

La prévention, comportements du quotidien et dépistages

Nathalie Guignon, Nathalie Lydié, Yara Makdessi-Raynaud*

Alimentation, activité sportive, dépistages ou vaccinations illustrent, à des niveaux différents, les comportements de prévention. Au début des années 2000, un aperçu de la situation en France éclaire certains de ces comportements. Plus de 80 % des personnes de 18 ans ou plus déclarent manger « plutôt » ou « bien équilibré ». La pratique d'une activité sportive régulière concerne, quant à elle, plus de quatre personnes sur dix, mais plutôt les moins de 25 ans et les plus de 45 ans. En ce qui concerne la prévention des cancers du col de l'utérus et du sein, le recours au dépistage régulier, tel que recommandé par les politiques de santé, semble respecté par une majorité de femmes. En revanche, le dépistage du cancer du colon reste beaucoup moins répandu. Si le test de dépistage du VIH est le plus souvent réalisé dans le cadre d'un examen de routine, celui de l'hépatite C relève plutôt d'une initiative du médecin généraliste. Enfin, 70 % des 18-24 ans sont vaccinés contre l'hépatite B.

Les comportements de prévention couvrent autant le mode de vie au quotidien que les actes effectués dans un cadre médical. L'enquête *Santé* 2002-2003 de l'Insee

(encadré 1) permet d'appréhender, à travers les déclarations des enquêtés, le comportement préventif individuel relatif à l'alimentation et à la pratique d'une activité sportive. Cette enquête

fournit aussi des informations sur la prévention médicalisée à travers les dépistages de certains cancers, du VIH-Sida, de l'hépatite C ainsi que la vaccination contre l'hépatite B.

* Nathalie Guignon et Yara Makdessi-Raynaud font partie de la Drees, du ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement et du ministère de la Santé et des Solidarités, et Nathalie Lydié fait partie de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

Huit personnes sur dix déclarent manger de manière « équilibrée »

En 2003, la grande majorité des adultes de 18 ans ou plus ont une perception positive de la qualité de leur alimentation : 84 % déclarent manger « plutôt » ou « bien équilibré » tant en ce qui concerne le choix que la diversité de leurs aliments. Bien que cette proportion soit plus faible chez les jeunes de 18-24 ans, elle concerne néanmoins 70 % d'entre eux, et augmente avec l'âge pour atteindre

90 % chez les 60 ans ou plus (figure 1).

À l'inverse, 16 % des personnes interrogées déclarent avoir une alimentation non équilibrée. Parmi ces personnes, les hommes sont sur-représentés (51 % contre 48 % dans l'ensemble), ainsi que les moins de 40 ans (63 % contre 48 %). Les personnes déclarant vivre seules et les ménages monoparentaux y sont également sur-représentés : 24 % de personnes vivant seules contre 16 % dans l'ensemble et 11 % de ménages monoparentaux contre 6 % dans l'ensemble. Par ailleurs, 16 % des personnes déclarant une alimentation non équilibrée

sont considérées comme « obèses » (au sens de l'indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30 kg/m²), contre 11 % dans l'ensemble de l'échantillon.

Dans un deuxième temps, les enquêtés ont été interrogés sur les types d'aliments qu'ils consomment quotidiennement. Ceux qui avaient déclaré mal se nourrir disent consommer beaucoup plus souvent que les autres des produits de restauration rapide : 40 % en consomment au moins une fois par semaine ou quasiment tous les jours, contre 16 % de ceux qui disent manger équilibré. Ils déclarent aussi plus souvent boire, tous les jours ou presque, des « cocos, sodas ou boissons non allégées en sucre » (26 % contre 10 % parmi ceux qui déclarent manger équilibré). En revanche, ils consomment moins fréquemment des fruits, légumes ou poissons et crustacés (figure 2). Or, le Programme national nutrition et santé (PNNS) fixe comme objectif d'augmenter la consommation de fruits et de légumes et recommande « au moins cinq fruits et légumes par jour » en prévention des maladies cardiovasculaires, de certains cancers, de l'obésité et du diabète. Toutefois, l'enquête *Santé* ne permet pas d'appréhender les quantités effectives consommées chaque jour, et ne permet donc pas d'évaluer, de façon plus objective, la consommation alimentaire selon les recommandations du PNNS (PNNS 2001-2005).

À la question « régime mis à part, choisissez-vous et/ou évitez-vous certains aliments parce que vous vous préoccupez de votre santé ? », six enquêtés sur dix ont répondu par l'affirmative. Cette attention portée à l'alimentation pour des raisons de santé prend de l'ampleur avec l'âge :

Encadré 1

L'enquête décennale Santé 2002-2003

La dernière enquête sur la santé et les soins médicaux réalisée par l'Insee s'est déroulée entre octobre 2002 et septembre 2003. La première enquête de cette nature a eu lieu en 1960 mais un recueil homogène existe depuis l'enquête de 1970 suivie de celle de 1980-1981 puis de 1991-1992.

