

PLAN NATIONAL DE LUTTE

CONTRE LE VIH/SIDA

2001/2004

Le contexte

Alors que la maîtrise de la maladie se dessine dans les pays industrialisés, notamment depuis l'introduction des antiprotéases et des trithérapies, la progression de l'infection prend des proportions catastrophiques dans la plupart des pays en développement, tout particulièrement en Afrique, mais aussi en Asie, et la diffusion épidémique est rapide dans les pays d'Europe de l'Est.

En Europe, la France (26,3 nouveaux cas de sida par million d'habitants en 2000) garde une position intermédiaire entre les pays du Nord qui ont des prévalences plus faibles (Finlande 3,3, Royaume Uni 11,2) et ceux de l'Europe du Sud (Italie 31,6, Espagne 63 et Portugal 104,2).

En France, le plan de lutte 2001/2004 s'inscrit dans un contexte dont tous les niveaux doivent être pris en compte :

Politique :

Le thème sida a reculé dans l'intérêt de la population. Les attitudes des Français mesurées par l'enquête CAP de 1998 en attestent, de même que la baisse des dons aux associations et la diminution du nombre des volontaires dans les associations. En raison de cette situation, les autorités publiques ont une responsabilité accrue.

Epidémiologique :

La prévalence de l'infection VIH est faible (90 000 à 110 000 personnes séropositives) dans la population française avec des groupes à risque très élevé : usagers de drogue, homosexuels masculins, certains sous groupes de la population étrangère/immigrée. Il existe aussi d'importantes différences régionales en France métropolitaine et un niveau élevé de prévalence en Antilles et Guyane. Dans la population séropositive, les cas hétérosexuels représentent la majorité des nouveaux cas ; les usagers de drogue voient leur part diminuer progressivement ; pour les homosexuels masculins, après une période de stabilité, les signes d'une inversion de tendance et d'une reprise épidémique se précisent. Le recul de la mortalité sans recul des nouvelles contaminations conduit à une augmentation régulière de la population des séropositifs. On ne possède pas de données nationales d'incidence récente mais 1998 a été marqué par une augmentation des gonococcies chez les hommes et les femmes, principalement en Ile de France, et qui s'est étendue à toute la France en 1999 ; une résurgence de la syphilis à Paris depuis 1999 s'accélère en 2001 ; le taux de dépistages positifs dans les CDAG, après une longue période de baisse, augmente à Paris depuis 1999.

Préventif : La politique de prévention s'est maintenue avec ses différents axes : communication à l'adresse de la population générale et communication ciblée, communication et éducation en direction des jeunes, actions de proximité en direction des groupes les plus exposés reposant sur la coopération avec les associations, développement des actions de réduction des risques auprès des usagers de drogue. La politique de dépistage fondée depuis 1988 sur le soutien à une démarche volontaire et individuelle a été complétée depuis 1997 par une incitation au dépistage précoce permettant l'accès à la prise en charge. Toutefois le recours au test continue à décliner en dehors des CDAG. Le traitement après exposition au risque a été généralisé à l'ensemble des risques (sexuels et par injection de drogue) en 1998. Globalement les comportements de prévention n'avaient pas fléchi en 1998 en population générale, particulièrement chez les jeunes, ce que confirme la stabilisation des ventes de préservatifs jusqu'en 1999. Dans la population gay l'amorce des changements de comportements était encore peu sensible dans les enquêtes jusqu'à 1998, cependant les résultats de l'enquête presse gay révèlent en 2000 l'importance des nouveaux modes de vie qui augmentent la fréquence des rapports non protégés, en particulier de la part des personnes ayant des comportements particulièrement à risque.

Clinique : La maladie VIH s'est transformée 5 ans après le début des multithérapies, mais reste une maladie grave qui altère la santé, épuise, contraint le mode de vie, appauvrit, isole et dont les personnes meurent prématurément. Cette réalité a été en partie occultée pendant quelques années par l'efficacité des multithérapies auxquelles, en France, les personnes atteintes ont eu un très large accès. L'efficacité et le caractère indispensable des médicaments antirétroviraux sont indiscutables, mais rencontrent des limites et génèrent des complications. 10% des primo-infections présentent une résistance primaire pour au

moins une classe d'antirétroviraux ; 4,6% des patients présentent un échappement thérapeutique. Les décès qui avaient fortement décru depuis 1996 se sont stabilisés et on risque d'assister à une aggravation des patients traités de longue date. Le dépistage tardif reste préoccupant pour les hétérosexuels, en particulier parmi les migrants.

Social : Les multithérapies ont transformé le pronostic à moyen terme de la maladie sida. Cette évolution favorable a des conséquences importantes pour les personnes atteintes qui expriment de nouveaux besoins (désir d'enfants, accès au travail, droit aux assurances ...) mais sont encore aujourd'hui confrontées à la précarisation, à l'isolement et aux discriminations qui accompagnent encore la pathologie VIH/sida.

Scientifique : L'information scientifique est mouvante sur les bénéfices des traitements à long terme ; la perspective du vaccin reste très éloignée ; de nombreuses incertitudes attendent encore des réponses (surcontaminations) ; les capacités prospectives doivent être développées (effets indésirables des traitements) ; des outils doivent encore être élaborés (virucides). L'information sur la maladie VIH est de plus en plus complexe dans le même temps que la réactivité de la découverte à la mise en œuvre demeure essentielle.

Les forces : Les associations de patients ou de personnes touchées dans leur entourage par la maladie ont largement contribué, dès la première heure, à construire la politique de lutte contre le sida. Cette mobilisation s'est prolongée alors même que le pouvoir politique s'était engagé dans un effort tout à fait exceptionnel, déclarant le sida priorité de santé publique en 1987 puis décidant d'une organisation administrative spécifique et affichant les plans de lutte contre l'infection. La lutte contre le VIH s'est peu à peu constituée, en France comme dans les autres pays occidentaux, autour d'une alliance particulière entre les pouvoirs publics, les professionnels et les associations, confortée par un partenariat étroit avec les organismes de recherche et de surveillance.

Le plan de lutte à 5 ans défini en 1994 et confié à un comité des directeurs associant plus d'une dizaine d'administrations, arrivé à son terme, est actuellement soumis à évaluation. Il s'est traduit dans chaque département par des programmations adaptées aux besoins et réalités locales (1995-1997 puis 1998-2000), soutenues par une déconcentration des crédits de l'Etat. La prise en compte d'autres problèmes de santé publique dans d'autres programmes concourt aujourd'hui à améliorer le contexte de la lutte contre le VIH.

La période actuelle, marquée par la complexité, la nécessité de poursuivre l'action et d'adapter la stratégie et les actions sans pouvoir compter dans l'immédiat sur des changements radicaux dans les moyens de lutte, implique de créer les conditions d'un partenariat fort entre les acteurs associatifs, professionnels et institutionnels, en synergie, de stabiliser leur organisation et faciliter leur intervention.

L'objectif général

Le plan national de lutte contre le VIH/sida s'inscrit dans le plan mondial de lutte contre l'épidémie avec pour objectif général de stopper la diffusion épidémique de l'infection en France, tant en métropole que dans les départements et territoires d'Outre Mer, de consolider en l'adaptant aux enjeux actuels la prise en charge globale des personnes atteintes par cette pathologie transmissible lourdement invalidante, source de discriminations et dont on meurt encore, et de contribuer à réduire les inégalités d'accès aux traitements entre les pays en développement et les pays industrialisés.

Dix objectifs prioritaires en termes de santé publique

- 1. Accentuer et adapter la prévention parmi les homosexuels masculins** pour enrayer le relâchement préventif et la reprise épidémique.
- 2. Mettre en œuvre un plan global et spécifique dans chacun des départements des Antilles et en Guyane** afin de stopper la diffusion épidémique du VIH et du sida.
- 3. Améliorer l'accès à la prévention et aux soins précoces des personnes étrangères** vivant en France afin de réduire les écarts existants avec la population française.
- 4. Renforcer la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue** afin de poursuivre l'amélioration constante de leur situation face à l'infection VIH et d'enrayer la diffusion épidémique du VHC.
- 5. Agir directement dans les situations de pratiques sexuelles anonymes ou de groupe auprès des multipartenaires et consolider l'action communautaire des personnes prostituées**
- 6. Maintenir l'effort préventif en population générale** en l'intégrant à une politique large de prévention des risques liés à la sexualité et différenciant l'approche par genres
- 7. Maintenir en direction de l'ensemble de la population un dispositif fort de prévention** afin de permettre l'accès et l'usage à toute personne, sur l'ensemble du territoire et en fonction de ses besoins, à une information juste et compréhensible, aux outils de prévention (préservatifs, gels et tout autre outil évalué), au dépistage et au conseil, au traitement après exposition à un risque.
- 8. Permettre l'élaboration et la diffusion de nouvelles stratégies thérapeutiques**, intégrant l'accès aux traitements innovants, en s'assurant de la mise en œuvre de dispositifs de veille permettant d'identifier, évaluer rapidement et prévenir les effets indésirables
- 9. Consolider et adapter aux enjeux actuels la prise en charge globale des personnes atteintes** en poursuivant la lutte contre les discriminations, renforçant la solidarité à leur égard, améliorant leur accompagnement tant dans la prévention que dans les traitements au long cours, et favorisant la réponse à leurs aspirations légitimes.
- 10. Réduire les inégalités d'accès aux traitements entre les pays en développement et les pays industrialisés.**

Les principes généraux

En matière de prévention, les principes d'action, conformément aux recommandations de l'organisation mondiale de la santé et d'ONUSida appliquées en France depuis le début de l'épidémie, doivent permettre l'appropriation individuelle, la responsabilisation de chacun et le respect de la personne.

- **S'adresser à tous.** Le maintien d'un dispositif de communication et de prévention destiné à entretenir des attitudes et les comportements préventifs en population générale est indispensable en raison des modes de vie contemporains en matière de sexualité et de la nécessité d'un contexte collectif orienté par les « normes préventives » pour que les individus aient des pratiques protégées. Pour que ce message soit utile, il doit être adapté à la diversité d'âge, de sexe, de culture, d'éducation de la société française.
- **Permettre l'appropriation individuelle**, qui repose sur l'articulation entre les dimensions collectives de la prévention et les compétences individuelles à utiliser les moyens afin que le geste préventif soit s'intégré à l'autonomie des individus dans la vie sexuelle.
- **Réaffirmer le principe d'une responsabilité de chacun.** La stratégie de prévention s'appuie sur le principe d'une responsabilité conjointe, quel que soit le statut sérologique. Elle associe à la responsabilisation individuelle en matière de prévention la solidarité collective avec les personnes atteintes.
- **Tenir compte des rapports sociaux de genre** et développer la responsabilité conjointe des hommes et des femmes dans la sexualité et la prévention.

En matière de dépistage, le respect et la promotion de la démarche volontaire est étayée par le maintien d'un dispositif de dépistage anonyme et gratuit et par la nécessité de consentement à un dépistage conseillé, qui doivent être accompagnés de conseils personnalisés

En matière de traitement et de prise en charge, les principes d'action doivent permettre un accès égal des personnes à une prise en charge précoce, un traitement et un suivi adapté et conforme aux recommandations, une offre de soutien à toute les personne selon leurs besoins et leurs demandes.

Un programme à trois ans

La stratégie de lutte contre l'épidémie à VIH/sida pour les années 2001/2004 passe par la mise en œuvre d'un plan national et la mise en place dans certaines régions, selon les données épidémiologiques, de programmations spécifiques afin de renforcer ou réorienter les actions de prévention et la prise en charge des personnes atteintes.

Les principes qui guident la mise en œuvre:

- Les données épidémiologiques déterminent les priorités, en termes de populations et de zones géographiques, pour la conduite des actions et l'affectation des moyens qu'elles requièrent.
- Le dispositif de prévention, incluant l'offre de dépistage, et de soin doit être accessible à toute la population sur l'ensemble du territoire.
- La réactivité de la découverte à la mise en œuvre doit permettre de pouvoir rapidement réorienter les actions en fonction des données de suivi et permettre à la population et aux personnes de bénéficier des progrès de la recherche dès lors que leur évaluation le permet.

Les priorités majeures:

- L'action dans les DOM, particulièrement Antilles-Guyane
- L'action en direction des populations étrangères en Ile de France
- L'action préventive en direction des hommes homosexuels afin d'enrayer la reprise épidémique de l'infection VIH
- Le maintien d'un dispositif préventif très solide en direction des usagers de drogue et de la population générale, tenant compte des rapports sociaux de genre
- La mise en œuvre d'une prise en charge globale des personnes atteintes incluant la prévention

Outre les départements français d'Amérique, et le programme en direction des populations étrangères en Ile de France, six régions en métropole sont concernées en priorité par les programmations concernant les usagers de drogue, les homosexuels et la contamination hétérosexuelle : Ile de France, PACA, Languedoc Roussillon, Aquitaine, Rhône Alpes et Midi Pyrénées. Il appartient aux autres régions d'identifier les dynamiques particulières de l'épidémie sur leur territoire et d'en tenir compte pour le maintien, la consolidation ou la réorientation des actions de prévention.

Des objectifs opérationnels:

- 1. Promouvoir la recherche et se doter des outils nécessaires à la définition et au suivi des programmes et actions**
- 2. Renforcer les compétences des intervenants et les soutenir** en facilitant l'accès aux formations, à la supervision et en favorisant les coopérations
- 3. Mettre en œuvre et suivre la programmation 2001/2004 des actions déconcentrées** afin de toucher les populations au plus près des réalités locales.
- 4. Mobiliser et soutenir les associations en redéfinissant les partenariats**
- 5. Mettre en place un dispositif de suivi et d'évaluation de la politique publique**

PLAN

I- PREVENIR

- 1. Accentuer et adapter la prévention parmi les homosexuels masculins**
- 2. Mettre en œuvre un plan global et spécifique en Guyane et dans chacun des départements des Antilles** afin de stopper la diffusion épidémique du VIH et du sida.
 - 2.1 Elaborer et mettre en œuvre en 2002 un programme global en Guyane
 - 2.2 Elaborer et mettre en œuvre en 2002 un programme global en Guadeloupe
 - 2.3 Elaborer et mettre en œuvre en 2003 un programme global en Martinique
- 3. Améliorer l'accès à la prévention et aux soins précoces des personnes étrangères vivant en France afin de réduire les écarts existants avec la population française.**
- 4. Renforcer ; la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue**
 - 4.1 Renforcer la politique de réduction des risques et faire évoluer le dispositif
 - 4.2 Améliorer l'information auprès des usagers et l'accès au matériel d'injection stérile
- 5. Agir directement dans les situations de pratiques sexuelles anonymes ou de groupe auprès des multipartenaires**
 - 5.1 Agir directement dans les situations de pratiques sexuelles anonymes ou de groupe
 - 5.2 Intégrer la prévention et le dépistage des MST dans la prévention et le soin du VIH et améliorer le recours au traitement après exposition au risque
 - 5.3 Consolider l'action communautaire des personnes prostituées : hommes, femmes, transsexuels
- 6. Maintenir l'effort préventif en population générale**
 Intégrer la prévention du VIH en direction des jeunes à une éducation très large à la sexualité
 Maîtriser la diffusion hétérosexuelle en s'appuyant sur les rapports entre les hommes et les femmes
- 7. Maintenir en direction de l'ensemble de la population un dispositif fort de prévention compréhensible**
 - 7.1 Diversifier les moyens préventifs et améliorer leur accessibilité
 - 7.2 Maintenir l'accessibilité du dépistage et améliorer le conseil préventif
 - 7.3 Améliorer l'accessibilité au traitement après exposition
 - 7.4 Permettre l'appropriation de l'information et l'usage des ressources par tous
 - 7.5 Lutter contre les stigmatisations

II- PERMETTRE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PERSONNES ATTEINTES

- 8. Faire évoluer les stratégies thérapeutiques et mettre en œuvre un programme adapté**
 - 8.1 Remettre à jour les recommandations en matière de traitement
 - 8.2 Améliorer la connaissance des effets secondaires des traitements
 - 8.3 Prévenir et prendre en charge les pathologies liées au traitement en dehors de la grossesse
 - 8.4 Mieux accompagner la grossesse des femmes infectées et assurer le suivi de leur enfant
 - 8.5 Mieux prendre en charge les enfants et adolescents infectés par le VIH
 - 8.6 Favoriser l'accès aux traitements innovants
- 9. Favoriser le soutien et la solidarité avec les personnes atteintes, améliorer leur qualité de vie**
 - 9.1 Soutenir les personnes séropositives dans la prévention et dans le maintien de leur vie sexuelle
 - 9.2 Soutenir et accompagner les personnes atteintes dans l'observance des traitements
 - 9.3 Favoriser le logement des personnes malades et accompagner l'évolution du dispositif d'hébergement des personnes atteintes
 - 9.4 Adapter le dispositif d'aide à domicile aux besoins actuels et prévisionnels des personnes atteintes

9.5 Favoriser l'insertion réinsertion et l'accès ou le maintien au travail et continuer à lutter contre la stigmatisation et la discrimination des personnes séropositives

9.6 Développer l'offre de procréation médicalement assistée pour les couples sérodifférents ou infertiles

III – S'INSCRIRE DANS LE PLAN MONDIAL DE LUTTE

10. Réduire les inégalités d'accès aux traitements entre les pays en développement et les pays industrialisés.

10.1 Mettre en œuvre la solidarité thérapeutique en réseau

10.2 Soutenir la recherche dans les pays en développement

IV- METTRE EN ŒUVRE, SUIVRE ET EVALUER LA PLAN DE LUTTE 2002/2004

1. Promouvoir la recherche et se doter des outils nécessaires à la définition et au suivi des programmes et actions

1.1. Consolider les dispositifs permettant rapidement la mise en œuvre ou l'adaptation des actions en fonction des découvertes ou des données du suivi

1.2. Accompagner la mise en place de la surveillance des nouveaux cas de séropositivité

2. Renforcer les compétences des intervenants et les soutenir en facilitant l'accès aux formations, à la supervision et en favorisant les coopérations

3. Mettre en œuvre et suivre la programmation 2001/2004 des actions déconcentrées afin de toucher les populations au plus près des réalités locales.

4. Mobiliser et soutenir les associations en redéfinissant les partenariats

5. Mettre en place un dispositif de suivi et d'évaluation de la politique publique

- ANNEXES -

1. Coût du plan sur le budget du Ministère de l'emploi et de la solidarité

2. Données épidémiologiques récentes sur l'infection à VIH sida en France

I - PREVENIR

Le plan national de lutte contre l'infection VIH/sida a pour objectifs afin d'enrayer la diffusion épidémique et ses conséquences en termes de santé publique. Il devra être articulé avec les politiques de prévention dans le domaine de la contraception, des infections sexuellement transmissibles, de l'infection à VHC et des addictions.

Le plan national de lutte fixe des priorités fondées sur des données épidémiologiques et développe des stratégies différenciées en direction de groupes ou de situations centraux dans la dynamique épidémique.

Il convient de donner une priorité majeure :

- à l'action préventive dans les Antilles Guyanes
- à l'action en direction des populations étrangères
- à l'action en direction des homosexuels

La politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue doit être soutenue et adaptée aux besoins actuels.

Le programme devra intensifier les actions dans les situations de vulnérabilité accrue : lieux de pratiques sexuelles anonymes ou de groupe, prison, prostitution.

Des actions de prévention devront compléter les actions de soutien déjà menées auprès des personnes séropositives afin de les aider dans le maintien ou l'adoption de pratiques à moindre risques.

Au niveau national, il nécessite le maintien de l'action préventive en direction de la population générale, par un dispositif de communication et de prévention destiné à entretenir les attitudes et les comportements préventifs et permettre l'accès aux moyens de prévention et au dépistage.

Les programmes de prévention devront de façon systématique tenir compte des rapports sociaux de genre et développer la responsabilité conjointe des hommes et des femmes dans la sexualité et la prévention

Le plan sera mis en œuvre par des programmations locales, régionales, interdépartementales ou départementales :

- Les programmes prioritaires doivent être développés localement en fonction de l'épidémie (prévalence, groupes prioritaires, situations de vulnérabilité accrue). L'objectif y est alors de casser la diffusion épidémique et de la réduire. Six régions en Métropole sont définies comme prioritaires pour un renforcement des actions conformément à la stratégie définie au plan national : Ile de France, PACA, Languedoc Roussillon, Aquitaine, Rhône-Alpes et Midi Pyrénées.
- Elles devront permettre, sur l'ensemble du territoire, de consolider le dispositif de prévention, de le renforcer partout où il est défaillant afin de doivent couvrir le territoire national et de permettre un accès égal de tous aux moyens de prévention.

