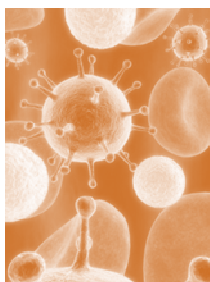


CHAPITRE 1

MALADIES INFECTIEUSES

TROIS MALADIES INFECTIEUSES CHRONIQUES SONT RETENUES : TUBERCULOSE, HÉPATITES VIRALES, VIH/SIDA, NOTAMMENT DU FAIT QU'ELLES FONT PARTIE DES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE COMPORTANT UN TRAITEMENT PROLONGÉ ET UNE THÉRAPEUTIQUE COÛTEUSE. D'AUTRES PATHOLOGIES PEUVENT AVOIR DES CONSÉQUENCES À MOYEN ET LONG TERME, COMME, PAR EXEMPLE, LES INFECTIONS À *CHLAMYDIAE* ET LA STÉRILITÉ QU'ELLES PEUVENT INDUIRE, MAIS ON NE DISPOSE PAS "EN ROUTINE" DE DONNÉES À LEUR SUJET.



TUBERCULOSE

FAITS MARQUANTS EN BOURGOGNE

Chaque année :

	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne
Nouveaux cas déclarés	46	37	31	36	150
Nb de personnes en ALD	73	55	67	136	331
Nb séjours hospitaliers	54	35	45	39	173
Nb enquêtes CLAT	34	19	47	27	127

Sources : InVS, ChamTS, Atih-PMSI, ARS - CLAT exploitation ORS

CONTEXTE NATIONAL

La tuberculose est une maladie contagieuse qui se propage par voie aérienne. Seules les personnes dont les poumons sont atteints peuvent transmettre l'infection en projetant dans l'air les germes de la maladie, appelés bacilles tuberculeux. Il suffit d'en inhaler quelques-uns pour être infecté. La forme pulmonaire de la tuberculose est largement dominante. Les principaux signes permettant de suspecter la présence de la maladie sont une toux chronique, une fièvre persistante avec sueurs nocturnes, des émissions de sang lors de la toux et une perte de poids. D'autres localisations de l'organisme peuvent être atteintes que l'on appelle des "tuberculoses extra-pulmonaires". Les symptômes des localisations extra-pulmonaires : osseuse, ganglionnaire, séreuse, urogénitale, etc., sont peu spécifiques (1).

En l'absence de traitement, une personne atteinte de tuberculose évolutive peut infecter en moyenne 10 à 15 autres personnes en l'espace d'une année. Les sujets infectés dont le système immunitaire est affaibli sont plus susceptibles de développer la maladie (2).

Selon les données 2010 de l'OMS, un tiers de la population mondiale est actuellement infecté. De 5 à 10 % des sujets infectés (non infectés par le VIH) développent la maladie ou deviennent contagieux au cours de leur existence (2). L'Europe présente un fort gradient ouest-est d'incidence et de mortalité, avec dans les pays d'Europe de l'Est, des taux beaucoup plus élevés (3).

En France, l'incidence globale, de 8,3 cas pour 100 000 habitants en 2009, cache de fortes disparités régionales, liées aux répartitions différentes des populations à risque. Après des décennies de baisse régulière et importante, la diminution de l'incidence^a de la tuberculose s'est ralentie au début des années 1990. Le VIH/Sida aggrave le risque d'infection. Le risque de co-infection avec le VIH/sida et la multiplication des souches résistantes au traitement font de la tuberculose un enjeu de santé publique (1).

^a Le système de surveillance épidémiologique de la tuberculose repose sur le système de déclaration obligatoire, dont le degré de sous-déclaration a été évalué à 35 % au début des années 2000 (contre 50 % en 1992), incitant à la prudence pour l'interprétation des résultats (28).

MORBIDITÉ

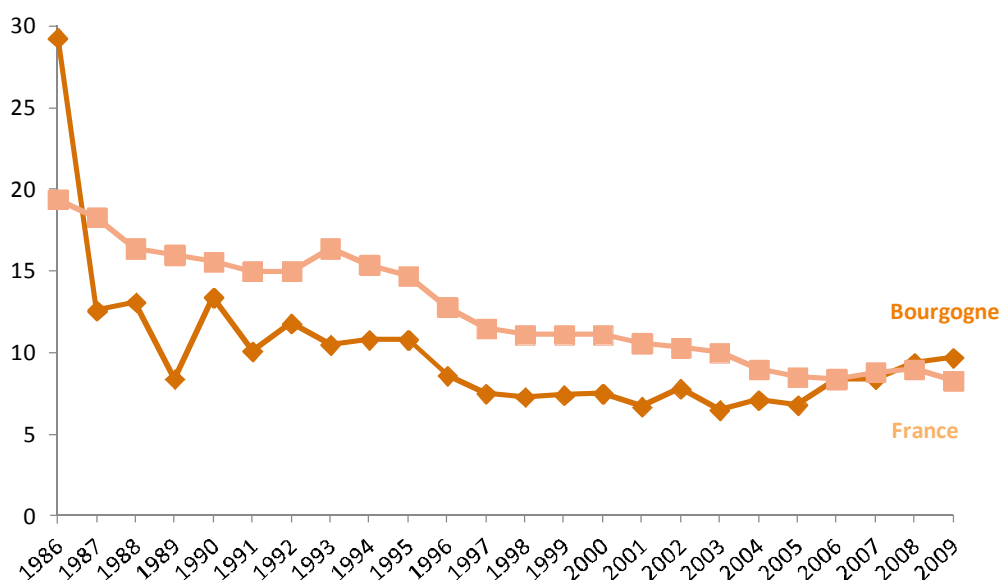


DANS LA RÉGION, L'INCIDENCE, QUI DIMINUAIT DEPUIS LE MILIEU DES ANNÉES 1990, TEND À AUGMENTER DEPUIS 2001

En moyenne, 150 nouveaux cas de tuberculose sont déclarés chaque année en Bourgogne (2007-2009). Le taux d'incidence a augmenté progressivement depuis 2001, pour dépasser le taux national en 2009.

Le taux d'exhaustivité national de la déclaration obligatoire a été évalué à 50 % en 1992-1993, avec des variations importantes : de 27 % à 68 % entre les 15 départements inclus dans l'étude. La Cire Bourgogne Franche-Comté réalise actuellement une étude pour estimer le taux d'exhaustivité des deux régions en 2009-2010.

TAUX D'INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE EN BOURGOGNE ET EN FRANCE DE 1986 À 2009 TAUX POUR 100 000 HABITANTS



Sources : Invs, exploitation ORS

Sur la période 2006-2008 en Bourgogne, près de deux tiers des tuberculoses (64,4 %) sont pulmonaires, 23,4 % sont extra pulmonaires et 12,2 % sont mixtes (pulmonaires et extra pulmonaires). Cette répartition des formes de tuberculose diffère peu de celle observée dans l'ensemble des régions françaises. (60 %, 26,5 %, 13,7 %).

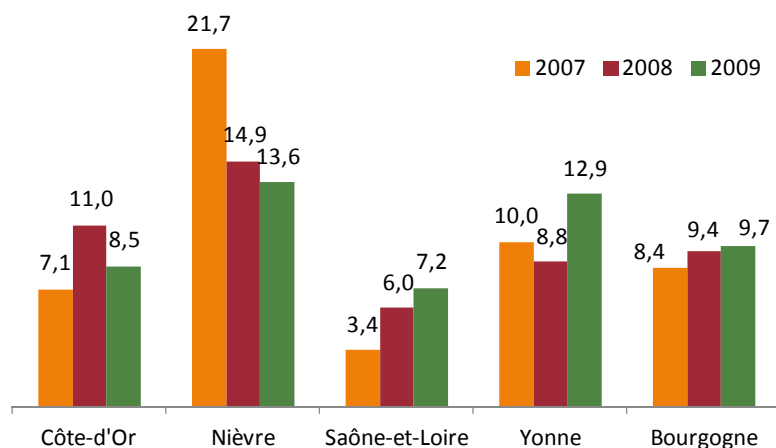
DES DISPARITÉS DÉPARTEMENTALES TANT DANS LE NOMBRE DE NOUVEAUX CAS DÉCLARÉS, QUE DANS LA RECONNAISSANCE DE L'ALD

Avec 16,7 nouveaux cas pour 100 000 habitants en moyenne par an, la Nièvre présente un taux d'incidence presque deux fois supérieur à la moyenne nationale (8,7).





