcoolisme. Pour la prévention, un travail sur le déni est engagé par la travailleuse sociale qui assure les permanences, puis le relais est passé aux structures de prise en charge. Une formation a été

demandée par le personnel sur le thème de l'alcoolologie. Le CDPAT doit l'assurer prochainement (une écoute est organisée avec des permanences par cette association dans le foyer). Quand les problèmes liés à l'alcool provoquent des troubles du comportement, les gens sont exclus et orientés vers les CHRS, comme le foyer de la Manutention par exemple. Actuellement, il n'y a plus de problèmes de comportements agressifs, mais il y a beaucoup de consommateurs excessifs, avec un effet d'entraînement.

Parmi les structures interrogées, la question du VIH n'est considérée comme le problème de santé prioritaire que pour le public accueilli dans les foyers pour étudiant.

Par exemple, la Villa Samuel Beckett accueille des étudiants étrangers "*qui ne sont pas plus informés que les autres*" selon un travailleur social qui travaille dans ce foyer. Durant les années précédentes, deux cas de décès liés au Sida ont été constatés et par ailleurs 3 cas de séropositivités.

Dans les autres foyers, les facteurs de risques sont selon les travailleurs sociaux l'accès à la prostitution et les rapports homosexuels non protégés. Pour les populations vieillissantes, comme par exemple au Foyer "les Verriers", les gens en majorité ne se protègent pas, le sujet est encore tabou. Pour les populations plus jeunes, les comportements à risque semblent être plus liés au manque de connaissance, aux blocages culturels, mais aussi aux difficultés d'ordre psychosocial.

Il faut également soulever le fait que pour les populations accueillies en CADA et en CPH, les préoccupations administratives (régularisation, attente d'un titre de séjour permanent...) font que le problème de Sida ne leur semble pas primordial.

C. ACTIONS DE PREVENTION 1998 - 2001

Seule la moitié des structures interrogées a mis en place des actions de prévention concernant le VIH depuis 1998. Les structures qui ne l'ont pas fait évoquent un manque de temps en interne et de formation du personnel associé à un manque de proposition d'intervenants extérieurs. Pour une structure, il semblerait que des actions de prévention ne fassent pas partie des demandes des personnes accueillies, mais que néanmoins des informations individuelles pourraient être données au cas par cas.

Les moyens employés pour la prévention dans les autres structures sont surtout des actions d'information et de sensibilisation en groupe et des actions d'aide et d'entretiens individuels. Ces actions se déroulent le plus souvent à l'intérieur des structures à différents moments du séjour (visite médicale, interventions extérieures, exposition, journée mondiale contre le SIDA). Les moyens les plus utilisés sont les temps d'information et de sensibilisation, plaquettes rédigées en plusieurs langues, distribution de préservatifs, proposition de tests de dépistage, entretiens individuels.

Les points forts de ces actions retenus par ces structures sont : la possibilité d'aborder un sujet tabou et inciter à une meilleure protection d'une part, et de dépister les personnes séropositives d'autre part. Le point à améliorer : la possibilité d'aborder ce problème en

individuel car il semble difficile de faire une approche par groupe. Dans les entretiens que nous avons eu avec des directeurs de structures, ce point est remis en cause. En effet, les points de vue divergent quant au type d'action à mettre en place (entretiens individuels ou action sur un groupe).

Une seule action de prévention a fait l'objet d'une évaluation sur l'ensemble des répondants soit au questionnaire, soit à un entretien.

Pour illustrer les différentes d'actions menées dans ces foyers, nous allons exposer **trois expériences dans trois établissements différents**. Les deux premiers exemples rendent compte des actions de prévention VIH menées dans deux structures différentes. Elles permettent de rendre compte des actions menées au cours de l'année. Elles rendent compte également de deux expériences d'actions collectives faisant intervenir des acteurs extérieurs aux foyers. Le dernier exemple reprend l'expérience d'un CADA. La prévention est faite de façon individuelle par les travailleurs sociaux des foyers et est suivie sur l'année :

- **Le centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) "Blanqui"**

Dès que les personnes sont présentes plus de trois mois sur le territoire français, elles sont tenues à **un examen médical**. Il est effectué par un médecin généraliste du quartier.

Des questions relatives au VIH sont posées : sur la connaissance du VIH par l'intéressé, sur celle des facteurs de risques, sur les moyens de protection, sur le fait qu'ils aient ou non effectué un test de dépistage et s'ils seraient prêts à en faire un.

A l'époque où le foyer se situait rue du lac, les tâches étaient cloisonnées en fonction des attributions des professionnels présents (Assistante sociale, infirmière). L'infirmière faisait régulièrement des informations sur le VIH et la contraception.

Depuis trois ans, le déménagement a entraîné une restructuration des tâches (l'infirmière n'est plus présente). L'équipe est restée instable et des travailleurs sociaux ont du être embauchés. Il y a actuellement un référent par famille qui gère tous les aspects de l'accompagnement.

Des actions de prévention sont mises en places sur des thèmes variés, dont la contraception et le VIH. Des conseils de prévention sont inclus dans le cadre des accompagnements individuels. Plus concrètement, des préservatifs sont mis à disposition.

Des liens existent avec le CDPAT par l'intermédiaire du médecin qui fait passer les entretiens médicaux. Le ressenti est que dans l'ensemble, les gens vont se faire dépister facilement. Les fiches des certificats médicaux présentant des cas de séropositivité ou de Sida déclaré sont collectées au niveau national par « France terre d'asile ».

L'assistante sociale du CADA met en place régulièrement des réunions de prévention sur des thèmes de santé qu'elle choisit. Pour ce faire, elle invite des personnes en lien avec les thèmes choisis (participation de la PMI...).

Un problème est soulevé sur le choix des experts qui vont intervenir sur les thèmes. Un effort de vulgarisation et de mise à niveau pour l'accessibilité des messages doit être fait. Le financement de ces actions est interne, il est pris sur le budget animation.

Le 18 décembre 2001, une action de prévention collective a été organisée (financement DDASS) par le CADA en collaboration avec le service "le PAS".

L'action a eu pour objectif la prévention VIH en essayant de scinder les groupes (en fonction des cultures différentes et des genres (un groupe de femmes africaines francophones, un groupe de femmes des pays de l'est, un groupe d'hommes africains, un groupe d'hommes russophones) pour permettre un libre dialogue pour les femmes). Les réactions et positions par rapport au VIH ont été très différentes suivant les populations et suivant le genre.

Acteurs présents : Un médecin de SIDAct, une traductrice de russe, un membre du service Le pas et un membre du CADA (ces deux derniers faisant les "candidats" pour aborder les questions qui posent problème et pour lancer le débat).

Utilisation de supports : affiches, panneaux du Conseil Général, migration santé, mouvement du nid, outils CFES (Moussa le Taximan, plaquettes de différentes langues...), préservatifs masculins et féminins, pictogrammes et organisation dans le cadre d'un petit déjeuner pour dédramatiser.

Points de vue sur l'action : pour les hommes des blocages culturels persistent. Une dénégalation est très forte en ce qui concerne les hommes provenant des pays de l'est. Une volonté contraire émerge de la part des hommes provenant d'Afrique. 2 Afghans semblent totalement réfractaires... Deux groupes de femmes ont été séparés. Tout d'abord les femmes africaines qui ne sont que peu venues. Mais, les participantes ont été enthousiastes et parlant naturellement des problèmes rencontrés. Les femmes en provenance des pays de l'est sont venues plus massivement mais les blocages sont forts, elles restent sur leur positions : dénégalation des risques, de leurs prises de risques, ...

L'action met en évidence la nécessité de groupes de parole, l'intérêt d'un lieu extérieur qui permet de parler librement de sujets tabous, la méconnaissance par les populations sur le dépistage, les croyances fausses sur les porteurs du VIH, sur la loi française et l'expulsion des personnes séropositives, la méconnaissance complète des CDAG : ces structures ne sont pas connues par les publics visés par l'action (personnes de CHRS, de CADA...) et le risque de prostitution concernant ces populations.

- **Le Foyer Sonacotra "les Verriers"**

Des actions de santé sont menées "au sens large", une distribution de préservatifs est assurée par tous les encadrants.

Depuis quelques années, un travail avec l'antenne médicale est entrepris : le rôle des foyers Sonacotra est d'alerter sur les situations les plus problématiques.

C. Joessel (travailleuse sociale) intervient 3 fois par semaine dans trois foyers Sonacotra de Dijon. Une permanence est assurée 1 fois par semaine au Verriers pour l'écoute et la prévention de l'alcoolisme, du VIH... depuis février 2000.

Une action spécifique SIDA a été mise en place. Un forum a été organisé dans la cafétéria une après-midi avec la participation d'un CDAG et du CES et de 2 travailleurs sociaux dont un parlant arabe. Il ne s'agissait pas d'une réunion formelle. Les gens circulaient librement. Un médecin était présent pour rencontrer les gens qui le désiraient en entretien individuel. Une distribution de préservatifs était également assurée. "Cette action demande à être renouvelée : une évaluation de l'action a été mise en place sur la compréhension du contenu sur le court terme. Il semble que le message est passé".

- Le CADA "les Verriers"

Pour le CADA "les verriers", le travail est effectué essentiellement en entretien individuel et notamment sur les moyens de contraception. Des actions de prévention santé sont conduites par des travailleurs sociaux, qui sont relativement nombreux (par rapport aux foyers Sonacotra).