1.

Accentuer et adapter la prévention parmi les homosexuels masculins pour enrayer le relâchement préventif et la reprise épidémique.

Le constat

Les résultats de l'enquête presse gay 2000 montrent une augmentation des risques pour les homosexuels : augmentation des rapports non protégés dans tous les types de pratiques sexuelles, des MST et ceci particulièrement chez les jeunes et les hommes d'âge mûr, particulièrement à Paris, zone de forte prévalence. Le baromètre gay réalisé à Paris confirme le relâchement des comportements de prévention par rapport aux années précédentes dans les établissements gay et les lieux de drague.

Les signes de relâchement des comportements préventifs avaient été pressentis à travers :

- une reprise des MST en 1998 à Paris qui s'est ensuite diffusée en Province à un rythme moins soutenu. Les caractéristiques des patients et les localisations indiquent une contribution importante des homosexuels masculins à cette inversion de tendance.
- une résurgence de la syphilis à Paris depuis 1999, qui semble s'accélérer en 2001 : 28 cas sur l'année 2000, 33 sur 5 mois en 2001, presque exclusivement masculins (77/78), plus de la moitié étant infectés par le VIH (41/78).

Cette dégradation des pratiques préventives est particulièrement nette chez les jeunes de moins de 25 ans, chez qui la « mémoire » des ravages de l'épidémie n'existe pas, et chez les plus de 35 ans chez qui s'expriment les difficultés de la prévention au long cours.

Les objectifs:

- Diminuer l'incidence de l'infection VIH en ajustant les pratiques de prévention à l'évolution des cultures homosexuelles ; redéfinir le safer sex adapté aux nouvelles pratiques
- Eviter le rejet de la question du risque VIH par les jeunes homosexuels masculins.
- Maintenir un cadre général de prévention et éviter d'une part la marginalisation de l'infection VIH, d'autre part une éventuelle stigmatisation des gays.
- Tenir compte des problèmes spécifiques des hommes séropositifs
- Renforcer le travail communautaire avec divers types de partenaires : associations de lutte contre le sida, associations gay, commerces gay, intellectuels, presse gay.

Les propositions:

1.1 Accompagner le programme d'actions par une communication visible et claire, élaborée par le Ministère, le CFES et les associations

- Les campagnes nationales dans les médias grand public continueront à intégrer des messages s'adressant aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. En partenariat avec les sites Internet (gay.com et Têtu, Illico...), le CFES développera des outils de prévention interactifs.
- Dans la presse affinitaire (presse gratuite, spécialisée Gay, « généraliste »), le CFES poursuivra la diffusion des messages de prévention.
- De façon systématique, des messages préventifs seront introduits dans les produits (films, cassettes X etc...) s'adressant notamment aux multipartenaires homosexuels.
- Des actions de communication seront spécifiquement élaborées pour les départements français d'Amérique (DFA) et pour les hommes originaires de communautés immigrées.
- Dans les régions, les services déconcentrés favoriseront la mise en place de lieux spécifiques dans les quartiers les plus exposés pour informer, écouter, soutenir.
- Les échéances

Décembre 2001, été 2002 spot de prévention, campagnes nationales

Novembre, décembre 2001 : campagne dans la presse affinitaire (affichettes), et diffusion de cartes lenticulaires sur les accidents d'exposition et les MST

A partir de décembre 2001, sites internet En 2002, messages préventifs dans les films et annonces de rencontres

1.2 Agir directement à travers des réseaux nationaux qui interviennent dans les lieux de rencontre et de pratiques sexuelles

- Une convention nationale entre la DGS et le SNEG permet d'installer dans les lieux commerciaux de pratique sexuelle des distributeurs gratuits de préservatifs et de gels. Le CFES coordonne l'élaboration et la diffusion de supports d'information. Un message préventif est élaboré et inséré dans les films diffusés dans les backroom
- Les patrons d'établissements seront appelés à se conformer aux règles d'hygiène, à assurer la distribution effective, large, gratuite et adaptée des préservatifs et du gel conformément au code de la consommation (article L 221-1) et accepteront l'intervention des associations de prévention. Le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France sera interrogé sur les éventuelles mesures d'urgence à prendre ou à faire respecter conformément à l'article L 1311-4 du code de la santé ; à Paris, un groupe de travail réunissant la DDASS, la Préfecture, la DGCCRF, la Préfecture de police et le service d'hygiène de la Mairie sera réuni pour organiser le contrôle de l'application de la réglementation existante et des mesures préconisées par le CSHPF ; la chartre d'engagement autour de la prévention et de l'hygiène des responsables d'établissement, élaborée par le SNEG, intégrera les recommandations.
- La DGS réunira les associations qui interviennent sur les lieux ouverts afin de déterminer un cahier des charges des actions et des conditions de leur mise en œuvre
- Dans les régions, des appels à projets seront lancés sur la base du cahier des charges et une mobilisation des directeurs d'établissement sera animée conjointement par les services déconcentrés et le SNEG.
- Les échéances : depuis début 2001 une collaboration est engagée avec le SNEG afin de définir le contrat triennal pour 2002/2004

1.3 Agir à travers des réseaux associatifs qui interviennent auprès des hommes pratiquant la prostitution en lien avec le programme d'action pour les situations de haute vulnérabilité.

- Le CFES élaborera en collaboration avec les associations et diffusera des outils « d'accroche » pour les lieux de pratiques sexuelles, des bandeaux de prévention sur les sites internet de rencontres, des messages préventifs dans les films.
- La DGS mobilisera les réseaux associatifs et les administrations concernées par la prostitution notamment au niveau de l'action sociale, de la police et de la justice et soutiendra le colloque européen des associations de prostitués masculins.
- Les DDASS relayeront les actions nationales, animeront le réseau associatif, s'assureront de la supervision des intervenants et organiseront leur formation au soutien
- Les échéances : depuis début 2001 le groupe interassociatif élabore les outils de communication. La mise en place des formations se fera courant 2002.

1.4 Intégrer la prévention et le dépistage des MST dans la prévention et le soin du VIH et améliorer le recours au traitement après exposition au risque

- Communiquer sur l'intérêt du dépistage du VIH et sur les MST et notamment auprès des jeunes
 - par des campagnes sur les MST, cofacteurs de vulnérabilité au VIH et des documents spécifiques sur les signes, le dépistage, le traitement et la prévention des MST et du VIH
- Communiquer sur les conduites à tenir en urgence
 - par la diffusion dans les CDAG, les consultations hospitalières et les permanences associatives d'un document sur le traitement après exposition et les recours locaux
 - par des affiches pour les lieux à risque et des partenariats avec la presse affinitaire.
- Informer sur les MST à l'occasion d'événements (Lesbienne and Gay Pride, Salon des associations, Journée mondiale contre le SIDA, colloques).
par des dossiers de presse réalisés en fonction de l'évolution des MST en alerte auprès des professionnels et des associations.
- Communiquer, informer et diffuser les documents nationaux sur les différentes MST en même temps que sur le VIH dans les départements

Les DDASS identifieront les acteurs de terrain et inciteront à des interventions de prévention sur les lieux de rencontre, dans les lieux d'accueil par l'intermédiaire des associations.

- Développer l'accès aux dépistages des MST

Les DDASS associeront à la programmation des actions locales le Conseil Général et les DAV et s'assureront de la cohérence des informations et des documents proposés entre les médecins de ville, de CDAG, de DAV et de service de soins.

- Favoriser la formation des médecins en lien avec la FMC et les réseaux « ville-hôpital »

Les DDASS inciteront à la réalisation de formations sur l'importance du dépistage des MST, le diagnostic et la clinique (syphilis..).

- Les échéances sont soumises à l'adoption de recommandations
- sur les MST par le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France prévues en décembre 2001 et autorisant la mise en œuvre d'un programme 2002-2004
- sur l'actualisation des cadres de référence pour le traitement après exposition au risque par le groupe expert mis en place par l'AFSSAPS à la demande de la DGS

1.5 Permettre l'adhésion à la prévention de tous les hommes ayant des relations avec d'autres hommes, particulièrement des jeunes homosexuels, en évitant toute stigmatisation

- La lutte contre l'homophobie est une composante des campagnes de communication grand public mises en œuvre par le CFES. Le Ministère soutiendra les événements comme l'Université euroméditerranéenne d'été des homosexualités à Marseille et les Etats généraux de l'homosexualité et veillera à l'expression des diversités sexuelles dans les outils destinés aux populations migrantes.
- La DGS et le CFES intégreront dans les groupes de travail et de suivi des actions, aux côtés des associations nationales de lutte contre le VIH, la Fédération des associations sportives homosexuelles et les associations nationales de jeunes homosexuels.
- Le CFES élaborera en lien avec les associations de jeunes des outils informant sur le safer sex, adaptés aux diversités sexuelles et prenant en compte les phénomènes de génération, l'absence de mémoire et le déni.
- La promotion de la ligne Azur sera assurée y compris auprès des établissements scolaires
- Un partenariat sera recherché auprès des autres départements ministériels intervenant auprès des jeunes afin que les actions soient relayées et facilitées au niveau local.
- Dans les régions, un soutien sera apporté aux projets de lieux associatifs avec des intervenants formés au soutien psycho-social individuel

Le coût:

En 2001, 1 905 612 euro (12,5 MF) ont été consacrés au programme en direction des homosexuels (contre 1 524 490 euro en 2000) sur le budget du Ministère de la santé. La réalisation du nouveau programme nécessitera 2 942 266 euro (19,3MF) en 2002 et pourra être suivie en 2003 d'une montée en charge des actions déconcentrées.

L'évaluation:

- Indicateurs épidémiologiques : suivi des nouveaux diagnostics VIH, enquêtes CDAG, DAV, profil épidémiologique des personnes ayant recours aux traitements après exposition (TAE) et réseau national du gonocoque (RENAGO).
- Enquête presse gay (2000 et 2002), Baromètre gay sur Paris tous les ans.
- Indicateurs d'activité de Sida Info Service en impact de la communication institutionnelle
- Nombre de préservatifs distribués dans les lieux commerciaux et autres lieux (données du SNEG et du CFES).
- Une réunion interassociative de suivi est prévue en avril 2002 (SNEG, AIDES, les Sœurs de la Perpétuelle Indulgence)
- Evaluation par les DDASS des actions et des formations impulsées au niveau national

2.
Mettre en œuvre un plan global et spécifique
en Guyane et dans chacun des départements des Antilles
 afin de stopper la diffusion épidémique du VIH et du sida.

Le constat:

Les DFA ont une situation épidémiologique plus défavorable que la métropole : ils totalisent, à la mi 2001, 4,8% des personnes vivant avec le sida en France et 7,4% des nouveaux cas de sida depuis le 1^{er} janvier 1999 pour une population qui représente 1,6% de la population nationale. Les taux d'incidence annuels par million d'habitants sont de 353 pour la Guyane, 115 pour la Guadeloupe et 68 pour la Martinique (contre 29 pour la moyenne nationale et 63 pour l'Île de France). La maladie est pour l'essentiel transmise par rapports hétérosexuels. Les étrangers représentent 46% des cas ; le nombre de cas hétérosexuels de nationalité française rapporté à la population est cinq fois plus élevé qu'en métropole et trois fois plus qu'en Île de France.

Cette situation épidémiologique est à mettre en relation avec un haut niveau de prévalence dans la région, des mouvements migratoires, des modes de vie socio-sexuels caractérisés par un multipartenariat fréquent pendant toute la période adulte, des relations plus fréquentes avec les prostituées, un niveau d'utilisation des préservatifs insuffisant compte tenu de ces comportements.

La découverte de leur sérologie par les personnes atteintes intervient très tardivement et une part importante des personnes dépistées ne se fait pas traiter. La peur du rejet et de l'exclusion, induite par un faible niveau de tolérance envers les personnes séropositives et les attitudes collectives vis-à-vis du VIH, rend difficile le dépistage, l'accès au soin et l'observance des traitements. La prise en charge des enfants atteints ou orphelins constitue une urgence.

La situation épidémique justifie de mettre en place, dans chaque département, un programme global de prévention et de prise en charge, adapté à des régions caractérisées par l'importance des phénomènes migratoires et l'existence de populations particulièrement exposées en situation irrégulière qui doivent pouvoir bénéficier de la prévention et des soins. L'importance de l'épidémie en Guyane et en Guadeloupe justifie la priorité donnée à la mise en place des programmes dès 2002, puis en 2003 en Martinique.

Les objectifs communs à ces programmes prioritaires sont :

- Réduire l'incidence de l'infection à VIH
- Améliorer la cohérence de la politique de prévention, en tenant compte tant des modes de vie que de la dimension régionale de l'épidémie
- Réduire l'écart existant avec la métropole en matière d'accès au dépistage et aux soins et de respects des droits notamment pour la population étrangère
- Améliorer la tolérance envers les personnes atteintes, lutter contre les discriminations
- Favoriser la mobilisation communautaire

2. 1. Elaborer et mettre en œuvre un programme global en Guyane

Le constat:

La principale difficulté réside en l'absence ou la grande difficulté à coordonner les actions, soutenir et former les intervenants, susciter et étayer des dynamiques communautaires et favoriser l'élaboration de solutions locales adaptées aux principaux problèmes notamment à l'inadaptation des actions de prévention à la réalité des comportements et représentations des groupes de populations locales, la difficulté d'accès aux moyens de prévention, aux dépistages trop tardifs, aux besoins spécifiques et dramatiques des enfants atteints ou orphelins.

Les objectifs:

- Elaborer un programme global de prévention et de prise en charge tenant compte de la politique de zone en frontière du Surinam.
- Améliorer l'accès et l'usage des préservatifs masculins et féminins pour toute la population
- Permettre que les femmes s'emparent de la prévention des risques liés à la sexualité
- Identifier et former des personnes relais parmi les communautés
- Renforcer la prévention et l'accès au dépistage dans les dispositifs de droit commun de soins
- Etendre et adapter les actions d'éducation à la sexualité pour toucher l'ensemble des jeunes scolarisés ou sortis de l'enseignement
- Informer et sensibiliser la population par des campagnes et outils spécifiques, élaborés localement et s'adressant à la population dans toutes ses composantes.
- Permettre un dépistage et une prise en charge précoce des femmes enceintes
- Créer les conditions d'accès de toutes les personnes atteintes aux traitements, à un suivi et à un soutien dans la vie sociale et affective, maintenant les liens familiaux ou communautaires.

Les propositions:

1- Mettre en œuvre les moyens et les processus nécessaires à l'élaboration et la mise en œuvre mi-2002 d'un programme spécifique pour trois ans:

- Confier à la DDASS, en lien avec le Préfet, l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du programme. Mettre à disposition les moyens nécessaires à cette mission, en termes humains (MISP, infirmière de santé publique et IASS), financiers (des crédits déconcentrés de l'Etat augmentés de 10% en 2002, soit 671 904 euro, et des crédits supplémentaires disponibles de 304 898 euro en fonction des actions).
- Mobiliser les autres services de l'Etat au niveau central et local (DAEI, DHOS, Education nationale, DOM-TOM, Agriculture, Droit des femmes) afin qu'ils soutiennent ce programme et prennent en charge les actions relevant de leur domaine d'intervention
- Mettre en place une coordination des partenaires relayant la DDASS sur trois zones (Saint-Laurent, Cayenne et Kourou) pour définir les actions prioritaires, susciter et aider à élaborer les projets, favoriser les coopérations, les formations et créer des lieux ressources.

2- Dès 2001, répondre à l'urgence et créer les conditions de la conduite d'un programme:

- Soutenir l'implantation et l'adaptation de dispositifs associatifs nationaux : pôle de Sida Info Service, programme de réduction des risques sexuels auprès des femmes par la formation de femmes relais par le Mouvement Français du Planning Familial, formation d'acteurs communautaires de santé publique par l'IMEA, développement du comité de Aides à Saint Laurent du Maroni
- Confier au groupe d'experts sur les stratégies thérapeutiques, coordonné par le Professeur Delfraissy, l'élaboration de recommandations spécifiques aux départements français d'Amérique. Ce groupe de travail sera coordonné par le responsable du CISH de Cayenne, les recommandations rendues en fin 2001.
- Réalerter la population sur le risque SIDA par une campagne de communication spécifique
- Elaborer des outils spécifiques pour les jeunes en partenariat avec une revue associative et les acteurs locaux
- Mettre en œuvre les démarches nécessaires à une meilleure diffusion à un coût moindre des préservatifs (centrale d'achat)

2. 2. Elaborer et mettre en œuvre un programme global en Guadeloupe

Le constat:

La Guadeloupe avec un taux d'incidence annuel moyen de cas de SIDA de 115,7 par million d'habitants est le deuxième département de France touché. Une recrudescence importante des cas de syphilis touche la population hétérosexuelle et les usagers de crack. Les phénomènes migratoires sont importants, en particulier des populations haïtiennes, et mal pris en compte. L'accès aux soins, au dépistage, le respect des personnes atteintes et de leurs droits ne répondent pas de manière homogène aux exigences de qualité et aux principes de la politique nationale. La situation de Saint-Martin demande l'élaboration de solutions spécifiques et urgentes.

Les objectifs:

- Elaborer un programme global de prévention et de prise en charge tenant compte de la politique de zone des Caraïbes.
- Mieux identifier les besoins en mobilisant les acteurs locaux et les hospitaliers
- Améliorer l'accès et l'usage des préservatifs masculins et féminins pour toute la population
- Permettre que les femmes s'emparent de la prévention des risques liés à la sexualité
- Identifier et former des personnes relais parmi les communautés
- Etendre et adapter les actions d'éducation à la sexualité pour toucher l'ensemble des jeunes scolarisés ou sortis de l'enseignement
- Informer et sensibiliser la population par des campagnes et outils spécifiques, élaborés localement et s'adressant à la population dans toutes ses composantes.
- Renforcer le dispositif de prévention et d'accès au dépistage dans les dispositifs de droit commun de soins.
- Créer les conditions d'accès de toutes les personnes atteintes aux traitements, à un suivi et à un soutien dans sa vie sociale et affective, maintenant les liens familiaux ou communautaires.
- Prendre en compte le problème spécifique de Saint-Martin

Les propositions:

1- Mettre en œuvre les moyens et les processus nécessaires à l'élaboration et la mise en œuvre mi-2002 d'un programme spécifique pour trois ans :

- Confier à la DDASS, en lien avec le Préfet, l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du programme. Mettre à disposition les moyens nécessaires à cette mission, en termes humains (MISP, infirmière de santé publique et IASS), financiers (des crédits déconcentrés de l'Etat augmentés de 7,5 % en 2002 soit 774 748 euro)
- Mobiliser les autres services de l'Etat au niveau central et local (DAEI, DHOS, Education nationale, DOM-TOM, Agriculture, Droit des femmes) afin qu'ils soutiennent ce programme et prennent en charge les actions relevant de leur domaine d'intervention
- Identifier les zones prioritaires et mettre en place une coordination des partenaires relayant la DDASS pour définir les actions prioritaires, susciter et aider à élaborer les projets, favoriser les coopérations, les formations et créer des lieux ressources.

2- Répondre sans délais à l'urgence et créer les conditions de la conduite d'un programme :

- Soutenir l'implantation et l'adaptation de dispositifs associatifs nationaux : programme de réduction des risques sexuels auprès des femmes par la formation de femmes relais par le MFPF, formation d'acteurs communautaires de santé publique par l'IMEA, formation au counselling des acteurs du dépistage
- Confier au groupe d'experts sur les stratégies l'élaboration de recommandations spécifique aux départements français d'Amérique.
- Elaborer une campagne de communication spécifique pour la population des Antilles sur le risques SIDA
- Elaborer des outils spécifiques pour les jeunes en partenariat avec une revue associative et les acteurs locaux
- Améliorer la diffusion et à un coût moindre des préservatifs, tant masculins que féminins.

