

**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST
2005-2008**

SOMMAIRE

Préambule

Principaux constats à partir du bilan du plan 2001-2004

Contexte actuel pour un nouveau plan

- 1- données épidémiologiques sur le VIH/sida en France
- 2- données épidémiologiques sur les IST
- 3- évolutions de la prise en charge globale des personnes porteuses du VIH
- 4- évolutions du contexte législatif
- 5- recherche
- 6- constats internationaux

LE PROGRAMME 2005-2008

- A- Un programme qui intègre la lutte contre les IST
- B- Un programme qui s'inscrit en complémentarité avec d'autres programmes ou plans spécifiques
- C- Les principaux axes
- D- Les principes et valeurs
- E- Les objectifs généraux de santé publique
- F- Les indicateurs généraux de santé publique

PREVENTION

I.1. Contexte

I.2. Axes stratégiques

I.3. Objectifs

I.3.1 Réduire l'incidence du VIH et des IST dans les populations et territoires prioritaires

I.3.1.1 Contexte

I.3.1.2 Axes stratégiques

I.3.1.3 Mesures spécifiques

I.3.1.3.1 Mettre en œuvre des programmes spécifiques VIH dans les régions prioritaires

I.3.1.3.2 Promouvoir la lutte contre le VIH/sida en direction des migrants/étrangers

I.3.1.3.3 Renforcer la lutte contre le VIH/sida en direction des homosexuels

I.3.1.3.4 Développer la prévention en direction des personnes séropositives

I.3.1.3.5 Adapter la prévention de la transmission sexuelle pour d'autres groupes de populations dans des situations de vulnérabilité spécifique :

les personnes prostituées

les usagers de drogues

les personnes détenues

les personnes transsexuelles

I.3.2 Maintenir une faible incidence du VIH en population générale et lutter contre les chamydiae, l'herpes et le HPV

- I.3.2.1 Constats
- I.3.2.2 Axes stratégiques
- I.3.2.3 Mesures spécifiques
 - 1.3.2.3.1 Soutenir les programmes de prévention vis à vis du VIH et des IST en direction des jeunes
 - 1.3.2.3.2 Poursuivre les programmes de prévention du VIH et des IST en direction de la population générale

DEPISTAGE

II.1 Contexte

II.2 Axes stratégiques

II.3 Objectifs

II.3.1 réduire le retard au dépistage du VIH

- II.3.1.1 Axes stratégiques
- II.3.1.2 Mesures spécifiques
 - II.3.1.2.1 inciter les personnes appartenant aux populations prioritaires au dépistage précoce du VIH

II.3.2 inciter au dépistage des IST

- II.3.2.1 Axes stratégiques
- II.3.2.2 Mesures spécifiques
 - II.3.2.2.1 mettre en place un dispositif de dépistage du VIH et des IST anonyme et gratuit sur l'ensemble du territoire
 - II.3.2.2.2 intégrer des modules sur la consultation de dépistage du VIH et des IST dans la formation permanente professionnelle
 - II.3.2.3.3 diminuer l'incidence de la syphilis chez les homosexuels et éviter une diffusion plus large
 - II.3.2.3.4 diminuer l'incidence de la gonococcie dans les populations à risques et prévenir ses complications
 - II.3.2.3.5 réduire le retard au dépistage de l'hépatite B et proposer systématiquement le vaccin pour les personnes des groupes prioritaires
 - II.3.2.3.6 proposer un dépistage systématique des chlamydiae chez les femmes sexuellement active de moins de 25 ans et des hommes de moins de 30 ans
 - II.3.2.3.7 proposer un dépistage systématique de l'HPV chez les femmes de 25 à 68 ans
 - II.3.2.3.8 améliorer le dépistage de l'herpès génital (HSVI, HSV2)

SUIVI ET PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

III.1 Contexte

III.2 Axes stratégiques

III.3 Objectif

III.3.1 Réduire l'incidence du sida de 20% en 5 ans et la mortalité liée au sida (objectif 36)

- III.3.1.1 Contexte
- III.3.1.2 Axes stratégiques

III.3.2 Mesures spécifiques

- III.3.2.1 Faciliter la prise en charge précoce
- III.3.2.2 Harmoniser les dispositifs et les modalités de prise en charge sur l'ensemble du territoire
- III.3.2.3 Améliorer la qualité de la prise en charge
- III.3.2.4 Lutter contre l'échec thérapeutique et les résistances

SOUTIEN, ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ATTEINTES ET LUTTE CONTRE LES DISCRIMINATIONS
--

IV.1 Contexte

IV.2 Axes stratégiques

IV.3. Objectifs

IV.3.1 améliorer la qualité de vie des personnes atteintes

- IV.3.1.1 soutenir les actions mises en œuvre par les associations
- IV.3.1.2 accompagner les personnes dès l'annonce de la séropositivité
- IV.3.1.3 faciliter l'accès à l'ensemble des droits sociaux et assurer l'accès aux prestations liés au handicap
- IV.3.1.4 garantir à toute personne atteinte l'accès à un hébergement adapté et si besoin, une aide à la vie quotidienne
- IV.3.1.5 favoriser le maintien dans l'emploi et l'insertion professionnelle
- IV.3.1.6 prendre en compte la dimension familiale dans l'accompagnement des personnes séropositives

IV.3.2 lutter contre les discriminations

- IV.3.2.1 garantir les droits des personnes atteintes
- IV.3.2.2 lutter contre la stigmatisation

MISE EN ŒUVRE ET PILOTAGE

V.1 Principes

V.2 Pilotage institutionnel

V.3 Des moyens maintenus mais à réorienter

V.4 Bâtir un dispositif d'évaluation

Préambule

Le plan national de lutte contre le VIH/sida décidé en 2001 arrivant à terme, les orientations pour les années à venir s'appuient sur les évolutions épidémiologiques et scientifiques et sur le bilan de l'action publique menée en application du plan 2001-2004. Les orientations stratégiques élaborées avec la contribution des patients, des associations, des professionnels sanitaires et sociaux, des administrations constituent le cadre de référence pour la mise en œuvre au niveau national et local nécessitant l'implication et la mobilisation de tous les acteurs concernés. La lutte contre le VIH/sida reconnue « grande cause nationale 2005 » par le Premier Ministre et inscrite dans la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 est une priorité de santé publique. Le champ du programme est élargi par rapport au précédent. En effet, dans un objectif de cohérence, les orientations en matière d'infections sexuellement transmissibles sont intégrées dans un programme unique VIH/sida et IST pour la période 2005-2008.

10 Principaux constats à partir du bilan du plan 2001-2004

- 1- Le système de surveillance épidémiologique du VIH (Déclaration obligatoire de la séropositivité au VIH) est opérationnel depuis mars 2003 et, avec sa composante de surveillance virologique, permet de mieux apprécier la dynamique de l'épidémie.
- 2- Le niveau des moyens financiers mobilisés est élevé et a augmenté sur la période 2001-2004. Les évolutions et la diminution apparente des crédits de l'Etat résultent de mouvements entre administration centrale et services déconcentrés ainsi que des transferts intervenus en direction de l'assurance maladie (ACT, CDAG) ou de l'INPES (dont le financement de la téléphonie VIH/sida).

	En millions d'euros	2001	2002	2003	2004
ETAT	DGS crédits centraux VIH, stéribox vih/vhc hors cfes /inpes	11,7	12,5	5,3	6,2
	Crédits déconcentrés y compris RDR mais hors ACT	46,4	45,1	46	46
CFES/INPES	(Etat +assurance maladie)	9,6	15,7	24,8	23,3
Assurance maladie	ACT		12,5	14,5	16,
	Dépistage CDAG	24	24	24	24
	FNPEIS thématique	1,1	1,4	1,7	Nc
	FNPEIS Sida Info Service	0,9	0,9	0,9	0,9
	Tests génotypiques	3,8	3,8	3,8	3,8
	Assistance médicale à la procréation			1,2	1,2
	Antirétroviraux		473	473	473
	Prise en charge hospitalière		461	461	461
ANRS	Dépenses constatées	42,2	40,8	34,9	44,9

- 3 - La communication, l'élaboration et la diffusion d'outils assurées dans le passé par le CFES est désormais en charge de l'INPES, qui assure aussi le pilotage de Sida Info Service comme de la plupart des autres lignes de téléphonie sociale du champ santé. Entre 2002 et mars 2004, plus de 20 millions de documents (brochures, cassettes, CD...) ont été

diffusés et 10 millions de préservatifs masculins et 1.2 million de préservatifs féminins distribués gratuitement. Chaque année, une à deux campagnes télévisées ont été réalisées qui ont rendu visibles les migrants et les homosexuels, soutenant des campagnes spécifiques à ces publics. Dans les Départements Français d'Amérique, des campagnes spécifiques ont été développées depuis 2002.

- 4- Le partenariat avec l'Education nationale a été formalisé dans un contrat cadre intégrant l'éducation à la sexualité et la prévention du VIH et des IST. A la fin de l'année 2001, le bilan réalisé par l'Education nationale faisait état de la présence de 204 formateurs de formateurs dans 16 académies et de la mise en place dans toutes les académies de formations de personnels. Dans 53% des collèges, des séquences d'éducation à la sexualité avaient été organisées auprès des élèves.

Le ministère de l'Agriculture a également mis en place des formations en éducation à la santé et à la sexualité pour les professionnels des établissements scolaires agricoles. Par ailleurs, des modules spécifiques de 40 heures par an ont été inscrits de façon pérenne dans le cursus des élèves de 4^{ème} et 3^{ème} professionnelles et un module général d'éducation à la santé et à la sexualité est organisé depuis 2002 en 1^{ère} et en terminale professionnelles et technologiques.

D'autres actions sont également menées : des ateliers d'écriture sur la prévention du sida ont impliqué 600 élèves dans 24 régions et des cafés-philos ont été organisés dans 22 sites sur 20 régions. Un court-métrage « paroles d'ados » est diffusé depuis 2001 (1000 cassettes). Les actions ont été renforcées en 2003 en milieu scolaire agricole au travers du réseau RESEDA (réseau d'éducation pour la santé, l'écoute et le développement de l'adolescent). A travers ce réseau, un appel à projets sur le thème « Education à la sexualité » a été lancé et a conduit au soutien financier de 20 projets élaborés par les jeunes. Cependant, la lisibilité en terme de développement des programmes et des actions effectivement conduites en milieu scolaire reste limitée.

- 5- Les actions de proximité en matière de prévention et de soutien aux personnes atteintes reposent largement sur les associations. Elles sont nombreuses avec une légère diminution du nombre d'actions financées par les services déconcentrés (1855 en 2003). L'essentiel des moyens financiers est consacré aux dispositifs pour les personnes atteintes (soutien, accompagnement, hébergement, aide à domicile) et aux actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues. Dans cette population, la très forte réduction de l'incidence du VIH ne s'est pas accompagnée d'une baisse de celle du VHC, ce qui justifie de poursuivre la politique de réduction des risques dans ses diverses composantes, d'information et d'aide sociale aux usagers, d'accès au matériel d'injection, parallèlement à l'amélioration de l'offre de soins, notamment des traitements de substitution. Ces orientations et ces actions sont désormais intégrées et développées sur l'ensemble du territoire, y compris en milieu carcéral. La capacité du dispositif d'hébergement en ACT a augmenté de 30%. Menées sur l'ensemble du territoire, les actions de proximité sont accentuées dans les régions prioritaires. Toutefois le développement d'actions spécifiques et le redéploiement des moyens au profit des populations prioritaires restent à accroître, en particulier en direction des homosexuels et des migrants. Les actions d'éducation thérapeutique pour les personnes séropositives sont insuffisamment structurées et peu visibles. Les actions d'insertion professionnelle et de lutte contre les discriminations restent ponctuelles, en dehors de l'avancée sur le dispositif assurantiel.