NOMBRE DE CAS DE TUBERCULOSE DÉCLARÉS POUR 100 000 HABITANTS PAR DÉPARTEMENT EN 2007-2009



Sources : Invs, exploitation ORS

Chaque année en moyenne, 330 Bourguignons sont en ALD pour tuberculose active (ou lèpre) (période 2008-2010). Le taux de prévalence varie selon les départements de 14,7 pour 100 000 en Côte-d'Or à 21,1 dans la Nièvre.

Dans plus de quatre cas sur dix (46 %), les personnes en ALD pour tuberculose ont entre 45 et 74 ans.

NOMBRE DE PERSONNES EN ALD POUR TUBERCULOSE EN 2008-2010 PAR DÉPARTEMENT (MOYENNE ANNUELLE)

Département	Moyenne annuelle	Taux / 100 000
Côte-d'Or	73	14,7
Nièvre	55	21,1
Saône-et-Loire	67	17,3
Yonne	136	20,2
Bourgogne	331	17,6

Sources : URCAM, DRSM, ARCMSA Bourgogne

LE RECOURS AUX SOINS HOSPITALIERS RESTE STABLE

Entre 2005 et 2009, on a compté, en moyenne, 170 séjours hospitaliers de courte durée, par an, motivés par la tuberculose.

La fréquence des séjours hospitaliers augmente avec l'âge : 45 % des hospitalisations pour tuberculose ont lieu après 64 ans.

PLUS D'1 PATIENT ATTEINT SUR 100 DÉCÈDE CHAQUE ANNÉE

Entre 2007 et 2009, on a compté 5 décès annuels ayant pour cause principale la tuberculose en Bourgogne.



DÉTERMINANTS ET FACTEURS DE RISQUE

Les facteurs de risque de la tuberculose sont :

- la grande précarité, notamment les personnes très mal logées (habitat indigne) ou sans domicile fixe ;
 - l'exposition au bacille de la tuberculose dans la première moitié du 20^{ème} siècle (à un moment où le taux annuel d'infection était beaucoup plus élevé) chez les personnes très âgées ;
 - la provenance de pays, notamment d'Afrique subsaharienne, où le taux annuel d'infection est actuellement encore très élevé ;
 - et, dans une moindre mesure, l'immunodépression, notamment chez les personnes atteintes par le VIH.
- des consultations médicales avec suivi des patients et délivrance des médicaments antituberculeux, en particulier pour les personnes en rupture de couverture sociale ;
 - le dépistage avec enquêtes dans l'entourage des cas^b d'une part, la réalisation d'actions ciblées de dépistage d'autre part ;
 - des actions de prévention primaire, notamment ciblées pour des groupes à risque ;
 - et la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG dans les groupes à risque.

MOYENS MOBILISÉS

LES CENTRES DE LUTTE ANTI-TUBERCULEUSE : DES MISSIONS DE DÉPISTAGE, DIAGNOSTIC, TRAITEMENT

Depuis la recentralisation des compétences en matière de lutte antituberculeuse, intervenue le 1^{er} janvier 2006, en application de la loi relative aux libertés et aux responsabilités locales du 13 août 2004, la lutte antituberculeuse relève de la responsabilité de l'État et donc des préfets de Département. Ceux-ci passent convention avec les Conseils généraux qui souhaitent garder la compétence, ou habilite des établissements de santé quand les conseils généraux ne le souhaitent pas (3).

La coordination départementale est assurée par les centres de lutte antituberculeuse (Clat) qui réalisent :



^b *Tout cas de tuberculose maladie doit déclencher une enquête à la recherche des sujets -contacts, afin qu'ils bénéficient d'un dépistage. Ce dépistage est réalisé par les CLAT et déclenché par la procédure de signalement immédiat.*
« Dépistage et diagnostic précoce : la tuberculose (2/2) », Inpes.
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1183.pdf>





L'ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE EN BOURGOGNE (4)

En Côte-d'Or	Dans la Nièvre
<p>L'État a repris le suivi de la lutte contre la tuberculose et en a confié la gestion au CHU de Dijon.</p> <p>Le centre antituberculeux et de vaccination dispose d'un équipement complet de radiologie numérique, d'une salle de consultation pour la tuberculose, un bureau dédié aux vaccinations dont le BCG, un autre destiné aux entretiens avec les patients.</p> <p>Implanté dans les locaux du CG, il se trouve à proximité de nombreux services du conseil général dédiés aux services sociaux et à la personne (PMI-centre de planification, CDAG/CIDDIST, Service social).</p>	<p>La situation et la disposition des locaux du CLAT de Nevers sont bien adaptées à la lutte contre la tuberculose. Le CLAT de Nevers est situé depuis 2003 dans les locaux de la maison de Prévention, réunissant le centre de planification familiale, le centre de dépistage du cancer du sein, le centre de vaccination et le CDAG.</p>
En Saône-et-Loire	Dans l'Yonne
<p>La lutte contre la tuberculose s'articule autour du service de santé publique* du centre hospitalier de Chalon-sur-Saône, et de 4 antennes CLAT insérées dans les services de pneumologie des centres hospitaliers de Mâcon, Montceau-les-Mines, Paray-le-Monial et Chalon-sur-Saône. Le service coordinateur composé d'un médecin et de 2 infirmières, fonctionne comme une unité mobile.</p> <p><i>*Ce service regroupe CLAT, centre de vaccination et VIH-Sida.</i></p>	<p>Le CLAT d'Auxerre est implanté dans le service de santé publique du centre hospitalier*. Il a établi une coordination satisfaisante avec les autres services hospitaliers.</p> <p>A Sens, le centre de lutte anti tuberculeuse a intégré les locaux du service de santé publique. Les différentes missions de santé publique sont la lutte contre la tuberculose, l'HAD (hospitalisation à domicile), le centre de vaccination et le CIDDIST (centre d'information et de dépistage des infections sexuellement transmissibles).</p> <p><i>*Ce service regroupe CLAT, centre de vaccination et VIH-Sida.</i></p>

Source : Mise en œuvre des actions recentralisées en Bourgogne. Lutte contre la Tuberculose : état des lieux 2007. ORS Bourgogne, 2009. Actualisation Cire Bourgogne Franche-Comté –InVS.

En 2010, les CLAT ont prescrit le traitement initial à 5 personnes pour tuberculose maladie, et 214 pour tuberculose latente. Les centres ont initié ou participé à 164 enquêtes, au cours desquelles ils ont identifié 4 645 sujets contacts, 3 cas de tuberculose maladie, et 212 cas de tuberculose latente.