Les objectifs principaux de l'enquête *Santé* 2002-2003 sont d'appréhender la consommation individuelle annuelle de soins et de prévention, la morbidité déclarée incidente et prévalente ainsi que la santé perçue.

Les particularités de l'enquête *Santé* 2002-2003 sont :

- de reposer en matière de consommation de soins et de morbidité des adultes sur un questionnaire individualisé (l'ensemble des personnes du ménage a été soumis à un questionnaire individuel alors qu'en 1991-1992 une personne était choisie pour fournir l'information) ;
- de couvrir l'année entière (y compris les mois d'été soit cinq vagues, ce qui n'était pas le cas en

1991-1992 où le mois d'été avait été exclu). La durée d'enquête pour chaque ménage a été de 16 semaines (trois visites d'enquêteur espacées de huit semaines) ;

- de mesurer la santé perçue et de proposer des autoquestionnaires relatifs à des pathologies particulières ;

- d'être menée, pour la première fois, par interview assistée d'un ordinateur (CAPI) pour mieux lier les consommations aux maladies déclarées et aux consommations antérieures.

Les changements de méthodologie entre 1991-1992 et 2002-2003 appellent toutefois à la vigilance quant à la comparabilité des résultats au cours du temps.

Les champs relatifs à la prévention figurent dans le questionnaire de la troisième et dernière visite de l'enquête. Ainsi, les données relatives aux questions de prévention ne concernent que les personnes qui ont participé à l'ensemble de l'enquête, et qui sont âgées de 18 ans ou plus (soit 26 071 personnes).

70 % des 60-69 ans sont concernés contre 39 % des moins de 25 ans. Les femmes sont plus attentives que les hommes dans le choix des aliments, quel que soit

leur âge : 60 % des personnes qui déclarent sélectionner leurs produits alimentaires sont des femmes. Le comportement sélectif des femmes constitue un fac-

teur de prévention important pour l'ensemble de leur famille : elles occupent un rôle central dans l'achat des aliments et dans la composition des repas familiaux (Inpes, Baromètre nutrition 2002).

Figure 1 - Auto-évaluation de la qualité de l'alimentation, par groupe d'âges

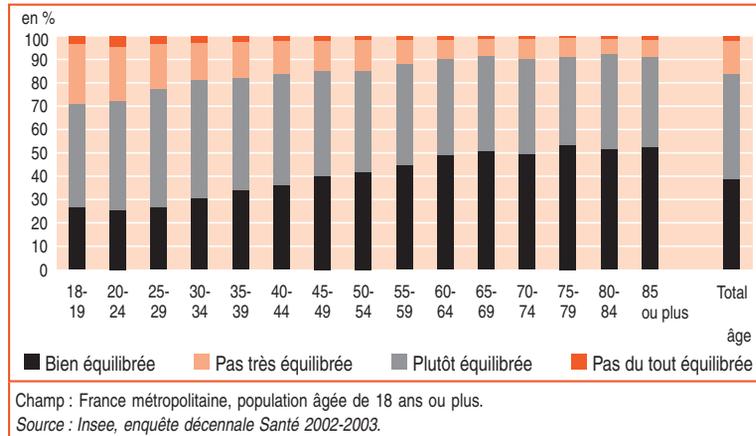


Figure 2 - Répartition des personnes ayant déclaré manger équilibré ou non, selon la fréquence de consommation de certains produits alimentaires

	en %	
	Manger « pas très » ou « pas du tout » équilibré	Manger « bien » ou « plutôt » équilibré
Restauration rapide		
Tous les jours ou presque	11,1	1,7
Au moins une fois par semaine	28,6	14,2
Cocas, sodas ou boissons non allégées en sucre		
Tous les jours ou presque	25,7	10,0
Au moins une fois par semaine	19,1	13,6
Fruits		
Tous les jours ou presque	44,0	72,3
Au moins une fois par semaine	24,5	17,1
Légumes verts		
Tous les jours ou presque	36,6	71,8
Au moins une fois par semaine	40,3	24,8
Poissons, crustacés		
Tous les jours ou presque	2,4	6,4
Au moins une fois par semaine	42,3	68,5
Viandes		
Tous les jours ou presque	64,7	69,7
Au moins une fois par semaine	26,7	26,8

Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 ans ou plus.
Lecture : parmi les personnes qui déclarent manger « pas très » ou « pas du tout » équilibré, 11,1 % mangent tous les jours ou presque des produits de restauration rapide, 28,6 % en mangent au moins une fois par semaine et 60,3 % en mangent moins souvent ou rarement.
Source : Insee, enquête décennale Santé 2002-2003.

Les personnes déclarant souffrir d'un problème de santé chronique ont, elles aussi, une attitude plus sélective en matière de choix des produits consommés. Ainsi, parmi les hommes qui déclarent une maladie chronique, six sur dix choisissent leurs produits alimentaires. Cette proportion est proche de celle constatée dans la population féminine (sept sur dix parmi celles déclarant une maladie chronique).

