

PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

Comparativement à l'ensemble de la population, les migrants/étrangers, et particulièrement les femmes, payent un lourd tribut à l'épidémie de VIH. L'épidémie affecte essentiellement les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en métropole ou d'Amérique dans les Antilles françaises et en Guyane. La combinaison de multiples facteurs de vulnérabilité entraîne des retards au dépistage ou aux soins. Ces facteurs doivent être pris en compte afin d'élaborer avec les patients et les populations de migrants/étrangers des programmes de prévention et de dépistage adaptés.



Voir aussi Bilan de santé, p. 325

Traitement d'urgence en cas de risque d'exposition au VIH

Rapport sexuel non protégé, rupture de préservatif, piqûre accidentelle (aiguille, rasoir contenant du sang potentiellement contaminé par le VIH), partage de seringue, etc.

Sida Info Service
0800 840 800, 24 h/24

Pour limiter le risque de contamination, il faut se rendre le plus tôt possible après la situation à risque d'exposition au VIH, au mieux dans les 4 heures et au plus tard dans les 48 heures, aux urgences de l'hôpital le plus proche. Le médecin pourra évaluer le risque qui a été pris et la nécessité de débiter un traitement antirétroviral d'urgence.

ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH (SOURCES : INVS, OMS, ONUSIDA)

• **L'infection à VIH-sida est une pandémie mondiale.** En 2013, 35 millions de personnes vivaient avec le VIH (PVVIH), dont 24,7 millions en Afrique subsaharienne. Seulement 12,9 millions de malades avaient accès aux antirétroviraux, alors que 1,5 million de personnes sont décédées de causes liées au VIH, en premier lieu la tuberculose. Si 50 % des adultes vivant le VIH sont des femmes, en 2013, 60 % de tous les nouveaux cas d'infection par le VIH constatés chez les jeunes touchaient les adolescentes et les jeunes femmes, soit près de 1000 jeunes femmes nouvellement infectées chaque jour. En dehors de l'Afrique, les autres régions de développement important de l'épidémie sont l'Asie, l'Amérique latine et l'Europe de l'Est. Le VIH est surtout transmis par voie sexuelle, mais la transmission par voie sanguine (infections, accidents d'exposition au sang, actes de modification corporelle...) et la transmission materno fœtale ne sont pas rares en l'absence de politique de prévention au sein de nombreux pays au système de santé déficient (absence de matériel à usage unique notamment).

• **Environ la moitié des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2011 sont nées en France et un tiers en Afrique subsaharienne,** principalement au Cameroun,



en Côte d'Ivoire, au Congo Brazzaville, en Guinée, en République démocratique du Congo et au Mali. La majorité des femmes (60 %) sont nées en Afrique subsaharienne. Le diagnostic tardif concerne principalement les personnes de 50 ans et plus et les hommes hétérosexuels, nés en France ou à l'étranger. Les hommes et les femmes né(e)s à l'étranger sont davantage concerné(e)s par un diagnostic tardif. Rapporté à la population française, le nombre de diagnostics de sida en 2011 est de 21 cas par million d'habitants. Ce taux est nettement plus élevé en Guyane (216), en Guadeloupe (87) et en Île de France (41). Parmi les personnes diagnostiquées en 2011, 35 % sont domiciliées en Île de France.

• **La proportion des migrants/étrangers dans l'épidémiologie du VIH en France et en Europe traduit en partie la dynamique de l'épidémie dans les pays d'origine**, particulièrement

pour l'Afrique subsaharienne et Haïti qui cumulent les causes politiques et économiques de l'exil et de la migration. La part des personnes venues chercher un traitement inaccessible dans leur pays est très minoritaire. Dans l'observation du Comede, les prévalences les plus élevées sont retrouvées pour les personnes originaires d'Afrique centrale (femmes 32, hommes 14), d'Afrique de l'Ouest (femmes 43, hommes 9), d'Afrique de l'Est (femmes 44) et de Haïti (hommes 15), alors que 89 % des personnes concernées ont découvert leur maladie en France.

