



VIE  
AFFECTIVE  
ET SEXUELLE

EN BRETAGNE



## Préambule

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité ... » (OMS 2002), elle constitue un élément essentiel de la santé des individus tout au long de leur vie. L'ARS Bretagne en a fait une priorité inscrite dans le Projet Régional de Santé, en l'élargissant au travers de la thématique « Vie Affective et Sexuelle ».

Le premier axe de cette thématique est centré sur la promotion de la santé en matière de vie affective et sexuelle : accéder aux informations liées à la vie affective et sexuelle sans distinction ni discrimination quels que soient l'âge, l'origine, l'identité sexuelle, l'orientation sexuelle, le milieu socio-économique, les capacités physiques et cognitives, l'appartenance religieuse ...

Le second axe englobe les actions relatives à la prévention sélective, plus particulièrement le développement de l'accès à la contraception, la lutte contre le VIH, les infections sexuellement transmissibles et les hépatites.

Par ailleurs, certaines populations justifient d'actions spécifiques et prioritaires telle l'information des jeunes, en particulier en matière de contraception allant de pair avec les prises de risques pouvant entraîner la contamination par des maladies sexuellement transmissibles, voire des grossesses non désirées et des interruptions volontaires de grossesses parfois itératives. D'autres populations présentent un risque plus important de part leur origine, leur condition sociale, leur pratique sexuelle et doivent faire l'objet d'actions ciblées.

Afin d'améliorer la connaissance entre les acteurs sur les actions de prévention, un état des lieux a été réalisé en 2013-2014, permettant de visualiser, par territoire de santé, les acteurs sur les différents champs de la vie affective et sexuelle. Cette étude aura aussi permis d'initier sur certains territoires une première dynamique de réseau.

Parallèlement, pour mieux répondre aux attentes et besoins des professionnels qui développent des actions de prévention, font du dépistage et mettent en place des programmes de prise en charge, les données d'observation sont nécessaires afin de suivre dans le temps et l'espace l'évolution des tendances. Dans cette logique, un premier tableau de bord publié en 2013, issu d'une réflexion collaborative, a permis de rassembler des indicateurs de suivi exploitables et analysables à l'échelon régional et infrarégional et de mieux cerner les problématiques de la région.

La présente synthèse, commanditée par l'ARS, a été réalisée par l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne en lien avec les acteurs de terrain. Elle met en exergue les résultats les plus significatifs issus du tableau de bord, sur la prévention, la contraception, les interruptions volontaires de grossesses, le VIH et les hépatites B et C. Ces données sont enrichies par les points de vue de professionnels intervenant à différents niveaux auprès de la population bretonne.

Nous souhaitons que ces éléments de constat partagés, fournissent aux acteurs de terrain et aux décideurs, des repères pour orienter leurs actions afin de mieux répondre aux besoins de santé des Bretons.

**Pierre BERTRAND**

**Directeur de la stratégie et des partenariats - ARS Bretagne**

# Naissances et fécondité

## ► Poursuite de la diminution des naissances

En 2013, avec 35 578 naissances vivantes dénombrées en Bretagne, la baisse de la natalité se poursuit. Parallèlement le taux de fécondité observé en Bretagne s'écarte progressivement de celui de la France depuis 2008 et se situe à un niveau inférieur.

En 2012, 113 naissances ont concerné des mineures en Bretagne, soit 3 naissances vivantes sur 1 000 (chiffre provisoire). Depuis 2000, les naissances chez les mineures restent marginales et représentent entre 3 et 4 naissances vivantes sur 1 000 en Bretagne contre 5-6 naissances vivantes sur 1 000 en France métropolitaine.



## En moyenne, 2 enfants par femme

En 2012, avec 2,01 enfants par femme dans la région, l'indice conjoncturel de fécondité est comparable à celui de la France métropolitaine ce qui place la Bretagne (ex-aequo avec la Franche-Comté) au 9<sup>e</sup> rang parmi l'ensemble des régions. Il est plus élevé dans les Côtes d'Armor (2,1) et le Morbihan (2,08), à l'inverse le Finistère (1,97) et l'Ille-et-Vilaine (1,99) affichent des niveaux sensiblement inférieurs.

## Augmentation de l'âge moyen à l'accouchement

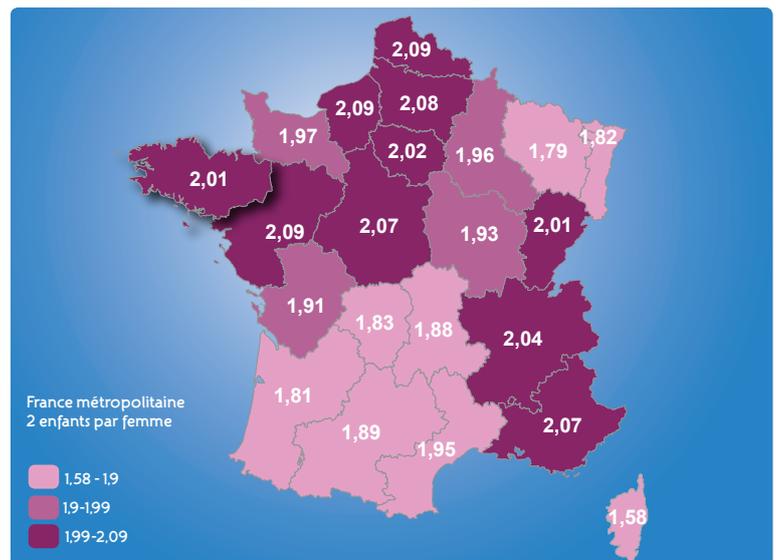
En 2012, les bretonnes ont accouché en moyenne à 30,1 ans. Elles ont eu leur premier enfant en moyenne à 28,8 ans, pour 28 ans en 1999<sup>1</sup>. L'âge moyen des mères à l'accouchement, tous rangs de naissance confondus, augmente progressivement depuis 1990 selon une tendance similaire en Bretagne et en France.

<sup>1</sup> Insee Analyses Bretagne, Le bilan démographique 2013 en Bretagne, n°2, juin 2014, 4 pages.