Pratiquer une activité sportive régulière concerne surtout les moins de 25 ans et les 50 ans ou plus

Parmi l'ensemble des adultes de 18 ans ou plus, quatre sur dix (43 %) déclarent pratiquer régulièrement un sport ou une activité physique qu'elles qualifient de sportive (en intensité ou en durée). Cette tendance est plus marquée avant 25 ans (50 %), et concerne davantage les hommes que les femmes (50 % contre 39 %). En revanche, l'activité sportive « parce que l'on se préoccupe de sa santé » ne concerne que deux personnes sur dix, et plus spécifiquement les 50-74 ans (figure 3).

Les plus jeunes pratiquent une activité sportive régulière principalement par plaisir (44 % des 18-19 ans contre 22 % des 50-54 ans). À partir de 25 ans, où se conjuguent souvent début de la vie professionnelle et constitution de la famille, l'absence d'ac-

tivité sportive est imputable à la fois au manque de temps et d'envie. Passée la cinquantaine et à l'approche de la retraite, l'activité sportive pour se maintenir en bonne santé devient plus fréquente. Parmi les 45-64 ans, les retraités ou préretraités se consacrent plus souvent que les autres à une activité sportive (54 % contre 45 %) : le temps disponible joue certainement un rôle important, mais aussi probablement, pour certains, un état de santé exigeant l'exercice physique. Six enquêtés sur dix ne pratiquent aucune activité sportive : les raisons évoquées sont le manque de temps (40 %) ou d'envie (37 %), et dans une bien moindre mesure des raisons physiques (18 %) ou de santé (5 %).

Le comportement préventif lié à l'alimentation et l'activité sportive résulte en grande partie d'un choix de la personne. Un autre type de prévention, comme le dépistage de certains cancers ou des infections sexuellement transmissibles, met en avant le rôle du système de santé.

Pratiques de dépistages de certains cancers

Les cancers représentent en France la deuxième cause de mortalité avec 145 000 décès en 2001, après les maladies cardiovasculaires. C'est aussi la première cause de mortalité prématurée, c'est-à-dire avant 65 ans. Entre 50 et 64 ans, un décès sur deux est lié à une tumeur maligne. Les femmes sont particulièrement concernées : la moitié d'entre elles décède suite à un cancer. Une partie de ces cancers peut être évitée par une démarche préventive comme le dépistage qui vise à détecter la maladie ou la lésion qui la pré-

cède à un stade où il est possible d'intervenir médicalement de façon utile (encadré 2). L'enquête Santé apporte des informations sur les pratiques de prévention à l'égard de certains cancers (col de l'utérus, sein, colo-rectal).

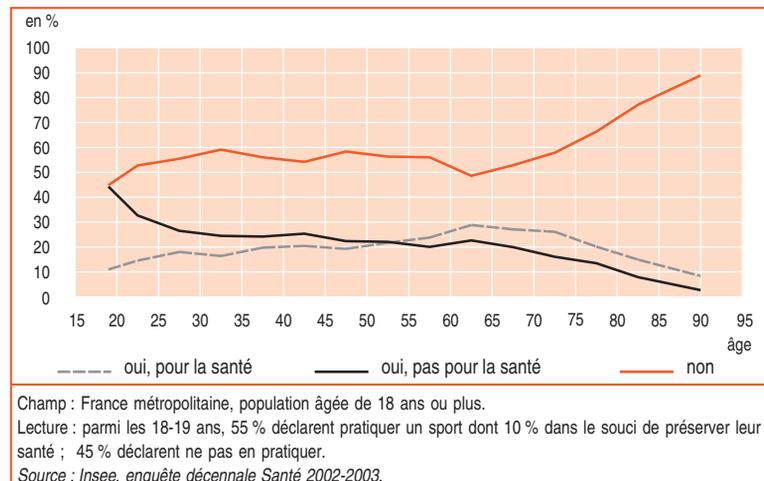
Plus de trois quarts des femmes de 25 à 64 ans enquêtées déclarent avoir effectué un frottis au cours des deux dernières années

Le cancer du col de l'utérus est au huitième rang des cancers de la femme en termes d'incidence et au cinquième rang en termes de mortalité. En 2000, environ 3 400 nouveaux cas ont été diagnostiqués, et 1 000 femmes sont décédées, suite à ce cancer (InVS, 2003). Ce cancer est précédé pendant 10 à 15 ans de lésions précancéreuses détectables par le frottis vaginal ou cervico-utérin. Des traitements efficaces permettent alors d'éviter l'évolution vers un cancer dit « invasif ».