Pour en savoir plus sur l'épidémiologie de l'infection à VIH en France :

Institut de veille sanitaire (InVS),
www.invs.sante.fr

SPÉCIFICITÉS ET FACTEURS EXPLICATIFS DE L'ÉPIDÉMIE DE VIH CHEZ LES MIGRANTS/ÉTRANGERS

• **Les facteurs socio-économiques ont une influence déterminante dans les comportements face à la prévention, au dépistage, à l'accès aux soins et à l'observance**

(voir *Exil et santé*, p. 8). Ils se traduisent par :

un accès limité aux actions d'information, de sensibilisation et de prévention ;

un moindre recours au dépistage, qui entraîne un accès plus tardif aux traitements ;

un partage possible des traitements avec des proches, en France ou dans le pays d'origine.

Toutefois, lorsque la prise en charge médico psycho sociale tient compte des facteurs de vulnérabilité des personnes, l'observance et le bénéfice des traitements (diminution des décès, maintien de l'état de santé) sont comparables entre les patients étrangers et français.

Les facteurs socioculturels sont importants, mais peuvent



donner lieu à des interprétations abusives. Un dialogue en confiance permet d'en appréhender la complexité et d'en comprendre les spécificités. Ces facteurs sont en lien avec :

- la place de l'individu dans le groupe social : le groupe (famille, communauté) détermine l'identité et la place de l'individu. Il est parfois difficile pour celui-ci de s'en dégager mais, les éléments culturels n'étant pas figés, l'évolution sociale est toujours possible ;

- la tolérance vis à vis des différences : certains comportements sexuels existants, comme des rapports sexuels avec une personne de même sexe ou la sodomie chez les hétérosexuels, restent peu acceptés dans beaucoup de communautés et sont souvent interdits par la religion ;

- les règles de la vie privée, singulièrement la faible autonomie des femmes dans le couple, qui restreignent leur libre choix dans les pratiques sexuelles et les stratégies de prévention. La plupart du temps, les comportements des migrantes/étrangères s'inscrivent dans un schéma de domination masculine ;

- la structure familiale : les règles du lignage et du mariage, les situations matrimoniales (monogamie, polygamie, lévirat, sororat, *voir Mariages forcés, p. 385*) peuvent influencer l'accès au dépistage, mais doivent être interprétées avec prudence en se gardant de généralisations rapides et abusives ;

- les pratiques initiatiques sexuelles (circoncisions et mutilations sexuelles féminines, *voir p. 38*), qui ne donnent pas non plus lieu à des interprétations univoques en matière de prévention du VIH. La circoncision réduit le risque d'infection à VIH, mais elle confère seulement une protection partielle. Les hommes circoncis ne sont pas pour autant immunisés contre le virus. Il ne faut donc pas faire la promotion de cette intervention de manière isolée, mais en complément d'autres méthodes de réduction du risque : rapports sexuels protégés, diminution du nombre des partenaires sexuels, utilisation correcte et régulière des préservatifs. Les mutilations sexuelles féminines exposent à de nombreuses complications, dont le VIH ;

- les pratiques sexuelles exposant à des lésions génitales féminines importantes (irrigations génitales, « dry sex » destiné à donner plus de plaisir au partenaire), lesquelles peuvent favoriser les infections génitales et le risque de VIH ;

- toutes les religions monothéistes, qui mettent en avant les concepts d'abstinence et de fidélité au sein du couple, ou de la famille polygame, comme modèle de prévention du risque de VIH. Sont ici liées les questions des exigences d'un idéal de foi, des aléas de la vie sexuelle et/ou conjugale et les nécessités de rechercher des alternatives à un modèle idéalisé de prévention inscrivant la réflexion des migrants dans des plans personnalisés de réduction des risques.



• **Certaines difficultés des migrants/étrangers face au VIH-sida en France tiennent aux capacités d'accueil et de prise en charge de notre système de santé**, notamment :

un faible recours par les structures de soins à l'interprétariat professionnel (*voir p. 16*);

un dispositif limité de médiation de santé publique. Issus du groupe social ou communautaire dont ils se sentent proches, les médiateurs de santé publique n'ont pas pour mission de se substituer aux professionnels de la santé et du social, mais d'agir en synergie avec eux, d'assurer le lien dans le cadre du projet préventif et thérapeutique entre les professionnels et les publics concernés, de clarifier et d'interpréter le symbolique requis;

des regards souvent biaisés des acteurs sanitaires et sociaux sur les migrants/étrangers : biais d'interprétation par référence à des a priori sources de préjugés; recherche de recettes parfois stéréotypées; fascination excessive à l'égard des explications magico religieuses ou exotisantes, ce qui renforce une lecture culturaliste et empêche de rechercher d'autres interprétations concurrentes des situations observées.