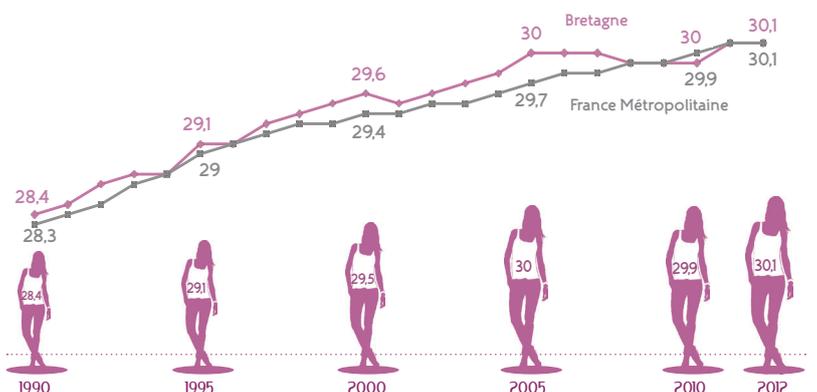
■ **Graphique 1 /** Évolution du nombre de naissances vivantes et du taux de fécondité pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en Bretagne et en France



■ **Carte 1 /** Indicateur conjoncturel de fécondité en 2012



■ **Graphique 2 /** Évolution de l'âge moyen à l'accouchement en Bretagne et en France entre 1990 et 2012



## Contraception : les méthodes

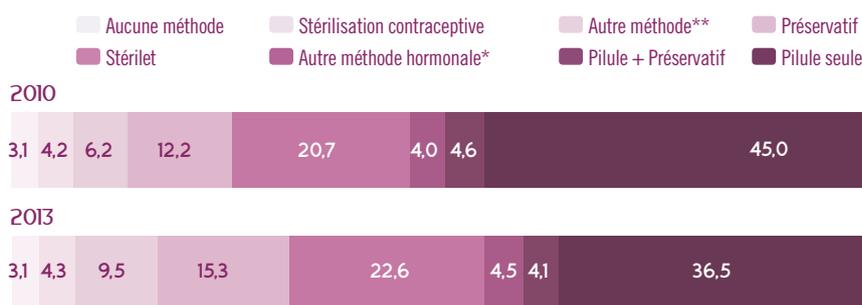
### ► Une reconfiguration du paysage contraceptif en lien avec la poursuite de la baisse du recours à la pilule...

En France, en 2013, bien que la pilule demeure le premier moyen de contraception utilisé par les femmes de 15 à 49 ans, près d'une femme sur cinq déclare avoir changé de méthode contraceptive depuis la controverse médiatique de 2012-2013 sur les pilules. Le recul du recours à la pilule s'est poursuivi, passant de 50% à 41% entre 2010 et 2013, et prolongeant la baisse de 5 points observée entre 2000 et 2010. La diminution récente particulièrement marquée concerne de manière quasi-exclusive les pilules contraceptives de 3<sup>e</sup> et de 4<sup>e</sup> génération qui ont fait l'objet du débat. Ces dernières représentent désormais 10% des méthodes contraceptives utilisées contre 19% en 2010. La baisse traduit plus largement une détérioration de l'image de la pilule puisque la désaffection semble concerner la méthode contraceptive hormonale elle-même, le report

vers les pilules de 2<sup>e</sup> génération ayant été relativement minime (22% d'utilisatrices de 2<sup>e</sup> génération en 2010 versus 23% en 2013). Les femmes se sont alors tournées vers d'autres méthodes de contraception, notamment le stérilet (dispositif ou système intra-utérin) (20,7% en 2010 versus 22,6% en 2013), le préservatif (12,2% versus 15,3% en 2013), et d'autres méthodes comme les dates (rapports en dehors des périodes de fé-

condabilité) ou le retrait (6,2% versus 9,5%). Cette diversification des pratiques contraceptives avec l'augmentation du recours aux méthodes moins efficaces ne devrait pas se traduire par une hausse sensible des grossesses non prévues pour la population dans son ensemble. Mais, les évolutions récentes étant socialement marquées, il est à craindre qu'une augmentation affecte certains sous-groupes de population.

### ■ Graphique 3 / Méthodes de contraception utilisées en France en 2010 et 2013 en %



Source : Enquête Fécond, Inserm-Ined, exploitation ORS Bretagne.

\*Autre méthode hormonale : implant, patch, anneau vaginal / \*\*Autre méthode : retrait, abstinence périodique, méthode locale.

### ■ Encadré 1 / Point de vue : Docteur Hélène Guichaoua, médecin gynécologue obstétricien CH Guingamp

L'étude FECOND réalisée en 2013 a montré qu'il n'existait aucune désaffection vis-à-vis de la contraception, seules 3% des femmes n'utilisent pas de moyen de contraception, par contre, les méthodes se sont diversifiées.

Le débat sur les contraceptions oestro-progestatives de 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> génération a amplifié un phénomène que l'on constatait depuis quelques années, c'est-à-dire une certaine méfiance à l'égard de la pilule et un recours à des méthodes considérées comme plus naturelles.

Au quotidien, la pilule par son caractère hormonal est rejetée. Les médias ont diabolisé cette méthode de contraception en insistant sur les risques existants certes mais minimes en regard de l'avantage majeur qu'elle apporte, c'est-à-dire la maîtrise de la fécondité.

Toutefois, l'utilisation de l'implant a progressé. Le recours au dispositif intra-utérin est en augmentation chez les jeunes femmes. Il est, en effet, une bonne alternative au « non hormonal » mais peut présenter quelques inconvénients (règles plus abondantes et plus longues, pose parfois plus difficile chez la nullipare).

Beaucoup de jeunes pensent que le préservatif dont on a vanté à juste titre l'efficacité pour les IST, les protège d'une grossesse or, il existe un taux d'échec d'environ 15% en contraception.

Par contre, ce qui est plus inquiétant c'est le recours à des méthodes dites « naturelles ». On voit réapparaître des méthodes qui ont fait la preuve de leur moindre efficacité : abstinence périodique et retrait, augmentation des ventes sur internet et en pharmacie de moniteur d'ovulation et tests d'ovulation, promotion de la méthode MAMA (méthode allaitement maternel et aménorrhée) pendant l'allaitement.

La prescription d'une contraception doit être le résultat d'un échange entre le professionnel de santé (qui doit être facilement accessible) et la femme, voire le couple.

Elle doit intégrer à la fois les désirs de celle-ci : (moins de contraintes, moins « d'hormones », remboursement), les éventuelles contre-indications médicales bien sûr mais aussi informer sur leur efficacité et le « risque » éventuel de grossesse non désirée pour éviter un recours à l'IVG par mésinformation.



Nous ne pouvons hélas que constater l'augmentation récente des demandes d'IVG par abandon de la « pilule ».

Les causes sont certainement multiples (peur entretenue par les médias, difficultés à consulter, difficultés financières) mais les conséquences toujours supportées par les femmes, même si l'on ne peut réduire l'IVG à un échec de contraception.

# Contraception : en milieu scolaire et universitaire

## ► Plus de 600 élèves ont demandé une contraception d'urgence, majoritairement des mineures

Au cours de l'année scolaire 2011-2012, en Bretagne, 623 élèves des établissements publics de l'enseignement secondaire ont demandé une contraception d'urgence auprès des infirmières scolaires, essentiellement des élèves mineures (89%).

