

Maux d'exil

Billet

Pour une action publique cohérente

La prévention des IST chez les exilés vulnérables n'est aujourd'hui pas en bonne posture, et ce, malgré la mise en place d'un plan national de santé publique, spécifique de la lutte contre les IST et le VIH depuis 2010, prenant particulièrement en compte les populations vulnérables, accompagné du développement récent des technologies et d'orientation diagnostique rapide, comme d'actions délocalisées en dehors des centres de soins ou de dépistage classique.

Le dépistage du VIH, du VHB et du VHC, comme la couverture vaccinale sont toujours inférieurs parmi les étrangers migrants, qui présentent des conditions sociales et économiques défavorables, tandis que les taux d'infection de ces mêmes populations sont nettement supérieurs à ceux rencontrés en population générale. Le non accès aux traitements antiviraux des personnes potentiellement dépistées séropositives au VIH à Saint Georges en Guyane française est ainsi emblématique de la contradiction entre une politique retranchée derrière le contrôle des flux migratoires et l'application des décisions de santé publique néanmoins inscrites à l'agenda.

La nécessité d'une véritable prévention est pourtant bien connue : ne pas se limiter au dépistage, répondre aux difficultés rencontrées par les personnes, à travers l'interprétariat, un véritable bilan de santé, l'accès aux soins et aux droits. Les dispositifs humanitaires, de plus en plus seuls à assurer une prévention globale et une orientation toujours plus ardue, montrent l'urgence de rendre une cohérence à l'action publique et à la solidarité nationale et internationale.

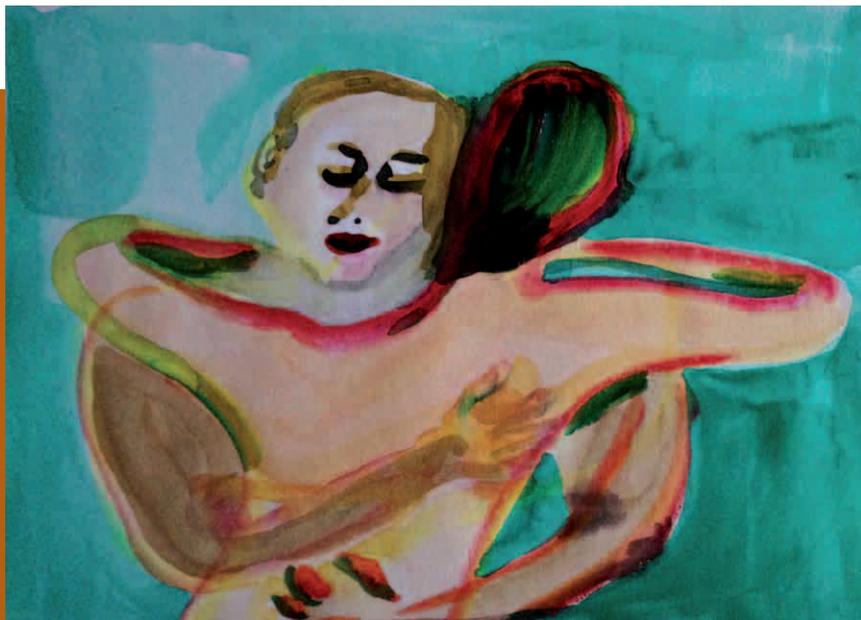
Pascal Revault
Directeur opérationnel
du Comede

DOSSIER: MIGRANTS ET INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Panorama

Prévenir les IST et le VIH chez les migrants

Pierre Czernichow, PUPH de santé publique, Université de Rouen,
Quentin Luzurier, Interne de santé publique et médecine sociale



© André Clouâtre, *Étreinte*, Aquarelle 28 x 38 cm (11 x 15 po), 2013, andreclouatrt.wordpress.com.

> Un plan national contre les IST...

Ce dossier consacré aux Infections Sexuellement Transmissibles (IST) chez les migrants en France vient à point nommé et couvre une question doublement délicate. D'une part, il fait référence aux comportements sexuels, dont l'actualité montre à quel point ils sont encore l'objet de normes sociales étroites, et d'autre part, il concerne un groupe

de la population toujours stigmatisé en période de fantasmes identitaires selon une logique schizophrénique¹.

Dans les objectifs de la loi de santé publique de 2004, les IST étaient abordées par leurs conséquences : VIH (objectif 36), hépatites (objectif 37), gonococcies, syphilis, herpès et Chlamydioses (objectifs 41 & 43), tandis que dans le plan de santé publique publié par le ministère de

la Santé en novembre 2010, la dimension comportementale en cause est plus lisible : sans doute un gage d'une prévention plus efficace.

Un des points forts de ce plan est l'individualisation d'un volet de 12 mesures regroupant 15 actions consacrées spécifiquement aux migrants, déclinant les 5 grands axes du plan. Les arguments épidémiologiques de cette « cible » sont clairs, mais une raison plus générale supplémentaire est ce constat récent que l'état de santé des migrants en France, jusqu'alors considéré comme plutôt favorable en comparaison de la population autochtone, est à présent jugé comme globalement défavorable².

En outre la place des migrants dans certaines infections (la moitié des découvertes de séropositivité à VIH, les trois quarts des prises en charge pour hépatite B³) leur donne un statut de priorité de santé publique plus que celui d'une particularité sectorielle. Toutefois, le mot « migrant » désigne en fait un ensemble de situations très diverses selon l'origine, les parcours et les conditions de vie⁴.