- 6- Le dépistage anonyme et gratuit du VIH/sida et des hépatites est organisé dans chaque département mais les objectifs en matière d'incitation au dépistage et de formation des professionnels au counselling n'ont pas été atteints.
- 7- Les recommandations thérapeutiques pour s'adapter aux nouvelles évolutions de la pathologie ont été actualisées à deux reprises (rapports d'experts sous la direction du Pr Delfraissy en 2002 et 2004). De nouveaux outils de surveillance de l'état clinique des patients ont été mis en œuvre. L'accès à différentes techniques permettant de pallier les effets secondaires des traitements s'est développé. L'organisation de l'accès au traitement préventif post exposition a été améliorée et ses indications réactualisées.
- 8- Le plan 2001-2004 abordait peu l'organisation hospitalière et la mobilisation des ressources et des compétences au profit de la prise en charge des personnes atteintes.
- 9- Le dispositif de coordination et d'animation de la recherche française a été conforté par le renouvellement du GIP ANRS pour la période 2004-2009. On ne dispose pas, pour la rédaction de ces orientations, de résultats des nouvelles enquêtes sur les comportements sexuels et préventifs en population générale que ce soit en métropole, dans les DFA ou sur les groupes prioritaires en dehors des données sur les usagers de drogues (enquête de faisabilité de l'étude Coquelicot) ou les hommes fréquentant les lieux de sexe gay (Enquête Presse Gay et Baromètre Gay de l'InVS). Les premiers résultats de l'enquête VESPA décrivent les grands traits de la situation sociale des personnes atteintes.
- 10- Il faut enfin noter des difficultés structurelles pour un pilotage global associant la DGS, les services déconcentrés et les différentes agences (INPES, InVS, ANRS, CNS) et les associations : l'instance de suivi et d'évaluation de la politique n'a pas été mise en place et aucun outil nouveau n'a pu être développé (systèmes d'information, référentiels).

Le contexte actuel pour un nouveau programme

- 1- données épidémiologiques sur le VIH/sida en France
 - 2- données épidémiologiques sur les IST
 - 3- évolutions de la prise en charge globale des personnes porteuses du VIH
 - 4- évolutions du contexte législatif
 - 5- recherche
 - 6- constats internationaux
-

L'épidémie de sida reste en extension importante au plan mondial : on estime à 4,8 millions le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH en 2003 soit plus que pour chacune des années précédentes. 37,8 millions environ de personnes vivent avec le VIH (34,6 à 42,3 millions). Le virus a tué plus de 20 millions de personnes depuis l'identification des premiers cas de sida en 1981 et près de 3 millions pour la seule année 2003.

Au sein de l'Europe de l'Ouest plus de 500.000 personnes vivent avec le VIH. Beaucoup de personnes infectées ignorent leur contamination, notamment parmi les hétérosexuels. En terme d'incidence du sida, la France se caractérise par une situation intermédiaire dans les pays de l'Europe de l'Ouest, entre d'un côté la Grande Bretagne et l'Allemagne qui ont une incidence plus faible, de l'autre l'Italie et l'Espagne où l'incidence est plus élevée. En raison de la fin de la montée en charge du dispositif de surveillance d'infection à VIH, les données permettent de mieux appréhender l'évolution de la dynamique épidémique et de la comparer à celle des pays voisins.

1- Données épidémiologiques sur le VIH/Sida en France (au 31 mars 2004)

- En 2003, 1420 cas de sida ont été diagnostiqués (données redressées) soit 23,6/mil. hab. La baisse des cas de sida se poursuit, mais cette évolution est différente selon les modes de transmission et le sexe : le nombre de cas de transmission hétérosexuelle augmente régulièrement et représente plus de 50% de l'ensemble des cas depuis 2002.
- La surveillance des nouveaux diagnostics d'infection à VIH soit 3349 déclarations à l'INVS au 31 mars 2004 indique une épidémie encore active. Le nombre de séropositivités découvertes en 2003 est estimé à environ 6000, en tenant compte d'une sous déclaration de l'ordre de 35%. Parmi celles-ci, 32% sont des infections récentes, de moins de 6 mois.
- La prévalence de l'infection à VIH est estimée fin 2003 à 97 000 (avec un intervalle de confiance de 61 000 à 176 000)
- Les rapports hétérosexuels représentent le premier mode de contamination (51% des nouveaux cas Sida et 57% des nouveaux cas VIH) et les étrangers représentent une part importante de ces cas (61% pour les nouveaux cas de VIH diagnostiqués en 2003 et au 1^{er} trimestre 2004 et 57% pour les cas de sida diagnostiqués en 2003).
- La proportion de femmes est élevée dans la population nouvellement dépistée pour le VIH : 43% des nouveaux diagnostics VIH déclarés à l'INVS en 2003 dont une grande part de femmes de nationalité d'un pays d'Afrique sub-saharienne.
- La transmission se poursuit à un niveau élevé chez les hommes ayant des relations homosexuelles : 21% des nouveaux diagnostics de séropositivité dont plus de la moitié d'infections de moins de 6 mois.
- La faible proportion d'usagers de drogues parmi les nouveaux cas de VIH (2%) confirme l'efficacité de la stratégie de réduction des risques.

- Le dépistage tardif persiste (47% des diagnostics de sida en 2003 concernent des personnes qui ne connaissaient pas leur séropositivité), avec des variations importantes selon le groupe de transmission, le sexe et la nationalité.
- La moitié des patients chez qui est posée une indication de traitement antirétroviral est vue à un stade avancé de l'infection (stade sida ou CD4 inférieur à 200/ml).
- Le risque de décès chez les patients pris en charge tardivement (stade sida ou CD4 < 200/ml) est 16 fois supérieur dans les six premiers mois à celui des patients pris en charge précocement.
- Les disparités régionales restent majeures avec une concentration dans 6 régions et une part dominante de l'Île de France (48% des nouveaux cas VIH diagnostiqués en 2003) et une incidence maximale dans les DFA (8% des nouveaux diagnostics), et particulièrement en Guyane.

2- Données épidémiologiques sur les IST (hors VIH/sida)

Les évolutions des différentes IST indiquent des tendances variables selon les infections et selon les groupes de population.

- Depuis 2000, chez les homosexuels est réapparue une épidémie active de syphilis, plus récemment ont été identifiés des cas de lymphogranulomatose vénérienne confirmant la persistance voire l'aggravation des comportements sexuels à risque.
- L'enquête réalisée par l'InVS en 2002-2003 sur les hépatites B et C en population générale révèle une prévalence de l'infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB) de 0,7%, très supérieure à celle estimée jusque là, nettement plus élevée chez les hommes (1,19%) que chez les femmes (0,16%), chez les personnes bénéficiant de la CMUc (2,65% versus 0,76%) et variant selon les régions (0,16% en région ouest à 1,20% en nord-est. La prévalence d'un antécédent d'infection est de 8,2% au plan national.
- Les premières données de la surveillance de l'hépatite B **aiguë** (maladie à déclaration obligatoire depuis 2003) montrent que la transmission sexuelle représente près de 40% des nouveaux cas d'infection par le VHB et que la prévention de la transmission mère-enfant n'est pas systématiquement réalisée.
- En 2003, une résurgence des infections à gonocoques affectant les deux sexes est observée dans l'ensemble des régions.
- Le taux de positivité des infections à Chlamydiae est élevé chez les jeunes pris en charge dans les lieux de consultation des IST : Ce taux est particulièrement élevé chez les femmes de moins de 25 ans et chez les hommes quel que soit l'âge (10%).

3- Evolution de la prise en charge globale des personnes porteuses du VIH

Les diverses facettes de l'évolution vers une maladie chronique de l'infection par le VIH se marquent au niveau démographique, social et thérapeutique.

- Les nouveaux diagnostics illustrent une lente féminisation de la population des personnes atteintes. Les diagnostics plus tardifs et la remarquable efficacité des traitements se marquent par une concentration des cas dans la tranche d'âge 30-49 ans qui représentent 75 % des cas suivis à l'hôpital.
- La prévalence accrue dans des groupes socialement défavorisés et le poids de la maladie se traduisent par une situation sociale des personnes atteintes moins bonne que celle de la population générale, notamment en termes d'emploi et de ressources.

- La prise en charge médicale des personnes atteintes est compliquée par les effets secondaires des traitements antirétroviraux et dans les cas de co-infections avec les virus des hépatites. La prévention et la prise en compte des résistances sont un enjeu majeur pour les stratégies thérapeutiques et les actions en faveur de l'amélioration de l'observance.
- Une prise en charge sur le long terme, avec une qualité de vie améliorée chez des adultes jeunes doit également envisager la prévention de la transmission sexuelle de l'infection.
- Les traitements préventifs de la transmission materno-fœtale ont quasiment fait disparaître les cas chez les nouveau-nés (l'estimation actuelle serait de 10 à 20 cas de contaminations par an en France). L'accessibilité à ces traitements visant à réduire le risque de transmission materno-fœtale doit être maintenue dans le contexte de féminisation de l'épidémie concernant de plus des femmes ayant une fécondité élevée.

4- Evolution du contexte législatif

La loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades et la qualité du système de santé a pour ambition de donner une réponse politique au problème relatif à la place et au rôle à conférer à l'utilisateur au sein du système de santé. Cette loi contient des dispositions portant non seulement sur les droits individuels des malades mais aussi sur la participation collective des usagers aux diverses instances de régulation du système sanitaire. Il s'agit d'assurer la mise en œuvre effective de la « démocratie sanitaire », en créant les conditions d'une participation plus active des citoyens aux grands choix de santé.

Ces principes sont repris dans la loi de santé publique du 9 août 2004 qui définit une nouvelle organisation pour la définition des politiques de santé publique, leur programmation et leur mise en œuvre au niveau régional. Dans le cadre du plan régional de santé publique (PRSP), les régions ont une latitude accrue pour fixer les priorités eu égard aux objectifs nationaux et les moyens à mettre en œuvre pour les traduire en programmes d'action. La loi fixe des objectifs quantifiés pour l'amélioration des indicateurs de santé à cinq ans en application de la politique nationale de santé.

Dans le champ des IST, la recentralisation des compétences en matière de lutte contre les IST a été décidée par l'article 71 de la loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. L'Etat a désormais la responsabilité de la politique de lutte contre les IST afin d'en assurer la cohérence avec la politique de lutte contre le VIH et de remédier aux inégalités de prévention, de dépistage et de prise en charge de ces infections sur le territoire.

L'évolution du dispositif d'AME complique l'accès aux soins précoces des étrangers sans titre de séjour et affecte particulièrement le champ du VIH, le diagnostic d'infection VIH étant souvent posé dans la période qui suit l'entrée sur le territoire. Enfin, il faut signaler l'évolution de l'ordonnance du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France qui institue le recours possible à une commission médicale régionale pour bénéficier d'un titre de séjour pour soins.

5- Recherche

Créée en 1992, l'ANRS anime, coordonne et finance en France les recherches sur le sida et depuis 2002, les hépatites virales à travers le GIP. Elle travaille avec les ministères chargés de la recherche, de la santé et des affaires étrangères ainsi que l'INSERM, le CNRS, l'institut Pasteur et l'IRD.

Le GIP ANRS a vu ses compétences étendues à l'ensemble de la recherche sur les hépatites lors de son renouvellement, intervenu depuis le 1^{er} janvier 2004. Un schéma de programmation scientifique et d'évolution des moyens de l'ANRS pour la période 2004-2006 a été approuvé qui permet de disposer d'un cadrage sur les orientations de cette agence pour les années 2004-2006. Ses moyens sont fixés à hauteur de 44 millions d'euros pour 2006 et ses priorités clairement établies. En matière de recherche sur le VIH, ses priorités se traduisent par une répartition des moyens évoluant de la façon suivante :

- Recherche fondamentale passant de 16 % en 2004 à 20 % en 2006,
- Recherche vaccinale avec un niveau stable de 9 %,
- Recherche clinique et thérapeutique sur le VIH qui représentera 31% des subventions versées en 2006 contre 35 % en 2004,
- Recherche en santé publique, sciences de l'homme et de la société qui regroupera les - recherches menées dans ces domaines sur le VIH et les hépatites soit 3,5% en 2006 contre 3% en 2004.

6- Constats internationaux

Vingt ans après son émergence, la pandémie de sida continue de se propager dans des proportions qui dépassent les pires prévisions initiales. On estime à 4,8 millions le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH en 2003 soit plus que pour chacune des années précédentes. 37,8 millions environ de personnes vivent avec le VIH (34,6 à 42,3 millions) et Onusida estime à 68 millions le nombre de personnes qui mourront du sida dans les 45 pays les plus touchés dans les 20 prochaines années. L'épidémie frappe de façon disproportionnée l'Afrique, la population féminine et les enfants. Ainsi 12 millions d'enfants africains sont orphelins à cause du sida.