### Un taux de recours étroitement lié au type d'établissement fréquenté

Le taux de recours le plus faible est observé dans les collèges avec 4,7 demandes pour 1 000 élèves.

Dans les lycées, des écarts sont observés selon le type d'enseignement délivré : 13,3 demandes pour 1 000 élèves en lycée général et technologique, 16,8 en lycée polyvalent et 17,6 en lycée professionnel.

■ **Tableau 1** / Nombre d'élèves ayant fait une demande de contraception d'urgence et taux de recours selon le type d'établissement en Bretagne - Année scolaire 2011-2012

Type d'établissement	Élèves ayant fait une demande de contraception d'urgence	Taux de recours pour 1 000	Intervalle de confiance à 95%
Collège	202	4,7	[4,1 - 5,3]*
Lycée général et technologique	239	13,3	[11,6 - 15,0]*
Lycée professionnel	89	17,6	[13,9 - 21,2]*
Lycée polyvalent	93	16,8	[13,4 - 20,2]*
<b>Total</b>	<b>623</b>	<b>8,7</b>	<b>[8,0 - 9,4]</b>

Source : Académie de Rennes – Recueil statistique infirmier, exploitation ORS Bretagne.

\* Différence significative par rapport au taux global observé quel que soit le type d'établissement.

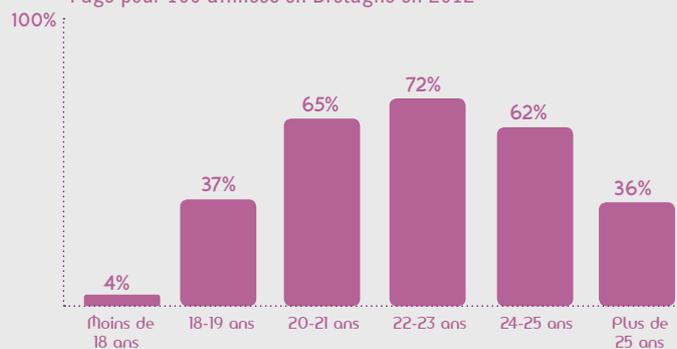
Remarque : La population prise en compte dans le recueil infirmier ne concerne que les élèves des établissements de l'enseignement public.

## ■ Encadré 2 / La contraception chez les étudiantes

### Près d'1 étudiante bretonne sur 2 utilise un contraceptif hormonal remboursé par la sécurité sociale en 2012

En 2012, 47% des étudiantes bretonnes ont bénéficié d'au moins un remboursement pour contraception hormonale. Le recours à la contraception hormonale varie selon l'âge. Il augmente jusqu'à 22-23 ans où il atteint son maximum avec 72% des étudiantes puis diminue ensuite à partir de 24 ans. Cette diminution peut traduire un moindre recours aux contraceptifs hormonaux remboursés ou un report vers d'autres moyens contraceptifs ou encore un moindre recours à la contraception en général, sans qu'il soit possible de mesurer la part de l'un ou de l'autre.

■ **Graphique 4** / Taux de recours à la contraception hormonale selon l'âge pour 100 affiliées en Bretagne en 2012



Sources : LMDE et SMEBA - année 2012, exploitation ORS Bretagne.

## ■ Encadré 3 / Point de vue : Isabelle Chauvet Le Marchand, infirmière conseillère technique du Recteur

Les infirmiers-ères scolaires ont un rôle de prévention individuelle et collective inscrite dans une démarche de promotion de la santé. Le tout s'articule autour d'un rôle d'accueil, d'écoute, de conseil, d'orientation vers les structures partenaires, de relation d'aide et de suivi individualisés.

La délivrance à toute jeune fille mineure ou majeure demandeuse, scolarisée dans un établissement public d'enseignement, de la contraception d'urgence type « Norlévo » fait partie des compétences de ces professionnelles-elles. Un protocole, décliné dans le Bulletin officiel hors-série n° 1 du 6 janvier 2000, encadre son organisation pratique.

Un temps d'échange respectueux installé lors d'un entretien confidentiel avec la jeune fille doit précéder impérativement toute délivrance éventuelle. Chaque délivrance est ensuite anonymisée avant d'être comptabilisée et remontée au niveau académique puis national. Les académies disposent ainsi de chiffres statistiques annuels.

Sur l'Académie de Rennes, les demandes émanent majoritairement de jeunes filles lycéennes mineures qui se voient délivrer cette contraception dans les trois quarts des cas par l'infirmière-ère de leur établissement. Les centres de planification ou d'éducation familiale assurent le suivi de ces jeunes filles pour moitié avec les infirmières-ères d'établissement.

Les infirmiers-ères sont identifiés-ées et privilégiés-ées par les jeunes comme personnes ressources incontournables, facilement accessibles, garantissant un conseil, un accompagnement et un suivi confidentiels.

Et ce d'autant plus que pour certains jeunes, la ruralité, l'éloignement des centres urbains, l'obligation d'utiliser les transports collectifs limitent fortement l'accès aux structures de planification familiale.

Des inadéquations entre heures d'ouverture des structures et emplois du temps des jeunes aggravent parfois cette difficulté d'accès libre aux structures.

## ■ En savoir plus ...

- La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? N. Bajos, Population & sociétés N°511, mai 2014.

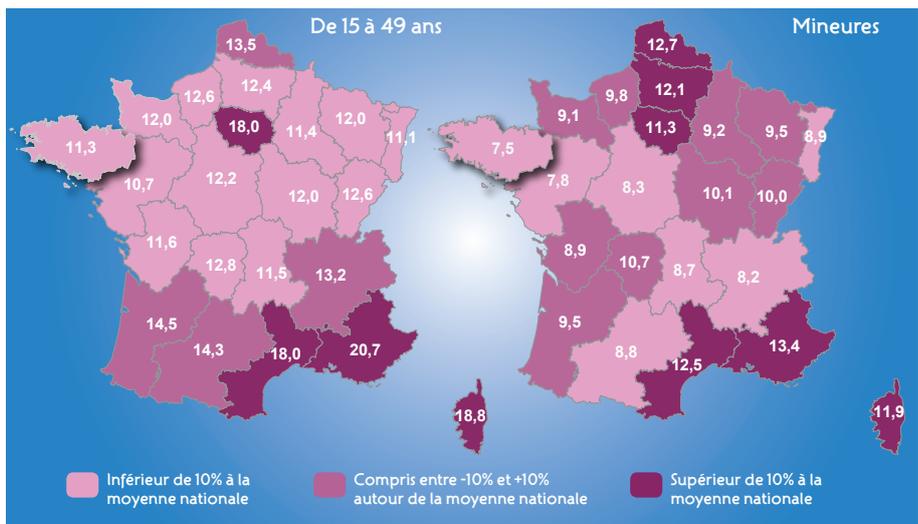
# Les interruptions volontaires de grossesse en Bretagne

## ► La Bretagne : région de plus faible recours à l'IVG chez les mineures

En 2012, la région se place au 3<sup>e</sup> rang des régions de plus faible recours pour l'ensemble des femmes âgées de 15 à 49 ans, avec un taux d'IVG de 11,3 pour 1 000 femmes de la tranche d'âge considérée, soit 7 691 IVG réalisées (carte 1). Les mineures, avec 7,5 IVG pour 1 000 femmes mineures<sup>1</sup>, affichent le plus faible recours parmi l'ensemble des régions de France métropolitaine.