La définition et le suivi des programmes d'actions en Guyane et Guadeloupe impliquent de se doter des outils nécessaires

- Mise en place d'une étude afin d'identifier les raisons du retard au dépistage
- Réaliser une enquête pour évaluer l'évolution des comportements, attitudes et connaissances de la population

Les échéances pour les programmes en direction de la Guyane et de la Guadeloupe :

- 2^{ème} semestre 2001 : lancement des actions de communication en direction de la population et des jeunes ainsi que de l'implantation des programmes nationaux
- Décembre 2001 : deux rencontres à Paris pour prévenir et mobiliser les partenaires interministériels avec les chargés de mission des actions de lutte contre le VIH en Guadeloupe et en Guyane
- Février 2002 : recommandations du groupe d'experts sur les stratégies thérapeutiques et la prise en charge dans les DFA
- Janvier-juillet 2002 : mise en œuvre de la démarche de programmation locale et coordination des acteurs des zones prioritaires
- Septembre 2002 : mise en œuvre du programme défini et des actions nouvelles

L'évaluation :

Sur la base des objectifs retenus : évolution des dépistages, des nouveaux cas de sida, des décès et des données DIMI-2.

Evolution des stades de découverte de séropositivité des femmes pendant la grossesse et des infections néo-natales.

Recensement des acteurs et évaluation qualitative des actions.

Suivi de la mise en œuvre du plan par des réunions trimestrielles à la DDASS et une réunion annuelle au niveau national en présence des services ministériels mobilisés

2.3 Elaborer et mettre en œuvre un programme prioritaire en Martinique

Une démarche identique sera ensuite développée pour la Martinique. La phase préparatoire sera initiée en 2002 afin qu'une programmation spécifique puisse être élaborée dès le début 2003 et être rapidement opérationnelle.

Le coût du programme en direction de la Guyane et des Antilles

Le coût total du programme en direction des départements français d'Amérique, de 2 225 755 euro (14,6MF) en 2001, est estimé pour 2002 à 3 003 245 euro (19,7 MF) pour les actions financées par le Ministère de la santé.

3.

Améliorer l'accès à la prévention et aux soins précoces des populations étrangères vivant en France afin de réduire les écarts existants avec la population française.

Le constat:

Sur l'ensemble du territoire (métropole et DOM) les cas hétérosexuels comportent une proportion importante de malades étrangers : plus de 40 % et notamment 27% de malades de nationalité d'un pays d'Afrique sub-saharienne. En métropole, les cas de malades étrangers sont fortement concentrés en Ile de France : 76% des personnes d'un pays d'Afrique sub-saharienne et 76% des personnes étrangères originaires d'un autre pays.

L'évolution chez les femmes d'Afrique sub-saharienne est particulièrement préoccupante. Elles seules voient en 2001 une augmentation des cas de sida, qui baissent chez les hommes de même origine comme pour les hommes et les femmes des autres groupes de population. 27% des femmes déclarant un sida sont d'origine sub-saharienne ; la moitié d'entre elles ont entre 15 et 34 ans (33% pour les femmes françaises). 90 % sont contaminées par relation hétérosexuelle.

L'accès au dépistage et aux soins demeure plus tardif chez les étrangers vivant en France que chez les Français : sur la période 1998/2000, 60 % des hommes et 68 % des femmes d'Afrique sub-saharienne ne connaissaient pas leur séropositivité au moment du diagnostic du sida contre 47 % pour l'ensemble de la population.

La combinaison d'une prévalence plus élevée et de difficultés à utiliser les moyens de protection, d'une accessibilité insuffisante à l'information sur la prévention, d'une difficulté à avoir un accès simple et rapide aux droits sociaux et aux soins doit être prise en compte dans des stratégies spécifiques correctement articulées à celle s'adressant à la population générale.

La lutte contre la stigmatisation des personnes séropositives au sein des communautés migrantes est un autre volet de cette démarche qui vise à normaliser le geste préventif dans les différents groupes qui composent la population immigrée.

Les objectifs:

- Réduire les inégalités d'incidence du VIH existant entre la population française et la population étrangère vivant en France
- Diminuer les risques par rapport à la société d'origine lorsque la prévalence y est élevée en tenant compte simultanément de l'infection VIH et des MST.
- Améliorer l'accès à l'information, tant en matière de prévention primaire qu'en matière de prévention secondaire, notamment pour les femmes étrangères
- Améliorer l'accès au dépistage et aux soins précoces
- Améliorer et simplifier l'accès effectif aux droits sociaux connexes de l'accès aux soins

Les propositions:

3.1 Rendre partout visible dans la communication grand public sur le VIH, la diversité culturelle, afin que les campagnes d'information atteignent les migrants.

3.2 Faciliter l'accès par les actions et la formation des personnels dans les structures de soins et d'accueil, en premier lieu les hôpitaux

- en utilisant comme relais les services de soins primaires et les services hospitaliers auxquels ont recours les migrants notamment les femmes. Former en priorité les personnels dans les hôpitaux, les maternités, les CDAG et les PMI et susciter des formes innovantes d'accueil, conseil et suivi des personnes en partenariat avec des organismes reconnus pour leur compétences dans le counselling.

- en améliorant les possibilités de recours à l'interprétariat gratuit mis en place par la DGS au niveau national, notamment en milieu hospitalier

3.3 Combattre les idées fausses auprès des personnes concernées (croyance en une inégalité de traitement) et des professionnels (croyance en une inégalité d'observance) par la diffusion d'une information juste et complète sur les traitements, la valorisation des résultats d'études à travers des partenariats avec la presse professionnelle et les radios, la mobilisation des CISIH.

3.4 Rendre accessible à tous une information claire et compréhensible

- en étendant les partenariats radios (Africa n°1, RFI, Média tropical, Radio Orient, Radio Soleil, Beur FM...), les partenariats presse (Amina) et en exploitant les résultats de l'étude commanditée au CFES sur les canaux d'information des migrants
- en poursuivant l'édition et la diffusion gratuite des brochures en 25 langues (partenariat CFES, ISM traduction) et en traduisant tout document d'information sur le VIH, la prévention des MST et l'intérêt des dépistages précoces pour toute pathologie
- en produisant outils et programmes à destination des acteurs et publics communautaires (partenariat associatifs et CFES) sur l'ensemble des risques liés à la sexualité, la prévention, l'incitation au dépistage, l'accès aux soins et aux droits sociaux

3.5 Lutter contre les discriminations

- Améliorer la mise en œuvre des droits, en coordination avec la Direction des Populations et des Migrations, les Ministères de l'Intérieur et de la Justice. La simplification et l'accélération des mesures administratives d'accès aux droits sanitaires et sociaux seront poursuivies (groupe de travail, circulaire); ceci devra être accompagné de formation des personnels administratifs, sanitaires, associatifs et sociaux.
- Lutter contre les discriminations au sein des communautés, en combattant les idées fausses et en rendant valorisant la solidarité

3.6 Faciliter l'accès par les médiateurs de santé et acteurs communautaires

- en soutenant le dispositif national mis en place par la DGS de formation et de suivi sur site pendant 2 ans d'acteurs issus des communautés (action en cours IMEA, partenariat Délégation Interministérielle à la Ville)

3.7 Développer une stratégie spécifique aux femmes, particulièrement touchées par l'épidémie et leviers pour le développement de la prévention, l'accès au dépistage et aux soins

- par la publication des recommandations du rapport Delfraissy
- par l'extension du programme de réduction des risques (partenariat DGS et MFPF) aux régions les plus concernées, Guyane (en cours), Antilles et Ile de France.

3.8 Favoriser les actions dans les cadres des allers-retours au pays d'origine

- en poursuivant les soutiens aux projets associatifs (FTCR, ARCAT) et européens et en les facilitant et en mettant par une coordination entre les administrations concernées (Transports, Tourisme ...)

3.9 Mobiliser le secteur de la recherche pour se doter des études nécessaires à l'élaboration et au suivi de programmes cohérents

- sur la situation épidémiologique vis à vis du VIH/Sida et des MST, et plus largement sur l'état de santé des migrants, notamment ses déterminants et les freins à la prise en compte des problèmes de santé.
- sur les caractéristiques sociales et économiques des nouveaux cas de sida parmi les étrangers notamment d'Afrique subsaharienne (projet d'enquête INVS).

3.10 Elaborer des programmes régionaux d'actions spécifiques dans les régions prioritaires dans l'épidémie : Antilles, Guyane, Ile de France, PACA

Le coût:

Le coût de ce programme sur le budget du Ministère de la santé, de 1 783 653 euro (11,7 MF) en 2001 contre 1 539 735 euro en 2000, est évalué pour 2002 à 2 469 674 euro (16,2 MF)

4.

Renforcer la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue

afin de poursuivre l'amélioration constante de leur situation face
à l'infection VIH et d'enrayer la diffusion épidémique du VHC.

Le constat:

L'adoption d'une politique sanitaire en direction des usagers de drogue axée sur le principe de réduction des dommages a permis l'accès aux soins et à la prévention et conduit à l'amélioration de certains indicateurs épidémiologiques. En dépit de leurs changements de comportements, les usagers de drogue restent le groupe dans lequel la prévalence de l'infection VIH est la plus élevée. L'accessibilité du matériel d'injection a permis la réduction du partage des seringues et de leur réutilisation ; une enquête montre cependant en 1998 que 21% des usagers avaient emprunté ou prêté leur seringue dans les 10 jours précédents. L'utilisation en commun des récipients et de l'eau de préparation ou de rinçage a été abordée plus tard dans les messages de prévention, et semble être responsable de la diffusion du VHC dans cette population. L'accessibilité au matériel d'injection stérile a augmenté entre 1995 et 1999 (+15%) avec 10 millions de seringues à l'unité et 3 millions de Kits de prévention stérilisé 2 vendus par les pharmaciens d'officine, environ 3 millions de seringues et de Kits distribués par les programmes associatifs. Cette accessibilité présente encore des disparités régionales.

Les services de première ligne (programmes d'échange de seringues et boutiques) offrent une aide sans condition aux consommateurs en s'adaptant individuellement aux usages et aux situations ; l'aide matérielle (hygiène, alimentation, petits soins) répond à des besoins immédiats et soutient la crédibilité des messages de prévention et de soins. Prévention des risques liés à l'usage et prise en charge de la dépendance se rejoignent dans la stratégie de réduction des dommages. L'impulsion donnée aux traitements de substitution depuis 1996 a transformé les consommations des produits et amélioré la situation sanitaire des usagers de drogue. Ces orientations ont été adoptées par étape depuis plusieurs années. L'attention doit porter principalement dans le domaine de la prévention des infections VIH et VHC sur leur mise en œuvre concrète afin de corriger les insuffisances qui persistent : inégalité de couverture du territoire, hétérogénéité des pratiques des intervenants.

La prévention de la transmission sexuelle du VIH a toujours été laissée de côté d'une part parce qu'on a considéré que les usagers de drogue et leurs partenaires recevaient et appliquaient les messages et les moyens s'adressant à la population générale hétérosexuelle, d'autre part au nom des multiples obstacles que rencontre l'abord de la sexualité dans les prises en charge. Le niveau de prévalence du VIH, le changement plus fréquent de partenaires dans ce groupe et le lien particulier entre vie affective, vie sexuelle et usage de drogue ne permettent pas d'en rester là. Il n'existe actuellement aucune proposition concrète de programmes, de stratégies ou de pratiques communautaires ou professionnelles pour traiter cette question autrement que par l'information.

Les objectifs:

- Maintenir l'incidence du VIH à la baisse dans cette population
- Amorcer une baisse significative de l'incidence de l'infection à VHC.
- Poursuivre et renforcer l'action en faveur des pratiques d'injection sans risque par les moyens classiques d'information, d'accès au matériel et de soutien aux usagers
- Réduire la place de l'injection par la prévention du passage à l'injection ou l'abandon de l'injection (coordination avec la politique de soins)
- Introduire la prévention des risques sexuels dans les prises en charge de la toxicomanie.

4.1. Axe 1 : renforcer la politique de réduction des risques et faire évoluer le dispositif

Les propositions:

4.1.1 Mieux articuler le dispositif de réduction des risques et le dispositif de prise en charge (accès à la substitution notamment) et améliorer les pratiques

Inscrire tout ou partie du dispositif dans la loi de 1975 des institutions sociales et médico-sociales afin de désenclaver cette politique et définir par voie réglementaire les activités entrant dans la réduction des risques et les structures susceptibles de mener ces activités.

Réaliser et faire connaître l'état des lieux du dispositif, à partir des inspections de l'ensemble des « boutiques » réalisées en 2001 dans le cadre du plan de contrôle annuel de l'IGAS et de l'exploitation des rapports d'activité des structures confiée à l'OFDT.

Faire évoluer les pratiques des intervenants pour qu'ils prennent en compte la prévention des autres risques que ceux liés à l'injection (sexuels notamment), dans un cadre d'approche globale des personnes usagères de drogue. Dans la continuité des 4 journées inter-régionales boutiques organisées en 2000, la rédaction d'un projet de cahier des charges pour les structures de réduction des risques a été confiée à l'AFR. En lien avec la MILDT, une rencontre nationale des intervenants sera organisée en 2002 pour diffuser les recommandations et réfléchir aux conditions de leur mise en œuvre.

4.1.2 Améliorer la réduction des risques en milieu carcéral

Les recommandations du rapport sur la réduction des risques infectieux en milieu carcéral (DAP/DGS) seront mises en œuvre.

4.1.3 Se doter des outils nécessaires à l'adaptation des actions de prévention aux besoins et comportements actuels des usagers de drogue

En 2002 seront soutenues des études sur les comportements des usagers injecteurs

4.1.4 Sensibiliser les élus locaux sur leur rôle dans l'accès au matériel d'injection stérile

Le CFES sera présent au salon des maires chaque année, rééditera et actualisera le guide des communes et la diffusera la cassette réalisée par Safe « Paroles d'élus ». Un partenariat sera établi avec la presse des communes.

4.1.5 Articuler la prévention du VIH chez les usagers de drogue avec les autres programmes les concernant

Les programmations déconcentrées des actions de prévention du VIH auprès des usagers de drogue devront être articulées avec les PRAPS, le programme VHC et le dispositif local de lutte contre les addictions. La mise en place de programme de réduction des risques en milieu carcéral sera soutenue par des réunions interrégionales avec les services déconcentrés animées par la Direction Générale de la Santé et la Direction de l'Administration Pénitentiaire.

Le coût:

Les budgets consacrés à cette politique sur les crédits de lutte contre le VIH (12 378 860 euros, soit 81,5 MF pour les actions déconcentrées en 2001) seront maintenus. Leur utilisation devra être réexaminée dans chaque région en articulation avec les crédits consacrés à la lutte contre la toxicomanie et les crédits consacrés au VHC.

Les échéances:

Evaluation des rapports d'activité et synthèse des inspections des boutiques mi-2002

Réunion sur les recommandations en matière de RDR premier semestre 2002

Ecriture d'un projet de décret juillet 2002

L'évaluation:

Données d'activités des structures,

Evolution géographique du dispositif

Evolution des UDIV parmi les nouveaux cas de Sida, de VHC, de séropositivité au VIH

4.2 Axe 2 : améliorer l'information auprès des usagers et l'accès au matériel d'injection stérile

4.2.1 Poursuivre l'amélioration des outils de réduction des risques

Trois actions sont programmées :

- l'expérimentation et l'évaluation d'un matériel pour diminuer les risques liés au sniff de cocaïne,
- la mise à jour par l'AFSSAPS et la diffusion du protocole eau de Javel pour tenir compte des nouvelles concentrations de l'eau de javel à usage ménager.
- l'étude de la possibilité de faire évoluer la trousse associative le KAP afin que tous les kits de prévention aient la même composition (conforme au cahier des charges 1998).

4.2.2 Diversifier les modes de diffusion de ces outils et poursuivre l'implantation d'automates et de programmes d'échanges de seringues

Les partenariats nécessaires seront développés

- avec le Conseil de l'Ordre des pharmaciens pour remobiliser les pharmaciens
- avec les élus locaux : salon des Maires, partenariats presse et diffusion d'outils d'information en particulier du guide des communes actualisé.

4.2.3 Diminuer le coût des kits de prévention pour les usagers en augmentant l'aide de l'Etat

La réévaluation du prix des kits de prévention par le comité économique du médicament et des produits de santé porte le prix de vente maximum conseillé en pharmacie à compter du 1/1/02 à 1,2 euro. L'aide de l'Etat qui permet de réduire le coût restant à la charge des usagers (1 143 367 euros actuellement) sera augmentée afin de porter ce coût à 1 euro.

4.2.4 Améliorer l'accès des préservatifs masculins et féminins pour les usagers de drogue en les diffusant gratuitement auprès des programmes d'échange de seringues.

4.2.5 Renforcer les actions d'information

Elles continueront à porter sur l'ensemble des risques liés aux injections (VIH, VHC, et autres complications sanitaires) et les moyens de prévention y compris la désinfection par l'eau de Javel notamment en prison ; elles intégreront les risques sexuels liés aux pratiques addictives pour favoriser l'utilisation du préservatif chez les usagers de drogues.

- Formation des intervenants de la réduction des risques à la prévention des risques sexuels
- Soutien aux interventions des associations de réduction des risques en milieu festif (testing, accès au matériel d'injection)
- Elaboration de documents adaptés pour les usagers en partenariat entre CFES, associations et professionnels
- Edition et diffusion auprès des acteurs sociaux et médico-sociaux du guide réalisé avec le CRIPS Ile de France sur les risques infectieux liés à l'injection

Les échéances:

Cartes UDIV, Guide des communes : diffusion premier semestre 2002

Guide sur les risques infectieux liés à l'usage de drogues injectables : fin décembre 2001

Document d'information auprès des pharmaciens : réalisation premier semestre 2002

Passage du coût du stéribox à 1 euro : fin premier trimestre 2002.

L'évaluation:

Elle s'appuie sur les indicateurs issus du système SIAMOIS de l'INVS, les rapports d'activité des associations contribuant à implanter et à évaluer les automates (SAFE) et les données issues des fabricants pour les Kits de prévention ainsi que sur l'évolution des indicateurs épidémiologiques (incidence du VIH et du VHC).

Le coût global des axes 1 et 2 :

L'enveloppe nécessaire en 2002 est évaluée à 13 842 370 euro. L'ouverture de nouveaux lieux d'implantation de dispositifs de réduction des risques sera programmée après évaluation du dispositif actuel et devra mobiliser les moyens des politiques luttant contre les addictions et l'ensemble des risques auxquels sont soumis les usagers de drogue.

5.

Agir directement dans les situations de pratiques sexuelles anonymes ou de groupe auprès des multipartenaires

afin de maintenir une pratique préventive dans ces circonstances, quelle que soit l'orientation ou la pratique sexuelle des personnes.

Des situations de vulnérabilité accrue par rapport au risque de transmission du VIH, pouvant concerner les différents groupes de population, justifient des actions spécifiques.

5.1 Agir dans les situations de pratiques sexuelles anonymes ou de groupe

Le constat:

La fréquentation des lieux de rencontre, de loisirs ou des sites extérieurs de 'drague' où se pratiquent des relations sexuelles crée une situation à risque accru dans des conditions matérielles qui souvent ne favorisent pas l'utilisation des préservatifs. Cette utilisation reste la règle mais n'est pas systématique, ce qui compte tenu de la multiplicité des rapports et des partenaires est générateur d'un risque accru de diffusion du VIH. Ces pratiques connaissent à l'heure actuelle un nouveau développement dans la population hétérosexuelle et homosexuelle.

Les objectifs:

- Développer et maintenir la pratique préventive en ajustant le discours sur le safer sex aux pratiques sexuelles qui ont lieu à la suite ou dans des lieux de rencontres sexuelles.
- Garantir la disponibilité des préservatifs et du gel dans les lieux ouverts ou commerciaux de pratiques sexuelles.

Les propositions:

5.1.1 Soutenir le programme d'action par une communication visible et claire

- Les campagnes nationales dans les médias grand public intégreront des messages s'adressant aux personnes ayant des pratiques sexuelles de groupe et /ou anonymes.
- Des actions de communication spécifiques s'adresseront aux personnes ayant de telles pratiques ou un fort multipartenariat dans les départements français d'Amérique (DFA).
- Les services soutiendront les actions locales par l'intermédiaire des acteurs associatifs.