INDICATEURS D'ACTIVITÉ DES CLAT EN 2010

	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire (2011)	Yonne Auxerre	Yonne Sens
Nombre de personnes pour lesquelles le CLAT a prescrit le traitement antituberculeux initial :					
- pour tuberculose maladie	2	2	0	1	0
- pour tuberculose latente	30	113	47	8	16
Nombre de signalements reçus par le CLAT pour des personnes résidant dans le département :					
- de tuberculose maladie	39	19	47	18	11
- de tuberculose latente	14	35	18	1	3
Nombre de cas index de tuberculose maladie pour lesquels une action d'enquête* a été initiée					
- du département	34	19	40	18	9
- hors département	21	2	7	9	5
Diagnostics des enquêtes réalisées en 2010					
Nombre de sujets contacts	686	2 248	1 327	149	235
Nombre de cas de tuberculose maladie	2	1	0	0	0
Nombre de cas de tuberculose latente	23	122	49	7	11

Sources : ARS Bourgogne, CLAT (5), (6), (7), (8), (9)

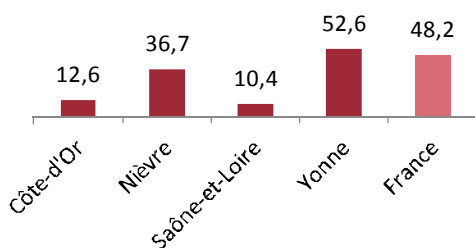


RECOMMANDATIONS VACCINALES CONTRE LA TUBERCULOSE ET TAUX DE COUVERTURE DANS LA RÉGION

Les enfants ciblés pour la vaccination BCG sont les enfants à risque élevé de tuberculose, répondant à l'un des critères suivants (10) :

- nés dans un pays de forte endémie tuberculeuse ;
- dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays ;
- devant séjourner au moins un mois d'affilée dans l'un de ces pays ;
- ayant des antécédents familiaux de tuberculose (collatéraux ou ascendants directs) ;
- résidant en Île-de-France ou en Guyane ;
- dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux notamment enfants vivant dans des conditions de logement défavorables (habitat précaire ou surpeuplé) ou socioéconomiques défavorables ou précaires (en particulier parmi les bénéficiaires de la CMU, CMUc, AME...) ou en contact régulier avec des adultes originaires d'un pays de forte endémie.

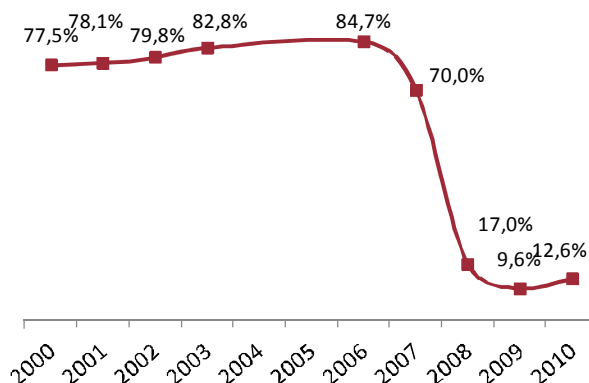
TAUX DE COUVERTURE VACCINALE BCG À 2 ANS, DANS LES DÉPARTEMENTS DE BOURGOGNE, EN 2010 (EN %)



Source : CS24 – Conseils généraux, Drees, exploitation ORS

Depuis 2007, la vaccination BCG n'est plus obligatoire. La couverture vaccinale a nettement diminué, comme on peut l'observer pour la Côte-d'Or, seul département pour lequel on a assez de recul (11).

ÉVOLUTION DE LA PROPORTION D'ENFANTS DE CÔTE-D'OR VACCINÉS PAR LE BCG DEPUIS 2000



Source : CG 21 (CS24), ORS Bourgogne

D'après l'enquête spécifique réalisée par l'ORS en 2010, la couverture vaccinale contre la tuberculose oscille entre 43 % et 53 % selon les groupes de population (12).

COUVERTURE VACCINALE CONTRE LA TUBERCULOSE DANS PLUSIEURS POPULATIONS SPÉCIFIQUES EN 2009-2010 EN BOURGOGNE

Population concernée	Taille échantillon	Taux min en %	Taux max en %
Pop générale	930	48,8	50,8
< 18 ans	864	43,2	43,2
Consultants des centres d'exams de santé	113	52,3	55,5
Personnes en situation de précarité	220	52,5	54,9
CADA / CHRS / CLAT	21	43,6	45,5

Source : enquête ORS Bourgogne, 2011.

Méthodologie des enquêtes ORS

La collecte de données a été menée entre janvier et décembre 2010 sur des échantillons de population représentatifs de celles suivies par certaines institutions. L'enquête a été réalisée dans les services de PMI chez les enfants de moyenne section de maternelle, en médecine scolaire chez les élèves de 6^{ème}, en médecine du travail lors des visites obligatoires des salariés, en centres d'exams de santé lors des consultations médicales effectuées à l'occasion des bilans de santé, enfin en structure sociale lors des visites médicales des personnes en situation de précarité hébergées. Au total 2 526 questionnaires ont été collectés.

Le remplissage du statut vaccinal a été codé en référence au calendrier vaccinal de l'année 2010, au vu des justificatifs médicaux, du dossier du patient, ou de ses déclarations.

Hypothèse basse = taux de couverture minimal : Une couverture vaccinale stricte n'incluant que les personnes pour lesquelles la vaccination est complète ou pour lesquelles une immunité naturelle a été acquise.

Hypothèse haute = taux de couverture maximal : regroupe les individus avec et sans justificatif ayant les statuts vaccinaux « couvert » et « probablement couvert » (c'est-à-dire les personnes avec une vaccination correcte, incomplète ou naturellement immunisées), rapportés au total des patients ayant fait l'objet du recueil.



HÉPATITES VIRALES CHRONIQUES

FAITS MARQUANTS EN BOURGOGNE

- Près de 22 800 Bourguignons atteints d'une hépatite virale chronique (hépatite B : 13 400 ; hépatite C : 6 000).

	Hépatite B	Hépatite C
Nouveaux cas déclarés	2 / an en moyenne	
Nb d'assurés en ALD	3 933 en 2010 (mal.chroniques actives du foie et cirrhoses)	
Prévalence estimée (effectifs)	13 433 [9 116 – 19 910]	9 350 [6 957-12 594]
Incidence estimée (effectifs)	7	500

Sources : InVS, CnamTS, exploitation ORS

CONTEXTE NATIONAL

L'hépatite est une inflammation du foie dont le fonctionnement se trouve perturbé. Le foie assure un grand nombre de fonctions vitales pour l'organisme (synthèse de protéines et de cholestérol, participation à l'équilibre glucidique, au métabolisme des graisses, au processus de détoxification...). Lors d'une hépatite chronique, un certain nombre de cellules du foie à l'origine de ces fonctions sont détruites. Un tissu cicatriciel les remplace, la fibrose, dont le stade ultime est la cirrhose ; celle-ci est un facteur de risque de cancer primitif du foie.

Seules les hépatites virales aiguës B, C et D peuvent, après un épisode aigu plus ou moins visible, évoluer vers la chronicité. « *L'âge au moment de l'infection est un facteur déterminant du passage à la chronicité* » (13).

En France, environ 500 000 personnes étaient infectées de façon chronique par l'hépatite B ou C en 2004 (14).

- 0,53 % de la population française porteuse chronique du virus de l'hépatite C.
- 0,65 % porteurs chroniques du virus de l'hépatite B. D'après l'InVS, entre 2004 et 2007, l'incidence annuelle de l'hépatite B était estimée à 2 580 cas, soit 4,1 pour 100 000 habitants, dont 209 [IC 95 % : 188 – 295] sont passés à la chronicité (8 %) (15).

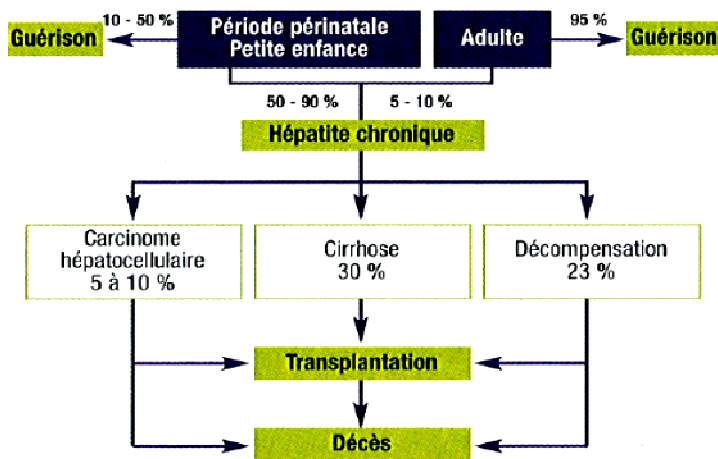
Une part importante des personnes infectées ne connaissent pas leur propre statut (15) :

- 45 % des personnes infectées par l'hépatite B ;
- 57 % pour l'hépatite C.