Pour l'instant, un travail de groupe a été mis en place avec des garçons adolescents. De grosses difficultés sont rencontrées pour mettre en place des actions à destination des jeunes filles du fait des blocages maternels (jeune fille devant être vierge au mariage dans certaines cultures).

Pour les garçons, il existe des difficultés par rapport au Sida, le sujet est tabou. Il y a nécessité d'une action régulière et suivie. Pour les hommes, célibataires, arrivant au CADA, une prévention est nécessaire et doit se mettre en place. Il ne faut pas oublier cependant que parfois l'éducation pour la santé n'est pas la priorité : il existe des problèmes de souffrance psychique intense et de priorité donnée par les personnes aux attentes administratives par rapport à leur demande d'asile.

D. PROJETS DE PREVENTION

Les structures ayant mis en place des actions préventives veulent les poursuivre en souhaitant pouvoir s'associer avec d'autres partenaires (comme la CPAM pour les bilans de santé), les autres ne prévoient pas pour l'instant d'actions pour les mêmes raisons qui font que des interventions n'ont pas été mises en place jusqu'à ce jour. Cependant, en fonction de la demande et avec plus de moyens, elles seraient prêtes à démarrer un projet.

Un membre du CADA "Blanqui" s'interroge quant à rendre les réunions d'information et prévention VIH obligatoires. Une volonté forte émerge quant au prolongement des actions menées et à la pérennisation des actions qui ont eu lieu de façon ponctuelle dans ce CADA. Il existe également une volonté d'officialiser et de formaliser les actions de prévention. Des convocations à des réunions de prévention émises par la DDASS auraient plus de poids.

Selon notre interlocuteur, la présence d'un "officiel" aux réunions pourrait renforcer le poids des actions ?

Pour le foyer Sonacotra et le CADA "Les Verriers", il existe beaucoup de besoins de prévention en matière de sexualité (travail sur les a priori, les représentations, la sexualité, l'homosexualité, la prostitution, en tenant compte des problèmes culturels et religieux). Un travail à long terme est nécessaire.

E. SYNTHÈSE ET PISTES D'ACTIONS

- ◆ Dépasser les blocages culturels et de langues, travailler sur et avec les problèmes culturels.
- ◆ Développer des programmes vidéo ou audio. L'écrit ne suffit pas (même lorsque les documents sont rédigés dans leur langues maternelles, nombreuses sont les personnes migrantes qui n'ont pas accès à la lecture).
- ◆ Sensibiliser les professionnels médico-sociaux, travailler avec des médiateurs sociaux.
- ◆ Multiplier les messages, les moyens d'information, les médias, utilisation de la télévision, afin d'éviter les blocages dus aux phénomènes de groupes et aux tabous.
- ◆ Associer différents types d'actions (individuelles, collectives par genre, collectives mixtes, par classe d'âge...).

Le fait de faire des groupes par genre peut aboutir à des échanges plus libres des participants. Par contre, cela peut aboutir à des heurts lors du retour d'information dans les familles. Nécessité de mettre en place des groupes de parole par genre et des groupes de paroles mixtes.

- ◆ Évaluer les actions mises en place.

Références bibliographiques

- Comité français d'éducation pour la santé. Quelle éducation pour la santé des migrants ? La Santé de l'homme 2002 ; 357 : 13-42.
- A. Savignoni et al., Situation du Sida dans la population étrangère domiciliée en France, InVS, avril 1999.
- Coll., La prise en charge des migrants atteints par le VIH, Impact Médecin, 2001.
- Coll., Évaluer la prévention de l'infection par le VIH en France, synthèse de données quantitatives, ANRS, 1999.

IX. ACTIONS DE PREVENTION DANS LES ETABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT

S'agissant des actions de prévention du VIH menées par les services de l'Éducation nationale de Bourgogne sur la période 1998-2001, on distingue :

- les actions menées dans le cadre du **programme d'éducation à la sexualité**, organisé selon des procédures définies au niveau national, et qui font l'objet de rapports au niveau national, régional, et départemental ;
- les actions spécifiquement centrées sur le Sida, menées dans les départements de la région au gré des opportunités locales.

A. L'ÉDUCATION A LA SEXUALITE

L'éducation à la sexualité en milieu scolaire a été développée en 1996. Le dispositif mis en place par circulaire en 1996 (annulée dans un premier temps par le Conseil d'État suite à la demande d'associations contre le projet, car elle n'avait pas été présentée devant le Conseil des programmes..., puis confirmée par celle du 14/11/1998) repose sur des formations d'adultes, des heures obligatoires pour les élèves de collège et des documents pédagogiques. S'agissant des **formations d'adultes**, elles sont de deux types : les formations de formateurs et les formations de relais auprès des élèves.

Selon le **bilan national** établi par le Ministère pour la période 1997-2000 (1), il y avait, dans l'ensemble des académies, 204 formateurs de formateurs répartis dans 16 académies, 10 260 personnes formées pour organiser et animer les séquences d'éducation à la santé des élèves et les séquences de 2 heures, qui ont été réalisées dans **54 % des collèges**.

Pour la **Bourgogne**, on dénombre, en avril 2002, **9 formateurs de formateurs** (2 en Côte d'Or, 2 dans la Nièvre, 4 en Saône-et-Loire et 1 dans l'Yonne). S'agissant des **formations de relais**, sur les trois années scolaires 1997-98 à 1999-2000 (bilan établi pour le Ministère), il y a eu 8 actions de sensibilisation pour 75 personnes, 6 actions de formation pour 170 personnes et 1 suivi d'équipe. Durant l'année 2000-2001, 5 stages complémentaires ont été organisés.

Les formations ont été assurées par une consultante du Ministère, des médecins et infirmières conseillers techniques dans la région, un psychologue de l'Éducation nationale, un sociologue de l'Institut régional supérieur du travail éducatif et social (IRTESS), un psychologue exerçant dans un Codes, une sage-femme et une conseillère conjugale exerçant dans un centre de planification familiale.

Au moment du bilan national (années scolaires 1997-98 à 1999-2000), en Bourgogne, 113/190 **collèges (59% contre 54% sur l'ensemble des académies)** avaient mis en place les **deux heures d'éducation à la sexualité**. La plupart (78%) les ont inscrites dans le projet d'établissement. Dans 78% des cas, les actions ont été reconduites d'une année sur l'autre (90% dans l'ensemble des régions). Ces modules d'éducation ont concerné 311 classes de 4^{ème} et 444 de 3^{ème}. Les intervenants sont de qualifications et fonctions diversifiées : médecins, infirmières et assistantes sociales de l'EN, mais aussi conseillers pédagogiques, aides

éducateurs, enseignants (Sciences de la vie et de la terre, Français, Histoire, Éducation physique et sportive...), même si les personnels des services de promotion de la santé auprès des élèves sont nettement plus impliqués que les autres. Des intervenants extérieurs ont été associés : personnels des centres de planification (sages-femmes, conseillères conjugales), des comités d'éducation pour la santé, et médecins libéraux.

Dans les rapports de l'académie de Dijon, et lors d'interrogations de personnels de l'éducation nationale, des **difficultés** ont été soulignées : le nombre d'équipes formées insuffisant pour assurer les séquences d'information dans tous les collèges ; les équipes pas assez diversifiées en termes de fonctions ou métiers ; la proportion d'intervenants hommes trop réduite. Sur le terrain, les formateurs de formateurs ont du mal à recruter des volontaires susceptibles de rencontrer les élèves. Il semblerait y avoir encore une réticence de la part des adultes, dont les parents d'élèves, vis à vis de l'organisation de l'éducation à la sexualité, alors qu'il apparaît aux promoteurs de ce programme au niveau local que cela permet d'aborder toute une série de problèmes rencontrés par les jeunes, dont ceux de la violence, du mal-être.

Par contre, des **aspects positifs** ont été soulignés par les acteurs locaux : la liberté du dialogue, l'approche globale de la sexualité, le travail en équipe, l'intégration des partenaires extérieurs, l'élargissement du concept de santé... qu'elles permettent. La plupart des appréciations qualitatives sur l'application du programme faites au niveau de l'ensemble des régions sont retrouvées en Bourgogne. Seules les difficultés posées par la mixité des classes ne sont pas explicitement relevées en Bourgogne.

À l'issue du premier bilan, des propositions d'amélioration ont été faites dans l'académie de Dijon : utilisation d'autres outils pédagogiques, association de partenaires extérieurs auprès desquels les élèves peuvent trouver des réponses individuelles, rallongement du temps pour les séquences d'éducation afin de pouvoir approfondir le dialogue engagé avec les élèves.

Au niveau national il a été proposé une intégration plus complète de l'éducation à la sexualité dans la politique de santé globale des académies, des moyens financiers supplémentaires, le développement du partenariat sur la base d'une éthique partagée, un lien avec l'application de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

B. LES ACTIONS DE PREVENTION DU SIDA

Les éléments qui ont été rapportés sont partiels, ponctuels (tous les personnels interrogés et tous les départements n'ont pas fourni l'information) ; ils ne font pas l'objet de recueils homogènes et sont relatés sous des modalités différentes, en fonction des possibilités des interlocuteurs.

