



LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

FAITS MARQUANTS

- Des taux d'admission en ALD et de mortalité par hépatites virales en Drôme et en Ardèche proches des valeurs régionales et inférieurs aux valeurs nationales
- Des taux d'incidence des séroconversions au VIH très inférieurs sur les deux départements par rapport à la région et à la France
- Un diagnostic qui reste tardif : un tiers des découvertes de séropositivité suite à l'apparition de signes cliniques

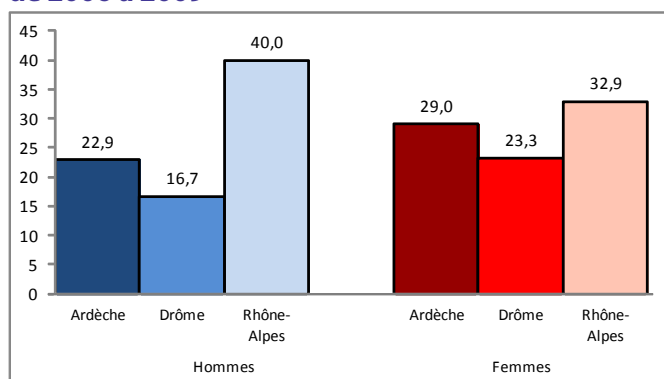
DES TAUX D'HOSPITALISATION POUR INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE PLUS FAIBLES QUE DANS LA RÉGION

De 2006 à 2009, en moyenne annuelle, 71 séjours hospitaliers de patients ardéchois ont eu pour diagnostic principal une infection sexuellement transmissible (syphilis, VIH, gonococcie, chlamydia, herpes,...) et 86 pour la population drômoise. Ces chiffres n'intègrent pas les hospitalisations pour hépatite B. Dans chaque département, parmi ces hospitalisations, 21 séjours annuels étaient liés à une maladie liée au VIH.

Les taux d'hospitalisation correspondants en Ardèche (23 séjours pour 100 000 habitants chez l'homme et 29 chez la femme) et dans la Drôme (17 chez l'homme et 23 chez la femme) sont inférieurs aux taux régionaux (40 et 33).

Les hospitalisations pour IST ne sont pas la règle. En dehors du VIH, les IST font souvent l'objet d'une prise en charge ambulatoire exclusive. Les patients hospitalisés présentent donc des comorbidités ou des formes graves rares de ces pathologies. A titre d'exemple, la prévalence de l'infection à chlamydia trachomatis chez les jeunes femmes en France est estimée à près de 3% de la population.

Taux* comparatif d'hospitalisation pour infection sexuellement transmissible ou maladie due au VIH de 2006 à 2009



Sources : PMSI, Insee

* Taux pour 100 000 habitants

Exploitation ORS RA

CONTEXTE NATIONAL

Les infections sexuellement transmissibles sont des pathologies avec des modes de contamination pouvant être associés à d'autres comportements à risque, notamment par voie intraveineuse (VIH, hépatite B,...) et aux conséquences diverses en terme de santé publique. Ces dernières peuvent se chroniciser (VIH, hépatite B, herpes,...), entraîner des troubles de la fertilité (chlamydia trachomatis,...), avoir une transmission materno-foetale pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement (VIH, hépatite B, herpes,...). Elles atteignent principalement des populations jeunes.

La lutte contre ces pathologies repose sur la prévention (rapports protégés, réduction exposition sanguine), le dépistage et le traitement précoce. En ce qui concerne le sida, le nombre total estimé de cas, au 31 mars 2010, est de 83 000 dont environ 46 000 auraient conduit à un décès. L'épidémie qui avait connu une forte progression jusqu'au milieu des années 1990, a depuis l'introduction, en 1996 des traitements antirétroviraux combinée aux actions de prévention et aux modifications de comportement, a considérablement régressé en France. Cependant, la baisse du nombre de nouvelles contaminations par le VIH se stabilise voire connaît une légère augmentation (6 400 cas de séroconversions en 2008, 6 700 en 2010). La population touchée est également différente avec une augmentation de la part des contaminations liées à des relations hétérosexuelles devenues majoritaires (53%) sur la période 2004-2010 (53% contre 24% auparavant), et la réduction des contaminations homosexuelles (24% contre 42%) et de celles liées à l'usage de drogues intraveineuses (9% contre 22%).