La France participe activement à la nouvelle dynamique de lutte contre le sida :

❖ *Au niveau mondial*

- en s'impliquant dans la mobilisation internationale via la déclaration de l'OMS de septembre 2003 sur l'urgence sanitaire mondiale que représente l'accès aux traitements et qui a débouché sur l'objectif des « 3 by 5 » (3 millions de personnes sous traitement ARV en 2005) ;
- en ayant soutenu la création du fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme dont elle est le 2^{eme} contributeur annuel avec 150 millions d'euros en 2004 ;
- en transposant les accords OMC-médicaments du 30 Août 2003 ; L'objectif de l'accord de l'OMC du 30 Août 2003 est d'assouplir le dispositif et de permettre la fabrication de médicaments génériques pour les exporter vers les pays pauvres qui ne disposent pas de capacités de production pharmaceutique et qui sont confrontés à de graves problèmes de santé publique, et en premier lieu l'épidémie de sida en Afrique. La France a l'intention de

transposer dans les meilleurs délais cet accord dans son droit national, conformément à son engagement en faveur de l'accès aux médicaments dans les pays du Sud, et en particulier aux anti-rétroviraux. La France souhaite également que le projet de transposition présenté par la Commission européenne puisse être adopté par les 25 le plus tôt possible en 2005. La transposition concerne bien entendu les entreprises soumises à la loi française, c'est à dire de droit français (y compris les filiales de groupes étrangers). Ces dispositions permettent donc de délivrer des licences obligatoires spéciales pour tous les médicaments, y compris des anti-rétroviraux, mais d'autres produits peuvent être concernées (antibiotiques, antipaludéens, kits de diagnostics..) ;

- en soutenant les actions en faveur de la qualité des médicaments distribués dans les pays du Sud. Le moindre coût des génériques ne doit pas amener à transiger sur leur qualité. Le programme de pré-qualification de l'OMS est un élément essentiel qui vise justement à établir la qualité de ces médicaments utilisés pour traiter le sida, mais aussi le paludisme ou la tuberculose. Ce programme comporte aujourd'hui une centaine de spécialités dont 48 anti-rétroviraux dont une combinaison « trois en un ». Ce programme vise à identifier et à inscrire sur un liste de pré-qualification des médicaments de bonne qualité, produits par des fabricants respectant les bonnes pratiques de fabrication (BPF), et disposant le cas échéant d'études de bio-équivalence validées. Cette liste, correspondant à des besoins thérapeutiques reconnus dans les pays du sud est particulièrement importante pour les centrales d'achats publiques ou privées notamment en Afrique et permet de les faire accéder à des produits certifiés par l'OMS. La France est le premier contributeur à ce programme et va augmenter sa contribution à 2 millions d'euros en 2005 ;
- en développant un programme visant à renforcer les capacités de contrôle des médicaments en Afrique. Ce programme a été défini entre le Ministère des solidarités, de la santé et de la famille et le Ministère des affaires étrangères, l'Afssaps apportant son soutien et son expertise technique. Il vise à renforcer les laboratoires de contrôle des médicaments en Afrique. Le Fonds de Solidarité Prioritaire (FSP) sera doté à ce titre l'année prochaine de 2,5 millions d'euros pour l'Afrique sub-saharienne. Cette action est particulièrement importante pour améliorer la qualité et la sécurité de l'approvisionnement pharmaceutique. Ces actions seront développées dans le cadre d'une convention en cours de signature avec l'OMS.

❖ *Au niveau européen*

- *le programme européen de surveillance du VIH/sida en Europe (euroHIV) au sein de l'InVS*
 - la commission européenne a élaboré en concertation avec les Etats membres, des pays tiers, des représentants de la société civile et des entreprises, le fonds mondial, des agences des nations Unies, un Document de travail qui propose un cadre d'action concret qui s'est formalisé dans la Déclaration de Vilnius le 17 /09/2004 ;
 - réunis à l'initiative de la France, les ministres, ou leurs représentants, de six autres pays européens (Allemagne, Italie, Grande-Bretagne, Espagne, Suède, Pays-Bas) et un représentant de la Commission européenne ont signifié leur intention « d'agir en commun » afin d'avoir un poids suffisant "permettant le développement d'essais cliniques pour accélérer la découverte d'un vaccin contre le sida". Si un éventuel vaccin n'est pas escompté avant 2011 au plus tôt, l'enjeu pour l'Europe est de parvenir à financer des essais coûteux de « candidats-vaccins », alors que 40 millions de personnes dans le monde sont atteintes du sida ou contaminées par le virus.

L'environnement international justifie l'engagement de la France dans une politique d'aide et de coopération qui a mobilisé 57.21 millions d'euros entre 2001 et 2003. Cet engagement porté par le ministère des Affaires Etrangères et le ministère de la Santé se traduit notamment par la désignation d'un ambassadeur chargé de la lutte contre le sida et les maladies transmissibles, la mise en place d'une plate forme de coopération (CICID) et le programme de coopération Ensemble pour une coopération internationale en réseau (ESTHER) reposant sur un réseaux d'hôpitaux français qui permet un partage d'expertise et d'expérience entre hôpitaux français et structures de santé des pays en développement. Ce programme devrait voir ses moyens augmenter de 5 millions d'euros en 2005.

LE PROGRAMME 2005-2008

- A Un programme qui intègre la lutte contre les IST
 - B Un programme qui s'inscrit en complémentarité avec d'autres programmes ou plans spécifiques
 - C Les principaux axes
 - D Les principes et valeurs
 - E Les objectifs généraux de santé publique
 - F Les indicateurs généraux de santé publique
-

A. Un programme qui intègre la lutte contre les IST

En effet, pour la cohérence de l'action publique, il existe des arguments forts pour justifier ce rapprochement même si l'infection par le VIH et les autres IST diffèrent :

Des différences en termes de :

- Morbidité et mortalité : à la différence des IST, l'infection par le VIH est une maladie mortelle, stigmatisante, dont la guérison est actuellement hors de portée. Si les progrès en matière de traitement ont permis d'améliorer de manière hautement significative l'espérance de vie des personnes atteintes, il n'en demeure pas moins que les effets indésirables des traitements, la non éradication virale, les discriminations que vivent les personnes touchées ou leurs proches ont des conséquences psychologiques, sociales, professionnelles et familiales très importantes et retentissent nettement sur la qualité de vie.
- Représentations : compte tenu des différences de pronostic fonctionnel et vital et des possibilités thérapeutiques (des traitements simples et efficaces existent pour les IST), les représentations sociales des IST dans la population sont différentes de celles du VIH. Elles sont souvent mal connues dans leur expression clinique, leurs conséquences et leur prise en charge.
- Conséquences et coût et en termes de santé publique : la survenue d'une IST expose, en fonction de l'agent responsable, à l'infertilité masculine et féminine, aux GEU en ce qui concerne les infections à chlamydiae, au cancer invasif du col utérin pour le HPV, aux complications neurologiques en ce qui concerne la syphilis. Les possibilités thérapeutiques sont nombreuses et permettent la guérison. Par contre, les séquelles en particulier les infertilités féminines par obstruction tubaire nécessitent le plus souvent lors d'un désir de grossesse le recours à des méthodes de procréation médicalement assistée (PMA).
- Populations cibles : alors que certaines IST concernent la population générale sexuellement active, le VIH, la syphilis et les gonococcies concernent des populations plus restreintes avec des risques élevés.

Les arguments pour intégrer les IST dans le programme de lutte contre le VIH/Sida :

- Le virus VIH et les IST se transmettent principalement par voie sexuelle. La transmission sanguine du VIH est aujourd'hui très limitée compte tenu de la sécurité des produits sanguins et de la réduction drastique des nouvelles transmissions entre usagers de drogue.
- Certaines IST favorisent la transmission du virus VIH, notamment l'herpès et la syphilis primaire. Le virus VIH et certaines IST (syphilis, LGV et hépatites) ont une prévalence accrue chez les homosexuels masculins et nécessitent une stratégie globale prenant en compte l'ensemble des risques et comportements de ce groupe.

- L'utilisation du préservatif pour toute pratique sexuelle (y compris les rapports oro-génitaux) prévient la transmission du VIH et des IST, même si pour celles-ci, la transmission par d'autres contacts sexuels existe. Ainsi, les connaissances et les compétences pour instaurer des comportements préventifs dans les relations, recourir aux dépistages sont communes. Les deux volets sont donc complémentaires avec des modalités adaptées selon les populations.
- Le virus VIH et les IST nécessitent un diagnostic précoce dont l'une des conséquences est la réduction de la transmission. Le virus VIH et les IST sont des infections prises en charge par des acteurs de santé compétents dans ces deux champs.
- L'incidence de l'infection par le VIH et l'incidence des IST sont des indicateurs communs du comportement sexuel et de prévention dans la population générale à un temps donné.
- La proposition de dépistage des IST facilite la proposition de dépistage de l'infection par le VIH en globalisant la problématique sida dans une proposition de santé générale moins « redoutée ».

Le programme 2005-2008 tient donc compte de la recentralisation des compétences en matière de lutte contre les IST, qui sera effective en 2006 et intègre donc la stratégie de prévention, l'information sur les IST en population générale et l'incitation au dépistage des IST auprès de groupes cibles qui varient en fonction de l'IST considérée et qui sont pour certains également prioritaires pour l'infection à VIH.

B Un programme qui s'inscrit en complémentarité avec d'autres plans ou programmes spécifiques

B.1. En direction des usagers de drogues par voie intraveineuse :

La loi relative à la politique de santé publique du 11 août 2004 inscrit la réduction des risques en direction des usagers de drogue dans un champ plus large que la seule prévention des infections aux VIH, IST et hépatites. Elle vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose et les dommages sociaux et psychologiques liés à l'absorption de substances classées comme stupéfiants. Cette politique est menée au travers des programmes contre les pratiques addictives encadrés par le plan gouvernemental coordonné par la MILDT.

Un dispositif médico-social est instauré par la loi : les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). La création de ce nouveau dispositif, voulu par le législateur, doit permettre de structurer et d'améliorer les prestations proposées par les boutiques d'accueil d'usagers et les programmes d'échanges de seringues en développant des actions de réduction des risques autour de 7 missions : l'accueil, le soins (y compris l'accès, l'orientation ou l'accompagnement au dépistage et à la prise en charge), l'accès aux droits sociaux, le contact avec l'utilisateur, la médiation, l'accès aux outils de prévention (seringues, documents d'information...), l'alerte sur les phénomènes émergents. De plus, les intervenants sont invités à mener ces actions selon les orientations du référentiel fixé par décret.

Par ailleurs, la conférence de consensus sur les traitements de substitution en juin 2004, a rappelé l'importance de ces traitements dans la prise en charge des consommateurs d'opiacés et sa contribution significative à la réduction des risques chez près de 100 000 usagers dépendants. Enfin, le comité stratégique, installé pour orienter la mise en œuvre du plan national de lutte contre les hépatites, propose de renforcer les actions à mener selon 4 axes prioritaires :

- la communication pour éviter la consommation, retarder le passage à l'injection des jeunes consommateurs, sensibiliser à l'injection propre et au non partage,
- le développement de stratégies de dépistage au plus près des usagers,

- la prise en charge diagnostique et thérapeutique dans des réseaux pluridisciplinaires,
- le renforcement des programmes de dépistage et de traitement lors de l’incarcération.

Ces dispositions réglementaires visent à élargir le champ des interventions en réduction des risques, notamment vis-à-vis des problématiques sociales, à assurer une prise en charge meilleure des usagers grâce à la professionnalisation des intervenants, tout en garantissant une couverture d’offres de services mieux réparties dans les régions. Ces mesures garantissent la pérennisation des budgets d’Etat.

B.2. Programme national Hépatites virales C et B (2002-2005)

La lutte contre les hépatites B et C constitue une priorité de santé publique en France. Les actions communes développées dans le cadre du programme national visaient à :

- réduire le risque lors des soins ;
- prévenir la transmission lors d'actes de modification corporelle (perçage, tatouage, dermographie...) ;
- réduire le risque de transmission dans les populations particulièrement exposées (les usagers de drogues injectables et pernasales - les détenus).

Le programme prévoyait également l’actualisation et le renforcement des mesures de lutte contre l’hépatite C :

- poursuivre l'action de dépistage : Informer le public et dépister les personnes atteintes avant l'apparition des complications ;
- renforcer le dispositif de soins et améliorer l'accès au traitement et la prise en charge globale ;
- renforcer la recherche clinique ;
- renforcer la surveillance et l'évaluation

L’hépatite B possède deux caractéristiques majeures distinctes de l’hépatite C. Sa transmission est fréquente par voie sexuelle alors que ce risque est très faible pour l'hépatite C et la maîtrise du risque rejoint ici les questions posées par le VIH. L’existence d’une vaccination efficace est un outil important pour réduire le risque de contamination par le virus de l’hépatite B.

Les mesures de lutte contre l’hépatites B avaient pour objectif de :

- réduire les risques de contamination et renforcer la prévention primaire par la promotion de l'utilisation du préservatif, l'évaluation des stratégies de vaccination contre l'hépatite B, la prévention de l'hépatite B au cours des actes de tatouage et perçage, la prévention primaire chez des populations ciblées (usagers de drogues injectables et pernasales et détenus) ;
- renforcer le dépistage chez les personnes à risque ;
- améliorer la prise en charge des hépatites virales B ;
- améliorer les connaissances épidémiologiques.