Près d'1 transplantation hépatique sur 3 est liée à une hépatite C.

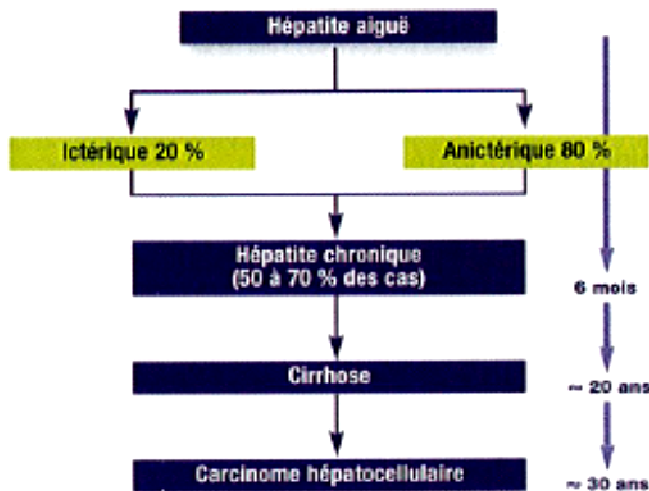
L'hépatite B évolue vers une forme chronique chez 5 à 10 % des adultes infectés par le virus. Le passage à la chronicité de l'hépatite C est nettement plus fréquent, chez 50 à 70 % des personnes infectées.

ÉVOLUTION DE L'INFECTION PAR LE VIRUS DE L'HÉPATITE B



Source : McMahon BJ. The natural history of chronic hepatitis B virus infection. *Hepatology* 2009 ; 49 :S45-55.

ÉVOLUTION DE L'INFECTION PAR LE VIRUS DE L'HÉPATITE C



D'après : Roche B, Samuel D. Histoire naturelle de l'infection par le virus de l'hépatite C. In : *Hépatite C. Sèvres : Éditions médicales et scientifiques EDK, 2009 :95-111.*

LE NOMBRE D'HÉPATITES B ET C DIFFICILE À ESTIMER : PLUS DE 1 % DES BOURGUIGNONS INFECTÉS CHRONIQUES, ET 330 NOUVELLES INFECTIONS PAR AN

PRÈS DE 22 800 BOURGUIGNONS ATTEINTS D'UNE HÉPATITE VIRALE CHRONIQUE

HÉPATITE B

Le taux de prévalence de l'antigène Hbs en France a été estimé à **0,65 %** [0,45-0,93] en 2004 (14). Il atteindrait 1,12 % [0,76 ; 1,66] dans le quart Nord Est de la France. En extrapolant à la région Bourgogne il y aurait plus de 13 400 porteurs d'une hépatite B chronique [9 116 – 19 910], l'estimation basse semblant plus réaliste compte tenu des caractéristiques de la région. Il faut noter que cette enquête de référence est relativement ancienne.

HÉPATITE C

Chez les assurés sociaux du régime général, la prévalence des anticorps anti VHC en France en 2004 serait de **0,84 %** [0,65-1,10] et dans la grande région du Nord-Est à laquelle la Bourgogne est rattachée elle serait de **0,78 %** [0,50-1,23] (14). Si on extrapole ces taux à la population bourguignonne, il y aurait ainsi 9 350 [6 957-12 594] personnes porteuses dans la région. Parmi elles, 65 % développeraient une hépatite chronique, soit 6 078 personnes pour l'ensemble de la région.

ESTIMATION DES PRÉVALENCES DES MARQUEURS DE L'HÉPATITE B CHRONIQUE ET DE L'HÉPATITE C EN BOURGOGNE À PARTIR DES TAUX POUR L'INTER-RÉGION NORD-EST EN 2003-2004

Prévalence	Taux estimé Inter-région Nord-Est	Extrapolation Bourgogne	Estimation basse	Estimation haute
Antigène Hbs	1,12%	13 433	9 116	19 910
Anticorps antiVHC	0,78%	9 355	5 997	14 753

Sources : Assurance maladie, Cetaf, Invs, Insee

330 NOUVEAUX CAS D'HÉPATITE B ET C CHAQUE ANNÉE

D'après le registre des hépatites virales de Côte-d'Or Doubs, le taux annuel de détection des nouveaux cas d'hépatite C est de 30 pour 100 000 habitants. Il y aurait ainsi 156 nouveaux cas diagnostiqués chaque année en Côte-d'Or, dont 102 passant à la chronicité.

L'hépatite B est devenue une maladie à déclaration obligatoire en 1999. L'incidence réelle de cette maladie semble très fortement sous-estimée. D'après la Cire Bourgogne

Franche Comté, 13 cas d'hépatite B aigus ont été déclarés entre 2003 et 2009, soit près de 2 par an. Alors que le registre des hépatites virales de Côte-d'Or et du Doubs relève un taux de détection standardisé de l'hépatite B de 5,4/100 000 en 2007 en Côte-d'Or, soit 28 cas diagnostiqués cette année-là dans le département (90 dans la région en extrapolant). D'après l'InVS, 8 % des personnes porteuses de l'hépatite B passent à la chronicité, soit 2 cas en Côte-d'Or en 2007 (ce qui représenterait 7 cas en Bourgogne).



EXTRAPOLATION DES TAUX DE DÉTECTION HÉPATITE B ET C À LA BOURGOGNE D'APRÈS LE REGISTRE DES HÉPATITES VIRALES CÔTE-D'OR DOUBS, DONNÉES 2007

	Taux d'incidence	Côte-d'Or		Bourgogne	
		Nb	dont chroniques	Nb	dont chroniques
Hépatite B	5,4 / 100 000	28	2	88	7
Hépatite C	30 / 100 000	156	102	492	320

Sources : Registre des hépatites virales Côte-d'Or Doubs, Insee (RP 2008)

LES HÉPATITES B ET C RAREMENT CAUSE DE DÉCÈS

- Entre 2007 et 2009, près de **60 décès annuels** ont pour cause principale ou associée l'hépatite B ou C en Bourgogne, la moitié survenant après 64 ans.

DÉTERMINANTS ET FACTEURS DE RISQUE

Les modes de transmission de l'hépatite B sont sanguin, materno-fœtal mais aussi sexuel. Pour la population générale, la vaccination est efficace à 95 %.

Parmi les 730 cas dépistés en France entre 2005 et 2009, les principaux facteurs de risque identifiés sont les risques sexuels et les voyages en pays d'endémie.

Le mode de transmission de l'hépatite C est essentiellement sanguin (transfusion, injection de drogue par voie intraveineuse et utilisation de matériel non stérilisé) sans exclure le risque lors de pratiques sexuelles traumatisantes non protégées.

On observe au niveau national une forte influence de la précarité sociale sur le taux de prévalence des anticorps anti-VHC comme de l'infection par le virus de l'hépatite B.

DESCRIPTION DES FACTEURS DE RISQUE POTENTIELS, AU COURS DES 6 MOIS PRÉCÉDENT LE DIAGNOSTIC D'UNE HÉPATITE B AIGUË*

Facteur de risque potentiel	Nb de cas	%
Aucun	219	30,0
Risque sexuel	261	35,8
Partenaires multiples	176	24,1
Homosexuel masculin	93	12,7
Partenaire positif	61	8,4
Voyage en pays d'endémie	156	21,4
Soins invasifs**	63	8,6
Transfusion	5	0,7
Chirurgie	22	3,0
Exploration invasive	24	3,3
Dialyse	3	0,4

Facteur de risque potentiel	Nb de cas	%
Exposition familiale	50	6,8
Parent AgHBs +	42	5,8
Cas hépatite B aiguë	14	1,9
Autres ***	19	2,6
Usage de drogues	18	2,5
Intraveineux	7	1,0
périnatal	11	1,5
Risque périnatal	3	0,4
Vie en institution	25	3,4
Tatouage, piercing	36	4,9

* Parmi les 730 notifications d'hépatite B aiguë en France, 1^{er} janvier 2005-31 décembre 2009 (données InVS). Les facteurs de risque évoqués pouvant être multiples, le total diffère de 100 %, et tous les pourcentages sont calculés sur le total des cas.