Sans surprise, mais avec pertinence et cohérence, le plan combine des mesures de prévention et de promotion du dépistage, des mesures aussi bien sanitaires que sociales et médicosociales de prise en charge, et un effort d'observation à la fois épidémiologique et du point de vue des sciences sociales. L'orientation communautaire de certaines actions est lisible : à la fois mesures spécifiques des populations migrantes (intervention de médiateurs, appropriation des stratégies de prévention par les femmes migrantes, implication de non-professionnels de santé dans des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique - TROD), de l'infection par le VIH (après formation et habilitation des

structures concernées), développement de l'interprétariat, implication des centres de premier accueil pour les étrangers précaires. Sont également prises des mesures de droit commun : formation des professionnels de santé et des intervenants associatifs, mobilisation des services hospitaliers, des Permanences d'Accès aux Soins de santé (PASS), des PMI...

Un autre atout de ce plan est qu'il ne limite pas ses moyens d'actions à des injonctions unilatérales adressées aux migrants à se plier aux seules pratiques en vigueur en France en matière de santé, à « faire ce qu'il faut »... bref à finaliser en préalable une intégration sociale, souvent hors de portée à court terme. Il s'agit aussi de convaincre (ou de former) l'opinion (ou les professionnels) auxquels les migrants sont quotidiennement confrontés, pour mieux comprendre et faire comprendre, donc mieux proposer, donc mieux faire accepter les propositions de conseils et de soins : en fait la « cible » n'est pas constituée des seuls migrants : c'est de toute la société qu'il s'agit. Cette approche partagée vaut particulièrement pour l'incitation à la prévention et au dépistage, notamment par des actions de communication.

> ... du niveau national au terrain

Comme pour les autres plans de santé publique, l'efficacité du plan de lutte contre le VIH/SIDA et les IST dépend de sa mise en œuvre dans les régions : les ARS ont à s'approprier ce plan national, à en analyser le bien-fondé pour la région et, le cas échéant, à en intégrer tout ou partie dans leur Projet Régional de Santé (PRS). L'exercice n'était pas simple : le plan a débuté l'année même de mise en place des ARS et le chantier des PRS a été ouvert l'année suivante. En outre ce plan figurait parmi de nombreux autres, et dans les six thèmes « prioritaires » affichés par le ministère chargé de la santé pour élaborer ces PRS, ni les migrants, ni les IST n'étaient clairement lisibles.

Une autre difficulté plus générale est l'éclatement des mesures du plan entre les différents schémas d'organisation des PRS. Ainsi, les mesures des axes 1 (prévention, information, éducation pour la santé) et 2 (dépistage) relèvent du schéma de prévention, celles de l'axe 3 (prise en charge médicale) du schéma de l'offre de soins et celles de l'axe 4 (prise en charge sociale et lutte contre les

discriminations) du schéma médico-social. Les mesures de l'axe 5 (recherche et observation) étaient sans doute hors de portée de beaucoup de régions. La cohérence de la démarche de programmation ne pouvait guère se retrouver que dans les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

> IST chez les migrants : des réponses particulières ?

Une autre question ouverte est celle de l'accès aux soins des migrants dont la santé est, on l'a vu, moins bonne. Les données de l'enquête décennale santé 2002-3 suggéraient à ce sujet un écart préoccupant entre les problèmes de santé observés et les réponses apportées, en ce qui concerne les migrants⁵ : moindre dépistage (VIH, hépatite C), moindre vaccination contre l'hépatite B, avec des différences selon les origines et la situation, et plus généralement moindre accès aux soins de ville, s'expliquant principalement par la situation socio-économique défavorable des migrants. Ainsi la question est posée des réponses à apporter aux IST chez les migrants. Il existe certes des réponses « dédiées » : « ciblage » des personnes originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes, préconisé par la Haute Autorité de Santé pour le dépistage de l'infection à VIH, ouverture par un dépistage « hors les murs » des Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit et Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (voir article page 5) préconisée par le rapport Yéni⁶ etc. Mais au fond n'est ce pas surtout la question de l'insertion des migrants dans notre pays par et avec les soins de ville habituels, « non dédiés » qui est posée ? ■

¹ D. Fassin, *La santé des étrangers : une question politique* La Santé de l'homme 2007 ; 392 : 15-17

² État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature C. Berchet, F. Jusot BEH 2012 ; 2-3-4 : 17-21

³ F. Lot, D. Antoine, C. Pioche et coll., *Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'hépatite B* BEH 2012 ; 2-3-4 : 25-30

⁴ C. Hamel, M. Moisy, *Migrations, conditions de vie et santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et origines, 2008* BEH 2012 ; 2-3-4 : 21-24

⁵ P. Dourgnon, F. Jusot, C. Sermet, J. Silva, *Le recours aux soins de ville des immigrés en France Questions d'économie de la santé n° 146, sept 2009, sur le site de l'Irdes*

⁶ P. Yéni, *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH Rapport 2010,*

Maux d'exil - Le Comede

Hôpital de Bicêtre, BP 31, 78 rue du Général Leclerc, 94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex
Tél. 01 45 21 39 32 Fax 01 45 21 38 41
Mél: contact@comede.org
Site: www.comede.org

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION:
Didier Fassin

DIRECTEUR DE LA RÉDACTION:
Arnaud Veïsse

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO:
Gabrielle Buisson-Touboul, Anne Marie Chemali, Estelle D'Halluin et Laure Feldmann