<sup>1</sup>Les taux de recours des mineures concernent les IVG de moins de 18 ans rapportées aux femmes de 15 à 17 ans.

## ■ Carte 2 / Taux de recours à l'IVG en 2012 pour 1 000 femmes



Sources : Drees (SAE, PMSI), CNAMTS (Erasmé), exploitation ORS Bretagne



## ► Persistance d'un moindre recours en Bretagne depuis 2005

Sur l'ensemble de la période, le taux d'IVG en Bretagne demeure inférieur à celui observé en France métropolitaine. Contrairement au taux français qui affiche une relative stabilité autour de 14,5 entre 2005 et 2012, le taux breton a connu une diminution entre 2005 et 2009 variant de 11,7 à 11 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans. La tendance à l'augmentation observée dans la région en 2010 s'est inversée en 2011 et la baisse amorcée s'est poursuivie en 2012.

## ■ Graphique 5 / Évolution du nombre total d'IVG et du taux d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en Bretagne et en France



Sources : Drees (SAE, PMSI), CNAMTS (Erasmé), exploitation ORS Bretagne

\* à partir de 2007, y compris les forfaits remboursés en ville.

\*\* à partir de 2010, y compris les forfaits remboursés en centres de santé, établissements de PMI et centres de planification ou d'éducation familiale, soit 41 en 2010, 27 en 2011 et 18 en 2012.

# Les interruptions volontaires de grossesse en Bretagne

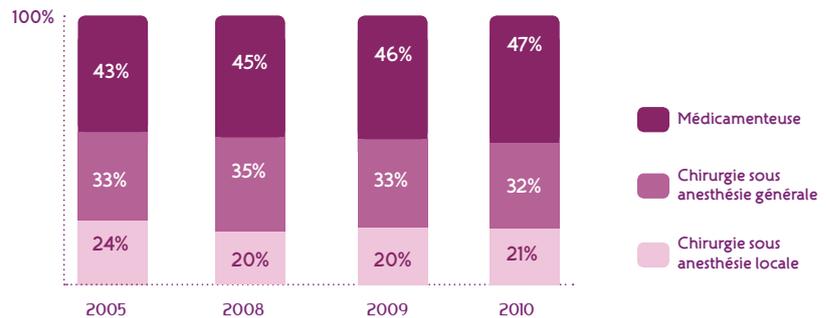
## ► Une part croissante des IVG médicamenteuses

En 2010, la part des IVG médicamenteuses poursuit sa progression atteignant 47% de l'ensemble des interruptions volontaires de grossesse.

En 1995, les IVG médicamenteuses ne représentaient que 16% des IVG et près du quart en 2000<sup>2</sup>.

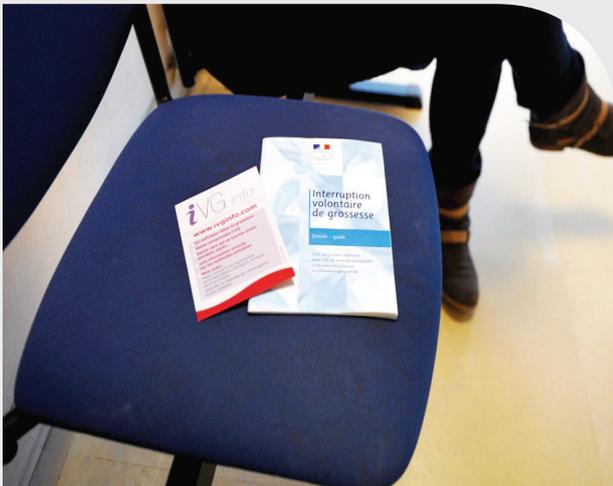
<sup>2</sup> Les interruptions volontaires de grossesse en 2005 en Bretagne, Véronique Boitard, Drass de Bretagne, L'info statistique, N°10, mars 2007

## ■ Graphique 6 / Évolution de la répartition des IVG selon la méthode utilisée en Bretagne entre 2005 et 2010



Source : ARS – Bulletin IVG 2010 (Données brutes non redressées pour les délais de transmission et la sous-déclaration), exploitation ORS Bretagne

## ■ Encadré 4 / Point de vue sur l'IVG médicamenteuse par le Docteur Sylvie Denoël, responsable du CPEF/CIVG du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique (CHBA)



En 1989, la France a autorisé la pratique des IVG médicamenteuses, jouant ainsi un rôle pionnier en matière de diversification des techniques. La part des IVG médicamenteuses va régulièrement progresser dans les établissements de santé approchant les 50% pour se stabiliser à partir de 2004. Depuis cette date, les femmes, à moins de 5 semaines de grossesse, peuvent recourir à une IVG médicamenteuse en ville et depuis 2009, les Centres de Santé et les CPEF peuvent aussi prendre en charge ces patientes hors hospitalisation.

En métropole, en 2012 (données Drees) 14% des IVG sont réalisées en cabinet de ville et 1% en Centres de santé et CPEF.

À Vannes, au CHBA, nous sommes seize à travailler au sein d'une petite struc-

ture dédiée à la santé sexuelle (Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) et Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse (CIVG)). Nous avons une antenne à Auray dans le service des consultations externes.

En 2013, sur 714 IVG, 18% des IVG sont réalisées en ville, pour moitié par les médecins de ville, pour moitié par le CPEF. Les IVG médicamenteuses représentent au total 42% des IVG. Nous ne pratiquons pas d'IVG instrumentales sous anesthésie locale.

C'est le recrutement d'une infirmière en 2009 qui, nous a permis de développer :

1 Le réseau « IVG médicamenteuse en ville » avec les médecins libéraux volontaires, gynécologues ou médecins généralistes.

Nous souhaitons une prise en charge de qualité avec des médecins libéraux bénéficiant d'une formation initiale théorique (et pratique si nécessaire) au sein de notre service. Nous nous engageons à être joignable en cas de besoin. Annuellement, nous organisons une soirée d'échanges de pratiques.

2 Le suivi de patientes vues au Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) souhaitant une IVG médicamenteuse à domicile.