** Un seul cas pour lequel la transmission lors des soins a été confirmée.

*** Mésothérapie, autosurveillance de la glycémie, soins de pédicurie, acupuncture (dont 4 cas authentifiés dans un « cabinet » de pratique illégale de l'acupuncture), avec confirmation de l'identité de la souche virale par le Centre national de référence

Source : Antona et al (16)



MOYENS MOBILISÉS

PRÉVENTION : STRATÉGIES VACCINALES SPÉCIFIQUES, REPÉRAGE PRÉCOCE

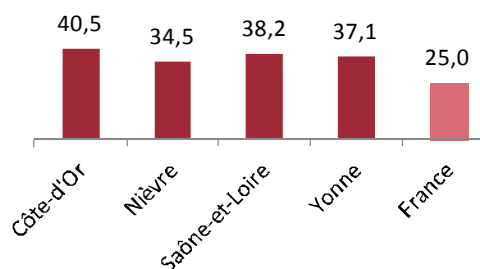
La prévention de l'hépatite B passe par la vaccination systématique des enfants avant 13 ans.

Aucun vaccin n'est disponible pour l'hépatite C. la prévention passe par un dépistage plus ciblé.

Hépatite B (17)	Hépatite C (18)
<p>Vaccination systématique de tous les enfants avant 13 ans, en privilégiant la vaccination du nourrisson ainsi que celle des groupes à risque :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nouveau-nés de mère porteuse de l'antigène HBs, - patients et personnels des structures accueillant des handicapés mentaux, - personnes en institutions psychiatriques, - enfants en collectivité, - personnes ayant des partenaires multiples et/ou une maladie sexuellement transmissible récente, - toxicomanes utilisant des drogues parentérales, - voyageurs de pays à forte endémie, - personnes amenées à résider en zones de moyenne ou forte endémie, - personnes pouvant être exposées par leur activité au sang et autres produits biologiques, - celles susceptibles d'être transfusées, - entourage de personnes infectées par le VHB (famille ou collectivité) - personnes adeptes du tatouage ou du piercing ; - personnes infectées par le VIH ou VHC ; - patients hémodialysés chroniques ; - patients transfusés chroniques ; - détenus ; - candidats à une greffe. 	<p>Dépistage ciblé sur les facteurs de risque :</p> <p><u>Risque quantifié et élevé (prévalence >2 %)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - les personnes transfusées avant 1992, - les hémophiles, hémodialysés, - les antécédents de toxicomanie intraveineuse (surveillance tous les ans), - les enfants nés d'une mère atteinte d'hépatite C, - les sujets découverts séropositifs pour le VIH. <p><u>Risque non quantifié ou faible :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - les conjoints de patients VHC+, - membres de l'entourage familial des patients contaminés, - sujets incarcérés ou ayant été incarcérés, - sujets ayant eu un tatouage ou un piercing avec du matériel à usage non unique ou de l'acupuncture sans utilisation d'aiguilles personnelles ou à usage unique, - sujets avec un taux élevé de transaminases sans cause connue, - sujets originaires ou ayant reçu des soins dans des pays à forte prévalence du VHC (Asie du Sud Est, Moyen Orient, Afrique et Amérique du Sud).

L'hépatite B est probablement la vaccination la plus controversée. Même si elle est toujours conseillée chez les nourrissons (avec rattrapage des enfants et adolescents de moins de 15 ans), ainsi qu'aux personnes à risque, c'est celle pour laquelle on observe le plus de refus de vaccination. On observe donc une couverture vaccinale plus faible en 2010, avec un taux maximal qui a baissé de 10 % depuis 2001 (12).

TAUX DE COUVERTURE CONTRE L'HÉPATITE B À 2 ANS EN 2010 (EN %)



Source : Drees, Conseils Généraux (CS24)



Entre 1994 et 1998, la vaccination contre l'hépatite B était réalisée systématiquement pour les enfants scolarisés en collège, ce qui correspond approximativement à des personnes nées entre 1980 et 1986, qui appartiennent aujourd'hui à la catégorie des plus de 18 ans. On s'attendrait donc à une possible augmentation de la couverture chez les adultes, ce qui n'est pas le cas : il y a au contraire une diminution de la proportion de personnes vaccinées.

On peut espérer que la couverture vaccinale s'améliore dans les années à venir grâce à l'utilisation d'un vaccin combiné hexavalent (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, infections à *Haemophilus influenzae* de type b, hépatite B) chez le nourrisson.

COUVERTURE VACCINALE CONTRE L'HÉPATITE B DANS PLUSIEURS POPULATIONS SPÉCIFIQUES EN 2009-2010 EN BOURGOGNE

Population concernée	Effectif	Taux min en %	Taux max en %
Pop générale	1 028	35,1	40,7
< 18 ans	879	47,5	51,1
Adultes 18-64 ans	406	36,2	42,5
Médecine du travail	217	48,0	55,2
Consultants des centres d'examens de santé	209	25,3	25,7
Personnes en situation de précarité	236	31,3	37,2
CADA / CHRS / CLAT	32	18,6	21,2

Source : ORS Bourgogne, 2011 (12)

D'après une étude spécifique sur la couverture vaccinale des étudiants, le taux de couverture contre l'hépatite B au sein de cette population est de 59 %. Les étudiants en médecine et pharmacie sont largement couverts (83 %) comparés au reste des étudiants (52 %) car la vaccination contre l'hépatite B est obligatoire pour les étudiants des filières de santé (19).

PRISE EN CHARGE

« Le traitement de l'hépatite B chronique a bien progressé grâce aux interférons et surtout aux analogues nucléosidiques et nucléotidiques. Les premiers ne sont efficaces que dans une minorité des cas, et ont des effets indésirables importants. La tolérance des seconds est, en revanche, excellente, mais avec un risque d'échappement viral, ce qui justifie un traitement prolongé. » (20)

« Associant interféron pégylé et ribavirine, le traitement de l'hépatite C chronique, adapté en fonction du génotype viral, des lésions de fibrose hépatique et de la réponse virologique à différents temps, permet de guérir plus de la moitié des patients. L'adjonction prochaine d'antiprotéases spécifiques à ce traitement devrait permettre la guérison de la plupart des patients. » (21)

Il existe un service spécialisé dans la lutte contre les maladies infectieuses au CHU.

Le pôle de référence du CHU de Dijon participe au dispositif national de surveillance mis en place en 2000. En 2008, la surveillance a basculé de l'hépatite C à l'hépatite B. L'objectif est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques et virologiques des personnes nouvellement prises en charge pour une hépatite chronique B.

Le réseau bourguignon de prise en charge des hépatites C (REBOHC), créé en 2000 et basé au CHU, vise à développer la coordination des acteurs de la prise en charge des hépatites C, la recherche épidémiologique et thérapeutique, la formation et l'information des professionnels (médecins généralistes, spécialistes, biologistes, pharmaciens, personnel paramédical) sur les hépatites virales.