De nombreuses actions de ce programme ont déjà été réalisées ou sont en cours. Un comité stratégique du programme a été mis en place en mars 2004. Il est chargé notamment d’apporter au ministre des éléments d’orientation de décision sur les stratégies de lutte contre les hépatites B et C, d’assurer le suivi des actions du programme et de leur évaluation, de faire des propositions pour renforcer des actions. Ce comité et des groupes de travail ont élaboré de nouvelles propositions sur quatre axes prioritaires qui serviront de base à l’élaboration du plan hépatites 2006-2009. Elles incluent la vaccination contre l’hépatite B des nourrissons, jeunes enfants et des populations

exposées, notamment les usagers de drogues intraveineuses et intra nasales et les personnes en détention ainsi que la prévention de la transmission mère enfant.

B.3. La prise en charge sanitaire des détenus

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale et ses textes d'application ont considérablement fait évoluer la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

L'objectif de la loi est d'assurer aux personnes détenues une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles offertes à la population générale. La loi a institué deux mesures complémentaires :

- le transfert de l'organisation et la mise en œuvre de la prise en charge sanitaire des personnes détenues au service public hospitalier ;
- l'affiliation des personnes détenues, dès leur incarcération, au régime général de la sécurité sociale.

Cette loi a affirmé le développement d'une véritable politique de santé publique adaptée au milieu pénitentiaire. Elle permet d'introduire une véritable éthique des soins en détention et affirme l'égalité des droits aux soins des personnes incarcérées.

Depuis 1994, les recommandations et les propositions formulées dans ces différents documents, notamment les conclusions du rapport d'évaluation de la mission IGAS-IGSJ (juin 2001), ont conduit à un grand nombre d'avancées en terme de politique de santé et d'organisation des soins, qu'il convient de poursuivre.

Aussi, dix ans d'évolutions sanitaires et pénitentiaires se devaient d'être traduits par une actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale. Ce guide est un outil de référence au service de tous, en particulier les personnels de santé et les personnels pénitentiaires. Les recommandations en matière de prévention, dépistage et prise en charge des personnes détenues atteintes par le VIH figurent dans ce guide et ne sont pas détaillées dans le présent programme.

La coordination entre les UCSA/les ULST et les structures de soins extérieurs doit être renforcée afin d'assurer la continuité des soins et limiter les ruptures de prise en charge qu'elles surviennent lors de l'incarcération ou lors de la sortie. La prise en charge pluridisciplinaire incluant les psychiatres et psychologues doit être coordonnée. Les actions associatives doivent être soutenues.

B.4. Les personnes prostituées

La question du VIH et des IST reste au cœur des déterminants de la santé des personnes prostituées. Malgré l'absence de données épidémiologiques tangibles, certains éléments confirment la nécessité de conforter les programmes existants et financés sur les crédits VIH. En effet, près des deux tiers des personnes prostituées sont originaires de pays à forte endémicité et/ou plus faible niveau de prévention. La précarité économique, administrative et sociale des personnes prostituées s'est accrue ces dernières années et augmente les risques, notamment dans les comportements sexuels. La mobilité et la violence subie par les personnes prostituées sont des freins reconnus à des comportements de prévention.

L'état de santé des personnes prostituées justifie également une approche plus globale qui trouve un cadre dans le « programme de lutte contre la traite et l'exploitation sexuelle des êtres

humains », porté par le ministère de la parité et de l'égalité professionnelle. Ce programme aborde les questions de prévention, de répression de la traite, de santé et de réinsertion. Le volet sanitaire sera développé courant 2005 par un partenariat entre le service des droits des femmes et de l'égalité et la direction générale de la santé.

Enfin, la question singulière de la violence a fait l'objet d'une analyse dans le cadre de la préparation du futur plan violence et santé et devrait aboutir, courant 2005, à recommander la réalisation d'un programme ciblé de réduction des risques de violence subie par les personnes prostituées.

B.5. Programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des migrants/étrangers vivant en France

Compte tenu des données épidémiologiques particulièrement préoccupantes, ce programme a été lancé par le ministère des solidarités, de la santé et de la famille dès juillet 2004. Il représente le cadre de référence pour les actions à mener en direction de ces publics et constitue donc désormais un volet du présent programme auquel il s'intègre totalement.

C. Les principaux axes du programme de lutte 2005-2008

Le nouveau programme reconduit les orientations stratégiques développées dans le cadre du plan de lutte contre le VIH/sida 2001-2004.

En matière de prévention et de dépistage, les orientations articulent d'une part une stratégie en population générale axée sur l'éducation, la promotion et l'accessibilité du dépistage et des préservatifs et d'autre part, des programmes envers des populations ou groupes prioritaires : population des DFA, migrants, hommes ayant des relations entre hommes, hétérosexuels ayant des pratiques à risque marqué auxquels s'ajoutent des actions en direction des personnes vivant avec le VIH.

Pour ajuster cette stratégie aux évolutions les plus récentes, certains axes doivent être redéfinis ou renforcés :

Dans les groupes prioritaires,

- redéfinir les stratégies et les méthodologies d'intervention en prévention en intégrant les IST et une approche tenant compte des déterminants de vulnérabilité ;
- renforcer l'incitation au dépistage comme élément d'une stratégie individuelle de prévention et pour permettre l'accès à une prise en charge thérapeutique précoce et donc plus efficace.

De façon générale,

- améliorer l'articulation entre les dispositifs de dépistage VIH et hépatites (CDAG) et ceux s'adressant aux autres IST ;
- initier de nouvelles stratégies de prévention vis à vis de certaines IST (Chlamydiae, herpes, hépatite B et HPV) en population générale en ciblant les situations de vulnérabilité.

Envers les personnes vivant avec le VIH,

- harmoniser l'organisation de la prise en charge thérapeutique en particulier hospitalière ;
- prendre en compte les effets secondaires à long terme des traitements antirétroviraux ;
- prendre en compte les co-infections par les virus des hépatites ;

- améliorer la qualité de vie par une approche globale intégrant la lutte contre les discriminations et l'aide à la vie quotidienne (aide à domicile, emploi, hébergement, accès aux droits sociaux...).

La mise en œuvre de ces différents axes doit s'appuyer sur un partenariat réaffirmé avec l'ensemble des acteurs professionnels et associatifs, garants de la qualité et de la pertinence des réponses apportées aux usagers. Enfin, au niveau des administrations et acteurs sanitaires et sociaux, il est indispensable de mieux structurer les modalités opérationnelles de mise en œuvre et de pilotage compte tenu des limites du plan précédent et du nouveau contexte législatif.

D. Les principes et les valeurs

Les principes de la politique nationale de santé publique sont définis par la loi de santé publique du 9 août 2004. Ils constituent les règles auxquelles il faut se référer pour la définition des objectifs et pour l'élaboration et la mise en œuvre des plans stratégiques de santé publique.

Ces principes sont au nombre de neuf :

Principe de connaissance : les objectifs sont définis et les actions sont choisies en tenant compte des meilleures connaissances disponibles ; réciproquement, la production de connaissances doit répondre au besoins d'informations nécessaires pour éclairer les décisions.

Principe de réduction des inégalités : la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte les groupes les plus vulnérables en raison de leur exposition à des déterminants spécifiques de la fréquence et/ou de la gravité du problème visé, y compris les déterminants liés à des spécificités géographiques.

Principe de parité : la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte les spécificités de la santé des hommes et de la santé des femmes.

Principe de protection de la jeunesse : la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte l'amélioration de la santé des nourrissons, des enfants et des adolescents.

Principe de précocité : la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent privilégier les actions les plus précoces possible sur les déterminants de la santé pour éviter la survenue ou l'aggravation de leurs conséquences.

Principe d'efficacité économique : le choix des actions et des stratégies qu'elles composent s'appuie sur l'analyse préalable de leur efficacité et des ressources nécessaires.

Principe d'intersectorialité : les stratégies d'action coordonnent autant que nécessaire les interventions de l'ensemble des secteurs concernés pour atteindre un objectif défini.

Principe de concertation : la discussion des objectifs et l'élaboration des plans de santé publique doivent comporter une concertation avec les professionnels de santé, les acteurs économiques et le milieu associatif .

Principe d'évaluation : les objectifs de santé et les plans stratégiques doivent comporter dès leur conception les éléments qui permettront d'évaluer des actions menées.

Dans le cadre de la lutte contre le sida et les IST, ces principes se traduisent notamment par :

- la non-discrimination, la non-stigmatisation des personnes atteintes et la liberté de l'expression sexuelle,
- la solidarité avec les personnes atteintes,
- la responsabilité collective et individuelle, quel que soit le statut sérologique,
- la participation des personnes vivant avec le VIH à la définition des actions qui les concernent et plus largement l'adhésion des différents acteurs aux objectifs, aux stratégies et aux modes d'organisation mis en place pour les atteindre.

E. Objectifs généraux de santé publique

Les objectifs généraux sont fixés dans la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 :

- Réduire de 20% l'incidence des cas de sida en 5 ans (Objectif 36).
- Réduire l'incidence de gonococcies et de syphilis dans la population exposée, la prévalence des chlamydioses et de l'infection à HSV2 (Objectif 41).
- Offrir un dépistage systématique des chlamydioses à 100% des femmes à risque d'ici à 2008 (Objectif 43).

Deux objectifs sont également associés au programme :

- Réduire de 30% la mortalité attribuable aux hépatites chroniques (Objectif 37).
- Réduire l'incidence de 2,5% par an du cancer du col de l'utérus notamment par l'atteinte d'un taux de couverture de dépistage de 80% pour les femmes de 25 à 69 ans (Objectif 48).

Le programme comprend cinq domaines d'intervention :

- I. Prévention
- II. Dépistage
- III. Suivi et prise en charge thérapeutique
- IV. Soutien et accompagnement des personnes atteintes et lutte contre les discriminations
- V. Mise en Oeuvre et pilotage

I. PREVENTION

I.1. Contexte

I.2. Axes stratégiques

I.3. Objectifs

I.3.1 Réduire l'incidence du VIH et des IST dans les populations et territoires prioritaires

I.3.2 Maintenir une faible incidence du VIH en population générale et lutter contre les chlamydiae, l'herpes et le HPV

INTENSIFIER DES PROGRAMMES SPECIFIQUES EN DIRECTION DE TERRITOIRES ET DE POPULATIONS PRIORITAIRES ET PROMOUVOIR UNE STRATEGIE GLOBALE EN DIRECTION DE LA POPULATION GENERALE

I.1. Contexte

En France, l'épidémie de VIH/Sida reste limitée en population générale à l'exception de la Guyane. La dynamique actuelle de l'épidémie est marquée par une prépondérance des contaminations par rapports hétérosexuels (57% des nouveaux diagnostics d'infection à VIH notifiés au 31 mars 2004). Plus de la moitié des femmes (57%) et 40% des hommes contaminés par rapports hétérosexuels sont de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne.

Les rapports homosexuels représentent toujours une part importante des nouveaux diagnostics de sida et d'infection VIH (autour de 21% des nouveaux diagnostics VIH en 2003/2004) et la proportion d'infections récentes est la plus élevée dans ce groupe.

L'épidémie se répartit de manière inégale selon les modes de contaminations et selon les zones du territoire ce qui justifie de poursuivre les actions spécifiques pour les populations prioritaires (homosexuels, migrants, personnes séropositives) et dans ces territoires (Ile de France, PACA, Aquitaine, Midi Pyrénées, Languedoc Roussillon, Rhône Alpes et les 3 DFA) qui regroupent environ 80% des nouveaux diagnostics de VIH et de sida.

L'existence de traitements efficaces contre le VIH peut affecter la perception du risque et banaliser la maladie. Cette tendance peut être accentuée par la survenue de nouvelles préoccupations liées à d'autres risques sanitaires.

L'épidémiologie des différentes IST distingue divers groupes de population :

- Les hommes homosexuels ayant des relations anonymes, des pratiques d'échangisme ou des pratiques 'hard' sont exposés à un risque accru de contamination par la syphilis, la gonococcie, la LGV et les hépatites,
- La population générale est concernée par les chlamydiae, l'herpès et le HPV et leurs conséquences.

I. 2. Axes stratégiques

La prévention de la transmission du VIH et des IST nécessite la protection des relations sexuelles y compris oro-génitales par le préservatif masculin et féminin dans tous les cas où les partenaires ne sont pas mutuellement certains d'être séronégatifs pour le VIH et indemnes d'IST.