La prévalence en France de l'infection pour l'hépatite B est inférieure à 2%, classant le pays dans la zone de faible endémicité. Toute la population n'est pas exposée de la même manière, de 2008 à 2009, 78% des cas déclarés étaient nés dans des pays de moyenne ou forte endémicité. Le nombre de décès en France imputables à l'hépatite B était estimé à plus de 1 300 en 2004-2005, avec un taux de décès 2,2 fois plus élevé chez l'homme. Au moment du décès, 93% des patients avaient une cirrhose et 35% un carcinome hépatocellulaire.



Les hépatites virales : les différentes hépatites virales ont des modes de contamination différents, eau et aliments souillés pour les hépatites A et E, rapports sexuels non protégés pour l'hépatite B, voie sanguine pour les hépatites B et C. Le risque de chronicisation existe pour les hépatites B et C, entraînant cirrhose et carcinome hépatocellulaire. Un vaccin existe pour les hépatite A et B.

DESTAUX D'ADMISSION EN ALD POUR HÉPATITE CHRONIQUE PLUS FAIBLES QU'EN FRANCE

De 2005 à 2009, 45 Ardéchois et 78 Drômois ont été admis en ALD, chaque année en moyenne, pour une hépatite virale chronique. Les taux d'admission des hommes en ALD pour hépatite virale chronique sur cette période sont en Ardèche, dans la Drôme et en Rhône-Alpes (20 admissions pour 100 000 habitants) inférieurs au taux français (24). Ces taux sont globalement deux fois inférieurs chez les femmes, ils se situent entre 9 admissions pour 100 000 femmes en Ardèche et 13 en France.

QUATRE ARDÉCHOIS ET QUATRE DRÔMOIS DÉCÈDENT CHAQUE ANNÉE D'UNE HÉPATITE VIRALE

Sur la période 2000-2009, 38 Ardéchois et 43 Drômois sont décédés d'une hépatite virale soit 4 décès annuels par département. Chez les hommes, le taux comparatif de mortalité par hépatite virale en Ardèche (1,5 décès pour 100 000 habitants) est équivalent à celui de la France (1,6). Dans la Drôme et en Rhône-Alpes, il est plus faible (1,1 et 1,2 respectivement). Pour les femmes les taux ardéchois (0,6) et drômois (0,6) sont plus faibles que ceux de Rhône-Alpes (0,8) et de la France (0,9).

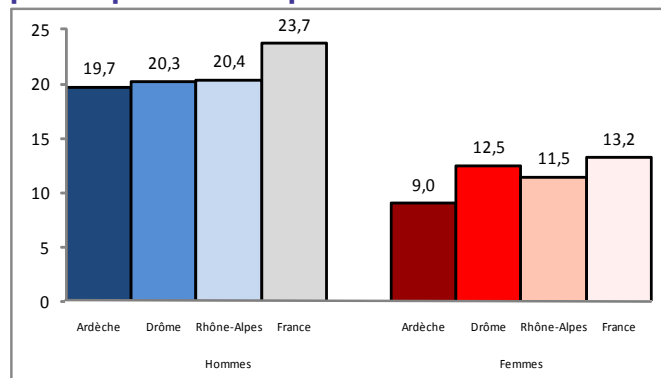
80% DES PATIENTS HOSPITALISÉS POUR HÉPATITE CHRONIQUE PRÉSENTENT UNE HÉPATITE C

Les hospitalisations pour hépatites virales peuvent avoir lieu soit lors de la phase aiguë de la maladie si elle est symptomatique et compliquée, soit dans le cas d'hépatites chroniques essentiellement à l'occasion de complications. En effet, le suivi de la plupart des patients atteints d'hépatite virale peut se faire en ambulatoire.

De 2006 à 2009, 31 Ardéchois et 42 Drômois ont été hospitalisés annuellement pour la survenue d'un hépatite virale aiguë. Comme dans la région, un tiers des patients présentaient une hépatite aiguë B et un tiers une hépatite C.