En **Côte d'Or**, l'accent semble avoir été mis sur les interventions en collèges (11, pour près de 1 000 élèves), moins fréquemment en lycées (6) mais touchant proportionnellement plus de jeunes, et enfin dans 3 écoles (37 élèves de CM1 et 24 de CM2). Ces actions de prévention

s'appuient sur des outils divers : brochure, bande dessinée, vidéocassettes, mais aussi bus Info-jeunes Sida, questionnaires.

Dans la **Nièvre**, 4 actions ont été mentionnées, dont 2 en partenariat avec le Codes et/ou la Mutualité.

En **Saône-et-Loire**, des actions sont menées chaque année avec la ville de Mâcon à l'occasion du 1^{er} décembre, dans le cadre d'un « *Collectif Sida* » auquel participe activement l'Éducation nationale. Par exemple, en 2000, les élèves masculins majeurs des lycées ont participé à une action de prévention vis à vis des routiers (dans les cafés, restaurants, parkings qu'ils fréquentent), en collaboration avec les étudiants de l'IFSI, après avoir suivi une formation avec un sociologue.

Dans **l'Yonne**, tous les élèves de lycées ont été associés à la journée mondiale contre le sida au cours des années 1998 à 2001, avec exposition, projection d'une vidéocassette, débats, questionnaires... On relève par ailleurs la formation de « pairs » délégués de classes de seconde, pour relayer l'information auprès des lycéens.

Pour ce qui concerne **l'université** de Bourgogne, les actions de prévention du VIH sont incluses dans l'ensemble des actions de prévention « MST-Sida » du **service de médecine préventive universitaire et de promotion de la santé (SMUPS)**. Elles sont réalisées au gré des possibilités du service, sans programmation ni coordination spécifiques : mise à disposition à prix réduit de préservatifs dans les locaux du SMUPS, actions d'information à l'occasion de la journée mondiale d'une part, d'évènements locaux d'autres part ; organisation de tests de dépistages anonymes et gratuits (2 demi-journées par semaine) par convention entre l'université et le Conseil Général de Côte d'Or ; réalisation d'une consultation hebdomadaire MST-Sida par un médecin du Conseil général de Côte d'Or ; information sur la contraception et la protection vis à vis des MST et du Sida aux étudiants lors de leur visite médicale obligatoire à la première inscription à l'université.

C. CONCLUSIONS

Les divers interlocuteurs rencontrés à l'occasion de ce bilan des actions 1998-2001 (personnels de l'éducation nationale mais aussi associations partenaires) ont proposé quelques pistes d'actions :

- Renforcer la légitimité de l'éducation à la sexualité, comme approche globale des problèmes d'identité, d'estime de soi, de rapport aux autres de l'adolescence à l'âge adulte
- Renouveler les outils de prévention, en prenant en compte ces nouvelles problématiques
- Mettre en place des actions du type groupes de parole, avec des relais formés, à l'Université
- Constituer un réseau de prévention (incluant l'éducation nationale, la Jeunesse et les sports, la Protection judiciaire de la jeunesse, les associations).

Sources et références bibliographiques

- Résumé du bilan des actions 1997-2000. Ministère de l'Éducation nationale, janvier 2002.
- Rapport 2000-2001 du service médical de promotion de la santé en faveur des élèves Académie de Dijon.
- Bilan des actions et des formations Éducation à la sexualité de l'Académie de Dijon 1997-98 à 1999-2000.
- Relevé des actions de l'inspection académique de Côte d'Or en 1998-99, 1999-2000, 2000-2001.
- Relevé des actions de l'Inspection académique de Saône-et-Loire années scolaires 1996-97 à 2001-2002 et récapitulatif des actions de prévention Sida de la Mairie de Mâcon 1993-2001.
- Bilan des actions de prévention SIDA années scolaires 1998-99 à 2000-01 de l'Inspection académique de l'Yonne.
- BO n°46, 10 décembre 1998 « Enseignements élémentaire et secondaire, éducation à la sexualité et à la prévention du sida ».
- Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire et à la contraception
- « L'éducation sexuelle : une mission nouvelle pour l'école », La santé de l'homme, n°356, novembre-décembre 2001.

X. CONCLUSION

La Bourgogne connaît une situation épidémiologique par rapport au Sida plutôt favorable comparativement à la moyenne des régions françaises. Mais les lacunes dans la connaissance de la dynamique épidémique ainsi que la recrudescence des prises de risque vis-à-vis du VIH et des autres MST observée dans différentes études nationales imposent de rester mobilisés.

Des blocages et difficultés persistent en Bourgogne en terme de prévention. Du fait des situations individuelles complexes de certaines populations, la réceptivité des actions de prévention est limitée. À titre d'exemple, les difficultés sociales, les problèmes de santé mentale, les a priori culturels, la recherche d'identité sexuelle constituent des freins pour la prévention.

Les associations spécialisées dans la lutte contre l'infection à VIH ont traversé une période difficile ces dernières années, liée à des problèmes financiers, à l'usure des militants et l'augmentation de la part d'actions de prévention du Sida mises en place par d'autres acteurs plus généralistes, ainsi qu'à un relatif désintérêt de la population générale.

L'étude des actions conduites dans la région dans les champs retenus par le comité de pilotage met d'abord en évidence le peu de liens existants entre les acteurs de prévention. Les actions sont le plus souvent ponctuelles, et ce quel que soit le type de public concerné. La qualité des interventions est difficilement mesurable du fait de l'absence d'évaluation adaptée à ces pratiques de prévention.

Pour que le dispositif évolue, **des pistes émergent** de l'analyse des travaux des acteurs interrogés et de la confrontation de leurs réflexions.

Les différents partenaires ont un sentiment partagé en ce qui concerne la nécessaire évolution vers une prévention plus globale. Ainsi par exemple, la majorité des acteurs interrogés évoquent leur volonté de contribuer à la prévention du suicide ou plus généralement à l'amélioration de la santé mentale, notamment de l'estime de soi.

Leurs avis concordent aussi sur la nécessaire continuité des actions dans le temps pour améliorer l'acceptabilité et la réceptivité de la prévention dans ce domaine particulier.

On perçoit des volontés de rapprochements des acteurs. Le développement de partenariats devrait permettre un véritable travail en réseau, le plus souvent souhaité par les acteurs de terrain. L'objectif est de mutualiser les compétences et d'orienter les demandes de natures différentes et de publics divers vers les structures ou acteurs les plus adaptés.

XI. ANNEXES

Annexe 1

PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU VIH ET HEPATITES AUX URGENCES

Remplir un questionnaire par service à envoyer au RSU par Fax 01 43 9593 81 ou par courrier à l'adresse :
Dr Espinoza RSU Hôpital Broussais 96 rue Didot 75 014 Paris mail pierre.espinoza@hop.egp.ap-hop-paris.fr

Y a-t-il un médecin aux Urgences qui assure la coordination avec les spécialistes du VIH de l'hôpital ?

Nom : Tél : Fax : Mail :

I. Accueil des AES

1) Existe-t-il un recensement des accidents d'exposition au VIH dans votre hôpital ? NON Oui

Si oui pouvez-vous indiquer le nombre d'AES accueillis aux urgences en 2001 :

- Nombre d'expositions professionnelles (personnels de santé) :
- Nombre d'expositions sexuelles : Dont viols :
- Nombre d'expositions autres : (détail si connu) :

Si vous avez des données chiffrées précises distinguant l'activité de jour et de garde l'indiquez entre parenthèse exemple : 252 (Jr 149 /gde 103)

2) Qui assure habituellement l'accueil initial des patients aux heures ouvrables du lundi au vendredi 09 H 18 H?

- La consultation spécialisée CISIH Le CDAG Le référent VIH de l'hôpital dans le service de maladie infectieuses ou le service de médecine interne
- Le service des urgences - Autres situations (en clair):.....

3) Avez-vous une estimation de délai moyen entre l'exposition et l'arrivée aux urgences pour un AES non professionnel ?NON Oui Si oui , durée : heures.

4) Même question pour un AES professionnel ? NON Oui Si oui , durée : heures.

5) Pensez-vous hot line d'information destinée au public serait utile pour limiter le nombre de personnes venant aux urgences pour un AES ?NON Oui Pensez-vous hot line si oui faut-il :

créer un numéro vert renforcer Sida Info Service confier cette mission au centre 15
Commentaires :

6) En cas d'exposition professionnelle qui assure la déclaration d'accident du travail ?

- Le service des Urgences - Le médecin du travail de l'établissement
- Le service d'hospitalisation où a lieu l'accident
- Autres situations (en clair)

II Evaluation du risque et prescription.

7) Une procédure écrite de prise en charge est-elle disponible à l'accueil des urgences ?NON Oui

Si oui, s'agit-il de la circulaire du 9 avril 1998 d'une procédure écrite par le service des urgences
par les spécialistes VIH autres situations

8) Disposez-vous d'une grille simple pour évaluer le risque ? NON Oui

Commentaires :

9) Avez-vous la possibilité de réaliser des tests rapides VIH ? NON Oui

Ces test sont-ils réalisés dans votre hôpital si oui en virologie en bactériologie autre service
Prélèvements envoyés dans un laboratoire extérieur à l'établissement

10) Le bilan JO chez le patient exposé est-il réalisé aux urgences ?NON Oui

11) Quelles sont les principales difficultés rencontrées pour l'évaluation du risque ?.....

.....

12) Comment prescrivez-vous les médicaments antirétroviraux ?