5.1.2 Agir directement à travers des réseaux nationaux qui interviennent dans les lieux de rencontre et de consommation sexuelles

- Une convention nationale entre la DGS et un réseau associatif favorisera l'installation dans tous les lieux commerciaux de distributeurs gratuits de préservatifs et de gels. Une charte d'engagement des responsables d'établissement sera élaborée.
- La DGS réunira les associations qui interviennent sur les lieux ouverts.
- Le CFES élaborera et diffusera des outils « d'accroche » pour les lieux de pratiques sexuelles, en collaboration avec les associations ; il développera une présence sur les sites Internet ; des messages de prévention seront diffusés dans la presse affinitaire et les produits (films, cassettes X etc....) s'adressant aux multipartenaires hétérosexuels.
- Les services déconcentrés relayeront des formations aux intervenants de terrain pour actualiser les connaissances VIH/MST et acquérir les compétences au soutien psychosocial

Les échéances:

Le programme sera mis en œuvre début 2002.

L'évaluation:

Elle s'appuiera sur des indicateurs épidémiologiques : suivi des contaminations VIH, enquêtes CDAG et DAV, profil épidémiologique des personnes ayant recours aux traitements après exposition (TAE) et réseau national du gonocoque (RENAGO). Elle intégrera les indicateurs d'activité de Sida Info Service

5.2 Intégrer la prévention et le dépistage des MST dans la prévention et le soin du VIH et améliorer le recours au traitement après exposition au risque

Les objectifs:

Relancer le dépistage et le traitement post exposition auprès des personnes ayant des pratiques sexuelles dans des situations de vulnérabilité accrue, renforcer le dépistage et le traitement des maladies sexuellement transmissibles comme facteur prédictif et facteur aggravant de contamination par le VIH.

Les propositions:

- ***. Sensibiliser et communiquer sur l'intérêt du dépistage du VIH et sur les MST***

En élaborant et diffusant documents et campagnes sur les MST comme cofacteurs de vulnérabilité au VIH ainsi que des documents spécifiques sur les signes, le dépistage, le traitement et la prévention des MST (affiches de proximité, informations par la presse affinitaire, dépliants ciblés).

- ***. Mettre en place des formations au soutien médico-psychosocial et renforcer les compétences dans l'abord des diversités sexuelles***

En élaborant et diffusant cahiers des charges, référentiels et guides ressources pour faciliter la mise en œuvre de formations dans les régions et départements incluant les thèmes de l'observance, de la qualité de vie, des sexualités, de l'estime de soi, de la réduction des risques, de l'usage d'alcool et des addictions et les questions de genres.

En renforçant le dispositif de sensibilisation des diversités sexuelles.

- ***. Permettre l'évolution des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et dispensaires anti-vénériens (DAV)***

Renforcer le conseil adapté à la diversité des populations vulnérables du fait d'un multipartenariat ou de pratiques de sexe anonyme : mieux articuler les activités VIH et MST en particulier gonococcie, syphilis, condylomes et chlamydiae ; améliorer l'information et l'accès au traitement après exposition au risque pour ces populations.

L'évaluation:

Indicateurs épidémiologiques : suivi des nouveaux diagnostics VIH, enquêtes CDAG, DAV, profil épidémiologique des personnes ayant recours aux traitements après exposition (TAE) et réseau national du gonocoque (RENAGO)

Des indicateurs d'évaluation seront définis afin de réorienter les modules en fonction de l'évolution des contextes et de leurs impacts

Le coût total du programme :

Le coût sur le budget du Ministère de la santé, de 533 571 euro (3,5 MF) en 2001, est estimé pour 2002 à 1 196 724 euro (7,85 MF).

5.3 Consolider l'action communautaire des personnes prostituées : hommes, femmes, transsexuels

Le constat:

L'utilisation des préservatifs est une règle depuis longtemps reconnue et pratiquée par les hommes et femmes prostitués dans leurs rapports avec les clients. Cette règle est souvent fragilisée par la demande opposée des clients et les situations de détresse, l'usage d'alcool ou de drogues et les violences. Les personnes prostituées sont exposées à la violence, à la stigmatisation, souvent à la précarité, et pour les étrangers à des difficultés pour régulariser leur droit au séjour.

Le maintien d'un haut niveau de prévention doit être recherché, mais semble mis en difficulté par les nouveaux modes de prostitution. Aucune étude récente ne permet de l'évaluer. Le contexte spécifique est marqué par l'accroissement substantiel des flux migratoires, la prostitution pour toxicomanies, les situations de grande insécurité notamment pour les personnes transsexuelles, la prostitution de mineurs.

Des programmes de santé communautaire (impliquant les personnes prostituées comme animatrices de prévention) se sont constitués dans 8 départements entre 1991 et 2001. Ils ont été conçus et mis en œuvre paritairement entre les personnes concernées, les institutionnels et professionnels sanitaires et sociaux, en réponse aux besoins globaux et aux spécificités de ces populations. Ils sont cependant difficiles à promouvoir et nécessitent une vigilance particulière de la part des responsables institutionnels. Ces programmes mettent en œuvre une prévention au plus près du terrain (bus, équipes de rues, ...) et assurent un lien entre ces populations et les services sociaux et hospitaliers.

Les objectifs:

- Consolider les 10 programmes existants et permettre que toutes les villes ayant une population prostitutionnelle importante mettent en œuvre des programmes.
- Renforcer auprès des personnes prostituées le travail communautaire de médiation et de soutien, d'accès aux droits et aux soins
- Etendre les programmes et répondre aux nouveaux besoins

Les propositions:

5.3.1 Redynamiser les acteurs en se dotant des outils nécessaires à la mise en œuvre de programmes et d'actions adaptées :

La démarche vise à étendre et adapter les actions aux évolutions, mises en évidence en particulier par la Mission d'enquête parlementaire sur l'esclavage contemporain et la traite des êtres humains. Elle sera suivie au niveau national par un groupe de travail réunissant les responsables des programmes locaux, les DDASS concernées, des représentants des administrations concernées ainsi que le programme européen EUROPAP.

Des études sont nécessaires pour identifier la localisation et les populations concernées sur le territoire ainsi que les besoins des personnes prostituées et afin d'évaluer les évolutions depuis l'enquête précédente (1996). Parallèlement un bilan/évaluation des actions conduites au cours de la dernière programmation sera fait, coordonné par les services déconcentrés et soutenu par des rencontres régionales ou interrégionales organisées avec les partenaires associatifs et professionnels.

5.3.2 Organiser des rencontres nationales début 2003 autour des résultats des études et du bilan afin de dégager des recommandations et priorités

5.3.3 Etendre les programmes et répondre aux nouveaux besoins

En fonction des recommandations issues des rencontres nationales sera publiée une circulaire co-signée par les différents ministères concernés (Action Sociale, droit des femmes, Justice, Police, Ministère des Affaires étrangères) et lancée, dans les villes choisies, des recherche-actions, premier pas de la mise en place de programmes de santé communautaire acceptés par les différents acteurs locaux.

5.3.4 Favoriser les partenariats de proximité s'appuyant sur les Commissions départementales d'action contre les violences faites aux femmes

Ces partenariats seront favorisés sans attendre, en lien avec le Secrétariat d'Etat au droit des femmes, afin de mieux identifier les besoins et d'apporter des réponses concrètes

5.3.5 Mettre en place, sans attendre, des formations au soutien médico/psycho-social pour les équipes de terrain et les professionnels, afin de renforcer les actions centrées sur la personne, les rapports sociaux de genre, les situations de violence.

5.3.6 Conduire les actions de prévention en direction des mineurs soumis à la prostitution

Un partenariat sera mis en place dès janvier 2002 avec le Ministère de l'Intérieur, de la Justice et le Ministère délégué à la Famille, afin que les actions de réduction des risques puissent être conduites, en cohérence avec la lutte contre la prostitution des enfants.

5.3.7 Accompagner le programme par une communication

Elaboration par le CFES d'un outil d'information sur VIH/MST et prostitution, d'outils ciblés en direction des clients informant sur le safer sex, d'outils ciblés en direction des foyers de travailleurs immigrés
Elaboration d'un outil d'information très spécifique à destination des personnes étrangères sans papier exerçant librement ou non la prostitution

Le coût:

Le coût du programme sur le budget de la lutte contre le VIH du Ministère de la santé a été en 2001 de 1 158 612 euro (7,6 MF). Le coût du programme 2002 est estimé à 1 669 316 euro (10,95 MF). La montée en charge par extension des sites sera programmée en 2003.

Les échéances:

- Elaboration des outils et mise en place des formations : courant 2002
- Rapports d'études : novembre 2002
- Rencontres nationales : début 2003
- mise en place des programmes : 2003/2004

6. Maintenir l'effort préventif en population générale

La population générale correspond à un éventail de situations et de groupes très variés en termes de risque d'infection, de comportements susceptibles de favoriser la transmission du VIH, de modes de vie et de situations sociales. L'action préventive doit tenir compte de toutes les composantes et s'adapter à leurs caractères particuliers pour que le message soit entendu, appropriable par tous et acceptable pour les personnes séropositives.

Les objectifs:

- Maintenir le niveau de vigilance et les attitudes favorables à la prévention
- Maintenir les capacités à utiliser les préservatifs, en particulier dans les relations débutantes à toutes les périodes de la vie, après les ruptures ou en dehors des relations de couple stable
- Maintenir l'éducation à la prévention dans les premières expériences sexuelles comme condition d'une protection aux étapes ultérieures des trajectoires sexuelles (changement de partenaires, ruptures, partenaires multiples etc)
- Favoriser une combinaison efficace protection/dépistage
- Permettre l'appropriation de l'information et l'usage des ressources par tous.

6.1 Intégrer la prévention du VIH en direction des jeunes à une éducation très large à la sexualité

Le constat:

L'action menée depuis plus de 10 ans se traduit par un bon niveau de connaissances et des attitudes favorables à la prévention chez les jeunes. Les données épidémiologiques vont dans le sens d'un bon contrôle de l'infection VIH chez les jeunes adultes. En 1998, cependant, on a observé une croissance des IVG chez les jeunes femmes de 18 à 24 ans qui semble en lien avec une certaine confusion sur l'articulation entre contraception et prévention du sida.

L'affirmation de l'orientation sexuelle reste un processus difficile et douloureux pour les jeunes homosexuels, garçons et filles, qui se heurtent à la norme majoritaire hétérosexuelle, à l'intolérance ou l'incompréhension familiale et aux préjugés homophobes. Ces difficultés peuvent conduire à une détresse psychologique et à des prises de risque.

Avec des générations scolarisées de plus en plus tardivement, c'est vers l'école que se tournent les attentes en matière d'éducation sexuelle. Cependant, les enquêtes successives ont montré d'importantes différences entre les élèves selon les filières scolaires qui renvoient à des inégalités sociales d'accès à la prévention.

Un partenariat lie depuis 1994 les ministères de la santé, de l'éducation nationale, de l'agriculture et de la justice, dans un programme qui comprend la formation à l'éducation à la sexualité des enseignants et la réalisation de supports pédagogiques ou éducatifs. Un partenariat lie sur le terrain les professionnels et les associations dans la réalisation d'outils et d'actions locales qui intègrent une réflexion sur la contraception, l'utilisation du préservatif et la conduite à tenir après des situations à risques, en prenant en compte les dimensions émotionnelles et affectives de la sexualité. Un partenariat est établi avec les professionnels de l'action socio-éducative auprès des jeunes marginalisés.

Les objectifs:

- Maintenir la bonne situation épidémiologique chez les jeunes
- Par l'éducation sexuelle, intégrer le geste préventif dans l'acquisition d'une autonomie dans la vie sexuelle, en répondant à la diversité des besoins des jeunes compte tenu de leur situation sociale et culturelle et des différences garçons/filles.
- Prendre en compte les jeunes homosexuels.

Les propositions:

Intégrer la prévention du VIH ***une éducation large à la sexualité*** en maintenant et étendant l'éducation sexuelle et la prévention des risques liés à la sexualité dans les premières expériences sexuelles, en articulant contraception, prévention du sida et des MST et en prenant en compte l'homosexualité. Ceci implique que ces actions éducatives soient organisées :

- En direction des jeunes scolarisés, avec les ministères de l'éducation nationale et de l'agriculture pour la mise en œuvre des dispositions de la loi relative à la contraception d'urgence et à l'IVG renforçant l'éducation à la santé et à la sexualité. L'accent doit être mis sur les filières professionnelles et d'apprentissage. Les actions seront étendues aux établissements de l'enseignement privé.
- Auprès des jeunes hors du milieu scolaire, le Ministère de la Jeunesse et des sports, le secrétariat d'Etat à la Ville et le secrétariat d'Etat à la Famille ;
- En direction des jeunes plus vulnérables en partenariat avec la Protection Judiciaire de la Jeunesse et les Missions locales.

Le coût:

Le coût sur le budget de la lutte contre le VIH, progressivement relayé par des financements liés à d'autres politiques, a évolué de 12 MF en 1999 à 6,9 MF en 2000 puis 4,5 MF en 2001. Le coût du programme 2002 est évalué à 838 469 euro (5,5MF) destiné à la production d'outils ou au soutien d'événements spécifiques par le CFES ainsi qu'au soutien d'actions en direction des jeunes sortis du système scolaire

6.2 Maîtriser la diffusion hétérosexuelle en s'appuyant sur les rapports entre les femmes et les femmes

Les objectifs:

- Maîtriser la diffusion hétérosexuelle de l'épidémie en s'appuyant sur les rapports entre les femmes et les hommes
- Offrir aux femmes les plus vulnérables plus d'autonomie dans la démarche de prévention, par des outils de prévention spécifiques.

Les propositions:

- Poursuivre le programme national de réduction des risques sexuels en direction des femmes

Dans le cadre du programme national de réduction des risques sexuels en direction des femmes vulnérables en terme de prévention, conduit avec le Mouvement Français du Planning Familial, 3600 femmes ont été formées sur 30 départements. Après la Guyane en 2001, le programme s'étendra à la Guadeloupe et à la Martinique en 2002. Ce programme sera intégré dans les programmations d'actions des six régions prioritaires de Métropole.

- Traiter la question des rapports hommes/femmes dans les brochures d'information et les actions de communication

Une campagne de communication et des outils spécifiques en direction des femmes ont été produits en 2000. Après cette adresse pour la première fois spécifique en direction des femmes des outils traitant des rapports hommes/femmes doivent être élaborés afin de servir de support à l'information et à la prévention en direction des personnes hétérosexuelles.

- Intégrer la dimension préventive aux programmes de prévention des violences contre les femmes,

en lien avec les Commissions départementales d'action contre les violences faites aux femmes, regroupant les principaux services déconcentrés de l'Etat, les acteurs associatifs et les Elus

- Construire une approche spécifique de la prévention en direction des hommes, tenant compte de l'évolution des rôles masculins et des formes de la sexualité masculine.

Le coût:

En 2001, le coût des actions a été de 3,6 MF sur le budget de la lutte contre le VIH. Un budget de 701265 euro (4,6 MF) est nécessaire dans le plan 2002.

7.

Maintenir en direction de l'ensemble de la population un dispositif fort de prévention

7.1 Diffuser une information de qualité actualisée, complète et compréhensible.

Le constat:

Le contexte actuel est marqué par 15 ans d'épidémie, durant lesquels la prévention a porté ses effets, mais avec une mise à distance récente du problème perceptible en population générale puis une recrudescence des comportements à risque depuis que des traitements sont efficaces. L'information est plus complexe. Des attitudes stigmatisantes réapparaissent dans la population.

La campagne de communication 2001 Ministère/CFES, s'est inscrite dans la prolongation des interventions ininterrompues depuis 1995 :

- information sur le dépistage traduite en 5 langues et prochainement en 22,
- campagne d'affiches pour le 1^{er} décembre et campagne télévisée sur le thème « l'épidémie reprend, reprenons le préservatif »
- document d'information pour les jeunes
- partenariats avec la presse médicale et professionnelle, la presse féminine, avec presse et radios en direction des Maghrébins, asiatiques et communautés africaines francophones

Cette communication est démultipliée par le soutien à la presse associative en direction de la population générale : Combat contre le sida en direction des Maisons de la culture, maisons de quartiers, réseaux jeunes ; ARCAT en direction du milieu de l'entreprise... Les principales informations et documents ainsi que l'actualisation des pages jaunes minitel et internet pour accéder aux CDAG sont mis en ligne sur le site internet du Ministère. Le dispositif d'information passe par Sida Info Service

Les objectifs:

Maintenir le niveau de vigilance sur le VIH et les risques liés à la sexualité, et les attitudes favorables à la prévention

- permettre l'appropriation de l'information et l'usage des ressources par tous,
- maintenir un environnement social favorable à la prévention et lutter contre les stigmatisations

Les propositions:

Le partenariat avec le CFES et l'ensemble des partenaires sera poursuivi afin de diffuser une information actualisée, complète et compréhensible sur l'infection VIH, ses modes de transmission, son dépistage et son traitement, intégrant la lutte contre les discriminations et les idées fausses. En relais de cette information nationale, les services déconcentrés doivent faire connaître les dispositifs et ressources locales, au public et aux professionnels.

Le coût:

Le coût global des dispositifs d'information et de la communication en direction de la population générale sur les budgets de la lutte contre le VIH du Ministère de la santé a été de 80,7 MF en 2001. Le programme 2002/2004 nécessite le maintien d'un budget de 12 195 921 euro (80 MF) dans lequel les moyens des services déconcentrés pour l'information locale seront renforcés.

7.2 Diversifier les moyens préventifs et améliorer leur accessibilité

Le constat:

Si l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel reste stable depuis 1995 (entre 80 et 90% selon les différentes enquêtes), cette utilisation diminue lors des rapports suivants. Par ailleurs, dans l'enquête KABP 1998, 52,5% des répondants déclarent qu'ils en achèteraient plus facilement s'ils étaient moins chers. Les chiffres de vente des préservatifs masculins, en augmentation régulière jusqu'en 1996, connaissent depuis 1998 une diminution en pharmacie que l'augmentation des ventes en grandes surfaces ne compense pas. Le préservatif féminin introduit en France depuis la fin de l'année 1998 connaît une diffusion croissante mais encore limitée compte tenu de son prix. Un dispositif de matériovigilance a été mis en place avec l'AFSSAPS pour garantir la sécurité des préservatifs. Les études menées sur les virucides sont encore peu concluantes.

Les objectifs:

- Maintenir et accroître les modes de distribution des préservatifs
- Maintenir une accessibilité facile dans les officines
- Proposer une offre diversifiée (latex et polyuréthane, diversité de tailles, de conditionnement, et de prix)
- Améliorer la distribution du préservatif féminin dans les officines, les services de prévention, agir sur le prix.
- Améliorer l'information sur les gels, leur distribution et leurs usages.
- Favoriser les recherches sur les virucides

Les propositions:

Mettre des préservatifs à disposition du public dans les lieux de consommation sexuelle

Cette action passe par le partenariat avec des associations faisant des actions de prévention dont le SNEG, CCS, AIDES, associations de réduction des risques. L'achat à moindre coût des préservatifs par les associations sera facilité par le biais de centrales d'achat.

Mettre des préservatifs à disposition gratuite des jeunes

Action à conduire avec les ministères concernés (Education nationale, Agriculture, Jeunesse et sports, Culture, Justice) et les collectivités locales qui gèrent des lieux fréquentés par les jeunes.

Renforcer l'accessibilité des préservatifs en prison en dehors de l'UCSA,

En partenariat avec l'administration pénitentiaire et dans le cadre du plan santé des détenus.

Augmenter la diffusion gratuite des préservatifs féminins

Notamment pour les associations travaillant en prévention, auprès de publics précarisés ainsi qu'au sein des hôpitaux, maternités et PMI, en sensibilisant les médecins et personnels.

Mettre en place un dispositif de surveillance du marché du préservatif

Communiquer sur la qualité, la sécurité du préservatif et sur son intérêt pour la prévention du VIH et des MST.

Des outils d'information sur les préservatifs seront élaborés avec le CFES et l'AFSSAPS

Les campagnes de communication grand public spécifique au VIH/MST ou non spécifique (campagne contraception) intégreront la revalorisation de l'image du préservatif.

Le coût:

Le budget consacré aux préservatifs sur le budget de la lutte contre le VIH du Ministère de la santé a été en 2000 et 2001 respectivement de 5,3 et 4,3 MF. Le programme nécessite un budget en 2002 de 1 067 143 euro (7 MF)

7.3 Maintenir l'accessibilité du dépistage et améliorer le conseil préventif

Le constat:

Les données INVS 1997-2000 montrent que parmi les nouveaux cas de sida déclarés la proportion de personnes connaissant leur statut de séropositivité depuis moins de 3 mois est de 50%, 25% connaissent leur statut mais n'étaient pas traitées, 25% étaient traités. Il persiste donc un fort retard au dépistage, notamment chez les hommes et chez les migrants.