3 Un hébergement moins stressant dans nos propres locaux.

La méthode médicamenteuse entraînant des saignements, parfois très abondants et régulièrement des douleurs, il est important de respecter le choix de la femme.

### Pour conclure :

► Permettre, sauf contre-indications, le choix libre et éclairé de la technique et du mode d'anesthésie, dans tous les centres, est un gage de qualité de prise en charge (Recommandations de l'HAS et de l'ARS Bretagne).

Or en Bretagne, il faut signaler des disparités importantes d'une structure à l'autre que ne reflète pas le graphique n°6 ci-dessus. Ainsi, à Vannes, nous souhaitons proposer aux femmes l'anesthésie locale, notre projet est en attente de décision.

► Valoriser le travail en CIVG, y accueillir les futurs médecins, sages-femmes ou infirmières amène une dynamique positive.

► Prévoir des locaux affectés et un personnel dédié améliore la prise en charge.

► Valoriser financièrement l'acte IVG évite la marginalisation de la prise en charge des IVG au profit d'activités médicales jugées plus rentables.

## ■ En savoir plus ...

- Les interruptions volontaires de grossesse en 2012. A. Vilain, Études et Résultats, DREES, n° 884, juin 2014.

# Le dépistage : virus de l'immunodéficience humaine

## ► Le dépistage du VIH en Bretagne : un taux de recours demeurant parmi les plus bas de France

En 2013, le recours au dépistage en Bretagne est inférieur à la moyenne nationale avec 56 tests pour 1 000 habitants contre 79 en France, ce qui positionne la Bretagne au 2<sup>ème</sup> rang des régions de plus faible recours en France. Ce moindre recours se retrouve également pour les dépistages ayant pour cadre une consultation de dépistage anonyme et gratuit (3,8 tests pour 1 000 habitants contre 5,2 en France, carte 3).

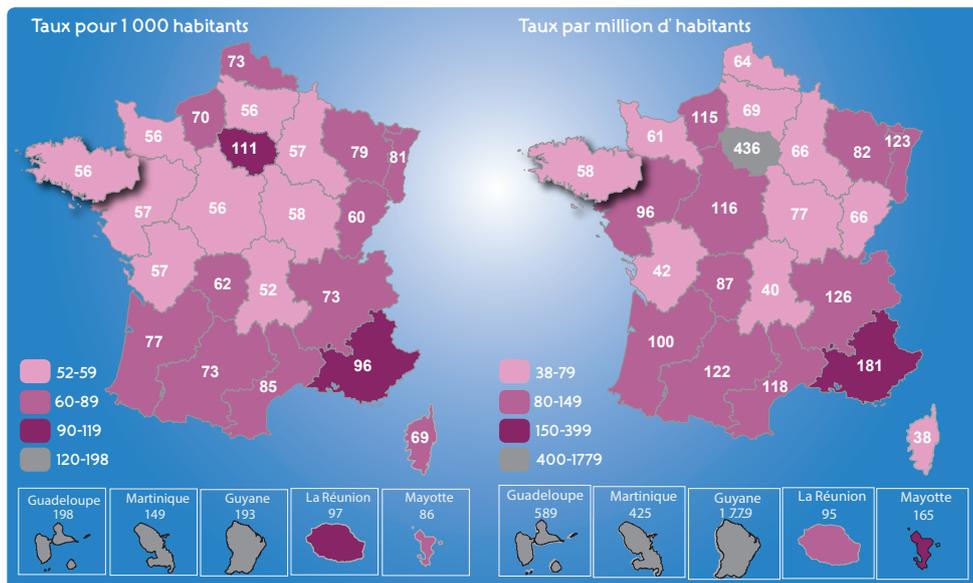
## La région au 4<sup>e</sup> rang des régions les moins touchées

En 2013, la Bretagne se classe au 4<sup>e</sup> rang des régions les moins touchées avec 58 sérologies positives par million d'habitants contre 172 en France (carte 4).

## ► Plus de 3 000 patients infectés par le VIH suivis dans les hôpitaux de Bretagne.

### ■ Carte 3 / Activité sérologique globale VIH pour 1 000 habitants (données corrigées) en 2013

### ■ Carte 4 / Nombre de sérologies VIH confirmées positives par million d'habitants (données corrigées) en 2013



Source : InVS BEH n°32-33, novembre 2014, enquête LaboVih



### ► L'enquête LaboVih

Initiée en 2001, auprès de l'ensemble des laboratoires d'analyses de biologie médicale de ville et hospitaliers en France, cette enquête annuelle a pour objectif de suivre sur la France entière et par région le nombre de personnes testées pour le VIH et le nombre de personnes confirmées positives pour la première fois pour le laboratoire (y compris par les Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), mais à l'exclusion des donneurs de sang). En 2013, 89% des laboratoires d'analyses médicales ont participé à LaboVih en France témoignant de la forte implication des biologistes dans la surveillance du VIH. Les résultats ont été redressés pour tenir compte de la non participation.

### ■ En savoir plus ...

- Le VIH, SIDA en Bretagne en 2013 : Dépistage et situation épidémiologique. L. Pennognon, I. Tron, ORS Bretagne, décembre 2014.

- Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2013, BEH-n°32-33-2014.

### ■ Encadré 5 / Point de vue

Cédric Arvieux, Président du Corevih Bretagne

*La France compte environ 150 000 personnes infectées par le VIH, dont un peu moins de 30 000 ignorent leur séropositivité. Cette méconnaissance de leur statut a deux conséquences majeures :*

► *Elle impacte fortement la qualité de vie ultérieure des personnes ignorant leur statut, la découverte tardive étant associée à une surmortalité, qui ne disparaît pour ceux qui ont survécu, que 4 ans après le diagnostic. Elle a également des conséquences importantes en matière de coût sociétal (arrêt de travail, hospitalisation, handicap résiduel).*

► *Elle est une part très importante de la dynamique épidémique actuelle, puisque l'on estime que les 19% de personnes infectées par le VIH qui ignorent leur séropositivité sont à l'origine de 43% au moins des nouvelles contaminations chaque année.*

*Mieux le risque est identifié par la communauté, moins le risque de rester non-dépisté est important : néanmoins, en moyenne, un homme ayant des rapports avec d'autres hommes (HSH) va rester 37 mois non dépisté. Ce chiffre grimpe à 54 mois pour les hommes hétérosexuels qui ne sont pas nés en France, soit un an et demi supplémentaire.*

*Enfin, il n'existe plus qu'un seul groupe de transmission où l'épidémie s'aggrave, celui des HSH. Avec une prévalence en France (2010) de 17% (presque deux fois la prévalence globale en Afrique du Sud, le pays le plus touché au monde), nos efforts en matière de dépistage doivent être particulièrement concentrés sur ce groupe.*