- Protocole disponible à l'accueil (précisant les médicaments et doses)
- Choix des médicaments laissé à votre initiative
- Autres situations commentaires.....

RSU Etude AES mars 2002

13) Y a-t-il une astreinte téléphonique officielle et rémunérée pour un avis thérapeutique spécialisé?
NON OUI Préciser les horaires Quel service l'assure ?

14) Comment sont dispensés les médicaments antiviraux ?

- Kit disponible dans la pharmacie des urgences
- Ordonnance donnée au patient qui se rend à la pharmacie de l'hôpital
- Autres situations (en clair)

15) Lorsqu'un kit de médicament est disponible aux urgences, quel est son contenu ?

- Nature des médicaments :
- Quelle est la durée du traitement initial délivré aux urgences?
24 heures 48 heures Autres (jours)

16) Avez-vous un protocole de prévention de l'hépatite B (Immunoglobuline Anti B)

NON OUI Si oui, combien de cas en 2001:

Combien de test anticorps anti HbS ont-ils été pratiqués chez les patients exposés?

17) Quelles sont les principales difficultés rencontrées lors de la prescription des antirétroviraux?
Commentaires :

III Suivi et relation avec les référents, la médecine du travail, la médecine légale.

18) Qui assure le suivi des expositions au VIH non professionnels?

- Le service des urgences La consultation spécialisée CISIH Le CDAG
- Le référent VIH du service de l'hôpital Précisez.....
- Autres situations (en clair)

19) Qui assure le suivi des accidents du travail par exposition professionnelle ?

- Le service des Urgences Le médecin du travail de l'établissement
- Autres situations (en clair)

20) Y a-t-il un accompagnement psychologique prévu pour les personnes exposées au VIH ?

NON OUI Si oui sous quelle forme est-il assuré ?

Consultation Appel téléphonique Milieu associatif précisez les références :

Autres situations (en clair) :

21) Avez-vous accueillis en 2001 des cas cliniques médico-légaux (Viols)

NON OUI

Si oui, combien :

Avez-vous pour ces cas un correspondant légiste ?

Précisez:

22) Qui assure le suivi des cas médico-légaux ?

23) Quelle est éventuellement la liaison avec les Généralistes pour le suivi post-exposition?

IV. Quelles sont les principales difficultés rencontrées pour le suivi des AES?

Commentaires :

V. Comment la formation des médecins des urgences a-t-elle été réalisée?

Nom de la ville :

CHU

CHG

Nom de l'hôpital :

PSPH

Nom du Chef de service

PRIVE

RSU Etude AES mars 2002

Annexe 2 : Activité de dépistage de l'infection VIH dans les laboratoires d'analyse et de biologie médicale

Françoise Cazein – Institut de veille sanitaire

Objectifs : suivre les tendances au cours du temps de l'activité de dépistage du VIH en France

Méthode : Un recueil d'information a été mis en place en 2001 auprès de l'ensemble des laboratoires d'analyses médicales (environ 4 250 laboratoires de ville ou hospitaliers), dans 4 régions, le recueil est réalisé par les ORS. Il s'agit de recenser de façon totalement anonyme le nombre de personnes testées pour le VIH, le nombre de personnes confirmées positives et pour chacune, le sexe, l'âge et le département de domicile. Aucun identifiant n'est recueilli ce qui ne permet pas de détecter les sérologies multiples (plusieurs sérologies positives peuvent correspondre à une même personne testée dans différents laboratoires).

Données disponibles

- Données du 1^{er} semestre 2001 : Cazein F. Activité de dépistage du VIH dans les laboratoires : résultats préliminaires du 1^{er} semestre 2001. Sida, VIH et MST, état des lieux en 2001. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France, novembre 2001. Consultable sur le site de l'InVS.
- Données du 2^{ème} semestre 2001 et actualisation du 1^{er} semestre : en cours.

Annexe 3 : Activité hospitalière VIH récapitulatif par département

1995

	File active annuelle	Nouveaux patients	Entrées HC	HJ	Consultations	Décès
DIJON	317	79	281	1617	178	35
NEVERS	61	16	54	145	259	4
CHALON	90	22	59	60	184	12
MACON	42	NR	NR	NR	NR	NR
AUXERRE	76	11	69	61	527	5
SENS	60	NR	154	121	62	3
TOTAL	646					

1996

	File active annuelle	Nouveaux patients	Entrées HC	Journées HC	HJ	Consultations	Décès
DIJON	329	56	293	2955	1831	178	25
NEVERS	72	10	43	653	155	116	6
CHALON	96	28	49	419	33	227	5
MACON	52	17	42	323	231	30	3
AUXERRE	82	25	50	NR	15	635	5
SENS	65	16	34	386	139	30	4
TOTAL	696	152	511		2404	1216	48

1997

	File active annuelle	Nouveaux patients	Entrées HC	Journées HC	HJ	Consultations	Décès	Patients sous ARV
DIJON	NR	76	183	1347	1909	261	17	NR
NEVERS	76	7	35	302	212	191	0	63
CHALON	92	18	32	329	22	254	2	64 (del.hosp.)
MACON	62	26	52	418	194	NR	2	42 (del.hosp.)
AUXERRE	93	31	33	NR	28	779	1	NR
SENS	70	10	28	275	140	110	NR	NR
TOTAL		168	363		2505			

1998

	File active annuelle	Nouveaux patients	Entrées HC	Journées HC	HJ	Consultations	Décès	Patients sous ARV
DIJON	382	55	169	1460	1752	327	5	364
NEVERS	84	3	43	341	520	256	3	83
CHALON	94	11	33	344	40	255	3	NR
MACON	63	13	27	208	201	NR	0	NR
AUXERRE	115	26	32	231	24	768	0	NR
SENS	103	10	17	156	35	NR	5	NR
TOTAL	841	118	321	2740	2572		16	

1999

	File active annuelle	Patients sida	Patients VIH + (non sida)	Nouveaux patients	Entrées HC	Journées HC	HJ	Consultations	Décès	Patients sous ARV	Tests génotypiques
DIJON	386	101	285	50	172	1715	1947	305	10		
NEVERS	82			12	21	143	135	151	2	82	4
CHALON	109			20	24	253	24	286	4		
MACON	72			17	22	109	165			50	4
AUXERRE	111	18	93	9	22	215	26	730	0	105	
SENS	70			13	30	160	45	158	0	69	15
TOTAL	830	119	378	121	291	2595	2342	1630	16	306	23

2000

	File active annuelle	Patients sida	Patients VIH + (non sida)	Nouveaux patients	Entrées HC	Journées HC	HJ	Consultations	Décès	Patients sous ARV	Tests génotypiques
DIJON	399	103	296	38	142	1432	1798	237	10	378	147
NEVERS	99	10	89	23	20	318	258	161	5	97	25
CHALON	107	NR	NR	15	15	NR	18	286	3	NR	23
MACON	74	NR	NR	17	26	161	182	NR	0	NR	NR
AUXERRE	118	23	95	12	30	239	14	399	1	105	15
SENS	70	NR	18	4	59	272	27	89	3	NR	4
TOTAL	867	136	498	109	292	2422	2297	1172	22	580	214

Source : DDASS 21 - UID VIH-SIDA, exploitation ORS

Annexe 4 : Activité des CDAG – récapitulatif par département

Côte d'Or

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
CDAG rue N. Berthot						
Nombre de consultants	3671	3194	3205	3410	2923	2785
Nombre de consultants testés	3345	3023	3051	3324	2876	2722
Nombre de séropositifs	1	6	9	5	3	4
CDAG Médecine Prév. Univ						
Nombre de consultants	466	464	418	404	313	323
Nombre de consultants testés	433	447	405	400	312	315
Nombre de séropositifs	0	0	0	0	0	0
CDAG Beaune						
Nombre de consultants			3	24	9	219
Nombre de consultants testés			3	24	9	219
Nombre de séropositifs			0	0	0	0
CDAG Maison d'arrêt						
Nombre de consultants	180	134	115	217	230	190
Nombre de consultants testés	148	95	98	200	226	164
Nombre de séropositifs	1	0	0	0	0	1

Nièvre

	1997	1998	1999	2000
CH de Nevers				
Nombre de consultants	294	309	0	86
Nombre de consultants testés	289	305	0	85
Nombre de séropositifs	1	0	0	0
Maison d'arrêt de Nevers				
Nombre de consultants	17	0	0	17
Nombre de consultants testés	17	0	0	17
Nombre de séropositifs	0	0	0	0

Saône-et-Loire

	1996	1997	1998	1999	2000
HR W. Morey Chalon sur Saône					
Nombre de consultants	510	599	311		631
Nombre de consultants testés	501	578	299		602
Nombre de séropositifs	1	1	0		6
H Les Chanoux Mâcon					
Nombre de consultants	268	264	140		277
Nombre de consultants testés	234	242	130		250
Nombre de séropositifs	0	1	0		0
ntre Pénitencier Varennes le Grand					
Nombre de consultants	567	418			134
Nombre de consultants testés	567	418			134
Nombre de séropositifs	1	0			0
ntre de Planification Paray le Monial					
Nombre de consultants					96
Nombre de consultants testés					96
Nombre de séropositifs					0

Yonne

	1997	1998	1999
CDAG Hôpital d'Auxerre			
Nombre de consultants	567	1153	582
Nombre de consultants testés	567	1150	577
Nombre de séropositifs	2	6	1
CDAG CG Sens			
Nombre de consultants	228	237	197
Nombre de consultants testés	228	237	197
Nombre de séropositifs	1	1	1
CDAG CG Avallon			
Nombre de consultants	51	44	53
Nombre de consultants testés	51	44	53
Nombre de séropositifs	0	0	0
CDAG Dispensaire Auxerre			
Nombre de consultants	16	26	30
Nombre de consultants testés	16	26	30
Nombre de séropositifs	0	0	0
Maison d'arrêt Site I Auxerre			
Nombre de consultants	102	113	139
Nombre de consultants testés	102	113	139
Nombre de séropositifs	1	0	0
Maison d'arrêt Site II Joux la Ville			
Nombre de consultants	55	102	136
Nombre de consultants testés	55	102	114
Nombre de séropositifs	0	0	0

Source : DDASS 21 - UID VIH-SIDA, exploitation ORS

Annexe 5 : Récapitulatif des actions de AIDES par département

Par "participation", Aides entend le nombre de passages ou le nombre de contacts établis lors des actions.