Les efforts de prévention et de lutte contre les hépatites virales chroniques B et C à poursuivre :

- Réduire le nombre de nouvelles contaminations évitables. Malgré les programmes de réduction des risques, la transmission virale persiste.
- Éviter la transmission à l'entourage et permettre un accès aux soins plus précoce afin de prévenir les complications, ce d'autant que des progrès majeurs dans l'efficacité des traitements ont été enregistrés au cours de ces dernières années et vont se poursuivre [...].
- Améliorer la réponse aux besoins des personnes particulièrement exposées et prendre en compte la précarité comme facteur de risque, au sein d'une prise en charge globale, aussi bien sur le plan sanitaire que sur le plan social.
- Assurer la prise en charge des troubles psychiatriques et des addictions, incluant la consommation d'alcool, ainsi que des effets indésirables du traitement.
- La proportion de patients atteints d'hépatite C pris en charge en médecine de ville doit augmenter, par la mise en place d'un lien effectif entre le médecin traitant, dont le rôle « pivot » dans le parcours coordonné de soins est reconnu, et le médecin spécialiste de l'hépatite C ; il est indispensable de mieux former les médecins aux évolutions des connaissances et des traitements des hépatites B et C et d'évaluer l'application des recommandations professionnelles ;
- Mieux articuler l'intervention des différents professionnels de santé médicaux et non médicaux.
- Développer l'éducation thérapeutique du patient pour aider celui-ci à être acteur dans la gestion de ses soins et de sa maladie.
- Renforcer le partenariat avec les associations de patients.

Source : le plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012

À noter :

L'association SOS Hépatites Bourgogne a pour but de promouvoir la solidarité, l'échange d'informations, la défense de tous les intérêts de toutes les personnes concernées par les hépatites virales quels que soient les virus et les modes de contamination, et la promotion de la recherche.

SOS Hépatites Bourgogne

12 rue Général delaborde

21000 Dijon

<http://bourgogne.soshepatites.org/asso/presentation.htm>

FAITS MARQUANTS EN BOURGOGNE

- Entre 1 100 et 1 430 personnes porteuses de l'infection à VIH (en 2010).
- Près de 50 nouveaux cas annuels de découvertes de séropositivité au VIH et 13 nouveaux cas de sida (moyenne annuelle 2008-2010).

Sources : InVS, surveillance du VIH ; exploitation ORS

Le sida (syndrome d'immunodéficience acquise) se manifeste par la perte progressive des défenses immunitaires de l'organisme, qui devient sensible à toutes les infections opportunistes : tuberculose, pneumocytose, herpès virus responsable du sarcome de Kaposi, etc... Le VIH est un rétrovirus qui se lie aux lymphocytes, principales cellules anti-infectieuses du système immunitaire. Il possède un taux de mutation très élevé, ce qui rend difficile la mise au point d'un vaccin (22).

Le système de déclaration obligatoire a été mis en place depuis 1986 pour le sida, et depuis 2003 pour l'infection à VIH basés sur la déclaration obligatoire des diagnostics d'infection à VIH découverts par les laboratoires de biologie médicale et par les médecins prescripteurs (23).

Depuis 1996, on observe un fléchissement de la progression de l'incidence et la mortalité du Sida, avec le recours aux trithérapies transformant la maladie jusque là rapidement fatale en maladie chronique. Désormais, l'incidence des cas de sida reflète davantage les problèmes d'accès au dépistage et aux soins que la dynamique de l'épidémie, tandis que l'incidence des diagnostics VIH constitue un indicateur indispensable pour définir et évaluer des politiques de prévention de l'infection par le VIH (24).

Selon l'InVS, environ 150 000 [135 000 – 170 000], personnes infectées par le VIH en France fin 2008, dont près de 50 000 [32 000 – 68 000] qui ne connaissent pas leur statut, ou qui ne se font pas suivre. Le nombre de nouvelles contaminations peut être estimé à 7 000 ou 8 000 par an (2004-2007) (25).

Des Comités de coordination régionale de lutte contre l'infection due au Virus de l'Immunodéficience Humaine (COREVIH) ont été créés en 2005 pour améliorer la coordination de la prise en charge, faciliter la prise en charge globale des patients, et contribuer à l'équité des soins sur tout le territoire par la qualité des pratiques professionnelles et l'accessibilité aux soins.

[°] Le taux d'exhaustivité de la déclaration d'infection à VIH est de 66 %.



VIH-SIDA, UNE MALADIE DEVENUE CHRONIQUE QUI PERSISTE

UNE ACTIVITÉ SÉROLOGIQUE ET DES CAS POSITIFS INFÉRIEURS À LA MOYENNE NATIONALE

En 2010, 90 000 sérologies VIH ont été effectuées en Bourgogne, soit 53 000 pour 1 million d'habitants. Parmi celles-ci, 116 se sont révélées positives, soit 69 pour 1 million d'habitants. L'activité sérologique et le taux de positivité sont bien inférieurs à la moyenne française.

ACTIVITÉ SÉROLOGIQUE DES LABORATOIRES EN BOURGOGNE

	Sérologies VIH effectuées		dont confirmées positives	
	Nb	/million d'hab.	Nb	/million d'hab.
Bourgogne	90 000	53 000	116	69
France hexa.		77 000		167

Sources : InVS, LaboVIH 2010, Insee (pop. légales 2008)

EN MOYENNE, 50 NOUVEAUX CAS DE VIH DÉCOUVERTS CHAQUE ANNÉE, D'APRÈS LE SYSTÈME DE DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Du 31 décembre 2008 au 31 décembre 2010, 144 découvertes de séropositivité à VIH ont été déclarées en Bourgogne, c'est-à-dire près de 50 nouvelles déclarations par an en moyenne. Parmi ces 144 nouvelles déclarations, 106 concernent des hommes et 38 des femmes.

DÉCOUVERTES DE SÉROPOSITIVITÉ VIH PAR DÉPARTEMENT DE DOMICILE ET PAR ANNÉE DE DIAGNOSTIC

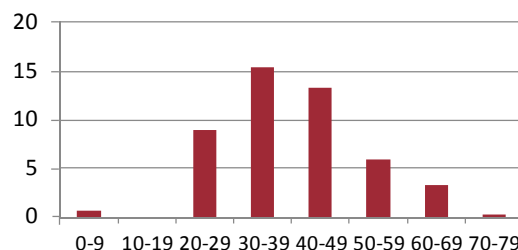
	2008	2009*	2010*	Total
Côte-d'Or	18	18	26	62
Nièvre	7	5	6	18
Saône-et-Loire	12	19	12	43
Yonne	5	13	3	21
Bourgogne	42	55	49	144

* Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration au 31/12/2010

Source : InVS Surveillance du VIH - données au 31/12/2010 non corrigées pour la sous déclaration, exploitation ORS

La moitié des personnes découvrant leur séropositivité est âgée de 30 à 49 ans.

DÉCOUVERTE DE SÉROPOSITIVITÉ VIH PAR CLASSE D'ÂGE, EN BOURGOGNE EN 2008-2010 (MOYENNE ANNUELLE)



Source : InVS Surveillance du VIH - données au 31/12/2010 non corrigées pour la sous déclaration, exploitation ORS

1 200 PATIENTS ATTEINTS PAR LE VIH DANS LA FILE ACTIVE HOSPITALIÈRE RÉGIONALE

D'après le Corevih Bourgogne, 61 nouveaux patients ont été dépistés en 2010, 51 en 2011.

En 2010, plus de 1 200 malades ou personnes vivant avec le VIH sont suivis dans les centres hospitaliers de la région (26).

La file active (nombre de patients vus au moins une fois dans l'année) a progressé de 4 % par an entre 2003 et 2010. Plus de la moitié des patients sont suivis depuis plus de 10 ans.

9 % des patients suivis en Bourgogne sont co-infectés VIH-VHC.

LA DIMINUTION DE L'INCIDENCE DÉCLARÉE DU SIDA, AMORCÉE FIN DES ANNÉES 1990, TEND À RALENTIR

Dans la région, comme dans l'ensemble du pays, le nombre de nouveaux cas de Sida annuels diminue depuis 1996, mais on observe un ralentissement actuel de la diminution des cas.