*Il nous faut à la fois arriver à parler librement de sexualité (ce blocage est à l'origine de beaucoup d'occasions manquées de dépistages), inventer de nouveaux modèles pour aller au plus près des populations concernées, proposer de nouvelles méthodes (auto-test, tests rapides, tests itératifs...), tout en restant coût-efficace.*

*En Bretagne, 65% des personnes découvrant leur séropositivité en 2013 étaient des hommes, dont deux tiers d'HSH.*

*Nous savons donc assez précisément quelle est notre dynamique épidémique locale... à nous, acteurs de la prévention et de la santé, de trouver les bons moyens pour dépister plus précocement ceux qui sont les plus concernés... sans négliger les autres !*

# Le dépistage : hépatites virales B et C

## ► Le dépistage du VHB en Bretagne : le taux de recours le plus faible de France, la Bretagne au 1<sup>er</sup> rang des régions les moins touchées

En 2010, avec 33 tests pour 1 000 habitants contre 53 en France, le recours au dépistage du VHB en Bretagne est inférieur à la moyenne nationale ce qui place la région au 1<sup>er</sup> rang des régions de plus faible recours en France (carte 5). De même, la Bretagne se classe au 1<sup>er</sup> rang des régions les moins touchées avec 9 sérologies positives pour 100 000 habitants contre 34 en France (carte 6).

### ► L'enquête Labohep

Réalisée en 2010, auprès d'un échantillon aléatoire de laboratoires d'analyses de biologie médicale, cette enquête transversale rétrospective a permis d'estimer sur la France entière et par région, le nombre de sérologies anti-VHC et AgHBs réalisées en 2010 et de décrire les caractéristiques socio-démographiques des personnes diagnostiquées anti-VHC et AgHBs positives. Le taux global de participation des laboratoires à cette enquête a été de 53%. Les résultats ont été redressés pour tenir compte de la non participation.

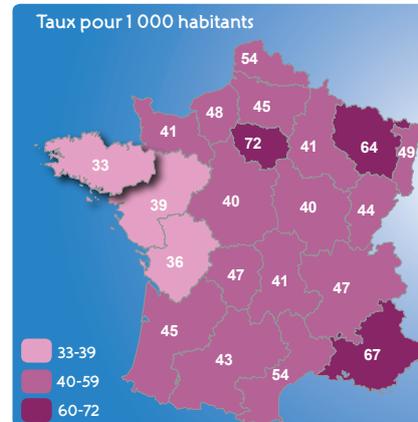
## ► Le dépistage du VHC en Bretagne : un taux de recours parmi les plus bas de France, la Bretagne au 2<sup>e</sup> rang des régions les moins touchées

En 2010, avec 32 tests pour 1 000 habitants contre 53 en France, le recours au dépistage du VHC en Bretagne est inférieur à la moyenne nationale ce qui situe la Bretagne au 3<sup>e</sup> rang des régions de plus faible recours en France (carte 7).

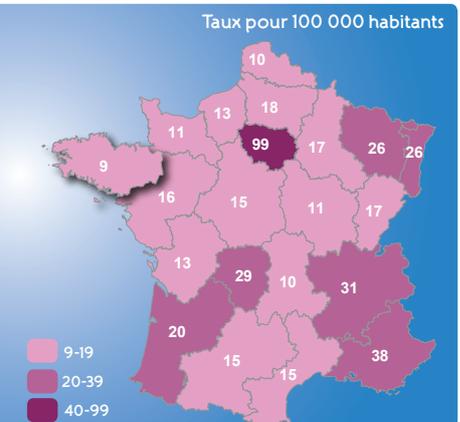
De même, la Bretagne se classe au 2<sup>e</sup> rang des régions les moins touchées avec 17 sérologies positives pour 100 000 habitants contre 46 en France (carte 8).

### HÉPATITES B

■ **Carte 5 /** Activité sérologique globale AgHBs pour 1 000 habitants en 2010



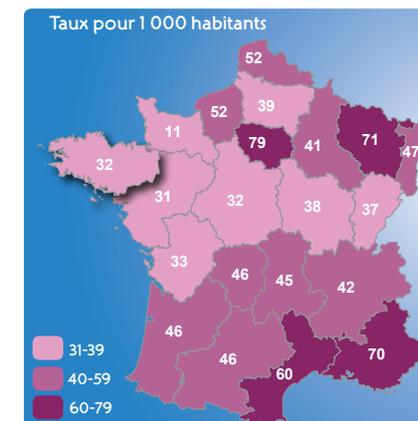
■ **Carte 6 /** Nombre de tests AgHBs confirmés positifs pour 100 000 habitants en 2010



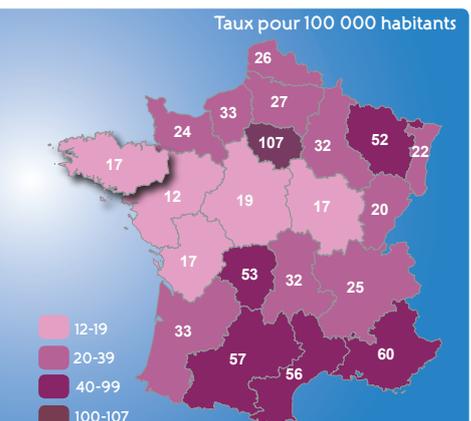
Source : InVS, enquête Labohep 2010, exploitation ORS Bretagne

### HÉPATITES C

■ **Carte 7 /** Activité sérologique globale anti-VHC pour 1 000 habitants en 2010



■ **Carte 8 /** Nombre de tests anti-VHC confirmés positifs pour 100 000 habitants en 2010



Source : InVS, enquête Labohep 2010, exploitation ORS Bretagne

### ■ Encadré 6 / Point de vue : Isabelle Stéphant, Association AIDES, lutte contre le VIH et les hépatites virales

Aujourd'hui, les outils existent enfin pour répondre efficacement aux enjeux individuels et collectifs du VIH et du VHC retrouvés dans les récentes recommandations d'experts (Morlat & Dhumeaux).

Ce qui se passe aujourd'hui concernant l'hépatite C est, par certains aspects, à l'image de la révolution connue dans le VIH en 1996 avec l'arrivée des trithérapies. Reste que ce progrès spectaculaire pour le VHC, ne prend sens que si les nouveaux traitements sont réellement accessibles à tous ceux qui en ont besoin.

Le dépistage doit prendre son essor, particulièrement en Bretagne. Comment imaginer se traiter d'une infection dont on ignore être atteint. Il faut diversifier les offres et les acteurs : dépistage médicalisé, dépistage communautaire, test à lec-

ture rapide (TROD), proposer des dépistages ciblés, en allant à la rencontre des personnes les plus à risque d'avoir rencontré le VIH/VHC au cours de leur vie. Il s'agit aussi de coupler les dépistages du VIH et VHC à d'autres : VHB, IST...