Elle s'appuie sur trois axes complémentaires :

au niveau collectif, l'information pour permettre une juste perception des risques, la valorisation et la réaffirmation des comportements de prévention, intégrant le concept de santé sexuelle et le principe de responsabilité de chacun. La communication générale doit également favoriser la tolérance et l'acceptation dans la vie sociale, familiale et affective des personnes séropositives.

au niveau de l'individu, la prévention repose sur une juste perception des risques, sur l'adhésion à la norme préventive et sur la capacité à la proposer dans les relations amoureuses et sexuelles. Les actions menées doivent envisager :

- les déterminants de vulnérabilité spécifiques influant sur l'appropriation des stratégies de prévention : appartenance à un groupe à prévalence VIH accrue, pratiques sexuelles

(échangisme, relations anonymes, types de rapports), difficultés d'accès à l'information et aux moyens de prévention (prix, langue...), rapports de force et de dépendance (domination masculine dans les rapports entre homme et femme, rapports contre de l'argent, des drogues ou des avantages matériels), perte de contrôle sous l'effet de l'alcool ou des drogues, facteurs psychiques (goût ou indifférence au risque, syndrome dépressif), isolement familial et psycho-affectif, séjours en milieux fermés (établissements pénitentiaires ou psychiatriques) ;

- une approche différenciée en fonction du statut sérologique (positif, inconnu, négatif) ;
- l'intégration du dépistage dans une démarche individualisée de prévention fournissant l'occasion d'un bilan personnel motivant à adopter des comportements de prévention ;
- le soutien aux capacités de dialogue et d'expression autour de la sexualité et de la prévention dans une perspective de responsabilisation des personnes quel que soit le statut sérologique.

La promotion et une bonne accessibilité des outils et dispositifs de prévention (information, préservatifs, dispositif de dépistage) sur l'ensemble du territoire sont le corollaire indispensable des actions de prévention.

Ces trois axes se déclinent selon des modalités différentes et adaptées pour chacun des groupes prioritaires identifiés et les actions en direction la population générale.

I.3. Objectifs

I.3.1. Réduire l'incidence du VIH et des IST dans les territoires et populations prioritaires

I.3.1.1. Contexte

Des populations prioritaires ont été identifiés dans le plan précédent en fonction de plusieurs critères qui restent toujours valables aujourd'hui : il s'agit des migrants, des hommes homosexuels, des personnes séropositives.

Les personnes vivant avec le VIH sont astreintes à l'adoption systématique d'une protection dans les rapports sexuels (protection de leurs partenaires, prévention des IST ou de la surcontamination VIH), dans un contexte marqué par le poids de la maladie et du traitement et souvent par l'isolement, la crainte de la discrimination et la précarité sociale.

D'autres groupes au sein de la population générale cumulent, outre une forte prévalence du VIH au sein de leur communauté, plusieurs déterminants qui rendent difficile l'appropriation d'une démarche de prévention et son maintien sur le long terme.

Les personnes prostituées et les multipartenaires hétérosexuels (personnes changeant fréquemment de partenaires, ayant des partenaires multiples ou échangistes) et les personnes transgenres constituent également des populations justifiant des actions de prévention spécifiques compte tenu de leur situation de vulnérabilité.

Dans les territoires à forte prévalence, des programmations globales (prévention, dépistage, prise en charge et solidarité) doivent être développées.

1.3.1.2. Axes stratégiques

- Rendre visibles les groupes cibles dans la communication en direction de la population générale afin de donner un cadre de soutien aux actions spécifiques et favoriser l'identification ;
- Etablir des modes de communication adaptés aux codes socioculturels et aux médias spécifiques ;
- S'appuyer sur une approche communautaire au niveau collectif en mobilisant les leaders d'opinion et en développant des actions de proximité ;
- Concentrer les moyens sur les territoires prioritaires

1.3.1.3. Mesures spécifiques

Le cadre opérationnel est décliné dans des programmes de mesures spécifiques en fonction des populations ou des territoires concernés :

1.3.1.3.1. Mettre en œuvre des programmes spécifiques VIH/Sida dans les régions prioritaires

a- Constats

Les régions prioritaires cumulent près de 80% des cas de sida et des nouveaux cas d'infection à VIH. Il s'agit :

- des DFA avec les taux rapportés à la population les plus importants ;
- de l'Ile de France qui représente 44% des cas de sida et 49% des nouveaux diagnostics d'infection à VIH ;
- de PACA et Rhône-Alpes qui représentent respectivement 9% et 7% des cas de sida ;
- de Midi-Pyrénées, Aquitaine et Languedoc-Roussillon, régions dans lesquelles l'ampleur de l'épidémie est moins marquée mais qui cumulent des indicateurs péjoratifs en termes de cas de sida, de VIH et de nombre de malades comparativement à l'ensemble des autres régions.

b- Axes stratégiques

- Développer des programmes spécifiques et concentrer les moyens sur les territoires prioritaires ;
- Favoriser la coordination entre les différents acteurs au niveau national et régional (DDASS/DRASS, ARH, Assurance maladie, CIRE, Associations...).

c- Actions

Intégrer un axe lutte contre le VIH/sida et les IST dans les PRSP des régions prioritaires :

- Certaines régions ont déjà adopté un PRS (Guyane et PACA) qui devra être repris dans les prochains PRSP ;
- Les travaux préparatoires (diagnostic partagé) et le PRSP devront inclure cet axe dans les 5 autres régions concernées (Ile de France, Rhône Alpes, Aquitaine, Midi Pyrénées, Languedoc Roussillon) ;

Pour les DFA, les programmes globaux reposeront sur une stratégie associant les questions liées à la sexualité, la prévention du VIH et des IST, la contraception et les IVG. Ils intégreront prioritairement la lutte contre les discriminations ainsi que le soutien à l'observance et à la prévention chez les personnes séropositives. Les personnels sanitaires et sociaux et les établissements de santé ont un rôle essentiel à jouer dans ces départements compte tenu d'un tissu associatif en cours de développement.

L'ensemble des régions prioritaires devra informer la DGS en septembre 2005 quant à l'intégration de cet axe.

d- Indicateurs de suivi des actions

❖ *Productions de l'INPES :*

- Nombre de documents diffusés dans les régions prioritaires (diffusion et commandes) ;
- Nombre de sites de diffusion ;
- Nombre de préservatifs masculins et féminins distribués auprès des structures intervenant dans les régions prioritaires ;
- Nombre de campagnes ciblées sur les DFA ;
- Nombre d'outils spécifiques réalisés et diffusés par an dans les DFA.

❖ *Actions financées par la DGS, les services déconcentrés et l'INPES (appel à projets) :*

- Nombre d'actions financées par les services déconcentrés dans les régions prioritaires ;
- Typologie des actions réalisées, publics concernés ;
- Pourcentage des crédits consacrés aux régions prioritaires ;
- Nombre d'actions financées par l'INPES dans les DFA.

❖ *Impact*

Evolution du nombre de nouveaux diagnostics de l'infection à VIH et de sida dans les régions concernées

❖ *Processus*

Programmations dans les DFA et les 6 régions de métropole :

- nombre de PRSP ayant intégré un axe lutte contre le vih/sida et les IST ;
- état d'avancement du programme ;
- nombre de réunions DGS/INPES/SD des régions prioritaires.

1.3.1.3.2. Promouvoir la lutte contre le VIH/sida et les IST en direction des migrants/étrangers

a- Constats

Un programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers et des migrants vivant en France a été lancé en juillet 2004. Il constitue le cadre détaillé auquel il convient de se référer pour le développement des actions en veillant à y intégrer la prise en compte des IST. Seuls les principaux points sont repris dans le présent document.

Les 11 régions ayant une proportion supérieure à 20 % de population étrangère parmi les nouveaux cas de sida au 31.12.2002 sont principalement concernées : Alsace, Centre, Champagne Ardennes, Ile de France, Basse Normandie, Haute Normandie, Guadeloupe, Guyane, Nord- Pas de Calais, Picardie Rhône Alpes. S'ajoute à cette liste la région PACA, du fait de la taille de la population concernée.

L'enquête VESPA et les récentes données de la déclaration obligatoire du VIH et du sida ont confirmé pour les personnes étrangères :

- le retard au dépistage, notamment chez les hommes
- d'importantes réticences à l'utilisation du préservatif (relevées parmi les personnes séropositives)
- la nécessité d'une prise en charge sociale concomitante à la prise en charge thérapeutique.

b- Axes stratégiques

La grande diversité de la population étrangère (quant aux conditions d'émigration, à l'ancienneté de l'immigration, au statut éducatif et social, aux conditions d'installation en France, aux liens avec le pays d'origine, etc..) est à prendre en compte dans les programmes de santé publique et les pratiques professionnelles, Il est indispensable de se garder des stéréotypes qui peuvent conduire à des actions inadaptées, stigmatisantes, voire contre-productives.

La stratégie à mettre en œuvre est à double niveau et doit permettre :

- d'agir en direction des migrants en tant que composante de la société française, dans tous les lieux « de droit commun » (structures sanitaires, sociales, médias...);

- d'agir en direction des migrants en tant que groupes spécifiques, dans des lieux qui sont exclusivement fréquentés par une population étrangère (services administratifs spécifiques, médias communautaires, etc.).

Ces axes stratégiques doivent traverser l'ensemble des actions qui retiennent comme objectifs prioritaires :

- réduire la transmission du VIH et des IST au sein de la population migrante en développant des stratégies de prévention adaptées à la diversité des personnes ;
- inciter au dépistage du VIH et des IST en améliorant son accessibilité
- assurer une prise en charge sociale et médicale permettant une adhésion optimale aux traitements ;
- améliorer la qualité des données et la coordination entre les acteurs soignants, sociaux, associatifs.

c- Actions

dans le domaine de la prévention

- Réaliser des campagnes de communication générale sur le VIH améliorant la visibilité de ces populations
- Mettre à disposition des outils de prévention :
 - outils tout public dans des sites fréquentés par les populations migrantes
 - conception et diffusion d'outils de communication spécifiques, éventuellement bilingues
 - augmentation et diversification des sites de diffusion (plans de diffusion systématique et commandes)
 - mise à disposition de préservatifs masculins et féminins
- Développer des stratégies de prévention adaptées aux différents types de situations en s'appuyant sur les diverses études menées et notamment l'enquête sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida des populations d'origine subsaharienne vivant en Ile de France(enquête KABP en cours de réalisation par l'INPES)
- Identifier des relais pour les actions préventives :
 - intervention de médiateurs de santé formés pour intervenir auprès des publics les plus éloignés des dispositifs de prévention, notamment personnes en situation d'errance ou d'hébergement précaire (squats...) ;
 - actions de proximité mettant en confiance les personnes exerçant la prostitution, développant leurs capacités d'autonomie, dispensant une information en matière de prévention santé (dans les langues maternelles le cas échéant) et facilitant l'accès aux soins.
- identifier les acteurs (salariés et bénévoles) de la prise en charge sociale des personnes en grande précarité qui doivent être sensibilisés à la question du VIH (PASS, équipes mobiles, organismes caritatifs, structures d'hébergement...) ; ces intervenants doivent être qualifiés pour porter une attention particulière, parmi

les personnes qu'ils accueillent, aux personnes séropositives et également être des relais de l'information de prévention.

- Maintenir une forte accessibilité au traitement préventif de la transmission mère/enfant et favoriser les conseils préventifs au cours de la grossesse après l'accouchement et au cours du suivi post-natal.

dans le domaine de l'incitation au dépistage précoce :

- mettre un accent particulier en direction des hommes dans un cadre large des bilans de santé proposés à ces populations en médecine générale ou dans des centres de santé ;
- favoriser la proposition de tests IST et VIH avec mobilisation d'un maximum de services de soins primaires fréquentés par les migrants

d- Indicateurs de suivi des actions

❖ *Productions de l'INPES :*

- nombre de campagnes TV grand public représentant les populations migrantes,
- % des migrants ayant reconnu au moins un spot de la campagne TV,
- nombre d'outils spécifiques réalisés et diffusés,
- nombre de sites de diffusion (plans de diffusion systématique et commandes) dont nouveaux.

❖ *Actions financées par la DGS, les services déconcentrés et l'INPES :*

- nombre d'actions spécifiques financées (DGS, services déconcentrés, appel à projets INPES) et montant des crédits,
- file active de populations migrantes/étrangères dans les associations financées par la DGS (associations généralistes et associations spécialisées dans l'intervention en direction des populations migrantes/étrangères),
- fréquentation des consultations de sexualité et prévention par les populations étrangères (COREVIH).

❖ *Impact*

- augmentation de fréquentation des lieux de prévention et de dépistage par les populations étrangères (donnée non disponible en routine, mais nécessitant des enquêtes ponctuelles), diminution du retard au dépistage (en tenant compte des flux migratoires spécifiques éventuels depuis des régions de forte endémie),
- diminution des personnes ne disposant d'aucune couverture sociale à l'arrivée aux soins ou d'une couverture sociale précaire,
- indicateurs issus des données hospitalières : taux de CD4 au moment du diagnostic, stade clinique, réduction du taux de personnes étrangères découvrant leur statut au moment de l'entrée dans la maladie.