En France, le dépistage du cancer du col de l'utérus repose sur une démarche individuelle, spontanée, non organisée. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) a cependant émis des recommandations de bonne pratique clinique : un frottis tous les trois ans pour les femmes de 25 à 64 ans après deux frottis aux résultats normaux effectués à un an d'intervalle (Anaes, mai 2004).

Parmi les femmes de 25 à 64 ans, trois sur quatre ont eu un frottis au cours des deux dernières années (figure 4). En considérant les seules femmes de 25 à 49 ans sur les deux années précédant l'enquête, les recommandations de l'Anaes semblent suivies. En revanche, la proportion de femmes de 50 ans ou plus n'ayant jamais eu de frottis est plus élevée que pour celles de 45 à 49 ans (5 % contre 3,4 %). Leur suivi préventif régulier est aussi moins fréquent. Ainsi, les frottis réalisés cinq ans auparavant ou davantage augmentent après 50 ans, de 9 % à 50-54 ans à 15 % à 55-59 ans pour atteindre 22 % à 60-64 ans (figure 5).

Figure 3 - La pratique d'une activité sportive par groupes d'âges



Ce constat renvoie vraisemblablement à un effet d'âge, et pour les plus âgées à un effet de génération. En effet, les suivis gynécologiques, notamment dans le cadre de la contraception et de la fécondité, deviennent moins fréquents à partir de 50 ans. Parmi les femmes n'ayant jamais effectué de frottis, les plus âgées sont sur-représentées (7 % des 60-64 ans). Il en va de même pour les plus jeunes (8 % des 25-29 ans), sans doute parce qu'elles ont également moins de suivis gynécologiques (figure 5). L'absence de frottis décroît nettement lorsque le niveau d'études augmente. Huit dépistages sur dix ont été prescrits par un gynécologue ou un obstétricien ; la majorité des femmes auraient donc un suivi médical par un spécialiste.

Entre 50 et 74 ans, sept femmes sur dix déclarent avoir eu une mammographie au cours des deux dernières années

En 2000, le cancer du sein est la première cause de mortalité par cancer chez la femme (environ 11 600 décès estimés). Cette même année, le nombre de nouveaux cas était estimé à près de 41 900 (InVs 2003 : registres des cancers). Le dépistage par mammographie permet une détection précoce, qui améliore le pronostic du cancer et réduit la mortalité. Il permet aussi d'orienter la patiente vers un traitement conservateur moins mutilant. Le dépistage du cancer du sein est organisé et ciblé, ce qui n'exclut cependant pas les démarches individuelles par recours direct à un médecin (Anaes, mars 1999). En France, le dépistage organisé s'adresse aux femmes de 50 à

74 ans : tous les deux ans, à partir de leur 50^e anniversaire, elles sont invitées par leur caisse d'assurance maladie à effectuer gratuitement une mammographie (Anaes et loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique). Le dépistage organisé n'est effectif sur l'ensemble du territoire (sauf la Guyane) que depuis le 1^{er} janvier 2004, date postérieure à l'enquête Santé.

Entre 50 et 59 ans, 76 % des femmes ont déclaré avoir effectué cet examen au cours des deux dernières années. Toutefois, après 60 ans, cette proportion diminue sensiblement, passant de 72 % entre 60 et 64 ans à 52 % entre 69 et 74 ans (figure 4).

Dans la majorité des cas (58 %), le dernier examen a été réalisé à la demande du médecin, « sans

Encadré 2

Extraits de la loi de Santé publique du 9 août 2004 (Drees, DGS, juin 2005)

Objectif 36 : infection VIH-Sida : réduire l'incidence des cas de Sida à 2,4 pour 100 000 en 2008 (actuellement 3,0 pour 100 000).

Objectif 37 : hépatites : réduire de 30 % la mortalité attribuable aux hépatites chroniques : passer de 10-20 % à 7-14 % des patients ayant une hépatite chronique d'ici 2008.

Objectif 48 : cancer du col de l'utérus : poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5 % par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de

80 % pour les femmes de 25 à 69 ans (avec une fréquence de dépistage tous les trois ans).

Objectif 50 : cancer du sein : réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés chez les femmes, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture de dépistage de 80 % pour les femmes de 50 à 74 ans (avec une fréquence d'un dépistage tous les deux ans).

Objectif 53 : cancer colo-rectal : définir d'ici 4 ans une stratégie nationale de lutte.

Figure 4 - Frottis et mammographies réalisés durant les deux années précédant l'enquête, par groupes d'âges

Groupes d'âges	Frottis	Mammographie
25-29 ans	83,2	///
30-34 ans	84,3	///
35-39 ans	81,3	///
40-44 ans	78,6	///
45-49 ans	78,4	///
50-54 ans	75,0	76,1
55-59 ans	65,6	77,6
60-64 ans	58,1	72,6
65-69 ans	///	63,7
69-74 ans	///	52,1
Ensemble	76,5	69,6

en %

Champ : France métropolitaine, femmes âgées de 25 à 74 ans.
Source : Insee, enquête décennale Santé 2002-2003.