Une mesure est tout particulièrement attendue par les usagers en Bretagne : la mise en place du dépistage communautaire au moyen des TROD concernant le VHC. Elle l'est d'autant plus que l'efficacité de ce dépistage communautaire en complément d'autres offres classiques a été démontrée dans le champ du VIH. Il faut absolument soutenir la mise en place de ces tests rapides pour le VHC par les acteurs communautaires et associatifs, en complément d'une offre médicale et biologique qui a un grand intérêt, mais a ses limites.

L'accompagnement à l'injection des usagers de drogues ou les programmes d'échanges de seringues dans les établissements pénitentiaires représentent le complément indispensable de cette cascade vertueuse d'outils pour agir efficacement et durablement sur les épidémies à VIH et VHC. Reste que cette évolution transcendante a un coût important qui pourrait remettre en cause l'accès aux soins dans les pays développés et nécessite une vigilance citoyenne.

Ce n'est cependant qu'en intervenant sur l'ensemble de la cascade de soins qu'on peut faire que les besoins individuels de santé des personnes les plus exposées au VIH et Hépatites virales ou celles qui sont déjà touchées, participent à des enjeux globaux de santé publique.

### ■ En savoir plus ...

- Dépistage des hépatites B et C en France en 2010, enquête LaboHep 2010. Bull. Épidémiol. Hebd. 2013;(19):205-9.
- Objectifs et méthodologies de l'enquête nationale LaboHep 2010. Bull. Épidémiol. Hebd. 2013;(19):214-1.
- Indicateurs régionaux de dépistage et de prévalence des hépatites B et C. France 2010-2012. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire.

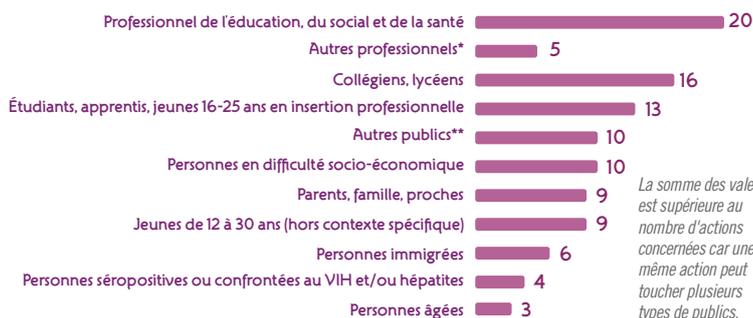
## Les actions de prévention

►► L'outil d'Observation et de Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé (OSCARS) permet d'identifier pour l'année 2013 les actions financées par l'ARS et le Conseil Régional sur la thématique « Vie affective et sexuelle ». **En 2013, 45 actions sont concernées.**

**Les actions ciblent principalement les jeunes publics et les professionnels**

En 2013, près des deux tiers des actions visent les jeunes (collégiens, lycéens, étudiants, apprentis, jeunes en insertion professionnelle) et plus de la moitié des professionnels. À noter que les jeunes peuvent bénéficier d'actions pour lesquelles ils ne sont pas exclusivement ciblés.

■ **Graphique 7 / Répartitions des actions selon les publics ciblés**



La somme des valeurs est supérieure au nombre d'actions concernées car une même action peut toucher plusieurs types de publics.

### PRÉCISIONS DE LECTURE

Les actions sont qualifiées à partir des éléments déclarés par les porteurs.

Les données présentées pourront évoluer au fur et à mesure de l'intégration dans OSCARS des auto-évaluations réalisées par les porteurs d'actions.

Les publics sont qualifiés en fonction du contexte d'intervention. A titre d'exemple, une action réalisée dans une université, ciblera le public « étudiant », alors qu'une action destinée aux jeunes de 13 à 30 ans quels que soient leurs statuts (collégiens, lycéens...), sera qualifiée par l'âge du public concerné.

Source OSCARS - décembre 2014, exploitation ORS Bretagne

\*professionnels de l'animation, personnels pénitentiaires, bénévoles, acteurs de l'éducation et promotion de la santé, personnels d'établissements libertins, etc. / \*\*personnes handicapées, homosexuels, femmes enceintes, personnes détenues, tout public, personnes relais, pairs, etc.

### ■ Encadré 7 / Exemple d'action de prévention auprès des apprentis-ies - L'équipe du Planning familial 35

Le Planning Familial 35, association d'éducation populaire et féministe, est un acteur de terrain, observateur vigilant de la société et acteur de changement en matière de vie affective et sexuelle.

L'association intervient depuis de nombreuses années auprès des apprentis-ies d'Ille-et-Vilaine au sein des centres de formation par l'apprentissage de Kerlann à Bruz, de Saint-Jouan-les-Guéréts et de Saint-Malo. Chaque année, ce sont environ 350 apprentis-ies qui sont rencontrés-ées par les professionnels-elles du Planning Familial d'Ille-et-Vilaine.

Les animations portent sur les thèmes des sexualités, de la contraception, des infections sexuellement transmissibles, des interruptions volontaires de grossesse, mais aussi des relations garçons-filles et des violences notamment conjugales et sexuelles. Les interventions ont lieu au sein des centres d'apprentissage ou bien dans les locaux du Planning Familial pour améliorer le repérage de la structure par les apprentis-ies.

L'équipe chargée des animations est composée de professionnels-elles aux qualifications et parcours variés (conseillères conjugales, animatrices de prévention, psychologues, médecins).

Écoute, adaptation, analyse des situations, l'animation de groupes en éduca-



tion à la vie affective et sexuelle nécessite d'adopter une posture qui permet à la fois le respect, la confiance et la parole du groupe. Le public des apprentis-ies est relativement spécifique : les âges au sein d'un même groupe peuvent varier de 16 à 20 ans, entraînant un rapport à la vie affective et sexuelle différent ; d'autre part, le vécu familial, le taux de grossesses menées à terme ou interrompues, les situations de prises de risques signalent des situations complexes auxquelles les professionnels-elles doivent pouvoir répondre.

Les stéréotypes de genre sont également très marqués chez ce public et conduisent parfois à des relations amoureuses inégalitaires : conception normative du couple, négociation de la contraception, pratiques sexuelles subies...

Les interventions auprès des apprentis-ies se révèlent riches et diverses en fonction des métiers rencontrés et des thématiques abordées. Les apprentis-ies évaluent positivement ces échanges et sollicitent par la suite les services de nos centres de planification.