ISSN 1959-4143 - En ligne 2117-4741

IST et facteurs de vulnérabilité chez les patients du Comede

Soraya Belgherbi, Françoise Fleury et Axelle Romby, Médecins, Comede

Le Comede propose systématiquement un bilan de santé aux personnes reçues pour la première fois en consultation médicale. Ce bilan comprend notamment le dépistage du VIH et des hépatites B et C. La Haute Autorité de Santé recommande le dépistage des Chlamydia chez les femmes de moins de 25 ans et chez les hommes de moins de 30 ans en population générale¹. Il n'existe pas de recommandation spécifique pour les populations migrantes et les études sur l'infection dans ces populations montrent une prévalence plus importante chez les migrants et chez les personnes vulnérables^{2,3}. Le Comede avait arrêté le dépistage de la syphilis il y a plus de 10 ans devant un faible nombre de positivité et des difficultés d'interprétation des sérologies en lien avec l'existence du pian (autre tréponématose) dans les pays d'origine des patients. Devant le peu de données disponibles, le Comede s'est posé la question de la situation épidémiologique des patients, ainsi que de l'association de ces infections aux situations de vulnérabilité rencontrées. Une étude prospective a commencé en décembre 2011 au centre de santé du Comede. La participation à l'étude est proposée à toutes les personnes majeures bénéficiant pour la première fois d'une consultation médicale, ayant déjà eu un rapport sexuel et en capacité de donner leur consentement.

> Méthodes et population

Les personnes rencontrent l'enquêteur afin de répondre à un questionnaire et se voient prescrire le dépistage de la syphilis et de *Chlamydia trachomatis*, en plus du bilan de santé du Comede. Le laboratoire ne dispo-

sant pas des tests combinés Gonocoque-Chlamydia, il n'est pas possible de dépister les gonocoques sans engendrer de coût supplémentaire. Le questionnaire recueille des données sociodémographiques (âge, sexe, nationalité, durée de séjour en France, maîtrise de la langue, couverture maladie, etc), des données sur les comportements sexuels et les violences subies, ainsi que certains facteurs de vulnérabilité sociale également recherchés dans l'ensemble des activités du Comede. Les entretiens sont réalisés à l'aide d'un interprète professionnel si besoin. Lors de la 2^{ème} consultation, les résultats du bilan sont remis aux patients, qui sont traités ou orientés en cas de positivité.

Les résultats intermédiaires portent sur 151 hommes prévus inclus et 83 femmes sur les 250 attendues. La population de l'étude, âgée en moyenne de 31 ans (18-65 ans), est originaire d'Afrique centrale (44%), d'Afrique de l'Ouest (27%) et d'Asie du Sud (22%). Il s'agit d'une population récemment arrivée en France (10 mois en moyenne), dont 19% des participants ne parlent ni français ni anglais. Le niveau scolaire atteint est le secondaire pour 47%, l'université pour 29% et le primaire pour 15% d'entre eux. Sur le plan administratif, 39% n'ont pas de titre de séjour, et 60% des titres de séjour provisoires de moins d'un an. Sur le plan social, 14% des patients sont sans abri, 55% vivent chez un tiers de façon précaire, 29% chez un tiers de façon stable et seulement 2% chez eux. Sur le plan de la protection maladie, 91% des patients n'en ont aucune, 6% ont une CMU-c, 2% l'AME et 1% la sécurité sociale

de base. Sur le plan économique, seuls 40% des patients ont des ressources, de nature variée (« travail au noir », allocation, aides de l'entourage) avec une moyenne de 285 euros par mois. Les patients sont également très isolés, 62% n'ont personne à qui se confier, et 57% ne connaissent personne qui puisse les aider dans leurs démarches.

Les analyses univariées montrent un lien entre le niveau d'étude élevé et le fait d'être bénéficiaire de la CMUc, ainsi qu'entre le fait de maîtriser le français ou l'anglais et le fait d'être bénéficiaire de cette protection. Aucun lien n'apparaît entre ces indicateurs et les autres facteurs de vulnérabilité.

> Résultats intermédiaires

Sur le plan de l'activité sexuelle, 63% ont eu des rapports dans l'année précédant l'enquête, avec une moyenne de 3 partenaires dans l'année (1-100 partenaires). Pour 49% d'entre eux, le ou les partenaires étaient nouveaux. Deux pour cent des femmes et 9% des hommes ont déclaré des rapports homosexuels.

Taux de prévalence des IST au Centre de santé du Comede

	Femmes		Hommes		Total	
	n	%	n	%	n	%
Inclus	83	100	151	100	234	100
Bilans	69	83,1	134	88,7	203	86,7
VIH						
Décou.	4	5,8	0	0	4	2
Ancien	1	1,4	0	0	1	0,5
VHB						
Chron.	5	7,2	14	10,4	19	9,4
Guérie	38	55	39	29,1	77	37,9
Vacci.	1	1,4	9	6,7	10	4,9
VHC						
Chlam.	3	4,3	4	3	7	3,4
Syphi.	0	0	0	0	0	0

1 Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010/2014, Ministère de la santé et des sports, novembre 2010

2 M. Prud'homme, J. Boucher, Y. Perriot, E. Feur, MC. Leroux, Prévalence des infections génitales basses à *Chlamydia trachomatis* chez les femmes consultant les Centres de planification familiale du Val-de-Marne, France, 1999 ; BEH octobre 2006.

3 H. Wolff, A. Lourenço, P. Bodenmann, J-B. Dubuisson, *Chlamydia trachomatis prevalence in undocumented migrants undergoing voluntary termination of pregnancy: a prospective cohort study ; BMC Public Health 2008, 8:391*

La majorité des patients ont vécu des événements traumatiques liés à une plus forte probabilité de contracter une IST : 56% ont été en détention ou rétention dans leur pays (51%), en France (1%), les deux (2%), ou dans un autre pays (1%) ; 77% ont subi des violences physiques et 27% des violences sexuelles (12% des hommes et 54% des femmes) ; 5% ont eu des rapports sexuels rémunérés en espèces et 6% en nature (1% ont eu les 2) ; 1% a fait usage de cannabis. Les analyses n'ont pas démontré de lien entre prostitution et facteurs de vulnérabilité sociale. Un lien a été trouvé entre situations de prostitution et antécédents de violences sexuelles. Une ou plusieurs infections au moment du bilan ont été diagnostiquées chez 20 hommes et 14 femmes (voir tableau). Sur les 6 patients porteurs d'une infection à *Chlamydia*, 3 d'entre eux étaient co-infectés (2 par une hépatite B chronique, un par une hépatite C active). Sur ces 6 cas, 3 personnes avaient moins de 25 ans, 3 avaient entre 25 et 35 ans. La probabilité d'être infecté par le *Chlamydia* n'est ici pas corrélée à l'âge. Les analyses n'ont pas montré de lien entre le fait d'être porteur d'une IST et les facteurs de vulnérabilité recueillis.