Côte d'Or

1999

Réduction des risques : homos et bisexuels (752 participations : soirées CIGaLes, lac Kir, Friche, allées du parc, minitel), jeunes (115 participations), milieu pro et socio-éducatif (97 participations), adultes (70 participations), Journée Mondiale contre le Sida (15 participations).

Accueil : 616 passages (dont 20 prévention générale, 23 prévention gay, 44 info Sida)

Programme d'échange de seringues : 30 seringues distribuées et 0 retours.

2000

Réduction des risques : vis à vis des homo- et bisexuels (803 participations) : soirées CIGaLes, prévention gay, minitel, manifestation contre l'homophobie, des jeunes (560 participations : collège, lycées, l'embuscade, université), du milieu professionnel et socio-éducatif (54 participations : lycée des Arcades, IFSI), de tous publics (825 participations : bal contre le Sida, nuit du zapping, Antinéa), autres publics (200 participations : rave techno), sourds et malentendants (8 participations : signes 21).

Accueil : 2 430 passages (dont 6 échanges de seringues, 60 prévention générale, 29 prévention gay, 75 info Sida).

Programme d'échange de seringues : 8 seringues distribuées et 0 retours.

2001

Deux types d'actions : la participation aux soirées organisées par l'association CIGaLes, sous la forme d'un stand d'information et de diffusion de matériel de prévention et dans leur local dans le cadre de l'accueil. Ils notent toutefois une baisse de volontaires engagés sur ce thème, ce qui à abouti à la mise en veille du groupe "réduction des risques - hommes entre eux".

Des actions sont également mises en place sur le thème "réduction des risques jeune, tout public" par la participation à 5 grandes actions : soirée débat à l'Institut Régional Supérieur du Travail Éducatif et Social (IRTESS), soirée Escapade, Opération Rollers et préservatifs, Festival du Chien à plumes de Villegusien (Haute Marne), la Nuit de l'humour et enfin la journée des associations à la Faculté.

Réduction des risques : tout public : 682 participants (les actions sont énoncées ci-dessus), homosexuels et bisexuels : 1 850 participants, établissements spécialisés et populations précarisées : 11 participants, public jeune : 212 participants et enfin interventions en milieu professionnel et socio-éducatif : 13 participants

Accueil : 973 passages dont 42 pour des informations sur la prévention en général, 4 pour les échanges de seringues, 14 pour des informations de prévention gay et 33 pour des informations sur le SIDA.

Programme d'échange de seringues : au total 20 seringues distribuées (10 kits) et 0 retours.

Nièvre

Trois types d'actions sont menées :

- Échange de seringues

Il existe un protocole avec la DDASS qui fournit 600 kits par mois c'est à dire 1 200 seringues. Il y avait 2 fournisseurs (Alliance Santé et OCP). Actuellement, il n'y a plus qu'OCP depuis le mois d'avril. Mais, il y a toujours des problèmes de stock, dans ce cas certaines pharmacies font de l'échange, mais elles donnent des kits de "mauvaise qualité" (aiguilles qui s'abîment, rien en double). Le budget initial demandé est maintenant insuffisant.

Parallèlement quelques cours sont donnés dans les écoles d'infirmières sur la prévention des toxicomanies en 1^{ère} et 2^{ème} année.

- *Interventions dans les milieux festifs*

Prévention verbale auprès de toxicomanes, "zonards", "teuffeurs", avec quelque fois la distribution de kits.

- *Prévention gay*

Il existe deux lieux de drague gay principaux : le parc Salengro, "la folie" sur les bord de Loire. 2 personnes de l'association Aides s'y rendent tous les 15 jours ou 3 semaines entre 22 h et 2 h du matin le week-end. La moitié des personnes entendent les messages mais "n'écoutent pas". C'est une population qui se renouvelle peu (environ 75 personnes dont 10% qui changent). Il leur est distribué des préservatifs, du gel...

Les difficultés :

Le manque de moyens :

- AIDES n'a pas de véhicule, les intervenants sont obligés de louer une voiture pour chaque déplacement.
- Il ne peut pas toujours tenir un stand dans certaines manifestations culturelles ou autre.

Propositions :

"Il serait intéressant de disposer d'un automate et d'une salle d'injection pour ceux qui dorment dehors".

Récapitulatif des actions menées

1999

Réduction des risques : jeunes (180 participations), milieu professionnel et socio-éducatif (20 participations), établissements spécialisés et populations précarisées (20 participations), tout public (600 participations).

Accueil : 325 passages (dont 11 prévention générale, 9 prévention gay, 40 info Sida).

2000

Réduction des risques : 0 participation.

Accueil : 848 passages (dont 4 prévention générale, 2 prévention gay, 3 info Sida).

Programme d'échange de seringues : 5 354 seringues distribuées et 5 024 retours.

2001

Réduction des risques : 90 participations dont 50 concernant des usagers de drogues (dans le cadre de festivals) et 40 à des établissements spécialisés et populations précarisées (intervention dans un IFSI).

Accueil : 1 985 passages (dont 30 prévention générale, 16 prévention gay, 6 info sida)

Programme d'échange de seringues : 11 214 seringues distribuées sous forme de kits uniquement et 10 370 retours (92,47% de retours).

Saône-et-Loire

Les actions menées :

- *Action sur les lieux de rencontres*

On compte environ deux sorties par mois d'un permanent et d'un volontaire sur les lieux de rencontre de l'après-midi. Aides manque de bénévoles alors que paradoxalement il y a une grosse attente. Aides se déplace sur 3 lieux de rencontre : à Mâcon (un chemin en dehors de la ville), Chalon (un pré en bord de Saône), Cluny (un parking). Ils rencontrent en moyenne 3 à 5 personnes par lieu : les personnes aiment discuter. À Chalon il y a un lieu de rencontres où Aides ne va plus du tout la nuit par manque de volontaire.

Les principales difficultés sont rencontrées avec les jeunes qui ont du mal à dire non et à se protéger. L'après-midi Aides rencontre des hommes mariés qui ne s'identifient pas comme homosexuels, "ils ne se protègent pas (par exemple n'utilisent pas de préservatif pour une fellation)". Pour cette population AIDES s'est donc rendu compte qu'il fallait cibler des pratiques et pas des orientations sexuelles en matière de prévention.

Ils notent également, même si les pratiques à risque ont toujours existé, un relâchement des comportements de prévention. "La médiatisation des traitements semble y être pour quelque chose".

Dans ce cadre la seule amélioration possible est d'être plus présent, de recruter. Il y a un besoin, il faut discuter, faire le point.

- *Prévention toxicomanie*

- A Chalon, Aides distribue environ 15 000 kits par an, soit 30 000 seringues. Le taux de retour moyen au point échanges seringues est de 60%. À une période, Aides a tenté une distribution dans la rue "Out-Reach", mais "c'est impossible à mettre en œuvre".
- La fréquentation a beaucoup augmenté entre 1996 et 2002, passant de 3 000 à 7 000 passages. 85% des personnes sont des usagers de drogue. Il y a un travail effectué en même temps sur les problèmes d'errance, la réinsertion, l'hygiène et la réduction des risques. Les pharmacies participent également.
- À Mâcon, c'est la ville qui gère le dispositif. Il est également organisé un échange des seringues au service des urgences.

À signaler : de jeunes Beurs viennent maintenant spontanément chercher des préservatifs alors qu'ils ne venaient pas du tout avant. Aides relie ce fait avec le recrutement dans le personnel d'une personne d'origine maghrébine. Par ailleurs, parmi les 2 salariés un a moins de 30 ans et l'autre plus de 50 ans pour assurer l'accueil.

On note une importante amélioration de la formation nationale de l'ensemble des participants à l'association.

La principale difficulté est de rencontrer de nouveaux volontaires, de les motiver.

Ils ont constaté une forte demande des Centres d'Aide par le Travail. Aides a organisé des groupes de parole. Les personnes connaissent relativement bien les pratiques de prévention sauf pour le préservatif féminin. Une formation des éducateurs avait été réalisée, cependant ceux-ci se sentent incapables de mener ces groupes de parole, en raison de leur proximité et de la volonté de ne pas rentrer dans l'intimité du public.