En 2001, les CDAG ont été inspectées afin d'être agréées en application du décret du 2 août 2000 et de l'arrêté du 3/10/2000, avec extension de leurs missions au dépistage des hépatites, au conseil préventif et à l'accompagnement médico-psycho-social ; une formation des équipes des CDAG a été organisée avec l'ENSP.

Les objectifs:

- Réduire le nombre des personnes ne connaissant pas leur séropositivité avant le stade sida ; faire que dans deux ans (fin 2003) plus de 75% des personnes dépistées l'aient été avant le stade sida et puissent bénéficier d'un suivi médical.
- Maintenir le caractère volontaire du dépistage, en veillant à le proposer systématiquement à des moments médicaux clefs, et maintenir l'offre de dépistage en CDAG.

Les propositions:

- *En direction des professionnels*

Rappeler aux médecins les moments où le test doit être systématiquement proposé (IVG, examen prénuptial, prénatal, bilan tuberculose, en cas de MST ou de prise de risques)

Rappeler aux médecins la nécessité de ne jamais faire de dépistage du VIH à l'insu

Elaborer des référentiels de bonnes pratiques du dépistage clinique en complément de celles sur les examens biologiques (ANAES)

Former les médecins au conseil préventif sur la base des référentiels : publier les référentiels de bonnes pratiques de dépistage et inscrire la formation au counselling dans formation initiale et continue des médecins afin de former 500 médecins sur 3 ans (notamment dans les centres médicaux de santé, les PMI etc.). Former au counselling toutes les équipes de CDAG (500 personnes en 3 ans),

- *En direction du public*

Une campagne d'information sur le dépistage auprès du grand public et des médecins sera conduite début 2002, après la mise en place effective de la déclaration obligatoire de séropositivité, afin de favoriser une combinaison efficace protection/dépistage. Les actions locales permettant d'améliorer au dépistage seront soutenues.

Le coût:

Le coût des actions destinées à améliorer l'accès au dépistage a été en 2001 respectivement de 4 MF. Le coût du programme, en dehors de la communication en direction de la population, est estimé à 968 051 euro (6,35MF) par an.

Les échéances:

Campagne information grand public début 2002

Mise à jour de l'information du public par site internet début 2002

Recensement des organismes de formation mi-2002, début des formations fin 2002

Référentiels de bonnes pratiques fin 2002.

L'évaluation:

Nombre de formations mises en place et nombre de médecins formés

Nombre de personnes connaissant leur statut de séropositivité et bénéficiant d'un suivi médical avant entrée stade sida par rapport à l'objectif fixé.

7.4 Améliorer l'accessibilité au traitement après exposition

Le constat

Le traitement en cas d'accident d'exposition au sang ou à un autre liquide biologique mis en œuvre en octobre 1996 chez les professionnels de santé a été étendu à tous les types d'exposition (sexuelles, par partage de matériel d'injection de drogues, blessures) - circulaire DGS/DH/DSS n°98/228 du 9 avril 1998. Un dispositif local pour l'accueil, l'orientation et la prise en charge des personnes est organisé par les DDASS et les CSIH. L'information a été faite essentiellement par une communication ciblée vers des populations à risque.

Une évaluation nationale du dispositif par l'InVS, est en place depuis juillet 1999. Les résultats montrent que les recommandations actuelles incitent les médecins à prescrire facilement devant un faible risque et à utiliser des associations d'antirétroviraux dont les effets secondaires présentent un risque supérieur à celui de la contamination. Les dispositifs mis en place sont inhomogènes suivant les départements et les établissements hospitaliers ; le public est inégalement informé de cette possibilité de traitement.

Les objectifs:

- Uniformiser et rendre visible et accessible les dispositifs de prise en charge
- Permettre que les personnes ayant pris un vrai risque consultent et bénéficient d'un traitement, tout en évitant un relâchement des comportements préventifs

Les propositions:

- *Publier des recommandations sur les indications et les protocoles thérapeutiques*

A la demande de la DGS, l'AFSSAPS a mis en place un groupe expert chargé de réviser les recommandations de mise en œuvre et de conduite du traitement après exposition. Elles seront publiées dans le rapport du groupe expert sur les stratégies d'utilisation des antirétroviraux

- *Actualiser la circulaire de 1998*

Le but principal sera d'uniformiser les pratiques et de permettre l'adaptation des dispositifs de prise en charge. L'organisation départementale pourrait être basée sur une régulation de l'urgence.

- *Former les professionnels*

Formation des médecins prescripteurs (en particuliers référents VIH et urgentistes) ; information des médecins des CDAG et des généralistes sur le dispositif et l'arbre décisionnel d'évaluation du risque.

- *Informier le public*

Formation des écoutants téléphoniques (SIS)

Campagne d'information via les relais associatifs et la presse

- *Informier les personnes atteintes en anticipant les accidents potentiels*

La prise en charge des personnes atteintes doit inclure une information précise sur le traitement après exposition au risque afin que la conduite à tenir pour leurs partenaires soit clairement identifiée et préparée.

Le coût:

Il est estimé à 114 336 euro (0,75 MF) non compté les aspects de communication

Il n'y a pas de surcoût à prévoir pour la prise en charge et les traitements.

Les échéances:

Fin 2001 : publication des recommandations par le groupe expert AFSSAPS

1^{er} semestre 2002 : publication de la circulaire d'application des recommandations

2^{ème} semestre 2002 : mise en place des dispositifs locaux, formations et information du public

L'évaluation:

L'évaluation InVS sur l'efficacité, la tolérance et l'observance des traitements sera poursuivie

Devront être organisés : un dispositif d'information de pharmacovigilance plus structuré, une identification des dispositifs locaux mis en place (organisations, visibilité du dispositif, difficultés,...), une étude sur l'accessibilité et sur la connaissance du dispositif.

7.5 Lutter contre les stigmatisations

Le constat:

Au début de l'ère sida, la connaissance et la proximité avec une personne atteinte étaient favorables à l'adoption de comportements préventifs. La régression générale du sida dans les préoccupations collectives peut s'accroître parmi les nouvelles générations qui n'ont pas été marquées dans leur vie affective et leur expérience par le sida. Cet ensemble de faits affaiblit la perception du risque et laisse craindre un double processus : d'une part d'adoption de comportements sexuels à risque et de rejet de l'utilisation des préservatifs voire de revendication de la prise de risque ; d'autre part de moindre solidarité ou même de marginalisation vis-à-vis des personnes atteintes. Il apparaît en particulier une exclusion des hommes et des femmes séropositifs portant les marques physiques liées à la maladie et aux traitements antirétroviraux.

Les objectifs:

- Lutter contre les stigmatisations dans les actions de santé et plus généralement dans la communication publique, favoriser la visibilité des diversités sexuelles et ethniques, favoriser la reconnaissance des difficultés et des droits des personnes atteintes.
- Favoriser le partenariat entre les associations nationales.
- Sensibiliser dans le cadre de l'interministérialité les services qui interviennent auprès des jeunes pour qu'ils prennent en compte dans leurs programmes les diversités sexuelles et les personnes vivant avec le VIH

Les propositions:

- La DGS élabore des stratégies de lutte contre les discriminations, avec des groupes de représentants des minorités sexuelles ou ethniques, elle réalise des outils didactiques visant à informer les publics sur le safer sex adapté aux diversités sexuelles en prenant en compte les nouvelles pratiques de socialisation, de rencontre, le phénomène de génération, l'absence de mémoire et le déni
- La DGS participe à de grands événements tels que l'université euroméditerranéenne des homosexualités à Marseille et les colloques sur la bisexualité à Toulouse.
- La Ligne Azur et la ligne de vie doivent se faire connaître par l'intermédiaire des associations, la presse et les médias, les établissements scolaires et les associations de jeunes.
- La DGS sensibilise l'Education Nationale à la nécessité de mobiliser les associations de parents d'élèves
- « Les chargés VIH » relaient les formations de sensibilisation sur les diversités sexuelles. Ils identifient les associations qui interviennent auprès des hommes originaires de communautés émigrées, soutiennent des actions permettant l'expression des différences sexuelles, ils favorisent l'ouverture d'espaces d'expression et de rencontre dans les associations recevant ces minorités.

L'évaluation:

Connaissances, attitudes, croyances et comportements : en population générale (publication fin 2001), chez les jeunes, en DFA, enquête presse gay (2000 et 2002), baromètre santé 12 – 75 ans.

II- PERMETTRE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PERSONNES ATTEINTES

En ce qui concerne les stratégies thérapeutiques, le ministère chargé de la santé a mis en place un groupe d'experts, chargé de suivre les progrès et de proposer régulièrement des recommandations en grande partie issues des résultats des travaux de l'ANRS. Ces recommandations sont diffusées par le Ministère de la santé, les CISIH et les associations tant aux professionnels qu'aux personnes concernées.

Les évolutions en matière de prise en charge thérapeutique (traitement plus précoce et prescription d'associations d'antirétroviraux) ont eu un impact important sur l'activité hospitalière. Les données issues de la base de données DMI2 (dossier médico-économique et épidémiologique) des patients infectés par le VIH de 24 hôpitaux français montrent, sur une période de 6 ans (1995-2000) :

- une progression importante de la file active hospitalière (+ 43 %) ;
- une augmentation du nombre de consultations ;
- une diminution du nombre de recours en hospitalisation complète (- 46 %) et du nombre de journées d'hospitalisation (- 54 % entre 1995 et 2000).

Une réflexion est actuellement conduite, dans le cadre des travaux du groupe d'experts sur les stratégies thérapeutiques présidé par le Professeur Delfraissy, sur l'organisation des soins, l'évolution des missions des Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience (CISIH) et de leurs liens avec les différents partenaires.

La dimension médico-sociale de la prise en charge est aujourd'hui fondamentale. Les dispositifs de prise en charge, d'accompagnement et de soutien aux personnes atteintes doivent être étendus, afin de les aider dans une adhésion volontaire aux démarches de prévention, de diagnostic et de traitement.

Cet accompagnement médical, psychologique, informatif et social est en particulier nécessaire pour permettre la réorganisation de la vie avec le virus et avec les traitements, créer les conditions de l'observance au traitement et de son maintien. La diffusion du rapport du groupe de travail « Accompagnement des personnes atteintes par l'infection à VIH sida pour une meilleure adhésion aux traitements antirétroviraux – L'observance grâce à un partenariat de l'ensemble des acteurs » a donné lieu à de nombreuses actions mises en place par les services déconcentrés et leurs partenaires.

L'aide à la qualité de vie avec le VIH est un aspect capital de la politique de lutte contre l'infection à VIH qui reste, malgré les traitements, une maladie grave qui altère la santé, épuise, contraint le mode de vie, appauvrit, isole et dont les personnes meurent prématurément.

Ces différents aspects de la lutte contre le sida doivent s'accompagner d'une nécessaire vigilance dans le domaine de l'éthique et du droit. Il importe de poursuivre les réflexions suscitées par l'infection par le VIH au regard des progrès thérapeutiques : respect de la volonté des personnes, accès aux assurances, accès aux droits sociaux et aux droits du travail... Ces réflexions contribuent à l'évolution de certaines questions de société : contrat d'union sociale, lutte contre l'exclusion, non discrimination...

8.

Faire évoluer les stratégies thérapeutiques et mettre en œuvre un programme adapté

8.1 Remettre à jour les recommandations en matière de traitement

Le constat:

La rapidité d'évolution des connaissances, la mise au point de nouvelles molécules, de nouveaux outils de décision et de surveillance thérapeutique, les modifications de stratégies thérapeutiques imposées par les effets secondaires nécessitent une actualisation régulière des recommandations thérapeutiques et l'information des professionnels et des patients sous une forme accessible et compréhensible.

De nouvelles stratégies visant à limiter la durée d'exposition aux traitements sont à évaluer pour limiter les effets secondaires et les difficultés d'observance qui leur sont en partie liées.

Les objectifs:

- Fournir aux professionnels de santé une information objective et scientifiquement validée sur le mode de prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH.
- Etendre les recommandations aux situations sociales pouvant induire des difficultés de soins et de prise en charge.
- Veiller à l'adaptation du système de soins aux besoins de prise en charge des patients.
- S'assurer de la transmission aux patients d'une information compréhensible tout en garantissant sa valeur scientifique.

Les propositions:

Mise en chantier du rapport 2002 des experts, présidé par le Professeur JF Delfraissy, auquel participent des représentants associatifs nationaux. Il traitera de l'actualisation thérapeutique, des complications des traitements, de l'organisation des soins, de la recherche clinique, des problématiques médico-sociales et fera la synthèse de la problématique spécifique des femmes et du VIH/sida.

Les recommandations seront diffusées auprès des professionnels et des personnes concernées ainsi que vulgarisées auprès de la population générale : publication, diffusion et mise en ligne du rapport ; partenariats presse médicale et professionnelle ; partenariat avec le magazine TETU ; soutien à l'information des personnes atteintes par les associations ; formation des écoutants de Sida Info Service.

Le coût:

Il est estimé pour 2002 à 457 347 euro (3MF)

Les échéances:

Publication du rapport pour la conférence de Barcelone en Juillet 2002, du guide Têtu à la rentrée 2002.

L'évaluation:

A partir de la cohorte DMI2 et d'une étude d'impact sur les pratiques qui sera proposée à l'ANRS.

8.2 Améliorer la connaissance des effets secondaires des traitements

Le constat:

La connaissance des effets secondaires des antirétroviraux repose sur les essais pré AMM, le suivi des ATU, les notifications aux structures de pharmacovigilance, les études de cohortes ANRS et internationales, la collecte d'informations par les associations.

Les difficultés portent sur les effets à long terme, la carence d'études prospectives post AMM et le faible investissement de l'industrie pharmaceutique dans ce domaine. Des mesures récentes visent à améliorer cette situation : la mise en place par l'EMA d'un « oversight committee » sur les troubles métaboliques et les risques vasculaires ; le renforcement sous l'impulsion de l'AFSSAPS de la

notification des effets indésirables par les professionnels de santé, et la mise en place d'une expérience pilote de notification des effets indésirables par les patients ; la mise en place de l'enquête VESPA (ANRS) sur les conditions de vie des patients ainsi que d'un groupe de travail Femmes et VIH pour le rapport d'experts 2002

Les objectifs:

- Afin d'améliorer la qualité de vie des personnes traitées et leur observance au traitement, améliorer les connaissances sur la physiopathologie des effets indésirables et leurs conséquences, en prenant en compte, au delà des effets graves, les effets pouvant retentir sur la qualité de vie.
- Etudier plus particulièrement la spécificité des effets secondaires chez les femmes traitées

Les propositions:

La DGS, en collaboration avec l'AFSSAPS, mettra en place et assurera le suivi d'une coordination des initiatives prises dans ce domaine par les différentes structures concernées : ANRS, AFSSAPS, INVS et associations dans le but d'une meilleure organisation et d'une convergence prospective.

Les échéances:

Mise en place de la coordination début 2002, état des lieux, propositions et calendrier mi-2002.

8.3 Prévenir et prendre en charge les pathologies liées au traitement en dehors de la grossesse

Le constat:

La prévention des pathologies liées aux traitements est actuellement calquée sur la prise en charge des pathologies analogues observées dans la population non infectée par le VIH et ignore faute d'explications scientifiques claires les particularités et l'efficacité des mesures à prendre.

Certaines complications comme les troubles morphologiques des lipodystrophies (60% des patients) souffrent de carences de prise en charge alors qu'elles retentissent gravement sur la qualité de vie des patients et l'observance. La DGS a mis en place en juillet 2001 (travaux en cours) un groupe de travail sur la prise en charge des lipoatrophies faciales.

Dans ce contexte, plusieurs actions ont été entreprises par l'AFSSAPS :

- le développement d'échanges formalisés avec les prescripteurs et les associations de patients sur la tolérance des antirétroviraux ;
- l'amélioration des échanges entre services impliqués dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH et les centres régionaux de pharmacovigilance (identification de personnes référentes dans chaque structure) ;
- la modification des critères d'enregistrement européen pour inciter au développement de nouveaux antirétroviraux et accélérer leur mise sur le marché.

L'ANRS travaille à la mise en place d'essais sur les statines et les lipoatrophies, et l'EMA a mis en place un « oversight committee » sur les troubles métaboliques et les risques vasculaires.

Les objectifs:

- Améliorer les mesures préventives proposées pour la réduction des risques métaboliques, cardiovasculaires, ostéo articulaires et morphologiques induits par les antirétroviraux.
- Améliorer la prise en charge de la réparation des lipodystrophies.

Les propositions:

- Afin de pouvoir élaborer des recommandations de prévention ou de prise en charge et d'en informer soignants et patients, une impulsion sera donnée :
- aux travaux scientifiques sur les particularités de l'infection VIH dans le domaine des facteurs de risques cardiovasculaires

- à l'évaluation des thérapeutiques de référence (hypolipémiants, diététique, etc.) par les organismes de recherche publique (ANRS, INSERM), de recherche clinique hospitalière (CISIH, PHRC) et par les firmes pharmaceutiques.
- Le Ministère, par l'intermédiaire des CISIH et des sociétés savantes, recommandera et veillera à la mise en place d'une prise en charge multidisciplinaire par l'ensemble des spécialistes concernés.
- Les actions conduites par l'AFSSAPS seront renforcées notamment en ce qui concerne :
 - la prise en charge des effets indésirables en particulier les lipoatrophies ;
 - l'information des professionnels vis-à-vis des effets indésirables des antirétroviraux et la promotion d'un meilleur usage des médicaments ;
 - la pharmacovigilance des antirétroviraux en envisageant la participation du patient dans la déclaration des effets indésirables
 - les modalités d'usage compassionnel pour les malades en échec thérapeutique.
- Les recommandations du groupe d'experts présidé par le Professeur Delfraissy seront diffusées tant aux équipes soignantes qu'aux personnes concernées.

8.4 Mieux accompagner la grossesse des femmes infectées et assurer le suivi de leur enfant infecté ou non

Le constat:

La transmission materno-fœtale du VIH a été considérablement réduite par les interventions thérapeutiques. Les projets de procréation ont progressé chez les femmes atteintes. Les protocoles validés de prévention de la transmission verticale concernent les femmes non traitées préalablement à la grossesse. Les femmes déjà traitées mènent habituellement leur grossesse sous traitement. Certains accidents iatrogènes graves ont été décrits chez des femmes enceintes sous multithérapie. L'exposition aux antirétroviraux des enfants pendant la grossesse et la période néonatale pourrait avoir des conséquences sur leur développement neurologique à long terme. L'AFSSAPS a lancé une alerte sur les acidoses lactiques chez la femme enceinte traitée, précisant les conditions de leur surveillance.

Un certain nombre de femmes issues des communautés migrantes ignorent leur statut sérologique VIH avant leur grossesse et ne bénéficient que tardivement des mesures thérapeutiques adaptées. Elles sont souvent perdues de vue après leur accouchement ou à la fin du suivi de leur enfant non infecté. Il subsiste par ailleurs des difficultés d'accès aux soins pour les personnes en situation irrégulière relevant de l'aide médicale Etat, retardant la prise en charge des grossesses.

Les objectifs:

- Améliorer la connaissance des effets indésirables des anti-rétroviraux chez les enfants exposés et en tirer rapidement les conséquences pour le choix et l'adaptation des protocoles de prévention de la transmission verticale et pour le suivi à long terme des enfants non infectés.
- Diminuer les découvertes de séropositivité au cours de la grossesse en améliorant le dépistage notamment pour les couples migrants et en situation de précarité ainsi que l'accès aux soins.
- Mieux coordonner l'organisation de la prise en charge des mères infectées et de leurs enfants infectés ou non par les maternités, les services de pédiatrie et les services de pathologie infectieuse, en tendant vers un accompagnement familial multi-disciplinaire et concerté.

Les propositions:

- Afin de pouvoir adapter à terme les protocoles de prévention :
 - Les actions en cours à l'AFSSAPS (notamment une pharmacovigilance active pour les mères non suivies dans la cohorte périnatale) et l'enquête périnatale française seront poursuivies.