> Discussion

La population incluse dans cette étude diffère sensiblement de celle reçue par le Comede en 2012 : elle est plus jeune (31 vs 34 ans), et parle davantage français ou anglais (81% vs 56% en 2012). Les personnes originaires d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest sont surreprésentées (71% vs 50%), alors que celles d'Asie du Sud sont sous-représentées (22% vs 33%). Cette sous représentation peut s'expliquer par une nécessité plus fréquente de recours à des interprètes rendant parfois l'inclusion difficile (peu d'interprètes disponibles), et par une proportion plus importante de personnes déclarant ne pas avoir eu de rapports sexuels.

Le questionnaire a été soumis aux personnes par des professionnels de santé n'étant pas leur médecin. Cette situation a offert aux patients une certaine liberté, notamment dans le choix de participer ou non. Les notions de confidentialité et d'anonymat étaient explicitées aux personnes

et les taux de réponses positives sur des questions intimes suggèrent une liberté de parole. Cependant le sujet pouvant être difficile, il est possible que certains chiffres soient sous estimés⁴.

Il est important de noter que les hépatites B et C ne peuvent pas ici être considérées uniquement comme étant des IST, les transmissions mère-enfant, horizontales intrafamiliales et iatrogènes étant importantes dans les pays d'origine des patients. Pour l'hépatite C, le mode de transmission le plus fréquent reste l'exposition à du sang infecté (transfusion sanguine, injection, naissance d'une mère infectée).

Les résultats ont montré un taux relativement faible d'infection à *Chlamydia* (4.3% chez les femmes et 2.2% chez les hommes). Ces résultats sont difficilement comparables avec ceux de la littérature, les populations de migrants incluses dans les études étant différentes (femmes fréquentant un service de planification familiale, ou se présentant pour une IVG). Parmi les hypothèses explicatives : l'âge élevé de la population (31 ans vs 25 ans pour le pic de prévalence retrouvé en population générale en France⁵) et une sidération de la vie sexuelle des patients au long d'un parcours d'exil traumatique, après clairance d'une infection éventuelle antérieure. La comparaison de la population de cette étude à une population primo-arrivante en situation de moindre vulnérabilité permettrait peut être de mettre en évidence un lien entre les IST et les facteurs de vulnérabilité, qui n'a pas été observé ici.

Ces résultats sont provisoires. À ce stade ils ne plaident pas pour ou contre un élargissement des recommandations de dépistage des *Chlamydia* aux migrants de manière systématique après 25 ans, ni pour le maintien d'une recommandation de proposition de dépistage systématique de la syphilis dans cette population. ■

4 AM. Doyle, SN. Mavedzenge, ML. Plummer, DA. Ross, *The sexual behaviour of adolescents in sub-Saharan Africa: patterns and trends from national surveys. Trop Med Int Health.* 2012 Jul;17(7):796-807

5 V. Goulet, B. De Barbeyrac, J. Warszawski, *Enquête nationale de prévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis (volet NatChla de l'enquête CSF 2006). À quelles personnes proposer un dépistage ?, BEH avril 2011.*

LES SERVICES DU COMEDE

www.comede.org - ☎ 01 45 21 39 32

■ MAUX D'EXIL, 4 NUMÉROS PAR AN

Abonnement gratuit et frais de diffusion pris en charge par le Comede. Abonnement et annulation par mail à contact@comede.org indiquant vos noms, activités, et adresses.

■ PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE DROITS, SOUTIEN ET ACCES AUX SOINS ☎ 01 45 21 63 12, du lundi au jeudi, 9h30-12h30.

Soutien et expertise pour l'accès aux soins et l'obtention d'une protection maladie, aux dispositifs de droit au séjour pour raison médicale, et aux autres prestations liées à l'état de santé.

■ PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE MÉDICALE ☎ 01 45 21 38 93, du lundi au mercredi, 14h30-17h30.

Soutien et expertise relatifs aux soins médicaux, à la prévention, aux bilans de santé, et aux aspects médico-juridiques pour le droit des étrangers.

■ PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE SANTÉ MENTALE ☎ 01 45 21 39 31, mardi et mercredi, 14h30-17h30.

Soutien et expertise pour l'orientation et l'accès aux soins en santé mentale. Information et partage d'expérience sur les questions relatives à la clinique de l'exil et au droit au séjour pour raison médicale.

■ FORMATIONS ☎ 01 45 21 63 11

Animées par les professionnels et les partenaires du Comede, les formations portent sur la santé des exilés, le droit d'asile et le droit à la santé des étrangers.

■ CENTRE DE SANTÉ À BICETRE (94)

Consultations médicales, infirmières, psychothérapeutiques et socio-juridiques avec interprète, sur rendez-vous du lundi au vendredi. ☎ 01 45 21 38 40.

■ ESPACE SANTÉ DROIT AVEC LA CIMADE A AUBERVILLIERS (93).

Permanence téléphonique, consultations socio-juridiques et évaluation médico-juridique sur rendez-vous mardi et vendredi. ☎ 01 43 52 69 55.