Récapitulatif des actions menées

1999

Réduction des risques : homos et bisexuels (731 participations : parc des Biches, parking surélevé, la vieille ferme, prairie Saint-Nicolas, TRAXX), jeunes (182 participations), milieu pro et socio-éducatif (49 participations), milieu carcéral (10 participations), JMS (400 participations).

Accueil : 3 466 passages (dont 1 062 échanges de seringues, 473 prévention générale, 42 prévention gay, 62 info Sida).

Programme d'échange de seringues : 14 694 seringues distribuées et 7 639 retours.

2000

Réduction des risques : homos et bisexuels (46 participations : Chalon, Mâcon, Cluny, TRAXX), jeunes (600 participations : CIFA, centres de vacances, ...), tout public (1 209 participations : bal contre le Sida, nuit du zapping, concerts, festivals divers...), milieu carcéral (15 participations), usagers de drogues (714 participations : soirées rave, ...).

Accueil : 4 734 passages (dont 1 867 échanges de seringues, 524 prévention générale, 22 prévention gay, 93 info Sida).

Programme d'échange de seringues : 29 948 seringues distribuées et 13 530 retours.

2001

Réduction des risques : homos et bisexuels (15 participations), usagers de drogues (47 participations), jeunes (944 participations), établissements spécialisés et populations précarisées (16 participations).

Accueil : 6 815 passages (dont 1 882 échanges de seringues, 522 prévention générale, 5 prévention gay, 104 info Sida).

Programme d'échange de seringues : 27 030 seringues distribuées et 15 870 retours.

Yonne

Les actions menées :

- *Prévention SIDA*

Aides constate un relâchement des pratiques de prévention des homosexuels qui prennent moins de préservatifs et viennent moins à la permanence.

Par contre les toxicomanes viennent plus.

Un membre de AIDES va sur les lieux de rencontre.

- *Prévention toxicomanie*

C'est Aides qui gère la distribution de seringues à Auxerre. Il y avait jusqu'à maintenant un travail en partenariat avec l'association Passages qui s'occupait de Sens mais qui doit fermer à la fin du mois d'avril. Les locaux seront peut-être tout de même conservés. Avant, au lancement du dispositif, Aides allait une fois par semaine à Sens pour la mise en place du système.

Ceux qui ont besoin de soutien sont vus souvent (3 fois par semaine par exemple). Ce qui est difficile c'est que les gens franchissent la porte. Il est facile de contacter les gens à l'extérieur mais ils ne disent rien, ne se confient pas.

Les manques dans le département :

Rien n'est mis en place en terme de prévention toxicomanie sur le secteur de la Puisaye. Il existe pourtant des toxicomanes qui n'ont pas de véhicule. Un arrangement spécifique pour

la distribution des seringues a été trouvée pour eux. Un contact est établi avec un médecin généraliste pour donner les coordonnées d'Aides si le besoin s'en fait sentir.

Récapitulatif des actions menées

1999

Réduction des risques : homos et bisexuels (123 participations : parc Roscoff, Clos le Maire, les Thureaux), jeunes (200 participations), milieu pro et socio-éducatif (280 participations), milieu carcéral (10 participations).

Accueil : 356 passages (dont 93 échanges de seringues, 1 prévention générale, 2 prévention gay, 11 info Sida).

Programme d'échange de seringues : 2 222 seringues distribuées et 872 retours.

2000

Réduction des risques : homos et bisexuels (85 participations), JMS (35 participations : CAF Sens, FJT Sens).

Accueil : 864 passages (dont 138 échanges de seringues, 71 prévention générale, 6 prévention gay, 90 info Sida).

Programme d'échange de seringues : 852 seringues distribuées et 692 retours.

2001 : le rapport d'activité pour l'Yonne n'est pas disponible.

Annexe 6 : Entretiens téléphoniques avec les CDAG

CDAG Dijon

Dr Brigitte Burdin-Pipon

Il semble que les jeunes homosexuels prennent plus de risques qu'autrefois.

Le CDAG de Dijon souhaite mettre en place une consultation de psychologue, notamment pour les personnes qui reviennent à plusieurs reprises mais aussi pour les personnes qui vont très mal. Il faut signaler que l'on ne sait pas si ces prises en charge sont efficaces.

Une analyse des pratiques va être mise en place : un psychiatre doit permettre à l'équipe de réfléchir et de réaliser un travail autour des situations qui ont posé des difficultés. L'objectif est de soutenir l'équipe et d'aider à la compréhension et à la tolérance.

Ce qui est difficile, c'est que les CDAG sont de petites structures avec des petits temps d'intervention. Il faudrait pouvoir se rencontrer dans les équipes mais aussi avec les autres CDAG.

Un seul médecin est titulaire, les autres sont vacataires. Le travail de coordination est donc difficile à mettre en place, et surtout pour réaliser des actions de prévention et notamment à l'extérieur. Ces statuts sont un frein et affaiblissent le travail qu'on peut réaliser en CDAG.

NB : Il y a trois infirmières (100% - 80% - 50%).

CDAG Beaune

C'est une cadre sage-femme qui exerce dans les locaux de la maternité. Les personnes peuvent consulter dans la journée sans rendez-vous. Ils ont un entretien, vont au laboratoire puis reviennent 48 heures après pour les résultats.

Il s'agit surtout d'un public adolescent. La cadre sage-femme en profite surtout pour aborder les questions de contraception.

Ceux qui reviennent à plusieurs reprises sont surtout des homosexuels (4 ou 5). Ils sont bien connus. Ils prennent des risques, et en parlent lors de la consultation.

La prise en charge est un peu particulière pour ce public homosexuel. La personne ressource a suivi deux journées de formation sur ce sujet.

Lorsqu'elle est absente, les sages-femmes du service réalisent les entretiens. Quand il y a un problème, le chef du service ou le biologiste sont accessibles.

Par ailleurs, elle travaille avec l'IFSI de Beaune pour organiser des interventions dans les établissements scolaires.

CDAG Nevers

Dr Raichon, Dr Roche-Lachaise

Horaires : 17-19 le lundi, 12-14 le jeudi dans le service de médecine B.

Il n'y a pas de protocole spécifique aux personnes homosexuelles, mais des entretiens individualisés pour chaque personne. En ce qui concerne les consultations itératives, c'est peu fréquent. Les personnes qui continuent à prendre des risques ne comprennent pas les messages.

Le temps de consultation (deux fois deux heures) est peut être un peu juste. Par contre, il n'y a pas de difficultés vis à vis du public (c'est un public jeune, bonne adhésion aux horaires, ...)

Il n'y a pas de difficultés par rapport à l'extérieur, les gens concernés connaissent le CDAG. Par contre, il y a un problème de communication interne avec le service des urgences qui ne connaît pas bien le CDAG.

Le CDAG de Nevers participe ou met en place des actions de prévention dans les collèges et les lycées. Il participe également à un festival du film (membre du jury). De plus, il y a mise en place d'une formation auprès des assistantes maternelles et des éducateurs. Pour le futur, il y a une volonté de poursuivre les actions à l'extérieur de l'hôpital.

CDAG Mâcon

C'est une antenne de Chalon. C'est ouvert de 17 à 19 h le mardi.

Quelques personnes reviennent à plusieurs reprises mais c'est rare. Il y a une ou deux personnes assez "simples" parmi elles.

Il n'y a pas de difficultés particulières. L'organisation est départementale et cela fonctionne bien.

CDAG Chalon-sur-Saône

Point de vue du médecin

Il est curieux de penser que la consultation puisse avoir quelque chose de spécifique selon l'orientation sexuelle. Les personnes qui réalisent des tests de façon répétitive sont des personnes qui sont à risque ou pas. Certaines sont névrotiques, ne prennent pas de risque mais viennent pour se rassurer. Le CDAG est un service gratuit, il se doit de recevoir ces personnes. Quelques-unes (3 ou 4) reviennent après des prises de risques réalisées volontairement et qui réfléchissent ensuite. Les actions de prévention se veulent raisonnées dans ce cas, alors que les personnes ne sont pas "raisonnables", n'ont pas une démarche cartésienne. Il faut l'accepter, c'est la seule façon de maintenir le lien avec elles et c'est déjà important.

Il existe plusieurs cas de figure : entre les prises de risques chez les adolescents et la réalisation de prises de sang alors qu'il n'y a pas de risque.

Ce qui serait souhaitable, c'est que les infirmières de CDAG suivent des formations en psychologie. Elles ont un rôle pivot, car elles sont souvent plus présentes. La formation devrait être plus poussée qu'actuellement. Un soutien psychologique pour elles serait également nécessaire.

Point de vue de l'infirmière :

Il n'y a pas lieu d'avoir une approche spécifique pour les personnes homosexuelles, c'est même dangereux. La prévention doit être la même pour tout le monde. L'an passé, le CDAG a reçu des jeunes gays (15-20 ans) qui avaient recommencé à avoir des pratiques dangereuses. Il est vrai que ces jeunes ont des pratiques plus contaminantes.

Les gens qui reviennent et continuent d'avoir des pratiques dangereuses sont hermétiques au discours. Il est difficile de parler de ces personnes d'une manière générale. L'infirmière cite le cas d'une jeune femme qui a été vue plusieurs fois avec des prises de risque itératives. À chaque fois, un prélèvement pour les Chlamydiae était réalisé. Lors d'une consultation, l'infirmière a évoqué le risque fréquent de stérilité associé à cette infection et depuis, comme un "décliv", la jeune femme se protège. C'est très difficile, il faut avoir un travail de longue haleine, tout se passe dans la relation avec les gens. Il faut réaliser "un bout de chemin" pour devenir responsable de sa propre sexualité.