Sur la même période, 197 Ardéchois et 284 Drômois ont été hospitalisés annuellement pour hépatite virale chronique. Comme dans la région, 80% des patients hospitalisés avaient une hépatite chronique de type C.

Taux* comparatifs annuels d'admission en ALD pour hépatite chronique en 2005-2009

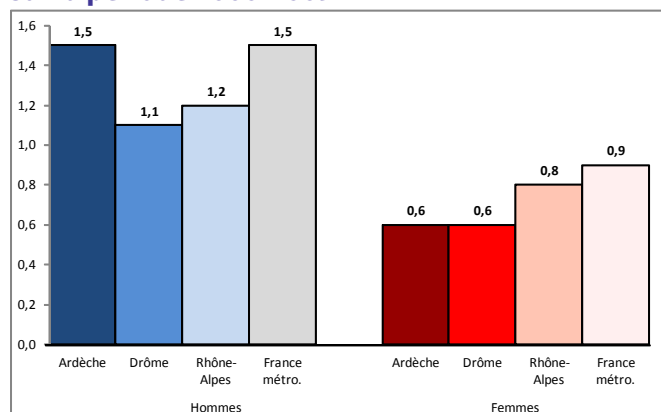


Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA

Exploitation ORS RA

* Taux pour 100 000 habitants

Taux* comparatifs annuels de mortalité par hépatite sur la période 2000-2009



Sources : Inserm CépiDC, Insee

Exploitation ORS RA

* Taux pour 100 000 habitants

Taux* comparatifs annuels de patients hospitalisés** par type d'hépatite en 2006-2009

	Ardèche		Drôme		Rhône-Alpes
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Taux
Hépatites Aiguës					
Hépatite B	9	2,6	11	2,3	3,1
Hépatite C	12	3,4	14	2,8	3,6
Autres	10	3,1	18	3,6	4,0
Total	31	9,2	42	8,7	10,7
Hépatites Chroniques					
Hépatite B	39	12,1	56	11,5	17,7
Hépatite C	160	48,4	233	47,3	46,7
Co-infection B et C	7	1,9	10	1,9	1,9
Autres ou non précisés	5	1,5	5	0,9	2,4
Total	197	60,1	284	57,8	64,9

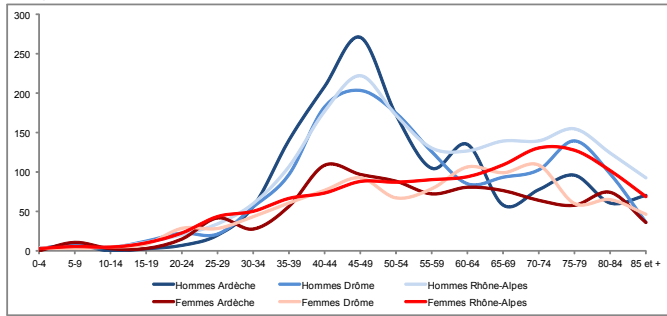
Source : PMSI

Exploitation ORS RA

* Taux pour 100 000 habitants

** Données domiciliées, pour les diagnostics principaux, reliés et associés

Taux* bruts d'hospitalisation pour hépatite selon l'âge sur la période 2006-2009

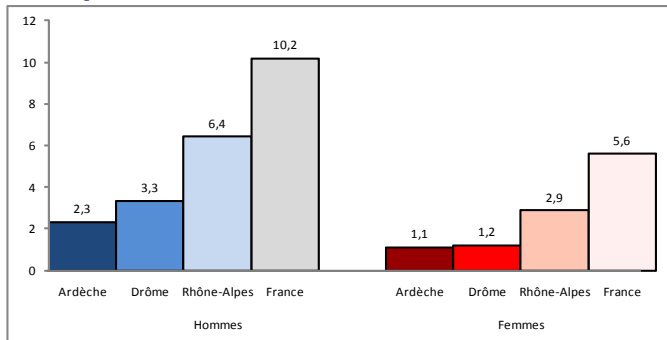


Sources : PMSI, Insee

Exploitation ORS RA

* Taux pour 100 000 habitants

Taux* bruts annuels de séroconversion pour le VIH sur la période de mars 2003 à décembre 2010**