- L'ANRS sera chargée de susciter et encourager les travaux scientifiques concernant le suivi des enfants non infectés exposés aux antiviraux et de tester de nouveaux protocoles de prévention de la transmission verticale diminuant l'exposition aux anti viraux sans nuire à leurs efficacité

- Afin de limiter les diagnostics tardifs et d'améliorer la prise en charge des femmes
 - une campagne d'incitation au dépistage avant toute grossesse particulièrement auprès des personnes d'Afrique sub-saharienne sera conduite en partenariat avec le CFES
 - les recommandations aux professionnels de proposition systématique de dépistage pour les femmes enceintes ou désirant un enfant seront renouvelées en partenariat avec les sociétés savantes
 - une information et une mobilisation des maternités seront conduites afin d'améliorer le suivi des femmes atteintes au décours de leur grossesse en assurant le relais avec une équipe de soin.
- Afin de permettre le choix éclairé des femmes avant leur grossesse, une information sera élaborée et actualisée pour les professionnels soignants ou médico-sociaux intervenant notamment auprès des femmes les plus en difficulté.

Le coût:

Le coût des actions relevant du budget de l'Etat est évalué à 152 450 euro (1MF) en 2002

8.5 Mieux prendre en charge les enfants et adolescents infectés par le VIH

Le constat:

Le nombre d'enfants vivant en France avec le VIH ne dépasse pas quelques centaines. Les SIDA pédiatriques sont sous déclarés à l'INVS, l'infection VIH chez l'enfant non prise en compte dans la base de données hospitalière DMI2.

- Au 31mars 2001 le nombre de SIDA déclarés chez l'enfant depuis le début de l'épidémie était de 820 dont 649 par transmission maternofoetale ; en 2000 ont été déclarés 5 cas de Sida par transmission materno-foetale
- les nouvelles contaminations semblent exceptionnelles en métropole.

Les enfants et adolescents infectés par le VIH ont deux ordres de difficultés : médicales et personnelles.

- Au plan médical, les traitements sont lourds, les formes galéniques pas toujours adaptées, les effets secondaires voisins de ceux des adultes, et les problèmes d'observance importants. Les essais thérapeutiques du fait des faibles effectifs doivent être multicentriques, européens ou internationaux.
- Au plan personnel les enfants cumulent leur propre vécu de la maladie à l'infection ou au décès de leurs parents, souvent à l'origine de leur contamination. Aux difficultés familiales s'ajoutent parfois celle de leur situation d'enfants issus de l'immigration avec des problèmes de précarité sociale. Leur passage à l'âge adulte pose des problèmes d'acceptabilité de leur statut d'enfants séropositifs et celui de leur future sexualité.

Les objectifs:

- Améliorer les conditions de traitement des enfants tant au plan de l'aide à l'observance que de l'adaptation des formes galéniques des médicaments.
- Améliorer les conditions de réalisation des essais thérapeutiques
- Mieux prendre en charge les difficultés psychologiques, familiales et sociales des enfants atteints et de leur entourage.

Les propositions:

- Des incitations des firmes pharmaceutiques à la meilleure adaptation possible des médicaments antirétroviraux à l'enfant sont attendues au niveau européen suite à la résolution du Conseil adoptée sous présidence française, invitant la Commission à proposer des mesures de nature à favoriser la mise à disposition de médicaments pédiatriques adaptés.
- Inciter à la mise en place d'essais thérapeutiques multicentriques européens en poursuivant les initiatives vers la création d'une agence de recherche européenne..

- Soutenir les associations d'aide aux enfants et à leur familles et encourager les autres initiatives en poursuivant la lutte contre la stigmatisation.

8.6 Favoriser l'accès aux traitements innovants

Le constat:

L'utilisation précoce de nouvelles molécules d'efficacité démontrée peut s'avérer nécessaire dans les situations d'échappement thérapeutique lié aux résistances virales ou d'intolérance grave aux molécules disponibles. L'accès à ces molécules est possible soit dans le cadre d'essais thérapeutiques, soit dans le cadre d'autorisations temporaires d'utilisation (ATU).

Les essais permettent à la fois l'accès des patients aux traitements innovants et l'acquisition de données fiables sur ces médicaments. Les médicaments sont fournis par le promoteur, généralement un industriel, sans charge pour la collectivité. Certains essais sont conçus comme des essais « stratégiques », testant des associations de médicaments. Ils sont le plus souvent réalisés par des promoteurs institutionnels et sont affranchis des logiques de concurrence industrielle. La contrainte réglementaire de fourniture gratuite des médicaments par le promoteur peut constituer un frein à la réalisation de tels essais. Les essais ne peuvent inclure tous les patients concernés ou demandeurs, ils ne peuvent pas répondre aux situations d'urgence pour des raisons logistiques et administratives. Tous les patients concernés ne souhaitent pas être inclus dans des essais.

Les ATU permettent de répondre à une situation de besoin, par ailleurs elles fournissent une analyse observationnelle du profil de tolérance du médicament complémentaire des données de tolérance recueillies au cours des essais cliniques. Une distinction entre l'ATU et l'essai clinique est importante à respecter. L'ATU doit répondre à la situation d'urgence d'une mise à disposition compassionnelle sans pour autant décourager la mise en place d'essais thérapeutiques. En effet seul l'essai clinique permet à la fois la mise à disposition du médicament aux patients ainsi que l'acquisition de données fiables sur le médicament.

On constate par ailleurs que la procédure des ATU tend à être utilisée par les firmes pharmaceutiques comme une forme de pré-marketing. Les traitements sont à la charge de l'assurance maladie sans négociation des prix ; ces prix servent alors de base de discussion après l'AMM.

Certains dispositifs de santé dits dispositifs médicaux ne bénéficient pas de procédure compassionnelle comparable aux médicaments (produits de comblement pour les lipo-atrophies)

Les objectifs:

Permettre aux patients en difficulté thérapeutique l'accès aux traitements les plus performants dans le domaine tant des nouvelles drogues que des nouvelles stratégies de traitement. Pour cela :

- Faciliter l'accès aux essais thérapeutiques parce qu'il constituent le meilleur équilibre entre le bénéfice individuel et le bénéfice collectif.
- Poursuivre les initiatives rapides d'accès aux médicaments (ATU), dans les situations d'urgence ou d'impasse
- Permettre l'accès compassionnel à certains dispositifs médicaux.

Les propositions:

- Simplifier les procédures administratives (dérogation au financement par le promoteur des médicaments de l'essai) favorisant la mise en place de certains essais thérapeutiques institutionnels.
- Réexaminer avec l'ensemble des partenaires concernés (AFSSAPS, ANRS, industriels) les possibilités de mise à disposition précoce par les industriels des molécules innovantes, en quantité adaptée aux besoins.
- Etudier les possibilités de mise à disposition précoce de certains dispositifs médicaux et en définir les modalités.

9.

Favoriser le soutien et la solidarité avec les personnes atteintes, améliorer leur qualité de vie

L'allongement de la vie des personnes atteintes grâce aux médicaments fait qu'elles sont confrontées à de nouvelles difficultés liées aux contraintes de traitements et à leurs éventuels effets secondaires. Malgré des améliorations considérables, les traitements sont toujours lourds et contraignants, avec des répercussions importantes sur l'organisation de la vie quotidienne. Les effets secondaires s'observent chez plus de la moitié des patients. Une mauvaise observance des traitements, un arrêt thérapeutique non contrôlé sont le plus souvent la cause des échappements thérapeutiques. Les difficultés d'observance sont souvent dues par la personne traitée. Certaines populations rencontrent des problèmes spécifiques actuellement insuffisamment étudiés et pris en compte, notamment les femmes atteintes et les jeunes.

Cependant pour beaucoup, l'espoir revenu avec l'efficacité thérapeutique, accompagné pour certains d'une amélioration de leur santé physique, permet un réinvestissement de la sexualité et des projets parentaux.

Par ailleurs, et ceci semble-t-il plus particulièrement dans la communauté homosexuelle, la persistance des prises de risques est réelle parmi les personnes atteintes. Des spécificités psychologiques et affectives se posent chez les personnes séronégatives, partenaires sexuels stables de personnes vivant avec le VIH. Des problèmes psychologiques et affectifs lourds existent chez les personnes vivant avec le VIH.

Pendant longtemps la question de la sexualité et de la protection a été occultée tant dans la recherche que dans les programmes de prévention. Cette attitude a conduit à un déni des difficultés rencontrées par les personnes séropositives et à l'absence de toute action susceptible de les aider à faire face. Si la fréquence des rapports non protégés est identifiée depuis longtemps, les difficultés propres aux personnes séropositives en matière de sexualité et de prévention sont maintenant reconnues. Ce choix signifie de reconnaître de façon explicite la nécessité de construire des programmes et des actions spécifiques. Les risques de stigmatisation ou les effets contre-productifs doivent cependant être clairement examinés. La prévention doit donc être envisagée principalement comme un soutien aux personnes séropositives et à leurs partenaires dans la diversité de leur situation, de leurs aspirations, de leurs expériences.

La prévention a pour corollaire des programmes visant à préserver et améliorer la qualité de vie, notamment en répondant aux nouveaux besoins. Certains de ces besoins sont partagés par les personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes : avoir un statut social, un revenu et une insertion sociale et/ou professionnelle prenant en compte les désavantages et les contraintes induits par la maladie et les traitements ; être aidé dans les tâches de la vie quotidienne pour rester au domicile ; accéder à un logement stable malgré la précarité et l'isolement.

Les adolescents, dont la séropositivité repose souvent sur une transmission materno-fœtale et reste longtemps entourée de secrets, affrontent des difficultés particulières et nouvelles. Il s'agit d'un petit nombre de jeunes pour lesquels des approches spécifiques restent à inventer.

9.1 Soutenir les personnes séropositives dans la prévention et le maintien de leur vie sexuelle

Les objectifs:

- Maintenir un haut niveau de protection des relations entre les personnes séropositives et leurs partenaire
- Lutter contre l'isolement affectif et sexuel des personnes séropositives
- Associer le conseil sur la contraception et la procréation au conseil préventif
- Développer la recherche sur les risques de rapports non protégés entre personnes séropositives
- Trouver des réponses adaptées aux difficultés des adolescents séropositifs lors de leur entrée dans la sexualité.

Les propositions:

9.1.1 Communiquer et informer :

Au déni doit répondre la reconnaissance explicite des difficultés à travers la communication en direction des personnes atteintes et la communication générale qui aborderont les difficultés du maintien prolongé de la prévention, le traitement après exposition au risque et les surcontaminations (après expertise ANRS). Le soutien commence par l'information à travers des documents spécifiques, la presse et l'action associatives.

- Inclusion de recommandations dans le rapport Delfraissy 2002 et du thème dans le guide Têtu +
- Information par le CFES ; de documents, campagne nationale et médias affinitaires en 2002.
- Renforcement des compétences des répondants de SIS et David et Jonathan
- Partenariats avec la presse associative (Remaides, Journal du sida, Combat face au sida, Act UP...)

9.1.2 Rendre possible et effectif l'accès à un soutien :

Afin que toute personne atteinte puisse aborder ces questions et être soutenue, les programmations départementales et régionales devront faire en sorte qu'une réponse puisse être organisée et identifiée.

- Le rôle des hôpitaux et des réseaux ville hôpital dans le conseil en prévention sera renforcé. La circulaire DGS/DHOS sur les programmations déconcentrées 2001/2004 en matière de lutte contre le VIH en fera un objectif prioritaire de la prise en charge : possibilité d'écoute et d'information lors des consultations médicales, en premier lieu à l'hôpital, mise en place de groupes de parole et de discussion à l'hôpital, en CDAG, dans les associations, renforcement des liens entre services de soins et de prévention.
- L'information et la sensibilisation des professionnels sera assurée au niveau national par les journées des CISH, des réseaux, un partenariat presse médicale et le rapport Delfraissy ; au niveau local par une coordination avec les CISH, les réseaux ville hôpital et les CDAG
- Les services déconcentrés s'assureront de la diffusion de l'information auprès des personnes atteintes avec l'aide des associations et des professionnels de santé.

9.1.3. S'appuyer sur des intervenants qualifiés et formés :

Une incitation nationale et des outils d'aide à l'organisation de formations seront mis en place

Les questions de sexualité et de prévention doivent faire l'objet d'un volet de l'éducation thérapeutique conçue comme un conseil visant à l'autonomie des personnes vivant avec une maladie chronique et un traitement astreignant dont le développement est prévu dans le cadre du Plan National d'Éducation à la Santé.

- Un cahier des charges support d'un appel d'offre et un guide ressource seront diffusés auprès des DRASS, DDASS

9.1.4. Soutenir les initiatives pour les adolescents séropositifs :

Une mission de coordination (réflexion, expertise et recommandations) sera confiée à une association afin de disposer d'un cahier des charges pour les actions nécessaires et de favoriser la diffusion de savoir faire. Parallèlement sera conduit un état des lieux national sur l'implantation des jeunes concernés, en lien avec l'INVS, la DHOS et les CISH

Les échéances:

La mise en place du dispositif se fera au cours de 2002

9.2 Soutenir et accompagner les personnes atteintes dans l'observance des traitements

Les objectifs:

- Créer les conditions favorables à l'adhésion des patients et à l'observance des traitements, contenir l'apparition des résistances virales, créer les conditions favorables à une prévention de la contamination des partenaires.
- Permettre le recours des personnes atteintes à un accompagnement à la vie avec les traitement en tout point du territoire

Les propositions:

9.2.1 Informer les personnes et reconnaître les difficultés,

Ce thème sera intégré dans la campagne nationale 2002, tant dans la communication générale qu'à travers les médias affinitaires et dans le guide Têtu + produit pour les personnes concernées et les professionnels impliqués.

9.2.2 Systématiser la possibilité d'aide spécifique aux personnes traitées

La diffusion du rapport « Accompagnement des personnes atteintes par l'infection à VIH sida pour une meilleure adhésion aux traitements antirétroviraux – L'observance grâce à un partenariat de l'ensemble des acteurs » a donné lieu à de nombreuses actions au cours de la programmation 1998/2000. Un bilan en sera fait par une enquête auprès des DDASS ainsi qu'une expertise des actions innovantes notamment en réponse aux besoins des femmes, des enfants et adolescents. Ces actions doivent être systématisées en diversifiant les recours possible.

- Circulaire DGS/DHOS sur les programmations déconcentrées 2001/2004
- Soutenir et susciter les consultations hospitalières, la coordination des soignants, les initiatives associatives (éducation par les pairs) pour la prise en compte individuelle ou collective (groupes de parole, ateliers) et l'adaptation aux besoins spécifiques des personnes concernées dans les régions (migrants, femmes).

9.2.3 Accroître les compétences des intervenants et les coopérations entre structures.

Un site internet inter-actif de formation aux techniques de counselling, centre ressource pour les intervenants, a été mis en place en 2001 avec le soutien du Ministère (partenariat avec Comment dire). En 2002 seront élaborés un cahier des charges et un guide ressource afin de faciliter la mise en place des formations. Les outils nationaux interactifs seront développés. La sensibilisation des professionnels s'appuiera sur la valorisation des études ANRS, les journées des CISH, les journées nationales des réseaux.

9.2.4 Mettre en place une réponse adaptée aux besoins spécifiques des femmes.

Une action expérimentale auprès des femmes a été soutenue dans les Alpes Maritimes. Une étude est actuellement en cours sur les problèmes spécifiques aux femmes. La synthèse des recommandations concernant l'accompagnement des femmes atteintes fera partie intégrante du rapport Delfraissy 2002

Les échéances:

Le bilan des actions devra être publié à la fin du 1^{er} semestre 2002.

L'extension à l'ensemble du territoire devra intervenir grâce à la programmation 2001/2004

L'évaluation:

Bilan des actions de formation

Synthèse des programmations

Le coût des actions en direction des personnes atteintes (10.1 et 10.2)

En 2001 le coût a été de 46 MF sur le budget de la lutte contre le VIH du ministère de la santé. Le budget nécessaire en 2002 est estimé à 8 232 246 euro (54 MF). La mise en place des actions auprès

des personnes par les professionnels de santé dans les lieux de soin nécessite une inscription au PLFSS (activité hospitalière et des CDAG).

9.3 Favoriser le logement des personnes malades et accompagner l'évolution du dispositif d'hébergement des personnes atteintes

L'objectif général est que tout malade du sida ait accès à un logement ou à un mode d'hébergement approprié :

- Un dispositif d'hébergement non médicalisé a peu à peu été mis en place par les services déconcentrés en réponse aux besoins des personnes atteintes. Il doit maintenant intégrer les dispositifs de droit commun des politiques de logement et de lutte contre la précarité et la désinsertion sociale.
- Le dispositif de droit commun doit être sollicité et incité à prendre en compte la spécificité de l'épidémie ainsi qu'à prendre le relais pour toute personne ayant perdu son logement, sortant de l'hôpital, de prison, d'appartements thérapeutiques ou de centres d'hébergements.
- Le dispositif des appartements de coordination thérapeutique doit continuer à répondre aux besoins des personnes atteintes du VIH, en s'adaptant à leur évolution, et s'ouvrir à la prise en charge d'autres pathologies et d'autres populations marquées par la précarité, l'isolement et le besoin de coordination des soins

Les propositions:

9.3.1 Accompagner l'évolution des ACT

Leur ouverture à la prise en charge des autres pathologies nécessite d'évaluer les besoins et de définir les programmations. Dans le même temps ils doivent poursuivre l'adaptation aux besoins des personnes atteintes, anticiper l'accroissement des personnes concernées et la réponse aux problèmes émergents. L'intégration du dispositif des ACT dans le Loi régissant les institutions sociales et médico-sociales sera effective en 2002, avec extension des indications et prise en charge par l'assurance maladie. Une évaluation du dispositif est en cours centrée sur l'identification des pratiques et des besoins auxquelles répondent. Cette évaluation sera publiée début 2002 de même qu'un guide et un cahier des charges annexés à la circulaire d'orientation sur les ACT prévue pour accompagner l'évolution des structures et définir les programmations.

9.3.2 Mobiliser le dispositif de droit commun pour répondre aux besoins d'hébergement des personnes atteintes par le VIH

Un état des lieux national sur l'hébergement non médicalisé est mis en œuvre fin 2001 : implantation et descriptif du dispositif, de son activité et des besoins couverts et non couverts ; identification des caractères spécifiques au dispositif. Il sera publié à la fin du 1^{er} trimestre 2002 et permettra d'élaborer des scénarii d'évolution en mettant en évidence ce qui relève du droit commun et les actions spécifiques d'accompagnement des personnes atteintes par le VIH.

9.3.3. Organiser des journées de l'hébergement VIH

Des journées nationales de l'hébergement seront organisées en 2002 afin d'accompagner les évolutions, tout en capitalisant les pratiques et expériences évaluées favorisant la prise en charge globale des personnes, et de coordonner les partenaires du champ du VIH et du droit commun.

Le coût actuel du dispositif d'hébergement non médicalisé pris en charge sur le budget de l'Etat consacré à la lutte contre le VIH est de 5 442 429 euros. Ce coût doit être réduit par la mobilisation du dispositif de droit commun, le budget VIH étant recentré sur le financement des actions spécifiques. Les sommes dégagées seront redéployées pour couvrir les besoins des actions 10.1 et 10.2 en direction des personnes atteintes.

Les échéances:

- Publication des textes concernant les ACT fin 2001, campagne d'agrément (passage en CROSS) par les services déconcentrés courant 2002, bilan et programmation fin 2002.
- Etat des lieux de l'hébergement non médicalisé publié début 2002, journées nationales de l'hébergement VIH mi-2002, texte d'orientation automne 2002.

9.4 Adapter le dispositif d'aide à domicile aux besoins actuels et prévisionnels des personnes atteintes

Le constat:

Le dispositif d'aide à domicile aux malades du VIH/sida organisé par la circulaire DGS 96/10 de 1996 a été évalué en 1999. Les enquêtes montrent une évolution de la population aidée, des besoins et des prestations : 1600 foyers aidés (+10% par rapport à 1999), une proportion croissante de femmes (38%), dans 27% des cas un ou plusieurs enfants au foyer, et un âge moyen de 42 ans. Le nombre de foyers avec plusieurs personnes atteintes augmente. Le niveau de handicap moyen est de 65 à l'indice de Karnofsky : plus de 10% des patients sont handicapés et dépendants, 37% sont semi autonomes, 29% n'ont aucun entourage. Dans les départements concernés 11% en moyenne des patients sont aidés.

L'évolution réglementaire à venir des services d'aide et d'accompagnement à domicile doit permettre d'envisager l'évolution vers le droit commun du dispositif spécifique au VIH.