Les difficultés à Chalon sont l'absence de locaux spécifiques pour la consultation (la consultation se déroule dans un service hospitalier), l'absence de bureau. Il y a beaucoup de problèmes matériels, et les statistiques se font toujours à la main. Ces difficultés sont aggravées par les 35 heures. Les permanences risquent d'être entamées. L'infirmière se déplace dans les lycées, les CAT. Elle effectue 4 demi-journées par semaine.

CDAG Auxerre

Dr Kloeckner

Il n'y a pas de protocole spécifique en fonction de la sexualité des personnes, si la personne déclare son homosexualité, le médecin adapte son discours préventif et peut mieux répondre aux besoins spécifiques de ces populations. Par contre, si la personne ne déclare pas son homosexualité, le discours préventif est général.

Pour les consultations itératives, il y a utilisation d'un "carton d'anonymat" qui peut être utilisé par la personne de façon continue, le dossier est mis à jour et le discours préventif peut alors s'adapter aux situations particulières. Si les personnes ne veulent pas utiliser le même carton, il y a constitution d'un nouveau dossier. Le médecin laisse une totale liberté de choix aux personnes.

En ce qui concerne les difficultés rencontrées, il semble que le problème du manque de temps soit le plus prégnant. Le fait que le médecin doit voir la personne en premier pose des problèmes d'organisation par rapport aux infirmières qui ont plus de temps de présence que le médecin. Au niveau des locaux, le médecin et l'infirmière partagent le même bureau ce qui semble convenir aux intéressés. Cela permet par une modification de l'organisation du travail de ne faire venir les personnes que deux fois au lieu de 3 antérieurement à des horaires définis avec elles. En terme de propositions et de projet, le manque de temps empêche la mise en place d'actions nouvelles.

CDAG Sens

On dépiste à la demande donc il faut être le plus disponible possible et faire preuve de compréhension (pour les consultations itératives notamment). Une infirmière est disponible assez facilement, elle peut donc effectuer des prélèvements même si la consultation du médecin n'a lieu que le mardi. Le

problème des prises de risque itératives, c'est que les personnes ont des discours, des attitudes et des conduites lors de la consultation mais qu'elles prennent quand même des risques ensuite.

Pour les personnes homosexuelles, les entretiens sont beaucoup plus longs et plus difficiles car ces personnes prennent souvent plus de risques et sont laxistes vis-à-vis de la prévention. Même s'ils connaissent les protocoles post-exposition, ils consultent souvent tardivement après.

Cependant, il n'y a pas eu de découverte récente de nouvelle séropositivité. Dans le contexte, le CDAG semble répondre à la demande.

CDAG Avallon

Un médecin vacataire (Mme le Dr Bacri qui a un cabinet libéral par ailleurs) est présente une après-midi par semaine (vendredi 14H30-16H). Elle reçoit sur rendez-vous. Les locaux se trouvent dans un service social du Conseil Général de l'Yonne.

Certaines personnes reviennent tous les ans ou tous les deux ans mais c'est peu fréquent. La prévention marche pendant un moment puis ils "laissent tomber". Dans l'ensemble la population rencontrée se prend bien en charge.

Les conduites de prévention se sont relâchées ces dernières années mais pas pour les jeunes, qui forment une grande majorité de la clientèle (qui est peu nombreuse dans ce centre). Les jeunes ont reçu beaucoup de messages de prévention et se protègent, les filles plus que les garçons.

La clientèle majoritaire est constituée de jeunes couples qui souhaitent arrêter le préservatif.

Annexe 7 : Compte-rendu activité - Accueil CIGaLes

1. Évolution du groupe accueil

Date de formation	Juin 1998	Décembre 2000	Décembre 2001
1 ^{er} groupe formé	10 5 hommes - 5 femmes	8 5 hommes - 3 femmes	5 3 hommes - 2 femmes
2 nd groupe formé	/	3 1 homme - 2 femmes	3 1 homme - 2 femmes
3 ^{ème} groupe formé	/	/	11 7 hommes - 4 femmes
Total	10 5 hommes - 5 femmes	11 6 hommes - 5 femmes	19 11 hommes - 8 femmes

Le nombre d'accueillants en activité a doublé depuis la création des permanences hebdomadaires. Ceci nous permet d'envisager sur 2002, une diversification des activités du groupe accueil, pour faire face à des demandes de plus en plus variées et nombreuses.

Au-delà des permanences hebdomadaires d'accueil et d'écoute (lundi de 19h à 21h), nous souhaitons instaurer :

- 1°/ une permanence téléphonique structurée (démarrage mars 2002) ;
- 2°/ des groupes de paroles thématiques et mensuels (démarrage octobre 2001).

Les thèmes déjà abordés en groupe de paroles ont été les suivants : relations avec l'entourage familial (20 participants) ; les 1ères fois (6 personnes) ; l'homoparentalité (4 personnes) ; travail et homosexualité (18 participants). Thèmes à venir : la fidélité.

2. Profil des personnes accueillies

Statistiques de la permanence d'accueil et d'écoute sur 18 mois (septembre 2000 - mars 2002)

Nombre de permanences assurées : **67**

Nombre de visites : **92** (1,4 personne par permanence en moyenne)

Nombre d'appels² : **31** (0,5 personne par permanence en moyenne)

Parmi les visites, nous observons des visites récurrentes (plus de deux) pour 7 personnes.

² L'association assure également une permanence téléphonique bimensuelle (pas de statistiques)

Sexe des personnes accueillies

Sexe	Hommes	Femmes	Non renseigné	Total
Visites	65 70,7%	26 28,3%	1 1%	92 100%
Appels	13 42%	10 32,2%	8 25,8%	31 100%
Total	78 63,4%	36 29,3%	9 7,3%	123 100%

(a) Orientation sexuelle des personnes accueillies

Orientation sexuelle	Homosexuelle	Hétérosexuel	A la recherche	Total
Visites	76 82,6%	7 7,6%	9 9,8%	92 100%
Appels	30 97%	0 0%	1 3%	31 100%
Total	106 86,2%	7 5,7%	10 8,1%	123 100%

Parmi les personnes hétérosexuelles, on dénombre 2 parents d'homosexuel(le)s et 5 étudiants ou élèves.

• Age des personnes accueillies

Age	18/25 ans	26/35 ans	36/45 ans	+ 45 ans	Indéterminé	Total
Visites	23 25%	31 33,7%	13 14,1%	6 6,5%	19 20,7%	92 100%
Appels	Non renseigné					31 100%

• Thèmes abordés

Premier contact avec l'association	37	Rupture de couple	6
Activités associatives CIGaLes	16	Réorientation suivi psychologique	6
Isolement relationnel et affectif	16	Problèmes familiaux liés à l'homosexualité	5
Adhésions	14	Réorientation autres associations homosexuelles	5
Nouveaux arrivants sur la région	12	Révélation de l'homosexualité	4
Identité sexuelle	11	Problèmes juridiques	3
Inform. documentaire sur l'homosexualité	7	Homophobie, harcèlement sexuel	
Socialisation	10	Modes de sexualité	3
Dépression, problèmes psychologiques	7	Suicide	2

Remarques :

Les thèmes abordés peuvent être multiples au cours des entretiens

La demande d'adhésion est généralement un prétexte de visite.

11 contacts n'ont pas donné lieu à un échange thématique (il s'agit généralement de visites récurrentes).

La thématique VIH n'a pas été abordée lors de ces entretiens.

Annexe 8 : Enquête accidents d'exposition au sang auprès d'infirmières libérales dans l'Yonne

Responsable : Philippe PATOUX, Réseau ville/hôpital, Centre hospitalier, Bd. de Verdun,
89000 AUXERRE. Tél : 03 86 48 48 60

Email : reseau.ville.hopital@free.fr

Méthode

60 questionnaires ont été adressés aux infirmières libérales du canton de l'Auxerrois.

Constat

1 - L'utilisation des sigles AES et CDAG (peu explicite pour certaines) a peut-être participé à une difficulté dans les réponses.

2 - 13 réponses sont parvenues sur les 60 questionnaires envoyés, soit un taux de 21,6%. Ce taux de retour est sensiblement identique aux taux des différentes enquêtes que nous avons réalisées précédemment auprès de nos partenaires.

Résultats

1 - Savez vous où se trouve le CDAG de votre région

OUI	5
NON	7
Sans réponse	1

2 - Si oui, comment en avez vous eu connaissance

Centre hospitalier	4
Presse locale	1

3 - Savez vous quoi faire en cas d'exposition accidentelle au sang

OUI	11
NON	1
OUI et NON	1

4 - Si oui, pouvez vous en quelques mots citer les premiers soins à faire d'urgence

Les réponses sont retranscrites de la plus citée à la moins,

Désinfection avec un antiseptique (bétadine, alcool, eau de Javel)	11
Faire saigner	5
Nettoyer à l'eau	4
Consultation médicale (prise de sang évoquée)	4
Consultation à l'hôpital	3
Traitement prophylactique	2
Déclaration de l'AES	2
Contacter le médecin du patient	1
Vaccination hépatite B à jour ?	1
Test HIV 3 mois après	1
Si projection oculaire, lavage	1

5 - En cas d'AES où vous adresser ?