Source : DO (InVS), Insee

Exploitation ORS RA

* Taux pour 100 000 habitants

** Données non corrigées pour la sous déclaration et années 2009 et 2010 non redressées pour les délais de déclaration

Répartition des séroconversions en fonction de l'âge sur la période 2003-2010*

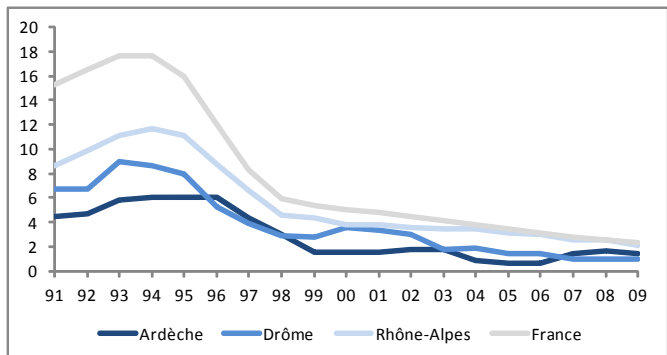
	Ardèche		Drôme		Rhône-Alpes	France
	Effectif **	Part (%)	Effectif **	Part (%)	Part (%)	Part (%)
< 30 ans	10	24,4	14	16,9	25,5	25,3
30 - 39	12	29,3	31	37,3	34,9	35,2
40 - 49	7	17,1	22	26,5	21,6	23,6
50 - 59	8	19,5	9	10,8	12,6	11,1
60 +	4	9,8	7	8,4	5,5	4,8
Total	41	100,0	83	100,0	100,0	100,0

Source : DO (InVS)

Exploitation ORS RA

** Données cumulées mars 2003- décembre 2010, non corrigées pour la sous-déclaration

Evolution du taux* d'incidence des déclarations de SIDA de 1990 à 2010



Sources : Insee, DO (Score Santé, InVS)

Exploitation ORS RA

* Taux pour 100 000 habitants lissé sur une période glissante de 3 années

Les années 2009 et 2010 sont non redressées pour les délais de déclaration

DES TAUX D'HOSPITALISATION ÉLEVÉS CHEZ LES HOMMES DE 40-54 ANS

Le taux d'hospitalisation pour hépatite croît régulièrement avec l'âge chez les femmes en Drôme et en Ardèche avant de se stabiliser vers l'âge de 40 ans. Chez les hommes les taux augmentent fortement à partir de 30 ans pour présenter un pic entre 40 et 54 ans, avant de décroître et de rejoindre les niveaux féminins à partir de 60 ans.

DES TAUX D'INFECTION PAR LE VIH INFÉRIEURS À LA RÉGION ET À LA FRANCE

Depuis mars 2003, il existe une notification obligatoire des nouveaux diagnostics d'infection par le VIH. Depuis cette date et jusqu'à fin 2010, 41 cas ont été déclarés en Ardèche et 83 dans la Drôme. Les taux bruts annuels correspondants sont inférieurs en Ardèche et dans la Drôme au taux de la région, eux-mêmes près de deux fois inférieurs aux taux français. Ces différences sont observées chez les hommes (respectivement 2, 3, 6 et 10 cas pour 100 000 habitants) comme chez les femmes (1 cas en Ardèche et en Drôme, 3 en Rhône-Alpes et 6 en France).

UN TIERS DES DÉCOUVERTES DU VIH CHEZ LES TRENTENAIRES

Parmi ces séroconversions, la proportion d'hommes est de 66% en Ardèche et de 72% dans la Drôme, proche des valeurs régionale (68%) et nationale (63%). Les 30-39 ans représentent la tranche d'âge à laquelle le plus grand nombre de séroconversions sont diagnostiqués (29% des séroconversions en Ardèche, 37% en Drôme, 35% en Rhône-Alpes et en France).

Dans les deux départements le principal motif de dépistage lors de la découverte du VIH était l'existence de signes cliniques (39% des découvertes en Ardèche et 30% dans la Drôme), ce qui révèle un diagnostic tardif.