7 Santé et protection sociale

signe d'appel, symptômes particuliers ou maladie du sein ». Pour 9,5 % des femmes, l'examen avait une visée diagnostique (présence de « signes, symptômes ou maladie du sein ») ; dans 13 % des cas, il résultait d'une demande de la patiente et enfin, dans 19 % des cas, il était réalisé dans le cadre d'un programme de dépistage organisé par la caisse d'assurance maladie.

L'absence totale d'examen radiologique des seins est plus fréquente chez les femmes de 65 à 74 ans (15 % parmi les 65-69 ans et 19 % parmi les 70-74 ans) (figure 6). Parallèlement, les femmes qui déclarent suivre un traitement hormonal substitutif de la ménopause sont relativement moins nombreuses à n'avoir jamais effectué une mammographie (2 % contre 17 % pour celles qui ne suivent pas ce type de traitement). En revanche, elles sont relativement plus nombreuses à avoir eu une mammographie dans le délai recommandé des deux ans (90 % contre 66 % pour celles qui n'en suivent pas).

Trois quarts des personnes âgées de 50 à 74 ans n'ont jamais effectué de test de dépistage du cancer colo-rectal

En 2000, le cancer colo-rectal est la troisième cause de mortalité chez l'homme et la deuxième chez la femme. Cette même année, les nouveaux cas sont estimés à 19 400 chez les hommes et 16 800 chez les femmes (InVS 2003). Le dépistage de ce cancer est réalisé par recherche de sang dans les selles (Hémocult) ; il est recommandé tous les deux ans pour les hommes et les femmes

entre 50 et 74 ans (Anaes, janvier 1998).

Le dépistage du cancer colo-rectal est depuis peu de temps considéré comme une priorité de santé publique. Cependant, il n'existe pas encore de stratégie au niveau national (*Plan Cancer 2004-2007* et encadré 2), d'où la faible diffusion de ce dépistage. Ainsi, seule une personne de 50 à 74 ans sur quatre déclare avoir effectué un test recherchant la présence de sang dans les selles. Entre 60 et 74 ans, cette propor-

tion est un peu plus élevée pour les hommes que pour les femmes (28 % contre 22 %). Pour 9 % des personnes interrogées, le dépistage a été fait durant les deux dernières années (11 % pour les hommes contre 8 % pour les femmes). Cette proportion varie selon l'âge de 6 % entre 50 et 54 ans à 12 % entre 60 et 64 ans pour redescendre à 9 % entre 65 et 69 ans (figure 7). Près de la moitié des personnes ayant réalisé un test l'ont fait dans le cadre d'un programme de dépistage systématique. L'examen avait une

Figure 5 - Ancienneté du dernier frottis cervico-vaginal chez les femmes de 25 à 64 ans

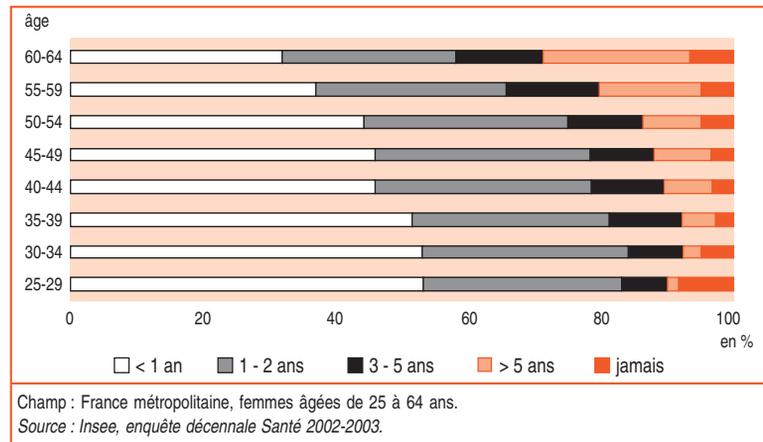
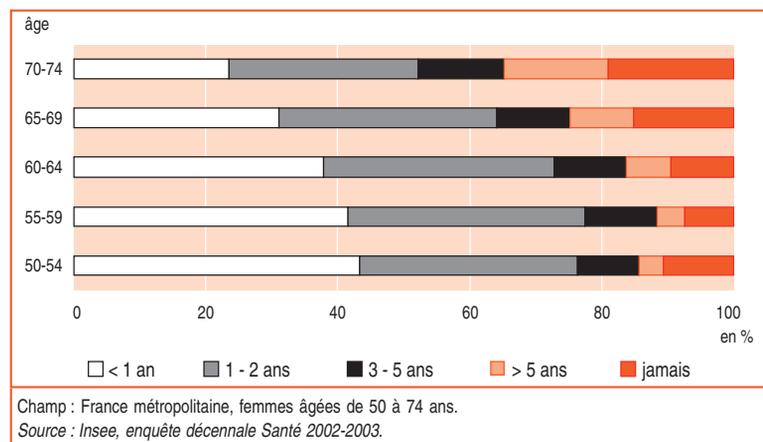


Figure 6 - Ancienneté de la dernière mammographie chez les femmes de 50 à 74 ans



visée diagnostique dans 20 % des cas : il a été proposé par le médecin sur signe, symptôme ou maladie digestive. Aucune différence significative n'apparaît à ce niveau entre hommes et femmes.