NOUVEAUX CAS DE SIDA DÉCLARÉS EN BOURGOGNE ENTRE 2005 ET 2010

	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne
2005	8	.	1	6	15
2006	10	1	2	5	18
2007	3	2	5	2	12
2008	4	4	2	2	12
2009 *	8	1	3	3	15
2010 *	2	3	2	1	8
Total	35	11	15	19	80
%	43,8	13,8	18,8	23,8	100,0

* Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration au 31/12/2010

Source : InVS Surveillance du VIH - données au 31/12/2010 non corrigées pour la sous déclaration, exploitation ORS

Le département de la région le plus touché est l'Yonne (532 cas cumulés depuis le début de l'épidémie par million d'habitants), et la Saône-et-Loire est le moins touché (305 cas par million).

Entre 2008 et 2010, parmi les nouveaux malades, 20 malades sur 35 sont arrivés au stade sida en ignorant leur sérologie positive.

MORTALITÉ

Chaque année, on compte en moyenne 10 décès ayant pour cause principale le sida en Bourgogne (source : Inserm CépiDc). Cependant, d'après le Corevih, 23 personnes porteuses du VIH/sida sont décédées en 2010 (26).

DÉTERMINANTS ET FACTEURS DE RISQUE

Le virus de l'immunodéficience humaine VIH, responsable du sida, se transmet par trois voies : la voie sanguine (transfusion de sang, aiguilles contaminées, contact de plaies), la voie maternelle (contamination du fœtus par la mère séropositive et du nouveau-né par l'allaitement) et la voie sexuelle (par les muqueuses génitales).

En Bourgogne, le mode de contamination par voie hétérosexuelle est prédominant chez les femmes avec 27 nouvelles découvertes de séropositivité sur 38 déclarées entre 2008 et 2010. En revanche, les rapports homosexuels sont le principal mode de contamination chez les hommes (55 nouvelles découvertes sur 106 déclarées), suivi des rapports hétérosexuels (26 sur 106 déclarées).

NOUVEAUX DIAGNOSTICS D'INFECTION PAR LE VIH PAR MODE DE TRANSMISSION ET PAR SEXE ENTRE 2008 ET 2010 EN BOURGOGNE

	Hommes			Femmes			Ensemble		
	2008	2009*	2010*	2008	2009*	2010*	2008	2009*	2010*
Homosexuel / Bisexuel	16	25	14				16	25	14
Usager de drogues	.	2	2				0	2	2
Hétérosexuel	9	8	9	11	6	10	20	14	19
Transmission mère/enfant	.	.	1	1	.	.	1	0	1
Autre / Inconnu	2	9	9	3	5	2	5	14	11
Total	27	44	35	15	11	12	42	55	47

Source : InVS Surveillance du VIH - données au 31/12/2010 non corrigées pour la sous déclaration - * Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration



Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2008 et 2010, près d'une

sur cinq est née dans un pays africain. Il s'agit majoritairement de femmes.

NOUVEAUX DIAGNOSTICS D'INFECTION PAR LE VIH PAR PAYS DE NAISSANCE REGROUPÉS PAR ANNÉE DE DIAGNOSTIC ENTRE 2008 ET 2010 EN BOURGOGNE

	Hommes			Femmes			Ensemble		
	2008	2009*	2010*	2008	2009*	2010*	2008	2009*	2010*
Afrique du Nord	2	2		2	1		4	3	0
Afrique subsaharienne	1	1	1	5	3	6	6	4	7
Amérique	.	1	.	0	0	0	0	1	0
Asie-Océanie	1	.	0	1	0
France	22	31	25	4	1	3	26	32	28
Europe autres	1	3	1	1	.	1	2	3	2
Inconnu	1	6	8	3	5	2	4	11	10
Total	27	44	35	15	11	12	42	55	47

Source InVS Surveillance du VIH - données au 31/12/2010 non corrigées pour la sous déclaration - * Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

Parmi les malades du sida, les femmes restent minoritaires (18 % des cas de sida cumulés depuis le début de l'épidémie). Plus de deux malades sur trois (36 %) ont entre 30 et 39 ans. Les modes de transmission les plus fréquents en 2008-2010 sont, chez les hommes, les rapports homo/bisexuels (50 % des cas) et l'usage de drogues intraveineuses (17 %). Chez les femmes, ce sont d'abord les rapports hétérosexuels (59 %), puis l'usage de drogues par voie intraveineuse (28 %).

MOYENS MOBILISÉS

LES ACTEURS ET DISPOSITIFS

PRÉVENTION

De nombreux acteurs se sont engagés depuis de nombreuses années dans la prévention de l'infection à VIH. Les services, institutions d'éducation pour la santé "généralistes" réalisent des actions à visée d'information, en particulier vis-à-vis des jeunes.

Les associations de malades et d'usagers sont des partenaires incontournables des pouvoirs publics pour aider à l'information du grand public, au dépistage parmi les populations à risque, et à la promotion d'actions visant à réduire les risques.

L'association AIDES créée en 1984 a pour missions de soutenir les personnes infectées et affectées par le VIH ; informer les personnes les plus vulnérables face au Sida ; alerter les pouvoirs publics sur les défaillances du système de soins ; mobiliser des volontaires pour que le Sida reste une priorité de santé publique.

L'association Collection incroyable de gays et de lesbiennes (CIGaLes) développe un lieu de reconnaissance et d'identification pour les lesbiennes, les gays, les bi et les trans de la région. Ses champs d'interventions sont multiples : activités conviviales, accueil et écoute, prévention santé sexualité... Depuis 2011, elle porte le projet de dépistage Ist médicalisé en milieu associatif gay (Dimmagay). Il propose aux hommes gays et bisexuels un dépistage systématique du VIH à lecture rapide et des IST par prise de sang dans un environnement convivial, par une équipe mixte composée de pairs associatifs et de personnels médicaux (27).

Les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) participent au dépistage de l'infection à VIH et des hépatites B et C. Ils proposent un entretien individuel avec un médecin pour informer sur les comportements à risque, évaluer la prise de risque.

LES CDAG ET LEURS ANTENNES EN BOURGOGNE EN 2012



Source : ARS Bourgogne

Les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist) interviennent sur le dépistage, le diagnostic et le traitement de l'ensemble des infections sexuellement transmissibles.

Le Comité de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH), mis en place en 2007, est chargé de :

- favoriser la coordination des professionnels de soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de l'information, de l'action sociale et médico-sociales ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé ;
- participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de cette prise en charge et à l'harmonisation des pratiques ;

- procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques (recueillies auprès des établissements de santé).

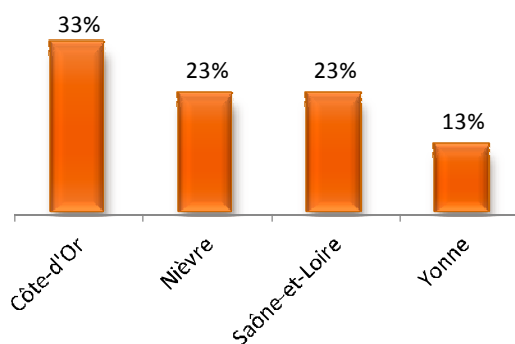
ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ EN MILIEU SCOLAIRE

Une information sur les IST doit théoriquement faire partie de l'information sur la sexualité « dispensée dans les écoles, les collèges et les lycées, à raison d'au moins trois séances annuelles » (circulaire du 27 février 2003).

En 2010-2011, 218 actions d'éducation et de promotion de la santé ont été conduites dans les établissements scolaires de la région, sur la thématique sexualité (source : Ireps, rapport d'activité des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté 2010-2011).

Ces actions ont concerné près de 25 800 élèves. La proportion d'élèves concernés varie selon les départements : de 13 % des élèves icaunais à 33 % des élèves de Côte-d'Or.