• **Sida Info Service : numéro vert (gratuit depuis un poste fixe) 0800 840 800, 7 jours sur 7, 24 h/24**

Espace Internet dédié aux personnes séropositives et à leurs proches www.sidainfoplus.fr

• **Crips (centres régionaux d'information et de prévention du sida), coordonnées sur www.lecrips.net/reseau.htm**

Quelques associations d'information et de soutien :

• **Act-Up Paris**, Tél. : 07 82 66 60 47 www.actupparis.org

• **Aides**, Tél. : 0805 160 011 (gratuit depuis un poste fixe)

Fax : 01 41 83 46 49, www.aides.org

• **Arcat**, Tél. : 01 44 93 29 29 Fax : 01 44 93 29 30

www.arcat.sante.org

• **Ikambere**, La maison accueillante, Tél. : 01 48 20 82 60

Fax : 01 42 43 69 92, www.ikambere.com

• **Sida Info Service**, Tél. : 01 44 93 16 16

Fax 01 44 93 16 00, www.sida.info.service.org

• **Sidaction**, Ensemble contre le sida, Tél. : 01 53 26 45 55

Fax : 01 53 26 45 75, www.sidaction.org

• **Sol En Si**, Solidarité Enfants Sida, Tél. : 01 44 52 78 78

Fax : 01 42 38 91 63, www.solensi.org

• **Solidarité sida**, Tél. : 01 53 10 22 22

Fax : 01 53 10 22 20, www.solidarite.sida.org

• **Survivre au sida**, Tél. : 0870 445 368

www.survivreausida.net



PRINCIPES ET MESSAGES DE LA PRÉVENTION DU VIH

• **La consultation médicale demeure un moment privilégié pour une mission de prévention.** Pour les médecins, mais également pour tous les autres acteurs de santé, la prévention n'est pas une option, mais une mission à part entière. Pourtant, dans l'état actuel du système de santé, il leur est parfois difficile de ménager une place pour une médecine qui, en plus de soigner, accompagne et prévient. Si les campagnes institutionnelles et associatives peuvent jouer leur rôle, la parole du médecin relayée par celle de l'infirmière, du travailleur social et/ou du médiateur de santé publique reste essentielle dans la promotion et l'application des comportements de prévention.

• **L'intervention de prévention en consultation médicale individuelle permet d'adopter une stratégie d'information-conseil personnalisée, le counseling,** dont l'efficacité est largement étayée par la littérature. Au delà de l'information sur les modes de transmission, il est nécessaire d'aborder avec la personne sa perception des risques, son attitude à l'égard des préservatifs (masculin/féminin), ses capacités de négociation lors de rapports sexuels, ainsi que ses connaissances sur les facteurs qui déterminent de la prise de risque (*voir supra*), et ce dans le respect de ses représentations de son rapport au plaisir et de ses processus psychologiques. Le soignant peut se faire aider, dans cette démarche parfois complexe, par un interprète professionnel (*voir p. 16*) ou un médiateur de santé publique.

Des pratiques et des risques

embrasser sur la bouche, se caresser, se masturber sont sans risque par rapport au VIH;

les rapports avec pénétration vaginale et anale sans préservatif constituent des pratiques à risque (le risque est majoré s'il existe d'autres infections sexuellement transmissibles ou en cas de saignement);

les préservatifs ont prouvé leur efficacité dans la prévention du VIH et des autres IST, à condition d'être correctement utilisés; la pilule, le stérilet, les spermicides ou le coït interrompu ne protègent pas des IST et du VIH.

plusieurs études ont démontré l'efficacité du TRUVADA® (dci : emtricitabine 200 mg, tenofovir disoproxil fumarate 245 mg) dans la prévention de la transmission du VIH chez les hommes ayant des relations avec des hommes.