Près de quatre personnes sur dix âgées de 18 à 74 ans ont fait un test de dépistage du VIH au cours de leur vie

Le dépistage du VIH repose en France sur une démarche individuelle et volontaire. Pour faciliter son accès, des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ont été mises en place dès 1988 dans des établissements de santé ou dans des dispensaires antivénériens de chaque département. En 2003, les CDAG ont accueilli 300 000 personnes et ont effectué 280 000 sérologies (InVS, 2005). En parallèle, 4,7 millions de personnes se sont rendues dans les laboratoires d'analyse médicale, qui restent donc les principales structures de dépistage du VIH.

D'après l'enquête *Santé* 2002-2003, près de quatre personnes sur dix âgées de 18 à 74 ans (38 %) ont déclaré avoir fait un test de VIH-Sida au moins une fois au cours de leur vie. Cette proportion varie fortement avec l'âge : 42 % chez les 18-29 ans, 65 % chez les 30-39 ans mais seulement 13 % chez les 60-74 ans (figure 8).

Le test de dépistage est le plus souvent réalisé « dans le cadre d'un don de sang ou d'un examen de routine (mariage, grossesse, hospitalisation...) ». Il s'inscrit donc dans le cadre légal défini par le code de la santé publique. Ce cadre législatif a contribué à faire des médecins

généralistes des prescripteurs importants de dépistage VIH. Selon le baromètre santé « médecins / pharmaciens » de 2003 (Inpes), neuf médecins sur dix (93 %) avaient prescrit au moins un test de dépistage VIH au cours du dernier mois, pour un nombre

moyen de sérologies prescrites de 6,1 par médecin et par mois (Lydié et al., 2005).

Dans l'enquête *Santé*, 18 % des répondants ont réalisé le test « à leur propre demande, suite à la crainte d'avoir été exposés au

Figure 7 - Ancienneté du dernier test Hémocult® chez les hommes et les femmes de 50 à 74 ans

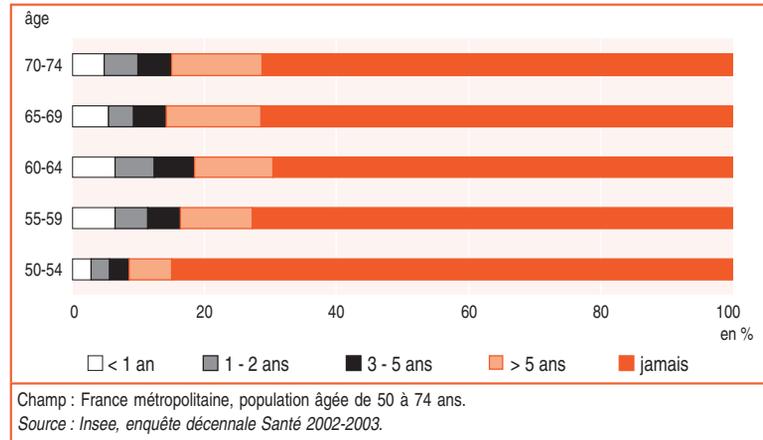


Figure 8 - Répartition des enquêtés selon les raisons du test VIH et VHC, par groupes d'âges

	18-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-74 ans
en %					
Test VIH					
Oui	41,7	65,2	40,2	24,1	12,9
Non	57,9	34,3	59,2	74,9	86,6
Ne sait pas	0,4	0,5	0,6	1,0	0,5
Raison du test VIH					
Demande du médecin	5,4	5,9	7,7	8,7	10,8
Demande du patient	25,2	14,4	17,6	19,6	17,0
Dans le cadre d'examens	69,4	79,7	74,7	71,7	72,2
Test VHC					
Oui	15,6	22,2	15,6	10,8	6,5
Non	80,3	72,7	80,7	86,3	91,4
Ne sait pas*	4,1	5,1	3,6	2,9	2,1
Raison du test VHC					
Demande du médecin	21,2	21,0	25,7	27,2	36,2
Demande du patient	14,3	14,0	14,8	11,4	12,6
Dans le cadre d'examens	64,5	65,0	59,5	61,4	51,2

* Il est intéressant de noter la plus forte proportion de personnes qui ignorent si elles ont été soumises à un test VHC au cours de leur vie. Cette différence pourrait s'expliquer par une moins bonne connaissance de cette infection par les enquêtés qui ignorent peut-être que les anti-corps VHC sont recherchés, au même titre que ceux du VIH, lors des dons de sang.

Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 74 ans.

Source : Insee, enquête décennale Santé 2002-2003.

7 Santé et protection sociale

risque ». Cette proportion est plus élevée pour les plus jeunes (25 % des 18-29 ans), ce qui pourrait simplement s'expliquer par le fait qu'ils sont moins concernés par un dépistage « de routine » (don de sang, mariage, grossesse...). Par ailleurs, la complexité des motivations qui sous-tendent une démarche de dépistage ne peut être prise en compte par une question aussi simple. Une prise réelle de risque peut être à l'origine du test, mais aussi le début d'une relation avec un nouveau partenaire, le désir d'abandonner le préservatif du

fait d'une relation de couple stable, ou le besoin de se rassurer (Grémy *et al.*, 2001). Le test n'est réalisé « à la demande du médecin » que dans une minorité de cas (7 % des 18-74 ans). Ce résultat renvoie à la difficulté de certains généralistes à parler du VIH lorsque le patient n'est pas demandeur (Gruaz *et al.*, 2003). Ainsi, malgré les politiques mises en œuvre, près de la moitié (47 %) des personnes chez lesquelles un diagnostic de sida a été posé en 2003 ignoraient leur séropositivité : ils n'avaient donc pas pu bénéficier d'une prise en

charge précoce (InVS, 2005). Parmi les personnes d'Afrique subsaharienne vivant en France, cette proportion est encore plus élevée (65 %). L'amélioration de l'accès au dépistage de ces populations, facilité par les médecins généralistes, pourrait permettre dans certains cas d'éviter une évolution précoce vers le stade sida.

Dépistage de l'hépatite C : rôle accru des médecins généralistes

Les infections chroniques par le virus de l'hépatite C (VHC) sont sources de complications graves (cirrhose et cancer du foie). En 2004, 1 % des adultes sont concernés par la séropositivité anti-VHC (InVS, 2005). Dès mars 1990, le dépistage des anticorps anti-VHC a été rendu obligatoire pour tous les dons de sang. Depuis 1993, il est proposé à titre gratuit aux personnes transfusées. La même année, le dépistage en ville a été remboursé à 100 % puis, en 1998, l'introduction des consultations et dépistage anonyme et gratuit du VIH a été décidée. En parallèle, plusieurs actions d'information en direction des professionnels de santé ont été menées (Jullien-Depradeux, 2002) et des recommandations sur les populations à dépister et les modalités de dépistage ont été émises par des groupes d'experts (Anaes, 2001). Ainsi, les médecins généralistes se sont largement appropriés le dépistage du VHC, y compris en dehors « d'un don de sang ou d'un examen de routine ». Ces derniers restent, dans l'enquête *Santé*, la première circonstance du test pour tous les groupes d'âges et pour les deux sexes (figure 8) mais dans des

Figure 9 - Proportion de personnes ayant déclaré avoir effectué un test de dépistage du VIH, un test de dépistage du VHC ou ayant été vaccinées contre le VHB, selon l'âge

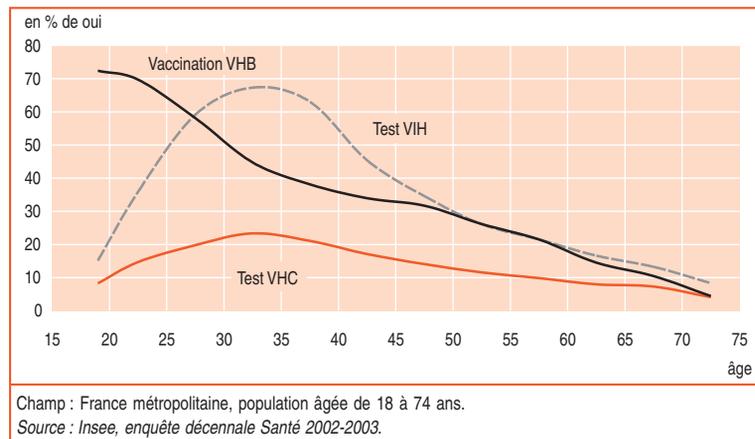
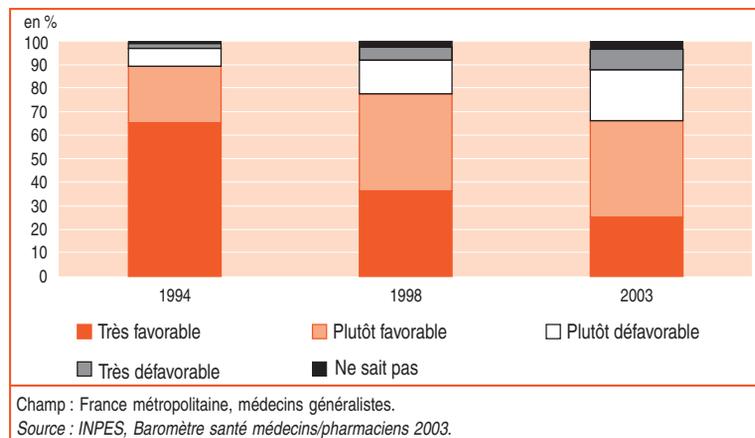