UNE BAISSÉ MARQUÉE DE L'INCIDENCE DU SIDA DEPUIS 15 ANS

Avec la mise en place des trithérapies dans les années 90, le taux d'incidence du SIDA maladie a significativement diminué. Ainsi, entre 1990 et 1995, 45 Ardéchois et 99 Drômois ont développé un SIDA contre 14 et 24 entre 2003 et 2010.

Le nombre de décès a également baissé, passant de 54 en Ardèche et 86 dans la Drôme sur la période 1991-1999 à 21 et 43 pour 2000-2009.

En parallèle, du fait de la forte augmentation de la survie et de la persistance de cas incidents, le nombre de patients séropositifs pour le VIH a augmenté (+4% par an depuis 1999 en Rhône-Alpes).

L'ARDÈCHE ET LA DRÔME COMPTENT 27 CPEF ET 7 CDAG EN 2010

Hospitaliers, associatifs ou relevant des collectivités, les CPEF (Centres de planification et d'éducation familiale) apportent une offre spécialisée au côté des dispositifs de droit commun. Ils accueillent essentiellement les jeunes et visent une approche globale de la sexualité, à la charnière du social, de l'éducatif et du sanitaire.

On dénombre (centres et antennes compris) 11 CPEF en Ardèche et 16 dans la Drôme.

Les CDAG (Centres de dépistage anonyme et gratuit) permettent à ceux qui le souhaitent de « se faire dépister » gratuitement et sans avoir à donner leur nom. Les CDAG dépistent prioritairement le VIH, mais aussi d'autres infections sexuellement transmissibles, notamment les hépatites.

On dénombre 3 CDAG en Ardèche et 4 dans la Drôme.

Les Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) ont pour mission d'assurer de manière gratuite et anonyme les actions de prévention, de dépistage, de diagnostic, et d'assurer le traitement ambulatoire des patients. En Rhône-Alpes, les CIDDIST ont été adossés à des structures préexistantes, notamment des CDAG ou des CPEF.

Les CPEF et les CDAG en Ardèche et dans la Drôme en 2010



Sources : SAE, Conseils généraux

Exploitation ORS RA

Déclaration des cas de SIDA :

Le SIDA fait partie des maladies dont la déclaration est obligatoire. C'est au médecin qui établit le diagnostic qu'incombe d'effectuer cette déclaration, de manière non nominative, auprès des médecins inspecteurs de santé publique de l'ARS. Il existe un délai plus ou moins long entre la date du diagnostic et celle de la déclaration à l'ARS. Pour tenir compte de ce délai, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), qui gère les déclarations au niveau national, corrige les données récentes en effectuant des redressements sur les deux dernières années de déclaration. Du fait des délais entre la date du diagnostic du SIDA et la date où le cas est déclaré, les nombres enregistrés en 2008, 2009, et 2010 sous-estiment les nombres réels de cas. On dispose ainsi de données provisoires sans devoir attendre que tous les cas diagnostiqués aient été déclarés.

Déclaration des séroconversions VIH :

La notification obligatoire des diagnostics de sida depuis 1986, ne permettait plus de suivre la dynamique de l'épidémie. La surveillance de l'infection à VIH a donc été mise en place en mars 2003 avec une notification obligatoire des nouveaux diagnostics d'infection par le VIH (sérologies confirmées positives). La sous-déclaration des notifications varie d'une année à l'autre, elle était estimée à 27% en 2008.

Méthode :

Infections sexuellement transmissibles :

CIM10 : A50-A60; A63; A64

Les infections ano-génitales par le virus de l'herpès peuvent aussi être classées dans d'autres chapitres, sous estimant ainsi les nombres de séjours pour IST.

Maladies dues au VIH :

CIM10 : B20-B24

Hépatite B :

Aiguë : CIM10 B16

Chronique : CIM10 B18.0; B18.1

Hépatite C :

Aiguë : CIM10 B17.1

Chronique : CIM10 B18.2

Autres hépatites :

Aiguë : CIM10 B15; B17.0; B17.2; B17.8

Chronique : CIM10 B18.8; B18.9; B19