PROPORTION D'ÉLÈVES BÉNÉFICIAIRES D'UNE ACTION D'ÉDUCATION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ SUR LA SEXUALITÉ PAR DÉPARTEMENT EN 2010-2011



Sources : DSDEN, Rectorat, Ireps - Bilan CESC 2010-2011



ACTIVITÉ DES GROUPES DE TRAVAIL DU COREVIH BOURGOGNE EN 2010

Commission	Objectifs	Productions 2010
Accès aux droits, accès aux soins	<p>Établir des liens de coordination au plan régional entre les divers acteurs concernés.</p> <p>Recueillir des informations sur les situations dans les différents sites de la région.</p> <p>Améliorer les fonctionnements locaux (ou tenter d'y contribuer).</p> <p>Établir des propositions de recommandations pour l'assemblée plénière du Corevih, par l'intermédiaire du bureau.</p>	<p>Rencontres et échanges avec les MDPH pour améliorer la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et ayant un handicap.</p> <p>Échanges avec les structures accueillant les personnes étrangères (AUDA, CADA, PASS^d) pour améliorer leur prise en charge.</p>
Dépistage Prévention	<p><u>Dépistage</u></p> <p>Accentuer les actions en fonction de la population ; pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - lutter contre l'épidémie - contrecarrer sa progression - permettre une prise en charge précoce <p>Faciliter la prise de contact avec les services de dépistage intra et extra hospitalière</p> <p>Assurer un soutien lors de l'annonce :</p> <ul style="list-style-type: none"> - au patient - au(x) partenaire(s) <p><u>Prévention</u>: éducation, prise en charge précoce, accompagnement</p> <p>Décliner les actions selon le type de prévention (primaire, secondaire, tertiaire)</p> <p>Augmenter l'accessibilité aux moyens de prévention,</p> <p>Informé en s'adaptant au public et au stade de la maladie</p> <p>Simplifier la prise en charge</p>	<p>Journée annuelle CDAG – Ciddist : travail de coordination des activités des CDAG et des Ciddist pour harmoniser les pratiques, et échanger sur les outils.</p> <p>Plaquette d'information sur les lieux de dépistage destinés aux hommes ayant des relations avec d'autres hommes (HSH)</p> <p>Actions spécifiques en milieu pénitentiaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - interventions des CDAG - « roule ta paille » - Premiers développements de la coordination des acteurs du milieu pénitentiaire
Prise en charge	<p>Suivre la mise en œuvre des bonnes pratiques cliniques (partage de compétences, d'expériences, favoriser la communication entre les hôpitaux).</p> <p>Développer les programmes d'éducation thérapeutique et des actions d'accompagnement en tenant compte des besoins spécifiques des populations les plus touchées et/ou vulnérables.</p>	Projet d'achat de logiciel

Source : Rapport d'activité 2010 Corevih Bourgogne.

^d AUDA : accueil d'urgence des demandeurs d'asile ; CADA : centre d'accueil des demandeurs d'asile ; PASS : permanence d'accès aux soins de santé.



PRISE EN CHARGE

Il existe un service spécialisé dans le traitement des maladies infectieuses au CHU et des services de médecine dans les hôpitaux de Nevers, Chalon-sur-Saône, Mâcon, Auxerre, Sens. Ils reçoivent en consultation et en hospitalisation les personnes atteintes par le VIH.

Depuis de nombreuses années, des réseaux ville-hôpital ont permis de prendre en charge de manière coordonnée les patients atteints de VIH-Sida.

À



BIBLIOGRAPHIE

1. Inserm. Microbiologie et maladies infectieuses. Dossiers d'information. Tuberculose. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/microbiologie-et-maladies-infectieuses/dossiers-d-information>. Consulté le 16 Décembre 2011.
2. OMS. Centre des médias. Tuberculose. Aide-mémoire. [En ligne]. Mars 2012. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/fr/>. Consulté le 16 Avril 2012.
3. Les maladies transmissibles dans les régions de France. Paris : Fnors, Octobre 2009, 107 p.
4. ORS Bourgogne. Mise en oeuvre des actions recentralisées en Bourgogne. Lutte contre la tuberculose : état des lieux 2007. 2009, 79 p.
5. Centre de lutte anti-tuberculeuse et centre de vaccination Côte-d'Or. Rapport d'activité et de performance des centres de lutte anti-tuberculeuse 2010. 2011, 8 p.
6. Centre de lutte anti-tuberculeuse de la Nièvre. Rapport d'activité et de performance des centres de lutte anti-tuberculeuse 2010. 2011, 4 p.
7. CH Chalon-sur-Saône. Rapport annuel d'activité et de performance des Centres de lutte anti-tuberculeuse 2010. Service départemental de santé publique 2011, 5 p.
8. CH Auxerre. Rapport annuel d'activité et de performance des Centres de lutte anti-tuberculeuse 2010. Service santé publique 2011, 5 p.
9. CH Sens. Rapport annuel d'activité et de performance des Centres de lutte anti-tuberculeuse 2010. Service Santé publique 6 p.
10. Comité national d'élaboration du programme de lutte contre la tuberculose. Programme de lutte contre la tuberculose en France 2007-2009. Juillet 2007, 72 p.
11. ORS Bourgogne. La santé de la mère et de l'enfant en Côte-d'Or. Chiffres-clés et repères en santé publique. 2012.
12. ORS Bourgogne. Etude de la couverture vaccinale en Bourgogne 2009-2010. Dijon : ORS; Janvier 2011, 65 p.
13. Zarski J. Histoire naturelle des hépatites virales. La revue du Praticien. Janvier 2011(61) : 33-38.
14. Meffre C. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire; 2007, 114 p.
15. Antona D, Letort M, Lévy-Bruhl D. Estimation du nombre annuel de nouvelles infections par le virus de l'hépatite B en France, 2004-2007. Bull Epid Hebd. 2009; 20-21 : 196-198.
16. Antona D, Couturier E, Larsen C. Épidémiologie des hépatites virales en France. La revue du praticien. Janvier 2011(61) : 25-32.
17. Anaes. Réunion de consensus : Vaccination contre le virus de l'hépatite B. Paris : Anaes; 2003, 17 p.
18. Anaes. Dépistage de l'hépatite C. Populations à dépister et modalités de dépistage. Paris : service des recommandations professionnelles Anaes; 2001, 8 p.
19. ORS Bourgogne. Couverture vaccinale des étudiants en Bourgogne. À paraître. 2012, 43 p.
20. Asselah T, Lada O, Marcellin P. Traitement de l'hépatite chronique B. La revue du praticien. Janvier 2011(61) : 45-51.
21. Bourlière M, Khaloun A, Castellani P, Portal I, Ansaldo C, Adhoute X, et al. Traitement de l'hépatite. La revue du praticien. Janvier 2011(61) : 55-61.
22. Inserm. Microbiologie et maladies infectieuses. Dossiers d'information. Sida. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/microbiologie-et-maladies-infectieuses/dossiers-d-information>.



23. InVS, avec la collaboration du Centre national de référence pour le VIH. Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2005. Bull Epid Hebd. 2006; 48 : 371-378.
24. Drees. Infection VIH-Sida. In Drees. L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. Paris: Drees; 2011, 218-219.
25. Yeni P (dir.). Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport 2010. Recommandations du groupe d'experts. Paris : 2010, 417 p.
26. Corevih Bourgogne. Rapport d'activité 2010. 2011, 26 p.
27. ClGaLes. Inauguration de Dimmagay vendredi 9 septembre 2011., 4 p.
28. Antoine D, Che D. Les cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2007. Bull Epid Hebd. 2009; 12-13 : 106-109.



Document complet téléchargeable sur le site www.ors-bourgogne.org



Observatoire régional de la santé de Bourgogne
Parc de Mirande
14 H rue Pierre de Coubertin
21000 DIJON

 03 80 65 08 10
 Ors.Brg@wanadoo.fr

Fax 03 80 65 08 18
Site : ors-bourgogne.org



Action réalisée avec le financement de l'Agence Régionale de Santé Bourgogne