• **L'efficacité du préservatif masculin est aujourd'hui admise par la population française, mais sa perception peut différer parmi les migrants/étrangers.**

Un travail d'explication pédagogique et sans fausse pudeur permet d'apporter deux précisions essentielles concernant son efficacité :

le préservatif doit être utilisé lors de chaque rapport sexuel, ce que de nombreux couples tendent à oublier lorsqu'ils s'installent dans une relation durable ;

le préservatif doit être utilisé correctement : pincer le réservoir, ne le dérouler qu'au moment de l'érection, et utiliser des gels à base d'eau.

Mode d'emploi du préservatif masculin en 23 langues

Disponible en albanais, anglais, arabe, bambara, bulgare, nenge tongo, chinois mandarin, créole antillais, créole guyanais, créole haïtien, espagnol, géorgien, kurde, lingala, peul, polonais, portugais brésilien, roumain, serbe, soninké, tchétchène, ukrainien et wolof.

Disponible auprès de l'Inpes, www.inpes.sante.fr

• **D'autres avantages des préservatifs masculins sont utilement présentés :**

il est le moyen plus efficace, tout comme le préservatif féminin, contre la contamination par le VIH et les IST ;

il protège d'une grossesse non désirée (une contraception hormonale chez la jeune femme pouvant être associée pour une prévention plus systématique) ;

il est en latex, donc souple, et peut avoir des textures, des tailles des couleurs ou des goûts différents. En cas d'allergie au latex, il existe aussi des préservatifs en polyuréthane ;

la norme CE, dans les pays de l'Union européenne, en valide la qualité ;

il a une date de péremption explicitement écrite pour protéger l'achat de l'utilisateur ;

certaines centres de prévention et de dépistage (dont les centres de dépistage anonymes et gratuits, les CDAG et les centres d'informations, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, les Ciddist, *guide 2008*) et de nombreuses associations de lutte contre le sida en distribuent gratuitement.

• **Prévention auprès des femmes.** La vulnérabilité particulière des femmes face au risque de contamination par le VIH doit être prise en compte en matière de prévention. Les facteurs de vulnérabilité spécifiques sont physiologiques (risque



supérieur de contamination dans le sens homme/femme en raison du caractère plus contaminant du sperme et d'une plus large surface des muqueuses avec risques de microlésions), et psycho sociaux, souvent mal assumés, liés aux capacités d'autonomie et d'accès à la parole. Pour certaines femmes, dont l'espace de négociation sexuelle est très réduit, la proposition du préservatif au partenaire peut faire soupçonner l'infidélité.

• **Le préservatif féminin constitue un progrès majeur en matière de prévention, car son usage relève en priorité de la volonté de la femme** (distribué gratuitement dans les CPEF, les CDAG et certaines associations; son efficacité dans la prévention des IST est démontrée, mais sa diffusion reste plus confidentielle, en raison de son coût, de son aspect et de modalités d'utilisation semblant complexes au début. Il convient d'expliquer aux femmes mais également aux hommes au sujet du préservatif féminin que :

c'est un outil de prévention dont la femme peut avoir la maîtrise;

cela peut être une alternative lorsque l'homme ne supporte pas le préservatif masculin ou se plaint de troubles de l'érection lorsqu'il doit l'utiliser;

de par sa nature en polyuréthane, il est plus solide que le préservatif masculin et constitue une alternative à celui ci;

il recouvre la vulve, ce qui le rend plus protecteur que le préservatif masculin face aux IST;

il peut être mis avant les préliminaires du rapport sexuel;

sur le plan des sensations, il transmet mieux la chaleur et ne s'échauffe pas lors de rapports sexuels, car il est fortement lubrifié;

il permet également d'ouvrir un dialogue sur l'attitude à l'égard des préservatifs en général.

ATTENTION

Ne jamais utiliser deux préservatifs en même temps, y compris féminin et masculin.

Mode d'emploi du préservatif féminin

Disponible en français, anglais, créole antillais et russe.