Centre hospitalier	6
C.H ou médecin traitant	3
Sans réponse	4

6 - Avez vous connaissance des modalités de prise de décision d'une prophylaxie

OUI	3
NON	9
OUI et NON	1

Commentaires

1 - Connaissance faible du CDAG, malgré des efforts d'information (réunions, centre hospitalier, plaquettes, presse locale...), celle-ci ne semble pas avoir retenu l'attention des infirmières libérales.

2 - Les AES, des connaissances, mais une mise à jour s'impose, ce qui justifie notre rencontre et le document qui l'accompagne.

3 - Lors de ce type de sollicitation, une plus large participation nous permettrait de mieux nous connaître, hospitaliers et libéraux, afin de partager une culture commune pour une meilleure approche du soin ;

d'échanger des informations et réajuster des connaissances ;

et de participer mieux encore à la cohérence et à la qualité des soins, deux principes j'en suis certain qui nous animent tous, hospitaliers et libéraux.

Annexe 9 : SIAMOIS

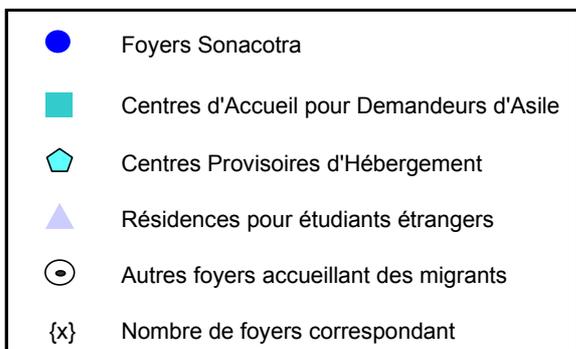
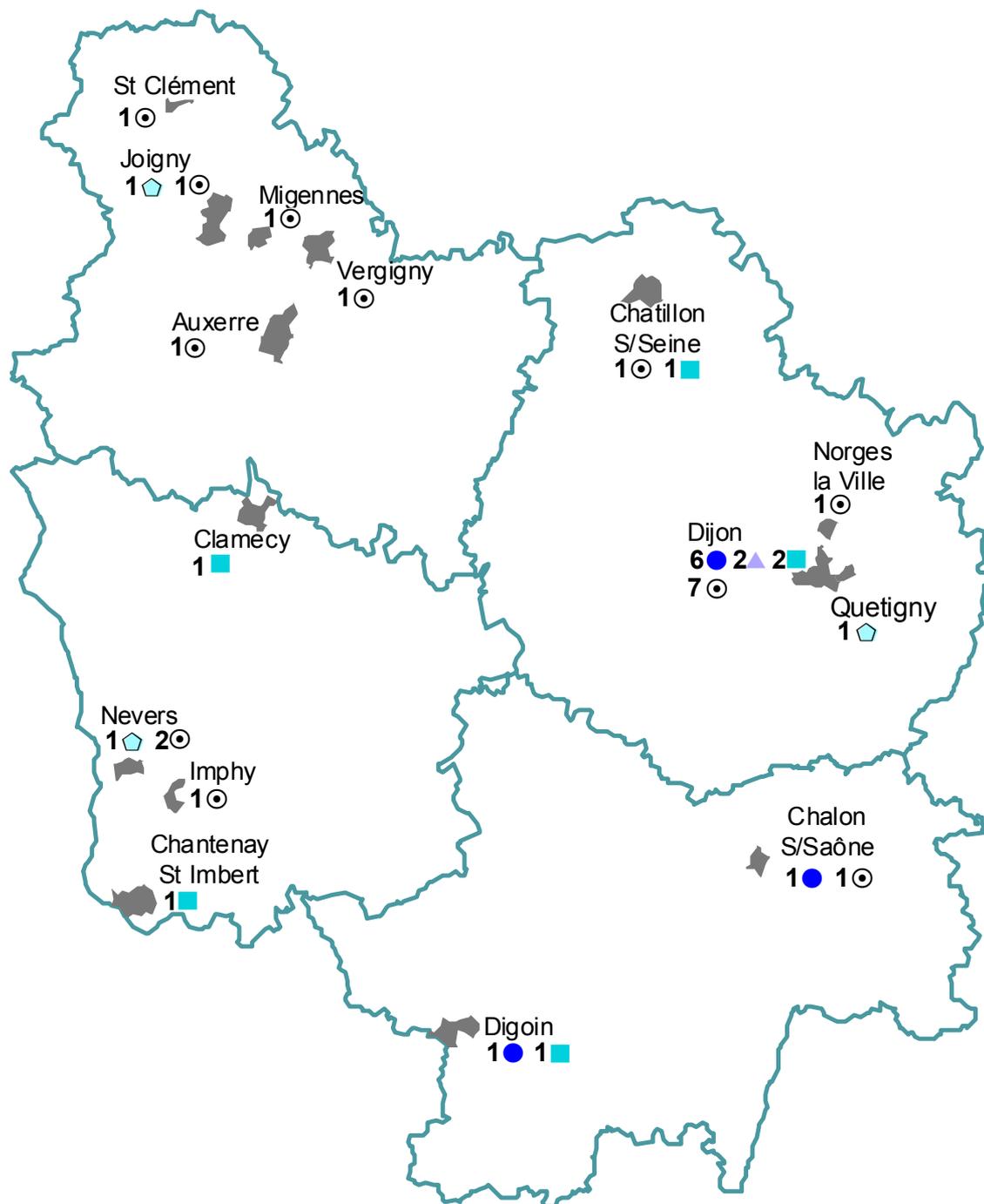
Julien Emmanuelli. Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques

Extrait de : Description, analyse et mise en perspective des données de ventes officinales

de seringues et de produits de substitution en France de 1996 à 1999. InVS. Tomes 1 et 2.

ANNEES	DEPARTEMENTS	nouveaux SIDA chez les UDIV	DC par OD	ILS héroïne	ILS cocaïne	Stéribox	BD 1 ml unité	Paquets BD 1 ml/30	Paquets BD 2 ml/20	Nb usagers sous subutex hypothèse 8 mg
1996	Côte d'Or	3	0	47	3	6570	400	14065	1455	
	Nièvre	2	0	7	0	1653	320	5282	2010	
	Saône et Loire	1	0	110	17	10177	0	13124	2534	
	Yonne	4	2	73	0	11549	0	10566	3783	
	Bourgogne	10	2	237	20	29949	720	43037	9782	
1997	Côte d'Or	0	0	23	8	9184	240	14003	1314	
	Nièvre	1	0	0	0	2415	400	5415	1661	
	Saône et Loire	2	0	55	5	14260	0	13577	2184	
	Yonne	1	0	142	1	14321	240	9948	3709	
	Bourgogne	4	0	220	14	40180	880	42943	8868	
1998	Côte d'Or	2	0	20	3	10645	0	12701	1426	
	Nièvre	1	0	0	1	3993	0	4930	1618	
	Saône et Loire	0	0	10	4	18665	0	13380	2170	
	Yonne	0	0	19	0	18916	80	9545	3064	
	Bourgogne	3	0	49	8	52219	80	40556	8278	
1999	Côte d'Or	0	1	16	6	10620	0	11318	1549	
	Nièvre	1	0	7	0	4965	0	4463	1165	
	Saône et Loire	1	1	23	4	20349	0	12703	1990	
	Yonne	1	0	3	1	19487	80	8372	2042	
	Bourgogne	3	2	49	11	55421	80	36856	6746	

Annexe 10 : Foyers accueillant des personnes migrantes en Bourgogne



Annexe 11 : Prévention VIH dans les structures d'accueil de migrants depuis 1998

Votre structure comprend :

- Un foyer Sonacotra
- Un CADA
- Un CPH
- Autre (préciser) :

TAMPON DE LA STRUCTURE

Caractéristiques de la population accueillie

➤ Région ou pays d'origine les plus fréquents

.....

.....

➤ Votre établissement accueille

- des célibataires des familles des célibataires et des familles

➤ Répartition par sexe et âge des personnes accueillies au 10 mars 2002

	< 18 ans	18-24	25-59	60 et +
Hommes				
Femmes				

Les actions de prévention VIH

➤ Avez-vous mis en place des actions de prévention au cours de la période 1998-2001 ? oui non

↪ si non, pourquoi ?

.....

↪ si oui, comment ?

.....

• où ?

.....

• quand ? (pendant la visite médicale des 3 mois...) :

.....

• Nature des actions (intervenants, interprètes, matériels pédagogiques, mise à disposition de préservatifs, partenariats,...) :

.....

Points de vue sur les actions

- Points positifs

.....
.....
.....

- Points à améliorer

.....
.....
.....

- Une évaluation a-t-elle été mise en place ? oui non

↪ si oui, quelles en sont les conclusions ?

.....

Projets pour l'avenir en terme de prévention VIH

- Avez vous des projets d'actions de prévention ? oui non

↪ si non, pourquoi ?

.....

↪ si oui, reproduction des actions existantes ?

nouvelles actions ?

- Souhaitez-vous travailler avec d'autres partenaires ? oui non

↪ si oui, lesquels et sous quelle forme ?

.....

- Le VIH est-il, selon vous, un problème prioritaire de santé pour le public que vous accueillez ? oui non

↪ si non, quel (s) problème (s) placez-vous comme prioritaire (s) ?

.....