❖ *Processus*

- programmes spécifiques migrants développés par les régions identifiées,
- nombre de réunions de suivi DGS/INPES/SD

1.3.1.3.3. Renforcer la lutte contre le VIH/sida et les IST en direction des homosexuels

a- Constats

Depuis 1998, on observe la résurgence de certaines IST (gonococcie en 1998, syphilis en 2000, LGV en 2004). Des cas d'hépatite C aiguë ont aussi été diagnostiqués en 2004 chez certains homosexuels ayant des pratiques « hard ». La persistance de nouveaux cas d'infection VIH dans le groupe de population des hommes homosexuels où la proportion d'infections récentes est particulièrement élevée. Parallèlement, différentes enquêtes mettent en évidence un relâchement des comportements préventifs depuis 2000 (enquête presse gay -2000-2002, baromètre gay 2000-2002, enquête VESPA 2004 auprès des séropositifs, enquête « sex drive » sur Internet) attesté notamment par l'augmentation de la proportion d'hommes déclarant des rapports non protégés avec des partenaires occasionnels. Ces enquêtes font également apparaître une évolution des pratiques sexuelles avec l'adoption de conduites d'ajustement de la protection à chaque situation et notamment en fonction du statut sérologique et du niveau de la charge virale des partenaires.

Tous ces indicateurs attestent de la reprise et de l'accentuation des comportements à risque parmi les homosexuels masculins en dépit d'un maintien à un haut niveau des programmes mis en œuvre par les pouvoirs publics. Cette situation témoigne d'une banalisation du risque et de pratiques non protégées chez les homosexuels que les actions actuelles de prévention ne semblent pouvoir enrayer. La substitution à une norme de prévention systématique d'un ajustement de la protection à chaque situation se traduit par un relâchement de la prévention, la multiplication des expositions, la difficulté à proposer et à accepter l'utilisation du préservatif, et in fine par une augmentation des IST et des nouveaux cas d'infection VIH. Ces tendances sont plus marquées encore chez les hommes séropositifs, dont une partie ont un nombre élevé de partenaires et des pratiques à risque de transmission accru. Cette aggravation de la situation épidémiologique se produit dans un contexte de démobilitation des acteurs associatifs gays vis à vis du sida au profit d'autres enjeux (Pacs, parentalité..) et de chute du volontariat au sein des associations.

Malgré les possibilités d'accès au TPE en cas de prise de risque sexuelle ou de rupture de préservatif, ce dispositif est mal connu et peu utilisé.

La reprise des épidémies successives d'IST (gonococcie, syphilis, LGV), indicateurs d'une prévention inadaptée, peut aggraver le pronostic des personnes séropositives et à tout le moins compliquer la prise en charge.

b- Axes stratégiques

L'action publique s'attachera à :

- re-mobiliser les acteurs (institutionnels, associatifs, leaders d'opinion,)
- communiquer des messages spécifiques aux personnes atteintes en intégrant la gravité des contaminations par les IST et les risques de surcontamination et de résistance,
- réaffirmer la norme préventive et la préciser en tenant compte des IST en lien avec les professionnels de santé, les médias identitaires, les associations, les patrons d'établissements et les lieux de socialisation des jeunes homosexuels en tenant compte du contexte de vie,
- développer les entretiens de prévention et portant sur la vie sexuelle dans le circuit de dépistage du VIH et des IST, dans le circuit de soins et au sein des associations avec une formation adaptée des intervenants,
- inciter au dépistage régulier du VIH et de l'ensemble des IST et au recours au TPE.

c- Actions

- Informer et diffuser les normes préventives par des outils adaptés en intégrant les contextes de vie et la séropositivité (états généraux organisés par les associations nationales.
- Sensibiliser les professionnels et du public cible, relayée par les médias affinitaires et les associations, sur l'intérêt du dépistage régulier des IST concomitant à celui du VIH (évènementiels, articles et campagnes médiatiques, formation des professionnels de santé, permanences associatives...).
- Renouveler des stratégies et des outils d'intervention dans le commerce de loisir gay: charte de responsabilité, définition des conditions d'hygiène et de sécurité dans les établissements, outils d'accroche...
- Soutenir des manifestations communautaires plus particulièrement en direction des jeunes ayant une attirance homosexuelle et des hommes séropositifs.
- Accroître l'utilisation d'Internet pour la diffusion d'outils de prévention adaptés compte tenu de la large utilisation de celui-ci, notamment pour les rencontres.
- Favoriser la diffusion des expériences et des recommandations méthodologiques sur les entretiens de prévention et sur la sexualité dans le circuit de soin, au sein des associations et la formation adaptée des intervenants.
- Etendre et adapter certaines de ces actions aux multipartenaires hétérosexuels fréquentant les lieux ou les sites de rencontres sexuelles qui semblent en fort développement en s'appuyant sur une mobilisation émergente des acteurs commerciaux et des associations.

d- Indicateurs de suivi des actions

❖ *Productions de l'INPES*

- nombre de campagnes TV grand public rendant visible la population homosexuelle,
- % des homosexuels ayant reconnu au moins un spot de la campagne TV INPES,
- Nombre de campagnes et de documents spécifiques élaborés par l'INPES,
- Nombre de documents spécifiques diffusés (envoi et commande),
- Nombre de sites de diffusion (plans de diffusion et commandes).

❖ *Actions financées par la DGS, les services déconcentrés et l'INPES (appel à projet)*

- Nombre de professionnels formés auprès de ce public,
- Nombre d'interventions dans les lieux de rencontres (établissements de rencontres, lieux extérieurs...),
- Nombre d'établissements signataires de la charte,
- Nombre de sites internet relayant les messages de prévention,
- Nombre de lieux proposant des entretiens de prévention et sur la sexualité dans les établissements de santé et les associations,
- Nombre de volontaires de AIDES investis dans les actions de proximité,
- Nombre de barmen sensibilisés par les délégués du Sneg,
- Nombre de préservatifs distribués par les structures intervenantes en milieu affinitaire et achetés par les établissements de rencontres sexuelles,
- Nombre d'actions financées (DGS, services déconcentrés, appel à projets INPES) et montant des crédits correspondants.

❖ *Impact*

- Evolution de la proportion des contaminations par rapports homosexuels parmi les nouveaux cas de VIH et de sida notifiés,
- Evolution des nouveaux cas IST comme indicateurs de comportements de prévention (caractéristiques des personnes nouvellement infectées), notamment réseaux de surveillance de la syphilis,
- Evolution des comportements de prévention : proportion d'utilisation du préservatif (Baromètre gay, Enquête presse gay).

❖ *Processus*

Nombre de réunions thématiques

1.3.1.3.4. *Soutenir la prévention en direction des personnes séropositives*

a- Constats

Le soutien aux personnes séropositives dans le maintien à long terme de comportement de protection est indispensable dans une maladie chronique au sein d'une population de jeunes adultes. Or le niveau de prévention est encore insuffisamment systématique et un relâchement est observé notamment dans le groupe des hommes homo ou bisexuels masculins, comme en témoignent les résultats de l'enquête Vespa. Six personnes séropositives sur 10 ont une relation sexuelle stable. Cette situation est plus fréquente chez les hétérosexuels (78%) que chez les homosexuels (64%). L'utilisation systématique du préservatif dans la relation stable paraît difficile pour 48% des répondants, 44% estimant par ailleurs que c'est difficile pour leur partenaire. Un tiers des répondants ont des partenaires occasionnels, ce nombre atteint 70% chez les homo-bisexuels. On observe 24% de non protection dans les rapports avec pénétration avec des partenaires occasionnels. Le recours au traitement d'urgence est rare. Ces difficultés tiennent à des facteurs divers : contraintes de la prévention elle-même, baisse de l'estime de soi, attitudes face à la maladie, isolement, stigmatisation, difficultés dans l'annonce aux partenaires.

b- Axes stratégiques

- *Les objectifs à atteindre sont les suivants :*
 - Réduire la transmission de l'infection par le VIH,
 - Réduire l'incidence des IST,
 - Réduire le taux de résistance primaire aux anti rétroviraux,
 - Améliorer la qualité de vie et la santé globale en prenant en compte les co-infections (VIH, VHC et IST), les consommations d'alcool et de drogues, l'hygiène de vie.

- *La stratégie vise à :*
 - relayer l'information sur les risques accrus de transmission notamment via les médias ciblés,
 - instaurer un contexte global permettant de soutenir l'annonce de la séropositivité et les capacités de « négociation » du préservatif,
 - diversifier les modes de communications vis à vis des personnes en fonction de leur statut sérologique (positif, inconnu ou négatif) en intégrant le développement des connaissances sur les ressorts des comportements de prévention,
 - prendre en compte les déterminants facilitant les comportements de prévention : qualité de la vie sexuelle, estime de soi.

c- Actions (cf. partie 3)

Intégrer une démarche de prévention globale dans le circuit de soins, notamment par la mise en place de consultations de prévention. Celles-ci sont à

Développer en priorité dans les régions à forte prévalence (IDF, DFA, PACA) et abordent les points suivants :

- incitation au recours au traitement post exposition (TPE) lors d'une prise de risque sexuel pour le partenaire,
- information sur les modes de transmission du virus VIH,
- aide à l'annonce au partenaire,
- informer sur les effets des résistances en direction des personnes séropositives traitées,
- former des médiateurs de santé,
- assurer un suivi épidémiologique des résistances.

d- Indicateurs de suivi des actions

❖ *Productions de l'INPES*

Nombre d'outils spécifiques réalisés et diffusés

❖ *Actions financées par la DGS, les services déconcentrés et l'INPES*

- Nombre de consultations de prévention pour personnes séropositives dans les établissements et file active (COREVIH),
- Nombre d'actions financées (DGS, services déconcentrés, appel à projets INPES) et montant des crédits correspondants.

❖ Impact

- Taux de résistance primaire aux antirétroviraux.

I.3.1.3.5 Adapter la prévention en direction d'autres groupes de populations dans des situations de vulnérabilité spécifique

Les personnes prostituées

La stratégie globale est présentée page 18.

a- Constats

En 1998, une revue de la littérature portant sur les pays occidentaux montrait des taux de prévalence de l'infection à VIH très hétérogènes, à l'image de la réalité sociologique très variée des populations prostituées. (Serre, 1998). En France, les tendances admises étaient de 2 % pour les personnes prostituées. Dans le cas du cumul du recours à l'injection de drogues ou de rapports homosexuels, ces taux étaient estimés à 25 à 30 %. De nombreuses contaminations semblaient également liées à des relations sexuelles avec des partenaires « privés ».

Il n'existe pas aujourd'hui de données plus récentes concernant le taux d'infection par le VIH des personnes prostituées en France. Toutefois, des études étrangères et informations émanant de personnels associatifs intervenant sur les lieux de prostitution font craindre une évolution des taux d'infection VIH et IST (siphilis, HSV-2, HPV) qui méritent une attention particulière.

b- Axes stratégiques

Les programmes existants, pour la plupart communautaires, financés sur les crédits VIH doivent être maintenus et adaptés aux enjeux actuels.

Plusieurs éléments sont à prendre en compte :

- l'origine géographique des personnes prostituées qui proviennent de pays à forte endémicité ou à faible niveau d'information et de prévention ;
- la précarité et la répression accrues, qui augmenteraient la fréquence des comportements à risque ;
- la banalisation du problème du VIH ;
- le renouvellement des équipes de prévention, issues elles-mêmes de générations moins « sensibilisées » ;
- l'existence de différences et inégalités liées à l'identité sexuelle ;
- l'épuisement de certains projets en cours qui ne « tenaient » que du fait de la personnalité de leurs leaders.

c- Actions

- favoriser l'accès à la prévention et aux soins via les programmes communautaires existants ;
- intégrer un volet santé dans les actions en direction des personnes prostituées ;
- développer l'observation de l'état de santé des personnes prostituées (DGS/InVSS).

d- Indicateurs de suivi des actions

❖ *Productions de l'INPES*

- diffusion d'outils de prévention (documents et préservatifs gratuits auprès des programmes spécifiques),

❖ *Actions financées par la DGS, les services déconcentrés et l'INPES*

- nombre d'actions spécifiques financées (DGS, Services déconcentrés, appel à projets INPES),
- montant des crédits.

Les usagers de drogues

Les orientations générales sont présentées page 16.

Dans le cadre du programme de lutte contre le VIH/sida et les IST, on veillera particulièrement à prendre en compte la question de la transmission sexuelle dans cette population.

Les personnes détenues

Les recommandations en matière de prévention, dépistage et prise en charge des personnes détenues atteintes par le VIH figurent dans le guide méthodologique

relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et ne sont pas détaillées dans le présent programme (cf page 18).