Disponibles auprès de l'Inpes, www.inpes.sante.fr

PARTENAIRES ET OUTILS DE LA PRÉVENTION DU VIH

• **Rôle des migrants/étrangers et des associations dans les actions de prévention.** De nombreux programmes ou projets de prévention sont élaborés par la direction générale de la santé DGS, l'Inpes, les CRIPS, les associations de prévention du VIH



en direction des migrants. Les méthodologies utilisées associent les programmes généralistes de la prévention à des approches plus communautaires, pour répondre aux besoins spécifiques des populations migrantes/étrangères. Plusieurs supports de communication et d'information (vidéo, roman photo, site Internet, bande dessinée) ont été utilisés avec le concours des migrants, pour les migrants. Des méthodes innovantes d'intervention auprès des migrants se sont adaptées aux lieux fréquentés notamment par des communautés africaines : salons de coiffure, *n'gandas* (bars restaurants), stades de football...

Pour télécharger et commander gratuitement des outils de prévention du VIH pour les migrants

Inpes, www.inpes.sante.fr

La santé pour tous, un site d'information destiné aux migrants
www.lasantepourtous.com

• **Les professionnels de santé et les associations doivent pouvoir se servir des outils de prévention existants ou aider à les faire connaître au sein de leurs équipes.** Ces différents outils permettent de sortir du discours injonctif réduit à la nécessité « d'utiliser les préservatifs ». Parler des préservatifs masculin et féminin est souhaitable et possible auprès des migrants/étrangers suivis dans les unités de soins de prise en charge du VIH, au besoin à l'aide d'un interprète professionnel, d'une association ou d'un médiateur de santé publique.

PLACE DU DÉPISTAGE DANS LA PRÉVENTION DU VIH

*Dépistage du VIH sida chez la personne migrante/étrangère.
Repères pour votre pratique*

www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/742.pdf

Brochure Après un test VIH, ne laissez jamais vos questions sans réponses...

www.inpes.sante.fr, Réf 3111 06045 DE

• **Au regard des données de dépistage tardif et afin de faire bénéficier les populations migrantes des avancées thérapeutiques, les discours de prévention auprès de ces populations doivent inclure une incitation au dépistage.** Les bénéfices de la prise en charge thérapeutique précoce rendent nécessaire la promotion accrue du dépistage. Le temps



de l'entretien prétest est un moment privilégié pour aborder la prévention en s'appuyant sur les situations d'exposition au risque rapportées par les consultants. L'accord du patient pour la pratique du test est obligatoire dans tous les cas (y compris pour le bilan de grossesse), même si la demande peut être induite par le médecin. Les modalités du test, délai et remise des résultats, doivent être expliquées au patient. En cas d'importantes difficultés de communication linguistique, et faute d'un interprète professionnel, le test ne sera pas proposé.

- **Le test de dépistage Elisa combiné** permet la détection des anticorps anti VIH 1, anti VIH 2 et de l'antigène p24. Le résultat n'est pas immédiat. Un résultat négatif 6 semaines après le dernier risque d'exposition peut être considéré comme signant l'absence d'infection à VIH. En cas de traitement postexposition (TPE), le délai est de 3 mois après la fin du traitement. Le délai requis pour la remise des résultats est parfois nécessaire au travail psychique du patient. Lors de l'annonce, le médecin s'efforce d'accueillir les réactions psychologiques, d'évaluer la compréhension des résultats en demandant à la personne de reformuler ce qu'elle a compris et de prendre en compte leur signification pour le patient. C'est aussi l'occasion de reprendre les éléments de la première consultation et de réévaluer la stratégie de réduction des risques. Un résultat positif doit être confirmé sur un second prélèvement.

- **Le test rapide d'orientation et de dépistage (TROD)** est simple à pratiquer et permet de donner un résultat rapidement (10 à 30 mn) en prélevant une goutte de sang au bout du doigt sur un dispositif unitaire. La lecture et l'interprétation sont subjectives. Depuis novembre 2010, ces tests peuvent être réalisés par des professionnels de santé (médecins, sages femmes, infirmiers) exerçant dans un établissement ou service de santé ou par des non professionnels de santé intervenant dans des associations si celles-ci ont été habilitées par l'agence régionale de santé (ARS) à utiliser des TROD. Pour ce test qui est un peu moins performant qu'un dépistage Elisa combiné réalisé sur une prise de sang, un résultat négatif 3 mois (et non 6 semaines) après le dernier risque d'exposition peut être considéré comme signant l'absence d'infection à VIH. Le TROD est également réalisé par des associations dans une stratégie « d'aller vers » les populations (outreach), l'enjeu actuel étant celui des tests combinés VIH VHB VHC à venir.