Les objectifs:

- Poursuivre l'adaptation aux besoins des personnes atteintes, anticiper l'accroissement des personnes concernées et la réponse aux problèmes émergents,
- Inscrire le dispositif dans le droit commun avec extension à d'autres pathologies

Les propositions:

- Réaliser un état des lieux national (implantation et descriptif du dispositif, de son activité et des besoins couverts et non couverts) publié avant la fin 2001.
- Expertiser les expérimentations d'extension du dispositif notamment en Ile de France
- Sur la base de ces deux études seront élaborés des scénarii d'évolution en concertation avec la DGAS et la CNAM, présentés et discutés avec le conseil national de suivi de l'aide à domicile VIH qui sera réuni début 2002
- Une réunion nationale des coordinateurs sera organisée fin du 1^{er} trimestre 2002

Le coût actuel du dispositif, de 6 479 083 euro (42,5 MF) sur le budget de l'Etat, sera stabilisé.

Les échéances:

Application en janvier 2003 de textes actualisés et de nouvelles modalités de prise en charge financière.

9.5 Favoriser l'insertion réinsertion et l'accès ou le maintien au travail et continuer à lutter contre la stigmatisation et la discrimination des personnes séropositives

Le constat:

La lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes séropositives a été réalisée depuis les premières campagnes et a permis un bon niveau de tolérance et de solidarité. Néanmoins les discriminations perdurent, en particulier en milieu du travail

En partenariat avec l'association AIDES, une convention nationale en faveur de l'emploi des personnes séropositives a été signée avec l'AGEFIPH dans l'objectif d'initier et de contribuer au renforcement de partenariats avec le réseau CAP emploi, les cellules de maintien dans l'emploi, l'ensemble des opérateurs d'insertion, les représentants patronaux, les centrales syndicales et les médecins du travail. Dans le cadre des programmations départementales 1998/2000 ont été conduites en partenariat avec les Directions Régionales du travail des formations des médecins du travail à la prise en compte des évolutions de la pathologie liée au VIH, son traitement et ses conséquences.

Les objectifs:

- Maintien dans l'emploi : Favoriser les adaptations (postes, horaires) négociables dans les entreprises, améliorer l'accessibilité au suivi médical pour les personnes qui travaillent (autorisation d'absence pour soins et consultations).
- Réinsertion dans l'emploi : Initier l'organisation de stage de redynamisation et des séjours en centre de réadaptation professionnelle adapté à la fatigabilité des personnes atteintes.

Les propositions:

L'ensemble des dispositifs de droit commun doit répondre à ces objectifs (COTOREP, programmes départementaux d'insertion, plan départementaux d'insertion des travailleurs handicapés, dispositifs emplois) en prenant en compte les spécificités de cette pathologie. Les services en charge de la santé et ceux en charge du travail en partenariat avec les associations mettront en œuvre l'information nécessaire des professionnels, des soignants et des personnes afin de favoriser cette orientation.

- Elaboration d'outils d'information
- Organisation de formations des différents partenaires tels que les médecins du travail, les infirmières, les assistantes sociales en entreprises ainsi que les COTOREP.
- L'amélioration de l'intégration des personnes atteintes dans le formation professionnelle sera conduite en lien avec le secteur handicapés de la mission emploi solidarité.
- Le maintien du thème de la discrimination dans la communication passe par la préparation d'un plan de communication, en lien avec l'observatoire des discriminations.
- Identification de façon plus précise des cibles de lutte contre la discrimination notamment en milieu du travail, et dans les administrations.

Le coût:

Sur le budget de la lutte contre le VIH du Ministère de la santé le coût des actions a été en 2001 de 7MF. La mise en œuvre du programme 2002 nécessite sur le budget du Ministère de la santé une enveloppe de 1676 939 euro (11MF).

9.6 Développer l'offre de procréation médicalement assistée pour les couples sérodifférents ou infertiles

Le constat:

Le désir d'enfant a été réinvesti par les couples séropositifs ou sérodifférents. Dans les couples où l'homme est séropositif, une aide médicale à la procréation était nécessaire pour éviter la contamination de la partenaire. Pour les femmes séropositives infertiles l'accès à l'aide médicalisée à la procréation (AMP) était impossible.

Après une étape de recherche souhaitée par le Conseil National du Sida, l'AMP a été autorisée dans ces 2 indications, sous réserve du respect de procédures de sécurité virale (Arrêté du 10 mai 2001 modifiant l'arrêté du 12 janvier 1999 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques en assistance médicale à la procréation). Un groupe de travail piloté par la DHOS a été mis en place pour la mise en application, le suivi et l'évaluation de l'AMP dans un contexte de risque viral.

Les objectifs:

- Offrir aux couples dont l'homme est séropositif une possibilité de procréation prévenant la contamination de la partenaire, par des méthodes biologiques de décontamination du sperme et un mode d'insémination adapté aux risques.
- Offrir aux femmes séropositives infertiles les mêmes prestations d'AMP qu'aux femmes indemnes
- Etendre ces dispositions aux hépatites virales
- Evaluer précisément les résultats et la sécurité de ces techniques

Les propositions:

- Recenser et équiper les centres d'AMP volontaires pour la prise en charge des patients en contexte de risque viral.
- Veiller à leur répartition homogène sur l'ensemble du territoire afin de répondre à des impératifs de proximité et de délais d'accès à la prise en charge.
- Former les personnels concernés à la gestion du risque viral et à la prise en charge des personnes séropositives.

6 centres assureront ces activités en 2002 : Toulouse, Lyon, Strasbourg , Paris-La Pitié, (Paris Necker-Cochin et Bichat. Le financement de ces structures est assuré dès 2002.

III – S’INSCRIRE DANS LE PLAN MONDIAL DE LUTTE

10. Réduire les inégalités d'accès aux traitements entre les pays en développement et les pays industrialisés.

La situation de l'épidémie de sida dans les pays en développement contraste avec l'évolution observée dans les pays industrialisés. La progression est très préoccupante, notamment dans les pays d'Afrique.

La France est reconnue comme pionnière dans ce domaine ; elle a lancé en 1998 le Fonds de Solidarité Thérapeutique International (FSTI). En juin 2001, le Premier Ministre a annoncé l'engagement de la France en faveur du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme à hauteur de 150 millions d'Euros sur trois ans. De plus, 10% de la dette bi- et multi-latérale sera consacré à la lutte contre le SIDA, ce qui représentera 1 milliard d'Euros. Il a également annoncé le programme proposé par le Ministre délégué à la Santé : la création d'un programme de solidarité thérapeutique hospitalière en réseau qui prend une dimension européenne avec le soutien et l'engagement de plusieurs pays.

En parallèle, la conférence ministérielle de DOHA s'est conclue, le 14 novembre 2001, par le lancement d'un nouveau cycle de négociations commerciales. Cette conférence a notamment permis l'adoption d'une déclaration séparée sur la propriété intellectuelle et la santé publique qui reconnaît pour la première fois le droit des membres d'interpréter et de mettre en œuvre l'accord OMC sur la propriété intellectuelle (ADPIC) dans un sens favorable à la santé publique, afin notamment de lutter contre les épidémies comme le SIDA et de promouvoir l'accès de tous aux médicaments. Il s'agit d'une avancée importante. Mais il faudra continuer à travailler pour répondre au problème spécifique des pays dépourvus de capacité de fabrication de médicaments – ce qui est en particulier le cas de la plupart des pays africains. Le problème est toutefois expressément reconnu et instruction est donnée aux organes compétents de l'OMC d'y apporter une réponse effective d'ici la fin de l'année 2002.

10.1 Mettre en œuvre la solidarité thérapeutique hospitalière en réseau

L'objectif de cette initiative est de favoriser la prise en charge des personnes atteintes dans les pays en développement, et tout particulièrement l'accès aux antiretroviraux.

La situation:

L'Afrique vit actuellement une épidémie de VIH/sida qui revêt la forme la plus grave dans le monde. L'épidémie touche les populations des grandes villes et simultanément les populations des milieux ruraux. Avec près de 26 millions de personnes infectées par le VIH/SIDA. L'Afrique sub-saharienne est le premier continent à subir de plein fouet cette épidémie. La situation en Asie connaît également une progression très forte.

L'initiative:

En s'appuyant sur les recommandations de l'Assemblée des Nations Unies sur le VIH/SIDA du 25-27 juin 2001, la France a pris l'initiative en concertation avec plusieurs pays européens de mettre en place un Programme de Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau afin de favoriser l'accès aux soins des personnes atteintes du VIH/SIDA dans les pays du Sud. Cette initiative se développe en liaison avec le ministère des Affaires Etrangères. Elle est reconnue et soutenue par l'ONUSIDA et par l'OMS.

La démarche:

La mise en place effective de l'accès aux antirétroviraux suppose un renforcement des services de santé en particulier les structures hospitalières et extra hospitalières. Aussi le passage de programmes pilotes et démonstratifs à des programmes de santé publique nationaux ne doit être mis en œuvre qu'après une

évaluation et une mise à niveau des capacités techniques des systèmes de santé dans le domaine du dépistage, de la prise en charge, du suivi médical et de l'accompagnement.

Les acteurs associatifs seront partie prenante dans la mise en place de ces programmes.

Le programme de solidarité thérapeutique hospitalière en réseau vise la mise en œuvre d'un partenariat hospitalier entre des établissements de santé situés en France, et des structures de santé des pays en développement principalement en Afrique. Son objectif est de les aider à optimiser la prise en charge des patients atteints par le VIH/SIDA, en particulier pour favoriser l'accès au traitement. Une quarantaine d'établissements hospitaliers de France se sont engagés dans cette initiative pour mener des programmes dans une vingtaine de pays en développement.

Plusieurs pays européens tels que l'Espagne, le Portugal, l'Italie, le Luxembourg se sont associés à cette initiative et plusieurs autres ont manifesté leur intérêt notamment la Belgique, l'Irlande, la Norvège, et la Suède.

Ce processus permettra de faciliter ainsi l'éligibilité de ces pays au Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Les échéances:

Le programme démarrera début 2002.

10.2 Soutenir la recherche dans les pays en développement

Ces recherches en partenariat entre équipes des pays en développement et équipes françaises sont une priorité absolue pour l'ANRS qui a pratiquement triplé son investissement dans ce domaine dans les trois dernières années. L'agence soutient en 2001 plus de soixante projets portant sur la transmission mère-enfant et la pathologie pédiatrique du VIH, les infections opportunistes (en particulier la tuberculose), l'étude de facteurs virologiques et immunologiques de résistance ou de progression de la maladie, le suivi de cohortes cliniques et des études destinées à faciliter le monitoring immunologique et virologique des patients dans un contexte de ressources limitées, des études en santé publique, en sciences humaines et sociales .

En 2002, un nouveau champ de recherche sera développé : celui des recherches en sciences économiques au travers de plusieurs études sur les déterminants des prix des médicaments et le rapport coût efficacité des stratégies d'intervention thérapeutique dans les pays en développement.

IV- METTRE EN ŒUVRE, SUIVRE ET EVALUER LE PLAN DE LUTTE 2001/2004

1. Promouvoir la recherche et se doter des outils nécessaires à la définition et au suivi des programmes et actions

1.1 Consolider les dispositifs permettant la mise en œuvre ou l'adaptation rapides des actions en fonction des découvertes ou des données du suivi en renforçant les coopérations entre les dispositifs de surveillance, les chercheurs, les professionnels, les associations de personnes concernées et les services de l'Etat.

Les études et recherches nécessaires pour définir, suivre, adapter et évaluer les programmes de lutte contre le VIH ont été précisées pour chaque objectif prioritaire. Elles mettent en jeu l'ensemble des domaines de la recherche et sont définies en lien avec l'Agence nationale de recherche sur le Sida (ANRS), GIP regroupant les ministères de la Recherche, de la Santé, des Affaires Etrangères, l'INSERM, le CRNS et l'Institut Pasteur. Elle en assure l'élaboration, le financement et la mise en œuvre. Le programme propre du Ministère de la santé et de la solidarité intervient en complément sur des recherches actions et évaluations.

Les priorités du programme conduit par l'ANRS sont :

- la recherche « fondamentale » de nouvelles cibles potentielles pour des médicaments ;
- les essais thérapeutiques chez les patients en multi-échec de traitements et les patients souffrant de complications des trithérapies antirétrovirales ;
- les recherches sur les comportements, les attitudes vis-à-vis de la maladie et la prise de risque dans la population générale et dans des populations vulnérables, pour orienter la prévention ;
- la recherche sur le vaccin préventif ; une démarche européenne est recherchée pour les développements de phase III. Les derniers conseils des ministres européens chargés de la recherche et de la santé ont acté la mise en réseaux, dans un premier temps, des centres de recherche existants
- la recherche dans les pays en développement, en partenariat entre équipes des pays en développement et équipes françaises.

Le développement de ce programme nécessite une évolution rapide dans deux domaines :

- La recherche clinique et les essais thérapeutiques nécessitent une concertation et une coordination à l'échelle européenne

Dans la plupart des pays européens les essais cliniques dans la lutte contre l'infection à VIH sont effectués sans coordination nationale, le plus souvent dans des centres cliniques désignés et financés par l'industrie pharmaceutique. Leur faible dimension et leur redondance ne permettent pas une évaluation rigoureuse et entraîne un gaspillage des ressources. Les essais de stratégie thérapeutique ne correspondent pas toujours aux objectifs de l'industrie pharmaceutique et nécessitent des financements publics. La France a donc proposé, dans le cadre de l'Espace Européen de la Recherche, la création d'une structure transnationale consacrée aux essais cliniques qui aura pour objectifs la conception, l'organisation, l'analyse, l'interprétation et la valorisation des résultats de certains essais de phase IIB, III et IV et pourrait être utilisée pour les futurs essais vaccinaux. La commission a ainsi retenu le projet de mise en place d'un réseau européen d'essais des thérapies du sida, première étape vers une meilleure cohérence des essais européens, dans lequel l'ANRS est d'ors et déjà engagée.

- La recherche clinique portant sur des essais de stratégie thérapeutique combinant plusieurs molécules nécessite une évolution de la prise en charge des molécules disposant d'une AMM.

Sans être spécifique à la recherche clinique dans le champ du VIH, la simplification des mesures dérogatoires à la Loi Huriet et un accord sur le principe et les procédures permettant la prise en charge de certaines molécules par l'assurance maladie y revêt un caractère d'urgence. Les retards ont des conséquences vitales pour les patients en échappement thérapeutique et privent les autres de protocoles permettant de limiter les pathologies associées tout en contenant la multiplication virale et l'atteinte immunitaire.

1.2 Accompagner la mise en place du système de surveillance des nouveaux cas de séropositivité

Le constat:

- Le décret n°99-363 du 6 mai 1999 a fixé la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire à des fins de surveillance épidémiologique. Dans ce décret le SIDA a été remplacé l'infection par VIH, quel qu'en soit le stade.
- Le décret n°99-362 du 6 mai 1999 précise les modalités de transmission des données à l'autorité sanitaire. Suite à l'annulation partielle par le Conseil d'Etat de son article R.11-2, ce décret a été modifié par le décret n°2001-437 du 16 mai 2001 renforçant les garanties entourant la protection de l'anonymat.
- La mise en place de la surveillance des pathologies nouvellement ajoutées à la liste des maladies à notification obligatoire, du fait de leur système complexe de codification dans le but de protéger l'anonymat des personnes, a nécessité des études conduites par l'InVS en lien avec la Direction Centrale de la Sécurité Systèmes d'Information (DCSSI), puis la mise en place d'une évaluation des performances de différents codages.

Les objectifs:

- . Connaître l'incidence et les caractéristiques de la maladie
- . Etudier la dynamique de sa diffusion sociale, temporelle et spatiale et en prédire l'extension
- . Définir et évaluer des actions de prévention.

Les propositions:

- Communiquer à l'attention des professionnels (par l'InVS) et du public (par la DGS) lors de la mise en place du dispositif
- Compléter ce dispositif de surveillance par des enquêtes complémentaires, qualitatives, sur échantillon de patients, pour une meilleure connaissance des facteurs psychosociaux

Les échéances:

- . octobre 2001 : présentation des dossiers à la CNIL
- . décembre 2001 : édition des outils de surveillance
- . fin du premier trimestre 2002 : mise en place du dispositif

2. Renforcer les compétences des intervenants et les soutenir en facilitant l'accès aux formations, à la supervision et en favorisant les coopérations

La formation initiale et continue est indispensable à la professionnalisation nécessaire pour atteindre les objectifs du plan national de lutte contre le VIH. Elle doit donner une large place au partage d'expériences et doit être complétée par la supervision des intervenants en prévention. Elle s'adresse tant aux responsables de projet qu'aux acteurs de prévention.

Les objectifs:

- Reconnaître et renforcer les interventions centrées sur la personne et les rapports de genre en tenant compte des facteurs psychosociaux personnels et de l'environnement.
- Recenser les formations et les outils à la conduite de projet, les différentes formes d'intervention et leurs évaluations.
- Promouvoir au niveau des services déconcentrés les différentes formations auprès des professionnels de la santé, du social et des acteurs associatifs.

Les propositions:

- **Définir des cadres de référence et cahiers des charges des formations**

Des formations doivent être proposées aux responsables de projet : méthodologie de projet, outils permettant la mise en réseau de partenaires, modèles de coordination des actions, méthodologies de soutien aux centres de ressources

Les formations au soutien médico-psychosocial doivent inclure les thèmes tels que les stratégies thérapeutiques, le suivi médical, l'observance et l'éducation du patient, la qualité de vie, les sexualités, l'estime de soi, la réduction des risques (alcool, addictions), les composantes de la prévention.

Des formations spécifiques favorisant l'abord des différentes expressions de la sexualité (notamment homo et bisexuelle) et les rapports de genre seront soutenues .

- **Evaluer l'état des ressources, développer des partenariats et élaborer des guides ressources**

Ils seront diffusés auprès des DRASS et DDASS en charge de les diffuser auprès des organismes intéressés et de mettre en place les outils d'évaluation des formations.

- **Favoriser les échanges de savoir-faire inter-associatifs et inter-professionnels**

Le coût :

Il est inclus dans chacun des axes développés par le plan

Les échéances

Recensement des formations début 2002, appel d'offre mi 2002, réalisation des formations fin 2002

L'évaluation

Nombre de personnes formées par an et par type de formation

Appréciation des demandes des associations sur les formations

Développement d'actions sur les thèmes du soutien individuel et les questions sur la sexualité

3. Mettre en œuvre et suivre la programmation 2001/2004 des actions déconcentrées afin de toucher les populations au plus près des réalités locales.

Ont été publiées :

- la circulaire DGS n° 2001/436 du 10/09/2001 sur la mise en œuvre de la stratégie de prévention
- la lettre circulaire DGS du 18/10/2001 sur les données épidémiologiques récentes sur l'infection VIH au niveau du territoire et les priorités géographiques (Annexe 2)
- la répartition de l'allocation budgétaire proposée aux régions

Les objectifs:

- Amplifier et renouveler les actions de terrain en direction des groupes prioritaires dans les régions à forte dynamique épidémique
- Renforcer le dispositif de prévention sur l'ensemble du territoire
- Permettre sur l'ensemble du territoire l'accès des personnes atteintes à un dispositif de prise en charge adapté aux besoins actuels
- Etablir une cohérence entre le contenu de la prévention VIH et des politiques de santé voisines : contraception, addictions, hépatite C etc.
- Assurer une allocation de ressources cohérente avec les besoins et les programmes, identifier de nouveaux partenaires et stabiliser leur action par des contrats pluriannuels

Les propositions:

- Dans toutes les régions (et départements) sera réalisé :
 - un bilan de l'accès aux outils de prévention, au dépistage et au traitement après exposition ainsi que du soutien. Il intégrera un constat des discriminations persistant localement envers les personnes atteintes.
 - un bilan des actions financées afin de décider de leur maintien, ou de leur réorientation dans des politiques globales non spécifiques (partenariat DIV, MILDT, inscription dans les PRS et les PRAPS)

- Des programmations spécifiques seront mises en œuvre dans les régions prioritaires :
 - Guyane, Guadeloupe début 2002, Martinique fin 2002
 - Populations étrangères en Ile de France
 - IDF, PACA, Languedoc Roussillon, Aquitaine, Rhône Alpes, Midi Pyrénées concernant homosexuels, usagers de drogues, hétérosexuels.
- Dans les autres régions il conviendra de renforcer les actions en fonction des dynamiques locales en complétant l'analyse nationale par les données concernant les populations originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes et les modes de contamination hétérosexuels (notamment prostitution et lieux d'échange des sexe anonyme ou de groupe)

Au niveau opérationnel cette démarche nécessite dans les services déconcentrés :

- D'identifier dans chaque DRASS un référent sida
- De décider en concertation entre les DRASS et les DDASS des modalités du bilan, du niveau des programmations et de la méthodologie
- D'identifier dans les régions prioritaires les moyens en personnels et compétences nécessaires dans les DDASS, en lien avec la mission services déconcentrés

Au niveau national :

- mise en place d'un comité de suivi des programmations,
- mise à disposition des outils : indicateurs de programmation et de suivi, programmes nationaux par thèmes adressés par voir de circulaire fin 2001, cahiers des charges et guides ressources,
- animation et mobilisation du réseau des services déconcentrés par deux réunions nationales annuelles.