En 2012, les activités du Comede ont été soutenues par des donateurs privés, et :

- L'Assistance publique des hôpitaux de Paris et le Centre hospitalo-universitaire de Bicêtre ;
- Le Ministère de la Santé, Direction générale de la santé ;
- Le Ministère de l'Intérieur, Service de l'asile ;
- L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ;
- L'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances ;
- Le Fonds pour le développement de la Vie associative ;
- L'Agence régionale de santé IDF et la DT du Val-de-Marne ;
- La Direction régionale de la Jeunesse, des sports et de la cohésion sociale IDF ;
- La Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité IDF ;
- La Caisse régionale d'assurance maladie IDF ;
- La Ville de Paris et la Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé ;
- Le Fonds européen pour les réfugiés ;
- Le Fonds européen d'intégration ;
- Le Fonds de contribution volontaire des Nations-Unies pour les victimes de la torture ;
- Sidaction, Ensemble contre le Sida
- Aides, Médecins sans frontières, la Fondation des entreprises du médicament et le Fonds Inkermann.

En Seine-Saint-Denis

Les CDAG/CIDDIST vers des actions hors les murs

Anne Bianchi, Chantal Mannoni, Robert Matra et Michèle Vincenti-Delmas,

DPAS, SPAS Conseil général de la Seine-Saint-Denis

Le Conseil général de la Seine-Saint-Denis (CG93) exerce en délégations de l'Etat, les activités de dépistage et prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH (CIDDIST-CDAG) dans différents modes de consultations, de dispositifs et d'actions sur le département. Le dispositif général est mis en œuvre par les six centres départementaux de dépistage et prévention sanitaires (CDDPS), et le CDAG (Centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit) où les personnes sont accueillies par des équipes pluridisciplinaires composées d'infirmières, secrétaires, assistantes sociales et médecins. Les consultations médicales, ainsi que les examens de dépistage, et les traitements qui pourraient être nécessaires (hors hépatites et VIH) sont gratuits pour les consultants. Ces activités sont gérées directement par le Service de la Prévention et des Actions Sanitaires (SPAS) au sein du Conseil général. Pour répondre aux besoins observés sur cette problématique des populations qui habitent le département, d'autres dispositifs se sont progressivement mis en place avec des actions délocalisées ou hors structures dans la dynamique « d'aller vers » les populations en difficultés de recours dans les structures habituelles. La consultation de dépistage des IST CIDDIST/CDAG a été mise en place en 2010 au Centre d'accueil et d'orientation (Caso) de Médecins du Monde (MdM, voir article suivant).

> Au Caso de MdM

La population des consultants au Caso est constituée en grande majorité de migrants primo-arrivants, particulièrement des populations indo pakistanaïses et originaires d'Afrique subsaharienne. La population Rrom, qui a été majoritaire, représente aujourd'hui moins de la moitié des populations consultantes.

Les premiers résultats des dépistages du VIH et des hépatites proposés par MdM à leur consultants montraient des prévalences importantes d'infections hépatites B et C qui justifiaient cette consultation spécifique. En mars 2010, une convention a été signée entre le CG93 et MdM pour une consultation de deux heures par semaine au Caso par l'équipe du CDAG du SPAS en accord avec les autorités de tutelle, c'est-à-dire l'Etat (DRASSIF puis ARSIF). Cette consultation hors les murs répondait aux recommandations « d'aller vers » les populations les plus en besoin de ces dépistages. Un après-midi par semaine, une infirmière et un médecin d'un CDAG du Conseil Général de Seine-Saint-Denis se déplacent dans les locaux de MdM pour assurer une consultation sans rendez-vous. Le recours au service de traduction par téléphone est fréquent et précieux. Le lendemain, les prélèvements sont collectés et transportés au laboratoire départemental d'analyses médicales. Les résultats sont rendus aux patients sur rendez-vous la semaine suivante.

Depuis le début des consultations, 558 patients ont eu un bilan biologique d'IST, 159 femmes et 399 hommes. Ceux qui sont asymptomatiques ont un bilan IST complet avec sérologie du VIH, de l'hépatite B et C et de la syphilis, avec pour les patients de moins de 30 ans un dépistage systématique d'infection uro-génitale à chlamydia et gonocoque sur prélèvement du premier jet d'urine chez les hommes et auto-prélèvement vulvo-vaginal chez les femmes. Les patients présentant des symptômes uro-génitaux ont un prélèvement génital et quelquefois un examen cytobactériologique des urines (51 ECBU). En fonction du contexte clinique, d'autres analyses peuvent être prescrites (bilan hépatique, recherche de bilharziose urinaire, test de grossesse, groupe sanguin...). Les pourcentages de recherches positives des différentes IST, sont présentés dans le tableau ci-dessous.

> Dans les foyers de migrants

Les équipes des CDDPS réalisent également des interventions « hors les murs » dans les foyers de travailleurs migrants avec un travail en amont de partenariat local pour préparer l'intervention. Une réunion d'information avec les médiateurs des foyers précède l'action de dépistage des IST qui comprend également des possibilités de mise à jour des vaccinations, et se complète d'un entretien avec un travailleur social pour les personnes qui le souhaitent.

Taux de prévalence des IST à partir du dépistage réalisé au Caso de Médecins du Monde

	VIH	VHB*	VHC	SYPHILIS	CHLAMYDIA	GONOCOQUE**
Femme	4,5% (6/132)	6 % (8/132)	1.5% (2/131)	1.5% (2/129)	7.3% (7/96)	0% (0/39)
Homme	1,6% (6/366)	8.4% (31/368)	6.2% (23/370)	1.1% (4/363)	4.7% (12/251)	17.8% (5/28)
Total	2,4%	7,4%	5%	1,2%	5,5%	17,8%

* Recherche d'antigène HBs positive

** femmes : 23 recherches en culture et 16 dépistage en biologie moléculaire couplé avec celui de chlamydia réalisé depuis Aout 2012 hommes : 8 recherches en culture et 20 dépistages en biologie moléculaire.

LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST) SONT DUES À DIFFÉRENTS MICRO-ORGANISMES,

responsables de manifestations cliniques variées. L'infection peut être asymptomatique pendant une période plus ou moins longue d'où le nom d'IST qui s'est substitué ces dernières années à celui de maladie sexuellement transmissible (MST). Certaines IST ont une incubation silencieuse mais contagieuse assez longue, d'autres se manifestent d'emblée avec une symptomatologie aigüe. La limite avec les infections uro-génitales non sexuellement transmissibles n'est pas toujours claire en raison de l'absence de spécificité des symptômes et d'infection mixte possible. Les principaux agents responsables d'IST et leur contexte clinique sont :

Infections le plus souvent asymptomatiques / dépistage :

1. VIH
2. VHB, infection et hépatite chronique B
3. VHC, infection et hépatite chronique C
4. Syphilis
5. Chlamydia
6. Gonocoque

• Infections souvent symptomatiques :

* *Leucorrhées ou uréthrite*

1. Chlamydia
2. Gonocoque
3. Mycoplasme
4. Trichomonas
5. Déséquilibre de la flore commensale

* *Rectites (Lympho-granulomatose vénérienne)*

1. Chlamydia
2. Gonocoque

* *Ulcérations*

1. Herpès
2. Syphilis
3. Lympho-granulomatose vénérienne
4. Chancre mou
5. Donovanose

* *Condylomes*

Par définition, la transmission d'une IST se fait par voie sexuelle, mais dans de rares cas elle peut être manuellement ou se localiser au niveau des muqueuses buccales et se transmettre lors de simples préliminaires. Enfin, des infections non définies comme sexuellement transmissibles peuvent le devenir. C'est le cas de l'hépatite C lors de pratiques sexuelles traumatiques avec saignements. Dans la majorité des cas, la transmission de l'hépatite C n'est pas sexuelle et elle se fait par l'intermédiaire d'aiguilles ou autres dispositifs invasifs contaminés ou de la mère à l'enfant.

Sur 4 actions menées en 2011 et 2012 dans des foyers, les équipes ont pu proposer des bilans IST et des dépistages à environ un quart des populations hébergées dans les foyers ; la prévalence observée des hépatites est là aussi extrêmement préoccupante avec des taux entre 15% et 24% d'hépatite B actives dépistées et entre 2 et 5% pour l'hépatite C.

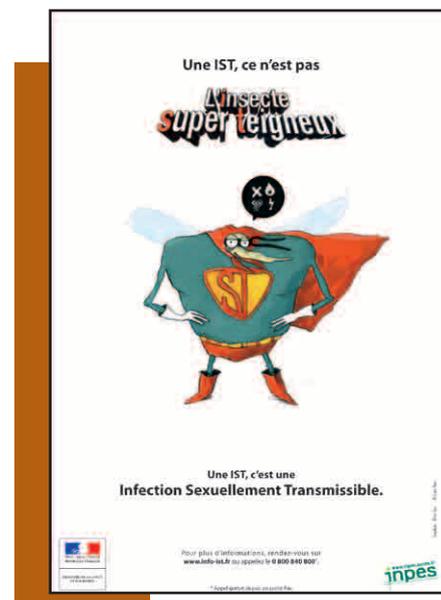
Ces chiffres sont à mettre en perspective avec d'autres résultats observés sur les consultations CDAG/CIDDIST du Conseil Général de Seine Saint Denis voire de données de prévalence générale concernant ces pathologies. Les chiffres de prévalence retrouvés dans la population dépistée au Caso comme dans les dépistages foyers sont très significativement supérieurs aux taux retrouvés dans les consultations CIDDIST/CDAG du département, que ce soit pour le VIH (0,55% de tests positifs en 2012), l'hépatite B (2,21%), l'hépatite C (1%) et la syphilis (0,42%). On observe cependant dans ces populations des taux inférieurs pour les chlamydiae (versus 11% de tests positifs en 2012), et nous manquons de recul pour l'analyse des infections à gonocoque qui sont néanmoins présentes chez les hommes.

A l'échelle du département de la Seine-Saint-Denis et de l'Île de France, les taux de prévalence estimés sont de 0,45% et 0,44% pour le VIH, 1,6% pour Hep B et 0,84% pour Hep C (IDF).

> Intégrer le dépistage des IST dans un bilan de santé

Après bientôt trois ans d'existence, ce bilan montre la nécessité de telles actions délocalisées qui touchent les personnes qui peuvent présenter des niveaux de risque élevé et qui ne se rendent habituellement pas dans les centres de dépistage traditionnels. Les liens tissés avec les services hospitaliers correspondants permettent également de mettre en place les orientations et les prises en charge efficaces pour ces personnes qui présentent le plus souvent des difficultés de prise en charge. Les connaissances épidémiologiques dans ce domaine confirment la prévalence majeure des infections VIH et des hépatites B et C dans les populations migrantes issues de pays d'endémie.

Un numéro récent (janvier 2012) du bulletin



épidémiologique hebdomadaire (BEH) de l'institut de Veille sanitaire est consacré à la santé des migrants ; il souligne les difficultés d'accès aux soins et à la prévention de cette population, mais surtout l'accroissement d'un certain nombre de problèmes de santé pour ces personnes, avec un risque particulièrement élevé vis-à-vis de 3 pathologies infectieuses que sont le VIH, La tuberculose et l'hépatite B : aujourd'hui en France, respectivement 75%, 50% et 48% des cas d'hépatite B, de tuberculose et de VIH sont observés chez des personnes d'origine étrangère. Actuellement, une seule consultation au Caso se révèle insuffisante, ce qui interroge sur la perspective d'une seconde consultation et d'un élargissement de l'offre de dépistage de la tuberculose, pathologie également plus fréquente sur ces populations.