Figure 10 - La vaccination contre l'hépatite B à l'entrée en 6^e : évolution des opinions parmi les médecins généralistes



proportions moindres par rapport au VIH. Près d'un quart des tests VHC (24 % contre 7 % des tests VIH) sont prescrits à l'initiative du médecin et sont donc à la base d'une démarche de prévention initiée par le professionnel. Aujourd'hui, les médecins généralistes proposent plus souvent de manière systématique un dépistage à des patients présentant un facteur de risque (Balinska, 2005). Cependant, au-delà de la généralisation du dépistage pour les catégories de la population à risque qui semble bien enclenchée, leur prise en charge pose problème. Seule une proportion limitée des patients dépistés avec une séropositivité accède à une prise en charge, sans que cette proportion puisse être chiffrée (Balinska, 2005). Les freins sont nombreux aussi bien du côté des médecins que des patients : méconnaissance des traitements, crainte des effets indésirables.

70 % des 18-24 ans sont vaccinés contre l'hépatite B

Avec 350 millions de personnes atteintes à travers le monde, l'hépatite B est un problème de santé publique dont l'OMS s'est saisie en 1992 en initiant une politique planétaire de vaccination. Bien qu'étant un pays à faible endémie, la France s'est engagée, à partir de 1994, dans des opérations de vaccination massive : 70 % des 18-24 ans sont vaccinés contre 30 % des 40 ans ou plus (figure 9). Mais en 1998, des interrogations ont surgi suite à des cas de scléroses en plaque et d'autres troubles neurologiques proches apparus à la suite de

vaccinations contre l'hépatite B. La campagne de vaccination en milieu scolaire a alors été stoppée. L'examen des données épidémiologiques a conclu à une absence de lien et a recommandé la vaccination des personnes à risque, des nourrissons et des adolescents (Anaes, 2003 et calendrier vaccinal 2005). Mais les débats autour du vaccin, relayés par les médias dans le contexte tendu de l'affaire du sang contaminé, ont troublé la population et les professionnels de santé.

Chez ces derniers, le niveau d'adhésion à la vaccination, qui était très fort au milieu des années quatre-vingt-dix, a chuté dans les années qui ont suivi (Baudier et al., 2005, figure 10). Seules les opinions en faveur de la vaccination du nourrisson ont progressé chez les médecins entre 1994 et 1998 (de 18 % à 24 % d'opinions très favorables) mais dans des proportions insuffisantes pour en assurer le caractère universel recommandé. ■

Pour en savoir plus

Balinska M., « Dépistage de l'hépatite C. Des résultats encourageants », in : **Gautier A.** (sous la dir.), *Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003*, p. 130-137, éditions INPES, Saint-Denis, avril 2005.

Baudier F., Balinska M., « La vaccination : un geste à consolider », in : **Gautier A.** (sous la dir.), *Baromètre santé nutrition 2002*, INPES, Baromètres, 2002.

Grémy I., Beltzer N., Vongmany N. et al., « Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH-sida en France. Évolutions 1992 - 1994 - 1998 - 2001 », Observatoire régional de la santé d'Île-de-France, Paris, 2001.

Gruaz D., Fontaine D., Guye O., « Évaluation du dispositif de recommandations et d'informations pour les pratiques médicales et biologiques de dépistage du VIH en Isère », ORS Rhône-Alpes, Lyon, 2003.

Jullien-Depradeux A.-M., Bloch J., Le Quellec-Nathan M., « National campaign against hepatitis C in France (1999-2002) », *Acta Gastroenterol Belg* 2002, 65 : 112-4.

Lydié N., Ménard C., Léon C., « Contraception, IST, VIH. Les

professionnels adaptent leur pratique aux nouvelles données », in : **Gautier A.** (sous la dir.), *Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003*, p. 103-123, éditions INPES, Saint-Denis, avril 2005.

Makdessi-Raynaud Y., « La prévention : perceptions et comportements. Premiers résultats de l'enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003 », *Études et Résultats*, n° 385, Drees, mars 2005.

Plan cancer 2003-2007, *Mission interministérielle de lutte contre le cancer*, ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, ministère délégué chargé de la Recherche et des nouvelles Technologies, <http://www.plan-cancer.fr/>.

PNNS, *Programme national nutrition santé 2001-2005*, janvier 2001, http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/34_010131.htm

Pour les références sur le VIH, VHC, VHB et dépistages des cancers, se référer aux sites internet de l'ANAES (<http://www.anaes.fr/>), de l'INVS (<http://www.invs.sante.fr/beh/>) et du ministère de la Santé (<http://www.sante.gouv.fr/>), entre autres.