Les personnes transsexuelles

a- Constats

Aucune donnée statistique ne fait état de la prévalence de troubles d'identité sexuelle au sein de la population vivant en France.

Les personnes transgenres sont très gravement atteintes par le VIH/sida et les IST d'après des études menées à l'étranger et selon l'expérience des associations de terrain. Diverses estimations font état du chiffre de 70% de séropositifs parmi les transgenres se prostituant.

b- Axes stratégiques

- Développer des actions spécifiques en s'appuyant sur les relais communautaires en direction des transgenres et notamment des prostitués.
- Recommander des bonnes pratiques de prise en charge adaptées aux différents sous groupes transidentitaires.
- Développer la recherche sur la santé de cette population.

c- Actions

- Réaliser une étude sur le VIH et les IST dans la population des transgenres.
- Mobiliser les associations communautaires pour être le relais des actions de prévention du VIH et des IST.
- Communiquer sur la prévention du VIH et des IST spécifique aux pratiques et situation de cette population.

d- Indicateurs de suivi des actions

- Nombre d'actions financées en direction de cette population.

I.3.2. Maintenir une faible incidence de l'infection par le VIH en population générale et lutter contre les Chlamydiae, l'herpes et l'HPV

I.3.2.1. Contexte

En France, le niveau global d'information sur le VIH est élevé. Cependant les connaissances sur les modes de transmission et l'efficacité des moyens de prévention ne s'améliorent plus (enquête KABP 2001). Il s'agit donc de conserver cet acquis toujours fragile en maintenant l'information et la communication en population générale et l'éducation à la vie affective et sexuelle auprès des jeunes. En outre, le niveau de connaissance sur les IST, leurs risques, leur prévention et leur traitement est plus faible et doit être amélioré. Les professionnels eux-mêmes ont perdu l'habitude de les dépister. Les résultats du baromètre médecins généralistes (INPES 2003) montrent que ces derniers se sentent moins impliqués dans la prévention des comportements sexuels à risques et du VIH en 2003 qu'en 1998. Par ailleurs, ils se sentent moins efficaces sur la problématique sida que

dans d'autres domaines plus proches de leurs compétences premières comme le dépistage des cancers.

I.3.2.2 Axes stratégiques

Les actions seront développées en direction du public afin de favoriser la compréhension des enjeux et des possibilités d'action pour soi, ainsi que la responsabilité envers les partenaires. La communication sera systématiquement différenciée en fonction des infections, des populations, des risques, et des moyens de dépistage et de traitement. Des actions seront aussi menées envers les professionnels.

I.3.2.3. Mesures spécifiques

I.3.2.3.1 : Soutenir les programmes de prévention vis à vis du VIH et des IST en direction des jeunes

a- Constats

Selon le baromètre Santé 2002, l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel a augmenté fortement et régulièrement entre 1987 et 1995 pour se maintenir ensuite à un niveau élevé (86,1 % entre 1995 et 1999). De même, l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel, qui rend compte des pratiques de prévention dans les relations établies, est restée stable entre 1994 et 2000 ; les 18-24 ans ont un taux plus élevé que le reste de la population. Toutefois, la dernière enquête KABP disponible indique une baisse par rapport à 1998 et une dégradation de l'image du préservatif.

Le recours au dépistage est fréquent : 30% des 18-24 ans disent avoir effectué un test vih/sida dans leur vie (enquête DREES mars 2005), 55% chez ceux qui déclarent vivre en couple. Cependant ces chiffres traduisent un tassement entre 1998 et 2001 dans cette tranche d'âge.

Enfin, la DO des nouveaux diagnostics VIH identifie 107 cas au 31 mars 2004 chez des jeunes de 15 à 19 ans, principalement des jeunes femmes originaires d'Afrique subsaharienne.

b- Axes stratégiques

- Intégrer la problématique des IST et du VIH dans une perspective plus large de vie affective et sexuelle
- Sensibiliser sur le risque des IST et leurs modes de prévention.
- Poursuivre les actions en faveur de la promotion et de l'accessibilité des préservatifs en liens avec les informations en matière de contraception (prévention des grossesses non désirées à l'arrêt de l'utilisation du préservatif dans un couple stable)

c- Actions

- S'appuyer sur le contrat cadre avec le ministère de l'Education nationale pour mettre en place dans toutes les académies de programmes d'éducation à la vie affective et sexuelle auprès de jeunes.
 - Poursuivre le partenariat avec le ministère de l'agriculture pour les jeunes de l'enseignement agricole par un contrat cadre du même type.
- Etablir un réseau de services et personnes ressources (CRIPS , EMIPS, CRES, CODES, Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) pour optimiser les actions auprès des jeunes et mettre en place les formations ou formations de formateurs si besoin.
- Relayer une communication spécifique pour les jeunes dans des media adaptés (internet, radio et presse jeunes) en intégrant la problématique du VIH dans une problématique plus large de « santé sexuelle et risques liés à la sexualité ».
- Maintenir une forte accessibilité des préservatifs masculins et féminins pour les jeunes, y compris un accès gratuit suffisamment large.
- Mobiliser les structures hors milieu scolaire (PJJ, CPEF, missions locales, activités du champ jeunesse et sports etc..).

d- Indicateurs de suivi des actions

- ❖ *Education nationale*
 - Taux de couverture des classes qui doivent bénéficier des actions d'éducation à la vie affective et sexuelle dans les différents types d'enseignement.
- ❖ *Productions de l'INPES*
 - Nombre de documents conçus à destination des jeunes ;
 - Nombre de consultations du site Internet ;
 - Suivi des actions hors milieu scolaire ;
 - Pourcentage d'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel et au dernier rapport sexuel chez les jeunes de 18-24 ans (Baromètre santé INPES).

I.3.2.3.2 *Poursuivre les programmes de prévention vis à vis du VIH et des IST en direction de la population générale*

a- Constats

Les connaissances sur le VIH, la banalisation de l'image et de l'utilisation des préservatifs sont apparus fragilisés dans les dernières enquêtes KABP. Concernant les IST, près de 50% de la population générale se déclare mal ou non informée (baromètre santé 2000). Cette méconnaissance, le caractère souvent

asymptomatique des IST, en particulier chez les femmes, la mauvaise information entre partenaires retardent le diagnostic.

b- Axes stratégiques

Le niveau d'information doit être maintenu sur le VIH et renforcé sur les IST en population générale par des campagnes de communication et d'information et des actions de proximité. Des approches différenciées en fonction du sexe seront développées, les ressorts de mobilisation et les modalités d'intervention pouvant être différentes.

L'accès au dépistage et aux préservatifs doit être garanti en allégeant au maximum les barrières matérielles, financières et psychologiques.

Un effort de sensibilisation et de formation des professionnels doit favoriser l'intégration de la problématique du VIH et des IST à l'approche préventive en médecine générale ou dans certaines spécialités.

Cette approche préventive doit être différenciée selon le sexe et prendre en compte les situations de vulnérabilité qui augmentent l'exposition au risque.

L'intégration des comportements de prévention à la sexualité nécessite de compléter ce dispositif par des actions de proximité afin que les individus acquièrent une bonne maîtrise des « habiletés » permettant de faire face aux enjeux de la sexualité : épanouissement personnel, orientation sexuelle, décision de procréation et contraception, IST et VIH, prévention des violences sexuelles.

c- Actions

- Maintien des dispositifs de prévention existants (prévention chez les professionnels de santé, sécurité transfusionnelle, sécurité des dons d'organes de tissus et de cellules, conseil post exposition) ;
- Réalisation de campagnes régulières de communication sur les IST et le VIH/Sida s'adressant au grand public dans les media et à l'occasion d'événements propices ;
- Maintien du service téléphonique anonyme et gratuit et un accès internet assuré par SIS permettant une personnalisation de l'information sur les risques, les moyens de prévention, de dépistage et de soins ainsi que les adresses des services de proximité ;
- Mobilisation du rôle préventif des professionnels (conseil préventif et au dépistage des IST et du VIH), en particulier aux consultations de prévention en médecine générale et en gynécologie ;
- Développement d'actions de proximité notamment extension du programme réduction des risques sexuels auprès des femmes en l'articulant avec les autres actions menées par le Mouvement français du planning familial (MFPPF) (approche globale sexualité/ contraception /IST/ violences sexuelles) et en développant des approches mixtes (hommes /femmes) ;
- L'accès par le maintien d'un réseau de distribution diversifié (préservatifs masculins et féminins) et une distribution gratuite aux groupes les plus vulnérables.

d- Indicateurs de suivi des actions

❖ *Productions de l'INPES*

- Nombre de campagnes médias et hors médias grand public et impact mesuré par les études post test,
- Nombre d'outils réalisés et diffusés selon le type de structures,
- Nombre de préservatifs masculins et féminins distribués gratuitement auprès des structures s'adressant à la population générale.

Téléphonie : nombre d'appels reçus et traités par Sida Info service et activité du site internet (nombre de connexion, de pages consultées, de questions/réponses et de téléchargements).

❖ *Actions financées par la DGS et les services déconcentrés :*

Crédits consacrés aux actions en direction de la population générale et public touché.

❖ *Impact*

- Evolution des comportements de prévention : proportion d'utilisation du préservatif dans les enquêtes en population.
- Evolution des ventes de préservatifs (masculin et féminin) en pharmacie et grandes et moyennes surfaces (INPES).

II. DEPISTAGE

II.1 Contexte

II.2 Axes stratégiques

II.3 Objectifs

II.3.1 Réduire le retard au dépistage du VIH

II.3.2 Inciter au dépistage des IST

INTEGRER LE DEPISTAGE DANS UNE DEMARCHE INDIVIDUELLE DE PREVENTION ET STRUCTURER UN DISPOSITIF COHERENT ET ACCESSIBLE

II-1. Contexte

Malgré un niveau de recours au dépistage très élevé en France par rapport aux autres pays européens, une proportion significative (28%) d'infections VIH est découverte à un stade tardif (symptômes sida ou non) et la moitié des cas de sida concerne des personnes qui ne connaissaient pas leur séropositivité avant le diagnostic dans une maladie classante. Cette proportion est en augmentation entre 1997 et 2002.

Les nouvelles découvertes de séropositivité d'infection à VIH sont estimées d'après les données de la DO VIH à 6000 cas pour 2003 (Cette notification obligatoire étant de mise en place récente, ce chiffre reste à consolider). Parmi les personnes nouvellement diagnostiquées, les femmes représentent 43% des cas, dont 51% sont des femmes migrantes/étrangères originaires d'Afrique subsaharienne. Les modes de contamination se répartissent entre homosexuel 21,4%, UDIV 2,2% ; hétérosexuels 57%, transfusion 0,1%, mère-enfant 0,4%.

Si 54% des nouveaux diagnostics d'infection à VIH concernent des personnes asymptomatiques, 15% des personnes découvrent leur séropositivité à un stade symptomatique non sida et 13% sont des diagnostics tardifs au stade sida.

Ce dépistage tardif du VIH est lourd de conséquences et constitue une perte de chance à l'heure des traitements antirétroviraux efficaces. Il entraîne en effet une mortalité directement liée à l'infection, le risque de maladie opportuniste éventuellement avec séquelles motrices ou cérébrales et leurs conséquences médico-psycho-sociales, une probabilité moindre de succès thérapeutique à long terme, une complexité accrue et une moindre tolérance des traitements. De plus, l'existence d'un groupe de personnes atteintes par une infection à VIH méconnue avec une immuno-dépression sévère peut contribuer à un accroissement du risque de transmission.

Les épidémies récentes de syphilis, d'hépatites, de LGV, notamment parmi les personnes séropositives au VIH, le risque de cancer du col associé au HPV, le fort taux de prévalence des chlamydiae observé chez les jeunes dans les DAV et les CPEF, le nombre important de grossesses extra utérines (GEU) incitent à une remobilisation en faveur de dépistages ciblés sur les différents agents infectieux et les populations particulièrement exposées ce d'autant que les IST sont des facteurs de transmission du VIH.

Le dépistage des infections sexuellement transmissibles a une double fonction. Au niveau individuel, il permet l'accès au suivi médical et au traitement et la prévention des complications. Sur le plan collectif, il permet la réduction du niveau d'exposition quand l'infection peut être traitée et guérie (syphilis, gonococcies, chlamydiae) et réduit le risque de transmission par l'adoption d'un comportement adapté (VIH). A cet égard, les différentes infections se

différencient donc fortement. Leur distribution épidémiologique différenciée appelle aussi des stratégies spécifiques en matière de dépistage.