Le coût:

46 033 414 euro répartis en fonction de critères populationnels et épidémiologiques.

3,5% de l'enveloppe ont été déplacés vers les régions prioritaires

77% de l'enveloppe sont destinés aux régions prioritaires

Les échéances:

L'ensemble des directives sera adressée en décembre et une première réunion nationale organisée en janvier 2002

L'ensemble des programmations et bilans devront être disponibles en juin 2002

Les enveloppes 2003 seront consolidées en fonction des programmations

L'évaluation:

Cohérence des programmations avec les orientations nationales et la situation épidémique

Stabilisation des partenariats dans des programmes pluri-annuels et critères d'évaluation

Suivi des tableaux de bord, données de la surveillance à partir de 2003

4. Mobiliser et soutenir les associations en redéfinissant les partenariats

Les objectifs:

- Permettre l'adaptation des grandes orientations dans les actions en direction de publics ou de situations spécifiques
- Elaborer et expérimenter de nouvelles formes d'intervention
- Renforcer le rôle d'alerte sur les phénomènes émergents.

Les propositions:

- Le suivi de la réalisation des programmes sera assuré par une réunion des groupes interassociatifs qui ont contribué à leur élaboration deux fois par an. Ces groupes seront associés à l'élaboration des outils d'information et de communication spécifiques aux programmes.
- La contractualisation avec les associations se fera en tenant compte de l'inscription dans les programmes prioritaires, du rôle de veille et d'alerte ainsi que des projets expérimentaux et

innovants. Les subventions aux associations assumeront la valorisation du temps et des moyens nécessaires à la réflexion sur les méthodologies d'intervention, sur la conception des actions de prévention, l'évaluation des actions, l'amélioration de la qualité des pratiques, la nécessité de formation aussi bien initiale que continue des acteurs.

- Les pouvoirs publics définiront des appels d'offre pour les actions innovantes et expérimentales notamment en matière prévention des risques liés à la sexualité auprès des usagers de drogues et de formation des équipes médicales et médico-sociale au counselling en direction des personnes migrantes.
- Des journées interrégionales seront organisées avec le réseau associatif partenaire autour des DRASS et DDASS dans un but de coordination, échanges et formations.

5. Mettre en place un dispositif de suivi et d'évaluation de la politique publique

Ce plan sera accompagné d'un dispositif de suivi et d'évaluation permettant d'apprécier la mise en œuvre et les résultats par des indicateurs budgétaires, des indicateurs d'activité et des indicateurs de résultat. Une partie des données existent soit dans des données administratives ou épidémiologiques soit font l'objet d'enquêtes régulières portant sur les attitudes et les comportements. Le maintien d'un système de surveillance des attitudes et des comportements, de la surveillance épidémiologique et d'une étroite relation avec la recherche conditionnent la démarche évaluative. Le dispositif existant doit être complété par des enquêtes ad hoc permettant de suivre de nouveaux axes et des évaluations de nouveaux programmes de prévention ou d'actions expérimentales. La mise en place d'un dispositif d'évaluation sera faite en même temps que le lancement du programme sous la responsabilité d'un comité composé de chercheurs et de professionnels nommés en qualité d'experts ou comme représentants de diverses institutions (INVS, ANRS, etc.). Ce comité sera indépendant, il définira son programme d'évaluation et sera doté d'un budget permettant de commander des enquêtes ad hoc sur la base d'appels d'offres. Au-delà de la stricte problématique de l'évaluation, il pourra proposer à l'ANRS d'intégrer à son programme de recherche de nouveaux axes répondant à des préoccupations ou des questions suscitées par les différentes étapes de l'évaluation

Les échéances:

Mise en place du comité de suivi au 1^{er} trimestre 2002

- ANNEXE 1 -

COUT POUR LE MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE

PROGRAMMES D'ACTIONS	COUT DU PLAN	
Cibles prioritaires		
Homosexuels masculins	19,3 MF	
Etrangers vivant en France	16,2 MF	
Départements français d'Amérique	19,7 MF	
Réduction des risques auprès des usagers de drogue	91,8 MF	
Détenus	5 MF	
Pratiques sexuelles anonymes ou de groupe	7,85 MF	
Prostitution	11 MF	
Total cibles prioritaires	170,85 MF	
POPULATION GENERALE - ACTIONS		
Jeunes	5,5 MF	
Population générale : action préventive	4,5 MF	
Prévention des soignants	0,35 MF	
Total population générale, action préventive	10,35 MF	
POPULATION GENERALE - DISPOSITIF DE PREVENTION		
Information et communication	82 MF	
Préservatifs	6,5 MF	
Dépistage	6,35 MF	
Traitement après exposition	0,75 MF	
Discriminations	0,4 MF	
Total population générale – dispositif de prévention	96,0 MF	
Personnes atteintes		
Information thérapeutique	12,5 MF	
Soutien et accompagnement à la prévention et aux traitements	51,9 MF	
Accompagnement dans l'hébergement	26,7 MF	
Aide à domicile	42,5 MF	
Réseaux ville hôpital	7,5 MF	
Insertion et travail	11 MF	
Total programme personnes atteintes	139,6 MF	
Actions structurelles		
Associations nationales de lutte contre le VIH	13,2 MF	
TOTAL GENERAL	430 MF	

- ANNEXE 2 -

Données épidémiologiques récentes sur l'infection à VIH

En l'absence de système de surveillance de la séropositivité, qui sera mis en place début 2002, les principales données dont nous disposons concernent les cas de sida déclarés. L'étude des données issues de la surveillance des cas de sida et celles issues d'autres bases de données informant sur les contaminations récentes (DMI2, surveillance des MST, bilans des CDAG et enquêtes spécifiques - notamment l'enquête Presse gaie) montrent des tendances convergentes.

1- Evolution globale des cas de sida déclarés (source BEH n°24/2001) en 1999 et 2000 :

Le nombre total des cas de sida déclarés diminue faiblement en 1999 et 2000 mais cette tendance générale recouvre des mouvements différents :

- Selon les modes de transmission:

La tendance à la baisse du nombre de cas se poursuit pour les homosexuels et pour les usagers de drogue, mais l'année 2000 a connu une hausse des cas hétérosexuels qui représentent 44% des cas de maladie sida.

Dans les cas de contamination hétérosexuelles, le mode de contamination du partenaire est dans la majorité des cas par rapport hétérosexuel (67%), marginalement par injection de drogue (3%) ou par relation homosexuelle (1%). Dans 30% des cas ce mode de contamination est inconnu (BEH données du 31 mars 2001).

Tableau 1 : Nouveaux cas de sida domiciliés en France, par année de diagnostic et mode de contamination Source INVS non publié – données du 30 juin 2001 redressées

Année de diagnostic	Homosexuels	UDI	hétérosexuels	Autres	Total
1998	573	346	671	251	1841
1999	523	285	678	231	1717
2000	479	249	729	214	1671

- Selon le genre et l'âge :

Le nombre de cas baisse chez les hommes (de 1340 en 1999 à 1226 en 2000, soit – 9%), par contre il augmente chez les femmes (de 418 en 1999 à 467 en 2000, soit +9%).

Le sex-ratio s'est abaissé pour toutes les classes d'âge ; il reste plus faible pour les âges les plus jeunes

Tableau 2 : Répartition et sex-ratio des cas de sida selon l'âge au moment du diagnostic de sida pour les cas de sida diagnostiqués en 1999 et 2000 (source BEH – situation au 31 mars 2001).

	15-29 ans	30-44 ans	48-59 ans
% des cas dans la classe d'âge	11%	60%	23%
sex ratio	1,3	3,1	4,4

C'est l'augmentation du nombre de cas chez les femmes ayant une nationalité de l'Afrique sub-saharienne qui entraîne la diminution du sex-ratio en 2000, particulièrement dans les tranches d'âge les plus jeunes. 27% des femmes déclarant un sida sont d'origine sub-saharienne ; la moitié d'entre elles ont entre 15 et 34 ans (contre 33% pour les femmes françaises). 90 % d'entre elles sont contaminées par relation hétérosexuelle (contre 63% pour les femmes françaises dont 26% sont contaminées par usage de drogues).

- Selon la nationalité des personnes :

Parmi les 3442 cas de sida diagnostiqués en 1999 et 2000, dont 875 femmes et 2566 hommes, la nationalité est étrangère dans moins de 3 cas sur 10. Entre 1999 et 2000, le nombre de cas de sida a augmenté chez les femmes de nationalité d'un pays d'Afrique sub-saharienne, alors qu'il a diminué chez

les hommes et les femmes de nationalité française et chez les hommes de nationalité d'un pays d'Afrique sub-saharienne.

Tableau 3 : Répartition des nouveaux cas de sida (1999 et 2000) selon la nationalité (source BEH – données au 31 mars 2001)

	Nationalité			
	France	Afrique sub-saharienne	Afrique du Nord	Autres nationalités
Répartition des cas	72 %	15 %	4 %	9 %
Evolution 99/2000	- 7 % *	+ 13% **		

* dont femmes – 6% et hommes – 7,5 %

** dont femmes + 57 % et hommes – 14,5 %

2- Analyse des données sur 3 ans et demi (sida diagnostiqués entre 1998 et juin 2001) – source INVS :

2- 1- L'épidémie :

5875 cas ont été diagnostiqués entre janvier 1998 et juin 2001 chez des personnes domiciliées en France. L'analyse montre une répartition hétérogène au niveau des régions, tant en termes de prévalence que de taux annuels moyens d'incidence.

- En métropole, l'Ile de France (39% des cas) et PACA (11%) totalisent la moitié des cas diagnostiqués entre début 1998 et juin 2001. Les taux annuels moyens par million d'habitants, respectivement de 60 et 41, sont très largement au dessus de la moyenne métropolitaine (26,4).
- Les DOM, essentiellement Antilles et Guyane, représentent 8% du poids de l'épidémie nationale avec un taux annuel moyen par million d'habitants de 831 (Source BEH données au 31 mars 2001 - 353,4 pour la Guyane, 115,7 pour la Guadeloupe et 68,7 pour la Martinique).
- 20% des cas de sida sont répartis dans 4 autres régions, avec des taux annuels moyens d'incidence allant de 21,3 à 31 par million d'habitants : Languedoc Roussillon (31), Aquitaine (26), Rhône Alpes (21), Midi Pyrénées (21).
- Le taux d'incidence annuel par million d'habitants des autres régions s'échelonne entre 17 en Corse et dans le Limousin et 7 en Lorraine.

La répartition des populations exposées sur le territoire et l'histoire de l'épidémie parmi ces populations se traduisent par une répartition hétérogène selon les modes de contamination.

2-2- Les cas de transmission par usage de drogue :

En regroupant ces trois années et demi, les cas chez les usagers de drogue se répartissent :

- pour moitié en Ile de France (39% des cas) et PACA (22% des cas) avec des taux moyens annuels d'incidence respectivement de 10 et 14 par million d'habitants (pour un taux moyen national de 5),
- pour un quart des cas entre 5 régions, mais avec des taux annuels moyens d'incidence allant de 7 à 2,4 par million d'habitants : Aquitaine (7), Languedoc Roussillon (5,5), Midi Pyrénées (3), Nord Pas de Calais (3), Rhône Alpes (2,5).

2-3- La transmission hétérosexuelle :

Les 2391 cas de sida ayant été contaminés par rapports hétérosexuels correspondent à 41 % de la totalité des cas diagnostiqués entre janvier 1998 et juin 2001.

58% (1390) des personnes sont de nationalité française, 27% (641) d'un pays d'Afrique sub-saharienne, 15% (360) d'autres nationalités.

La contamination hétérosexuelle est fortement concentrée en Ile de France (43% des cas), dans les DOM (14%) et en PACA (8%), qui groupent donc 65% du total de l'épidémie hétérosexuelle.

Cette distribution est très différente si on considère le groupe des hétérosexuels d'une part selon sa nationalité (français, d'un pays d'Afrique sub-saharienne et étrangers d'autres nationalités) et d'autre part si on distingue métropole et DOM.

- Dans les DOM, les étrangers représentent 46% des cas de sida liés à des rapports hétérosexuels. Le taux moyen annuel d'incidence par million d'habitants (59 pour l'ensemble des cas hétérosexuels) apparaît particulièrement préoccupant.
- En métropole, 59% des cas hétérosexuels sont de nationalité française, 31% d'Afrique sub-saharienne et 10,% de pays autres. Le taux moyen annuel d'incidence y est de 10 par million d'habitants pour l'ensemble des cas hétérosexuels
 - . Les malades de nationalité étrangère sont concentrés en Ile de France (76% des patients de métropole originaires d'Afrique sub-saharienne et 76% des patients originaires d'un autre pays y sont domiciliés).
 - . Les malades de nationalité française sont plus répartis sur le territoire métropolitain. Les taux moyens annuels d'incidence varient fortement d'une région à l'autre, soit :
 - 32% en Ile de France (taux de 10,1) et 13% en PACA (taux de 9,7)
 - 9% en Rhône Alpes (taux de 5,2), 5% en Languedoc Roussillon (taux de 7,4) et en Midi Pyrénées (taux de 6,4)
 - 4% en Aquitaine (taux de 5,2), en Bretagne (taux de 4,2) et en Nord Pas de calais (taux de 3,8)
 - Les cas restants (25%) se répartissent entre les autres régions.

Au total, sur l'ensemble du territoire (métropole et DOM) le groupe des cas hétérosexuels comporte une proportion importante de malades étrangers : plus de 40 % et notamment 27% de malades de nationalité d'un pays d'Afrique sub-saharienne.

En France métropolitaine, les cas de malades étrangers sont fortement concentrés en Ile de France (76 %) : 76% des personnes d'un pays d'Afrique sub-saharienne et 76% des personnes étrangères originaires d'un autre pays. L'évolution chez les femmes d'Afrique sub-saharienne est particulièrement préoccupante. L'INVS est en train d'investiguer ces données épidémiologiques avec précision.

Malgré une sur-représentation de l'Ile de France (32 %), et de PACA (13%), les patients de nationalité française se distribuent de façon plus régulière sur le territoire ; le risque appréhendé par le rapport entre les cas diagnostiqués et la population totale varie cependant encore fortement d'une région à l'autre.

Dans les DOM, le nombre de cas hétérosexuels de nationalité française rapporté à la population totale est 5 fois plus élevé qu'en métropole, et 3 fois plus élevé qu'en Ile de France : respectivement 32 ; 6 et 10 par million d'habitants.

2-4- Les cas homosexuels et bisexuels :

Compte tenu de l'histoire de l'épidémie et de l'efficacité des traitements antirétroviraux, on continue à observer chez les hommes homosexuels une stabilisation des déclarations de cas de sida qui sont le seul outil de surveillance de l'infection VIH à l'heure actuelle.

La répartition géographique des cas de sida diagnostiqués entre janvier 1998 et juin 2001 :

- Plus de la moitié sont domiciliés dans trois régions : Ile de France (36%), Rhône Alpes (10%) et PACA (10%), avec des taux annuels moyen d'incidence respectivement de 16 ; 9 et 11 par million d'habitants.
- 15% sont en Languedoc-Roussillon, Aquitaine et Midi-Pyrénées (5% dans chaque région), avec des taux annuels moyen d'incidence respectivement de 12 ; 9 et 9 par million d'habitants.
- 30% des cas restants se distribuent sur l'ensemble du territoire, avec des taux annuels variant de 3 à 8 par millions d'habitants (taux moyen métropole et DOM de 8).

Toutefois, en France, comme dans d'autres pays européens, aux Etats-Unis ou en Australie, les données récentes sur le VIH, les MST et les comportements sexuels et préventifs témoignent d'une dégradation de la situation épidémiologique et préventive qui laisse craindre un renversement de la tendance épidémiologique pour l'infection VIH.

- En 1998, s'est amorcée une recrudescence des gonococcies à Paris qui s'est ensuite diffusée en Province à un rythme moins soutenu. Les caractéristiques des patients et les localisations indiquent une contribution importante des homosexuels masculins à cette inversion de tendance.

- Depuis 1998, on a observé, particulièrement à Paris, une résurgence de la syphilis qui semble s'accroître en 2001 (28 cas sur l'année 2000, 33 sur 5 mois en 2001). Les cas sont presque exclusivement masculins (77/78), plus de la moitié des hommes sont infectés par le VIH (41/78).
- Les déclarations de survenue d'une MST dans l'année sont en augmentation parmi les participants à l'enquête presse gay en 2000 : 13 % en 1997, 15,8 % en 2000.
- Dans l'enquête réalisée auprès des lecteurs de la presse gay, le style de vie marqué par la multiplication des partenaires, la fréquentation des lieux de drague s'accompagne de l'augmentation des relations non protégées, rapports oro-génitaux ou pénétrations anales, avec les partenaires stables et avec les partenaires de rencontre. Mesurée par la proportion d'hommes ayant eu des rapports anaux non protégés avec un partenaire occasionnel, cette dégradation des pratiques préventives est particulièrement nette :
 - chez les hommes séropositifs 25% ont eu plus de 2 pénétrations anales non protégées dans l'année avec un partenaire occasionnel en 2000 vs. 15 % en 1997 : cet indicateur était de 9 en 2000 et 5% en 1997 chez les hommes séronégatifs),
 - chez les jeunes de moins de 25 ans : l'indicateur passe de 18% à 31 % en Ile de France vs. 17% à 22 % dans les autres régions.

3- Le taux de séropositivité dans les CDAG

- Proportion de diagnostics positifs – source INVS – bilan 1999 des CDAG

En 1998 et 1999, l'analyse des données a montré une augmentation des diagnostics positifs en Ile de France.

DFA	Ile de France	PACA	Midi Pyrénées Languedoc Roussillon	Alsace, Aquitaine, Auvergne, Bretagne, Nord
1,03%	0,74%	0,42%	0,33 – 0,32%	0,30 - 0,29%

Ce taux s'échelonne dans les autres régions entre 0,25 dans les pays de Loire et 0,05 en Picardie.

- En 2000, l'analyse ne peut encore être fournie pour la France entière mais indique à Paris une inversion de tendance : après une décroissance régulière de la proportion de tests positifs depuis plusieurs années (0,92% en 1995 ; 0,85% en 1996 ; 0,79% en 1997 ; 0,74% en 1998) cette proportion augmente (0,85% en 1999 et 0,93% en 2000).

Le taux de séropositivité augmente quel que soit le sexe, passant chez les hommes de 0,97% en 1998 à 1,07 en 2000 et chez les femmes de 0,42% en 1998 à 0,72% en 2000. L'augmentation concerne essentiellement les femmes de 20 à 49 ans et les hommes de 30 à 49 ans.

En conclusion

Ces données épidémiologiques conduisent à donner une priorité majeure :

- à l'action préventive dans les DOM, particulièrement Antilles-Guyane
- à l'action en direction des populations étrangères en Ile de France
- à l'action en direction des hommes homosexuels afin d'enrayer le risque d'une reprise épidémique de l'infection VIH
- et à maintenir un dispositif préventif très solide en direction des usagers de drogue et de la population générale, tenant compte des rapports sociaux de genre.

Six régions, Ile de France, PACA, Languedoc Roussillon, Aquitaine, Rhône Alpes et Midi Pyrénées sont concernées en premier lieu par ces programmations concernant les usagers de drogue, les homosexuels et la contamination hétérosexuelle.

Il appartient aux autres régions d'identifier les dynamiques particulières de l'épidémie sur leur territoire afin d'en tenir compte pour le maintien, la consolidation ou la réorientation des actions de prévention.