## ■ Encadré 8 / État des lieux sur la vie affective et sexuelle en Bretagne - Myriam Besse, Pôle de coordination pour la prévention du Sida (PCPPS)

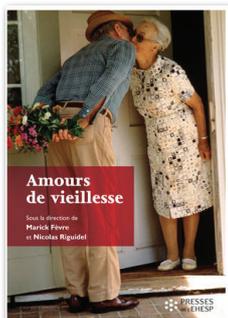
*L'état des lieux Vie Affective et Sexuelle en Bretagne permet d'identifier les structures qui interviennent sur la thématique (mise en place d'interventions collectives ou d'accompagnement et prise en charge individuelle) ; de savoir quels sont les thèmes d'intervention (VIH, contraception, sexualité et handicap...), les publics et les territoires ciblés. Ce projet a également permis, sur certains territoires, de relancer la dynamique de groupes de travail en sommeil, de réfléchir à la mise en place de guides ressources locaux (sur l'exemple de celui réalisé en Ille-et-Vilaine), mais aussi de discuter des difficultés rencontrées sur le terrain, et de permettre d'améliorer l'interconnaissance des acteurs. La première démarche a été de recenser les*

*structures existantes sur chaque territoire de santé, en collaboration avec l'IREPS, le COREVIH Bretagne, les délégations territoriales de l'ARS, les dispositifs d'animation territoriale de santé. La rencontre de ces différents partenaires a également permis de finaliser le questionnaire diffusé. Les résultats recueillis ont ensuite été présentés dans chaque territoire de santé. Même si le nombre de structures peut varier en fonction du territoire, celles-ci sont réparties sur l'ensemble de la région. 133 structures ont été recensées<sup>1</sup>. La thématique vie affective et sexuelle est relativement bien représentée sur la région, mais peut parfois pâtir de l'absence de coordination, de la difficulté d'identifier/repérer les actions*

*et les acteurs, ainsi que du manque de financement, qui engendre des difficultés à pouvoir développer (et parfois maintenir) son/ses activités et à répondre aux demandes. L'ensemble de ces données fera l'objet d'un répertoire régional qui sera mis en ligne sur le site internet du Corevih Bretagne courant 2015, relayé sur le site de l'ARS.*

<sup>1</sup>38 CPEF ; 11 CDAG et/ou CIDDIST ; 7 SUMPPS/SIMPSS ; 3 autres structures de soin ; 37 associations ; 13 PAEJ ; 6 maisons des adolescents ; 17 dispositifs animation territoriale de santé, sans oublier les services institutionnels (notamment la DSDEN). 102 proposent des interventions collectives ; 86 interviennent dans l'accompagnement et la prise en charge individuelle.

CPEF : Centres de Planification et Education Familiale. / CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit. / CIDDIST : Centre d'Information, de Diagnostic et de Dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles. / SUMPPS/SIMPSS : Service Universitaire ou Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé et Centre de Santé des Etudiants. / PAEJ : Points Accueil Ecoute Jeunes. / DSDEN : Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale.



### ►► Amours de vieillesse

M. Fèvre, N. Riguidel (dir.)

Préface de : B. Laot

Presses de l'EHESP - mai 2014

En savoir plus :

<http://www.presses.ehesp.fr/sante-publique/documentation/Details/354/24/sante-publique/promotion-de-la-sante/amours-de-vieillesse.html>

Combattre les tabous, changer les représentations et les idées reçues sur la vie affective, l'intimité et la sexualité des personnes âgées, tel est l'objectif de ce livre sorti aux Presses de l'EHESP en mai 2014. Véritable outil pédagogique, cet ouvrage s'attache à fournir aux professionnels des repères pour éclairer leurs pra-

tiques professionnelles et appréhender de façon équilibrée la réalité des situations quotidiennes auxquelles ils sont confrontés.

Menée à plusieurs voix, ce livre propose de nourrir la réflexion par la richesse de ses regards croisés et ainsi, de faire évoluer mentalités et comportements, à la fois des professionnels et des familles. ■■■



### ►► Handicap et sexualité :

Un programme pour agir

Planning familial - février 2013

En savoir plus :

<http://www.planning-familial.org/articles/handicap-et-alors-0014612>

La sexualité et la vie affective sont des dimensions fondamentales de la santé physique et mentale des individus. La sexualité des personnes en situation de handicap est souvent niée par l'entourage : infantilisation liée à la situation de dépendance ou crainte de l'expression d'une sexualité « déviante ». Le handicap mental, physique ou sensoriel fait surgir des problématiques spécifiques quant au rapport au corps et à la relation à l'autre. Le Planning Familial a été interpellé par un certain nombre de structures afin d'y transmettre des messages de prévention. À travers le programme « Handicap et Alors ? », il s'agit avant tout de reconnaître et promouvoir la vie relationnelle, affective et sexuelle des personnes en situation de handicap et de faire changer le regard de notre société sur leur sexualité. ■■■



### ►► Guide Vie affective et sexuelle

Ce guide a été réalisé par le groupe de travail «vie affective et sexuelle» du département d'Ille-et-Vilaine réunissant des acteurs institutionnels et associatifs intervenant dans ce domaine.

Actualisation en ligne.

En savoir plus :

<http://www.ars.bretagne.sante.fr/Guide-Vie-affective-et-sexuell.161765.0.html>

Directeur de la publication : Olivier de Cadeville.

Avec la participation de : Jean-Pierre Epailard (ARS Bretagne), Carole Rieu (ARS Bretagne), Linda Fuster (Conseil Général 35), Anne Pourade (Conseil Général 56), Isabelle Chauvet Le Marchand (Rectorat de Rennes), Suzanne Paillet (Rectorat de Rennes), Cédric Arvieux (Corevih).

Auteurs : Léna Pennognon et Elisabeth Quéguiner sous la direction du Docteur Isabelle Tron, ORS Bretagne.

Conception graphique : 1440 Publishing - Iconographie : Fotolia - Impression : Cloître.

Dépôt légal : à parution - N° ISSN : 2256-7739

**En savoir plus ...**

- Site d'information de la campagne de communication et d'information sur l'ensemble de l'offre contraceptive lancée le 18 mai 2013 : <http://www.choisirsacontraception.fr/index.php>

- Dossier contraception du ministère de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/contraception-sommaire.html>

- Site de la Haute Autorité de santé : Contraception : prescriptions et conseils aux femmes : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1369193/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes-fiche-memo](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1369193/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes-fiche-memo)

- Site d'information sur les IVG du Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits de la femme <http://www.sante.gouv.fr/interruption-volontaire-de-grossesse-ivg.html>

- Planning familial : <http://www.planning-familial.org/>

- Site du Corevih : <http://www.corevih-bretagne.fr/>

- Hépatites info services : <http://www.hepatites-info-service.org/>

- Sida info services : <http://www.sida-info-service.org/>

- Site de l'Inpes : <http://www.inpes.sante.fr/>



**AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BRETAGNE**

6 place des Colombes  
CS 14253  
35042 RENNES CEDEX

Téléphone : 02 90 08 80 00