- **L'autotest** est un test de dépistage dans lequel le prélèvement, la lecture et l'interprétation sont réalisés par la personne



elle même. Le 22 mars 2013, le Conseil national du sida (CNS) a rendu un avis favorable à sa mise sur le marché français, l'autotest n'étant pas encore commercialisé fin 2014.

• **Le dépistage peut être réalisé dans un CDAG (centre de dépistage anonyme et gratuit) ou un CIDDIST (centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles).** Suite à diverses recommandations, ce dispositif devrait être rénové, notamment en fusionnant ces deux types de consultations (CegiDD : Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des IST), et en expérimentant des structures de type « centres de santé sexuelle ». Il est possible de réaliser un dépistage gratuitement dans les CEPF, les PMI. Il est également possible de faire un test avec ou sans ordonnance (mais, dans ce dernier cas, il n'est pas remboursé) dans un laboratoire d'analyses médicales.

• **Quand faire ou proposer un test ?** Selon les recommandations 2009 de la Haute Autorité de Santé, le dépistage en population générale doit être réalisé au moins 1 fois au cours de la vie sans notion de risque. Le dépistage ciblé et régulier est recommandé pour les populations à risque :

les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes (HSH);

les hétérosexuels qui ont eu plusieurs partenaires dans les 12 derniers mois;

les populations des départements français d'Amérique (Antilles et Guyane);

les usagers de drogues par voie intraveineuse;

les personnes originaires de zones de haute endémie (Afrique subsaharienne et Caraïbes);

les personnes en situation de prostitution;

les partenaires de personnes infectées par le VIH.

• **L'infection à VIH, quel qu'en soit le stade, est une maladie à déclaration obligatoire (DO).** La DO est destinée à la connaissance des différentes formes de la maladie et des populations les plus exposées. La surveillance épidémiologique de l'infection à VIH permet d'améliorer la prévention et la prise en charge médico sociale des personnes concernées et de leur entourage. Lors d'un résultat positif de sérologie au laboratoire, le biologiste doit remplir une fiche de notification composée de 5 feuillets. Il établit le code d'anonymat, complète le feuillet 1, et l'adresse à l'ARS. Il adresse au médecin prescripteur les feuillets 2 et 3 avec les résultats du test conservé et le feuillet 4 au CNR (Centre national de référence du VIH). Il conserve



le feuillet 5 pendant 6 mois. Le médecin doit informer le patient sur la notification obligatoire et la surveillance virologique (participation volontaire pour l'étude des sous types viraux), complète le feuillet 2 qu'il adresse à l'ARS et garde le feuillet 3 pendant 12 mois. Le médecin de l'ARS valide les fiches pour les adresser à l'InVS qui élimine les doublons et ré anonymise lors de la saisie.

• **Place du traitement comme outil de prévention (TasP, traitement as prévention).**

Associé aux autres modes de prévention, le traitement, par son action sur la charge virale, présente un intérêt individuel pour le malade infecté et un intérêt collectif en diminuant le risque de transmission :

le traitement postexposition (*voir supra*);

le traitement de la prévention de la transmission materno fœtale au cours de la grossesse (*voir Soins et accompagnement p. 437*);

le traitement de la primo infection aigüe, période où la personne a une charge virale très élevée;

le traitement précoce des personnes infectées.

L'efficacité du traitement comme prévention a été démontrée dans des situations à risque.

Livrets de santé bilingues en 24 langues

Disponibles en français, albanais, anglais, arabe dialectal maghrébin, arménien, bengali, bulgare, chinois mandarin, créole haïtien, espagnol, géorgien, hindi, kurde, lingala, ourdou, portugais, pular, roumain, russe, serbe, soninké, tamoul, turc et wolof.

Commandes auprès de l'Inpes (diffusion gratuite) :

Inpes, Service diffusion

42, bd de la Libération, 93203 Saint Denis cedex