Avec le recul de plusieurs actions menées dans les foyers ces trois dernières années, le bilan est très positif, les actions sont bien perçues, et les résultats confirment le bénéfice de ces dépistages pour les populations de migrants. ■

Bibliographie

1. M. Janier, (Coordinateur), *Les maladies sexuellement transmissibles*, Abrégés Masson, Octobre 2009.
2. *Bulletin des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST)*, Rénago, Rénachla et RésIST, Données au 31 décembre 2011.
3. D. Lot, D. Antoine et coll., *Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'Hépatite B*, BEH 2-3-4, 17 janvier 2012.

**A Médecins
du monde**

VIH, IST, hépatites : le combat doit continuer

Jean-François Corty et Marie-Dominique Pauti, *Directeur des Missions France et Coordinatrice des actions de prévention VIH/hépatites/IST/ Tuberculose, Missions France, Médecins du Monde*

En France, les populations migrantes et/ou précaires sont des populations vulnérables face à des pathologies infectieuses comme le VIH ou les hépatites. Les personnes nées à l'étranger payent un lourd tribut à l'épidémie VIH : 47% des patients ayant découvert leur séropositivité en 2010 sont de nationalité étrangère¹. Les prévalences des hépatites B et C sont respectivement 3 et 3,5 fois plus élevées chez les bénéficiaires de la CMUC que chez les non bénéficiaires². Mais peu de données existent quant à la prévalence des IST dans ces populations³.

> Les programmes de Médecins du Monde

Les programmes de MdM constituent des lieux privilégiés pour mener des actions de prévention et lutter contre les occasions manquées de dépistage. La population reçue dans nos centres de soins est à 94% étrangère, et parmi les étrangers, 72% sont en situation irrégulière ; 99% des patients vivent sous le seuil de pauvreté.

Pour renforcer la prévention du VIH, des hépatites et des IST et améliorer l'accès au dépistage et aux soins pour la population rencontrée dans les Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation (Caso) et les actions mobiles, un dépistage est proposé systématiquement aux nouveaux patients, après un entretien de prévention individualisé, avec recours à l'interprétariat professionnel si nécessaire. Les médiateurs de santé publique participent à ce projet. Des conventions sont signées avec des laboratoires ou des CDAG avec lesquels nous menons des actions de dépistage « hors les murs », un des objectifs étant de faire découvrir les CDAG et leur fonctionnement. Les personnes en situation de précarité sociale et administrative sont en effet celles qui connaissent le moins bien les CDAG⁴.

Les prévalences du VIH, des hépatites B (Ag Hbs+) et C parmi 1 700 patients

dépistés en 2011 dans nos 2 Caso d'Ile de France⁵ sont respectivement de 2,3%, 6,7%, et 5,3%, soit respectivement 11, 10 et 6 fois plus que la moyenne en population générale. Sept-cent-quat-vingt-un dépistages de la Syphilis et 500 dépistages des chlamydiae ont été pratiqués parmi les patients rencontrés dans 4 programmes de MdM entre 2008 et 2011 grâce aux partenariats avec les CDAG. La prévalence des chlamydiae (3.6%) est équivalente à celle retrouvée dans les laboratoires privés qui traitent les prélèvements demandés par des praticiens libéraux (3,8%), mais inférieure à celle retrouvée (9,4%) dans ceux qui traitent les prélèvements de structures tels que les CDAG⁶. La prévalence de la Syphilis (2.8%) est par contre particulièrement élevée : dans l'étude réalisée dans les CDAG parisiens en 2002⁷, la prévalence de la syphilis parmi les hétérosexuels multipartenaires était de 0,29%, et de 2,62% chez les homosexuels masculins.

> Les TROD, actions innovantes pour favoriser les dépistages

Depuis 2010, nous avons mis en place des dépistages à l'aide de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) du VIH 1 et 2 dans 6 programmes. Pour les équipes de MdM, le TROD n'a pas vocation à remplacer les tests classiques de dépistage, mais à offrir une nouvelle opportunité de

dépistage aux populations les plus exposées qui ont peu accès aux dispositifs de dépistage classiques et aux dispositifs de soins et d'information. L'ignorance des systèmes de soins et de droits, la barrière de la langue, le contexte de répression policière à l'encontre des étrangers en situation irrégulière et des personnes se prostituant, sont autant de facteurs qui renforcent les difficultés et augmentent les prises de risques.

PRÉCISIONS AU SUJET DU TÉMOIGNAGE DE L'OBSERVATOIRE CITOYEN DU CRA DE VINCENNES PARU DANS MAUX D'EXIL N°38.

Tout d'abord une correction : c'est la Préfecture de Police de Paris et non la Police aux frontières qui dirige les trois centres de rétention de Vincennes. Par ailleurs, notre appréciation de nos relations avec l'Assfam comme du comportement des policiers se trouve à ce jour (fin février 2013) dépassée. Aujourd'hui des contacts précieux existent avec l'Assfam – qui nous permettent parfois de mieux connaître les retenus que nous rencontrons et d'être plus efficaces pendant et/ou après les entretiens. Quant à l'attitude des policiers, elle s'est améliorée vis-à-vis des visiteurs : moins de questions sur notre appartenance éventuelle à une association, moins d'écoutes volontaires de nos entretiens avec les retenus auxquels nous pouvons maintenant remettre les adresses d'associations d'aide juridique ou médicale. La confidentialité reste inexistante car toutes les visites se font dans la même pièce en présence de policiers. Précisons enfin que la médicalisation est importante pour de nombreux retenus et crée des dépendances qui ne sont pas prises en charge à la sortie du CRA. Pour en savoir plus : <http://cra123vincennes.blogspot.fr>

¹ BEH 43-44/29 novembre 2011

² InVS, CnamTS, Cetaf, « Prévalence des hépatites B et C en France en 2004 », Rapport InVS, 2007

³ InVS « Infections sexuellement transmissibles : il faut poursuivre la surveillance et la prévention », BEH, 2011, n° 26-27-28

⁴ Inpes, « Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements. », juin 2007

⁵ Les autres programmes adressent les patients vers des CDAG dont ils n'ont pas toujours de retour anonymisé exhaustif

⁶ Idem 3

⁷ E. Couturier, et al. « Évaluation de l'action d'incitation au dépistage de la syphilis dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit » InVS, 2005

Sur 571 TROD VIH pratiqués entre 2010 et 2012 dans les 6 programmes, 11 sont positifs soit une prévalence de 1.9%. L'équipe de Cayenne a réalisé la majorité de ces TROD (354), et la prévalence est à 2.5 % (9 TROD positifs).

Devenant l'autorisation légale de proposer les TROD VHC, et compte tenu de l'urgence de santé publique que constitue l'épidémie d'hépatite C chez les usagers de drogues, la mission de réduction des risques de Bayonne propose aux usagers des dépistages à l'aide de TROD VHC depuis 2012.

> L'exception guyanaise

La Guyane est le département français le plus touché par le VIH, en situation d'épidémie généralisée selon l'OMS. Plus qu'en métropole, le département fait face à d'importants retards au dépistage, de nombreux patients « perdus de vue », des recours tardifs aux soins.

Face à ce contexte d'urgence, et sans attendre la parution de l'arrêté du 9 novembre 2010⁸, la mission France Guyane de MdM a proposé dès février 2010 des TROD VIH aux patients reçus dans son CASO à Cayenne. Depuis, les TROD sont proposés lors de missions mobiles, dans les quartiers défavorisés de l'île de Cayenne.

MdM veut développer ses actions dans l'Est guyanais, à St-Georges de l'Oyapok, ville frontalière avec le Brésil. Or il est impératif, en cas de positivité du TROD, d'avoir

une confirmation puis une prise en charge thérapeutique. Mais les anti-rétroviraux ne sont pas disponibles à St-Georges. En raison de l'existence au sein du territoire guyanais de barrages de la Police Aux Frontières, notamment entre St-Georges et Cayenne, limitant les déplacements des personnes en situation irrégulière, les personnes ne pouvant obtenir un « laissez-passer » pour traverser le barrage ne pourront prétendre à une prise en charge sur le territoire français. Considérant la volonté actuelle des institutions de santé (financement spécifique institutionnel obtenu et accord de l'ARS quant à l'extension géographique de notre action) de rendre le dépistage accessible à tous, les obstacles administratifs, liés pour beaucoup à des politiques sécuritaires, nous semblent en totale contradiction avec une politique de santé publique cohérente et efficace.

> Impact des aspects sécuritaires sur la santé publique

Ces dernières années resteront pour l'accès à la prévention et aux soins en France une étape supplémentaire dans la stigmatisation et le rejet des plus vulnérables, en particulier les étrangers en situation irrégulière. Ils ont encore dû faire face aux nouvelles stratégies de la politique migratoire : le climat instauré entraîne une baisse des recours à la prévention et aux soins, et la relégation accrue des populations dans des lieux retirés où il est plus difficile de leur venir en aide. La loi du 16 juin 2011 a vidé de son contenu le droit au séjour pour raison médicale des étrangers gravement malades, en conditionnant l'obtention de ce droit à l'absence de traitement approprié dans le pays d'origine, et non plus à son accès effectif.

En 2012, dans le contexte de l'alternance politique, nous notons des signes en faveur d'un changement d'approche notamment la suppression du droit de timbre à l'AME. Mais les organisations qui composent l'Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers (ODSE)⁹, constatent que les refus de séjour pour des personnes étrangères séropositives au VIH se multiplient.

MdM demande le rétablissement de la protection des étrangers gravement malades qui n'ont pas un accès effectif aux soins dans leur pays d'origine, en revenant à la



législation de 1998 en la matière. Dans cette attente, MdM demande l'application effective de l'instruction de la Direction Générale de la Santé du 10 novembre 2011 relative aux recommandations données aux médecins des Agences Régionales de Santé pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades qui rappelle que : « dans l'ensemble des pays en développement, il n'est pas encore possible de dire que les personnes séropositives peuvent avoir accès aux traitements antirétroviraux ni à la prise en charge médicale nécessaire pour les porteurs d'une infection par le VIH » et dans son annexe 2 : « Les moyens nécessaires à un suivi efficace et adapté (des hépatites B et C) ne sont habituellement pas accessibles dans l'ensemble des pays en développement. »¹⁰



8 Arrêté fixant les nouvelles conditions de réalisation des TROD et qui autorise les personnels d'associations impliquées en matière de prévention sanitaire à proposer ces tests, selon un cahier des charges bien défini.
9 L'ODSE est composé de : Act Up Paris, AFVS, Aides, Arcat, Catred, Cimade, CoMeGAS, Comede, Créteil-Solidarité, Fasti, FTCR, Gisti, LDH, Médecins du monde, Médecins sans frontières, Mouvement français pour le planning familial, MRAP, PASTT, Asso. Primo Levi, Sida info service, Solidarité sida.
10 Recommandations établies dans le cadre des travaux du comité national de suivi et de prospective du plan national de lutte contre les hépatites B et C (2009-12).