II.2 Axes stratégiques

- Maintien du dispositif de dépistage anonyme et gratuit du VIH favorisant la démarche volontaire dans le cadre d'une démarche associant systématiquement le conseil personnalisé.
- Recentralisation des DAV pour organiser un dispositif cohérent avec les CDAG.
- Proposition systématique de dépistages associant VIH et IST dans les groupes à risque élevé (homosexuels masculins, personnes cumulant des facteurs de risque sexuel).
- Proposition systématique de dépistage de certaines infections dans des groupes cibles au sein de la population générale : dépistage des chlamydiae et des papillomavirus conformément aux objectifs de la loi de santé publique.

II.3 Objectifs

II.3.1 Réduire le retard au dépistage du VIH

La stratégie de dépistage du VIH se décline à trois niveaux :

- dépistage volontaire, facilité dans le dispositif CDAG par sa spécialisation, sa gratuité et la garantie d'anonymat ainsi que dans les CPEF et les centres de lutte contre les IST;
- dépistage proposé de façon systématique avec un consentement explicite en prénatal, lors de l'examen prénuptial, lors des IVG, ou chez les entrants en prison ;
- dépistage obligatoire des dons de sang, d'organes, de tissus et de cellules.

II. 3.1.1. Axes stratégiques

- Maintien du principe du dépistage volontaire à travers un système aisément accessible ;
- Incitation au dépistage régulier dans les populations prioritaires ;
- Proposition du dépistage aux migrants dans les soins primaires (cf. programme national de lutte contre le VIH en direction des étrangers/migrants vivant en France 2004/2006 ;
- Encouragement à la demande de test au partenaire dans la démarche préventive.

II.3.1.2 Mesures spécifiques

II.3.1.2.1 Inciter les personnes appartenant aux populations prioritaires au dépistage précoce du VIH

a- Constats

Le retard au dépistage est particulièrement accentué chez les migrants, en raison souvent d'une infection ancienne non dépistée dans le pays d'origine faute d'accès au test et au traitement ou liée à un éloignement du système de soins et de dépistage pour les personnes résidant en France. Plus élevé chez les hétérosexuels, il est moins marqué chez les femmes en raison du test en début de grossesse. Ce retard renvoie aussi pour une part à la perception du risque et aux représentations du sida, notamment à la stigmatisation de certaines populations ou groupes à risque qui fait obstacle à l'identification de soi comme concerné par la maladie dès lors que la personne ne s'y identifie pas. Cette situation est particulièrement marquée dans les DFA. La répétition des expositions chez les homosexuels masculins incite à

recommander la réalisation régulière de tests pour identifier les infections à leur début et renforcer les comportements préventifs à l'occasion de la consultation.

b- Axes stratégiques

- Favoriser les dispositifs de dépistage de proximité.
- Tenir compte des freins socio-culturels au dépistage.
- Augmenter le niveau d'information des publics.
- Actualiser les pratiques de dépistage en liens avec le conseil supérieur d'hygiène publique de France.
- Développer des stratégies de communication adaptées aux différents publics.

c- Actions

- Campagnes nationales d'incitation au dépistage en population dans les groupes les plus exposés.
- Augmentation de l'accessibilité des CDAG, notamment par une ouverture le soir et le samedi.
- Organisation d'actions « hors les murs » en partenariat avec les acteurs de santé locaux pour toucher des populations ne fréquentant pas les structures classiques de dépistage.
- Amélioration des pratiques notamment en matière de rapidité du diagnostic compte tenu de l'évolution des tests disponibles, de qualité du conseil préventif par la formation des médecins et la réalisation d'un guide pratique, et par une meilleure coordination avec le dispositif de prise en charge.
- Collaboration des acteurs associatifs dans les démarches de dépistage en complémentarité avec les professionnels de santé.

d- Indicateurs de suivi des actions

❖ *Productions de l'INPES*

- réalisation du guide à destination des professionnels et nombre d'exemplaires diffusés ;
- nombre de numéros de « repères pour votre pratique » abordant ce sujet et nombre d'exemplaires diffusés
- campagnes d'information et d'incitation au dépistage (campagnes TV grand publics)

❖ *Actions financées par la DGS et les services déconcentrés*

- Activité de dépistage dans lieux à forte prévalence du VIH,
- Nombre d'actions de dépistage hors les murs.

❖ *Impact*

- proportion de personnes ne connaissant pas leur séropositivité au moment du diagnostic de la maladie sida en fonction des populations cibles ;
- proportion d'infections récentes parmi les diagnostics d'infections à VIH en fonction des populations cibles
- proportion de stades symptomatiques au moment du diagnostic de la séropositivité

II.3.2 Inciter au dépistage des IST

II.3.2.1 Axes stratégiques

Inciter au dépistage ciblé en fonction des agents infectieux et des groupes

II.3.2.2 Mesures spécifiques

II.3.2.2.1 Mettre en place un dispositif de dépistage du VIH et des IST anonyme et gratuit sur l'ensemble du territoire

a- Constats

Depuis 1988, la France a mis en place un dispositif spécifique anonyme et gratuit pour le dépistage du VIH, étendu depuis 2000 aux hépatites. Ce dispositif permet d'atteindre des personnes particulièrement exposées (homosexuels, migrants, personnes ayant eu un nombre élevé de partenaires) comme en témoigne le taux de diagnostics positifs deux fois supérieur en CDAG par rapport aux laboratoires de biologie médicale. Le recours au test est une composante du comportement préventif et offre la possibilité d'un conseil préventif individualisé et donc adapté aux comportements, aux connaissances et aux pratiques. La connaissance du statut sérologique à l'égard du VIH et le partage de cette information entre partenaires ont été encouragés par les campagnes de communication publique (2002 notamment).

S'agissant des IST, 20% sont dépistées dans des structures publiques (DAV, CPEF, consultations hospitalières). Du fait de la quasi disparition de la syphilis et de la gonococcie, du chancre mou et du LGV, depuis les années 1970, la surveillance épidémiologique et la proposition de dépistage étaient tombées en désuétude jusqu'en 2000. Le dispositif de dépistage des IST séparé du dispositif de dépistage du VIH est caractérisé par une forte hétérogénéité sur le territoire.

b- Axes stratégiques

Faire évoluer le dispositif de dépistage du VIH en particulier celui des CDAG et l'articuler avec les dispositifs de prise en charge des IST conformément à la loi N° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

c- Actions

- Elaboration du décret relatif aux conditions d'habilitation des centres d'information, de dépistage, de diagnostic des IST (CIDDIST).
- Elaboration d'une circulaire d'application définissant les modalités techniques, de fonctionnement et d'évaluation des CIDDIST (bonnes pratiques, personnels, locaux et matériels, remontées des données d'activité, modèles de convention) juin 2005. Le recueil des données d'activité pourrait également être élargi aux CPEF.
- Habilitation des structures par le représentant du préfet dans les départements (1^{er} janvier 2006) ou conventionnement avec les collectivités territoriales (juillet 2005).
- Accompagnement des services déconcentrés pour la mise en œuvre (présentation aux journées des chargés de dossiers, mise en place d'une boîte aux lettres sur intranet).

d - Indicateurs de suivi des actions

- Nombre de CDAG et de Centres de lutte contre les IST et couverture géographique.
- Nombre de tests VIH réalisés en laboratoires hospitaliers ou de ville et en CDAG.
- Répartition des tests en CDAG selon le sexe et l'âge.
- Nombre et taux de tests positifs au VIH en CDAG.

II.3.2.2 Intégrer les modules sur la consultation de dépistage du VIH et des IST dans la formation permanente professionnelle

a- Constat

La consultation médicale est un moment clé pour aborder la prévention et le dépistage du VIH et IST en particulier lors d'une demande de contraception.

b- Axe stratégique

Les médecins généralistes, les gynécologues et les sages-femmes doivent être particulièrement sensibilisés à la nécessité d'intégrer une proposition de dépistage du VIH et de d'IST lors des visites systématiques.

c- Actions

- Intégration de modules sur la consultation de dépistage du VIH et des IST dans la formation permanente des professionnels de santé.
- Elaboration et diffusion de documents à destination des professionnels « repères pour votre pratique » pour favoriser la proposition de dépistage des IST et du VIH :
 - pour les groupes prioritaires, lors de recours au système de soins
 - pour l'ensemble de la population, à des moments clés (contraception, IVG, grossesse, examen prénuptial, bilan tuberculose, bilan hépatites...).

- Collaboration avec les représentants des médecins généralistes, les gynécobstétriciens et les sages-femmes.

d- Indicateurs de suivi des actions

- Outils de communication réalisés pour les professionnels.
- Nombre de formation à la consultation de dépistage.

II.3.2.2.3 *Diminuer l'incidence de la syphilis chez les homosexuels et éviter une diffusion plus large*

a- Constats

Depuis 2002, les campagnes d'incitation au dépistage de la syphilis chez les homosexuels ont permis de dépister et de traiter un nombre relativement important de cas (1089 cas notifiés à l'INVS entre 2000 et juin 2004). 80% des cas dépistés sont survenus chez des homosexuels, la moitié étant co-infectés par le VIH, et connaissaient leur séropositivité depuis 7 ans en moyenne.

Le nombre de cas dépistés annuellement et notifiés à l'INVS est stable entre 2002 et 2003 à Paris.).

- Toutefois l'impact attendu de renversement de la courbe épidémique n'est pas encore observé, le programme doit donc être maintenu.

b- Axes stratégiques

Inciter et motiver au dépistage précoce de la syphilis les hommes homosexuels pour traiter les cas et réduire l'incidence

c- Actions

- communication spécifique sur les modes de transmission, les formes cliniques et le dépistage envers les homosexuels masculins, notamment auprès des séropositifs pour le VIH, notamment dans les lieux de rencontres sexuelles ;
- réalisation d'actions similaires dans les lieux de rencontres échangistes hétérosexuels ; proposition systématique d'un dépistage de la syphilis associé au VIH dans ce groupe ;
- maintien du dispositif de surveillance

d- Indicateurs de suivi des actions

- nombre de cas identifiés par le réseau de déclaration volontaire de la syphilis,
- évolution du pourcentage de personnes homosexuels parmi les diagnostics positifs de la syphilis dans le cadre du réseau volontaire de déclaration,
- nombre de tests réalisés dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST,
- nombre annuel de diagnostics microbiologiques dans les laboratoires d'analyses médicales,
- ventes d'Extencilline (2,4M).

II.3.2.2.4 Diminuer l'incidence de la gonococcie dans les populations à risque

a- Constats

La surveillance met en évidence une légère augmentation des cas de gonococcies depuis 2003. Ces cas atteignent également les hommes et les femmes. La clinique de la gonococcie s'est modifiée, en se banalisant et par ailleurs, une évolution de la résistance au traitement est mise en évidence pour la ciprofloxacine.

b- Axes stratégiques

Inciter au dépistage précoce de la gonococcie et prévenir ses complications

c- Actions

- Incitation au dépistage dans certains groupes cibles (personnes multi-partenaires fréquentant des lieux de rencontre, personnes séropositives au VIH, personnes présentant une autre IST) par une communication spécifique envers cette population, notamment auprès des hommes séropositifs pour le VIH et la formation des professionnels.
- Surveillance couplée à d'autres IST (syphilis) permettant de mieux identifier les populations exposées.

d- Indicateurs de suivi des actions

- Nombre et répartition des gonococcies dans le réseau RENAGO (InVS)
- Pourcentage de souches résistantes à la ciprofloxacine

II.3.2.2.5 Réduire le retard au dépistage de l'hépatite B

a- Constats

L'estimation du taux de prévalence du portage de l'antigène HBs dans une enquête menée par l'InVS en 2003-2004 auprès des assurés sociaux est plus élevé (0.68% ;(IC95% [0,44-1,05) que ce qui avait été estimé antérieurement (0.2% à 0,4%). Ce taux de prévalence est compatible avec un nombre de porteurs chroniques de l'AgHBs de l'ordre de 300 000 chez les sujets de France métropolitaine.

L'enquête menée par l'InVS dans les lieux de consultation pour les IST montre que le pourcentage de tests positifs est de 5%. L'hépatite B est responsable de 1% des hépatites fulminantes.

b- Axes stratégiques

Inciter au dépistage précoce de l'hépatite B dans les lieux de prise en charge des IST et proposer systématiquement le vaccin pour les personnes des groupes prioritaires

c- Actions

- Proposition systématique du dépistage de l'hépatite B aux femmes enceintes, aux groupes prioritaires vis-à-vis du VIH et de l'hépatite B.
- Sensibilisation sur l'intérêt du dépistage par des outils de communication.

La mise en œuvre des actions de prévention et de la politique vaccinale est définie dans le cadre du programme national de lutte contre les hépatites.

II.3.2.2.6 Proposer un dépistage systématique des chlamydiae chez les femmes sexuellement actives de moins de 25 ans et des hommes de moins de 30 ans

a- Constats

La prévalence des chlamydiae varie selon, la classe d'âge, la zone géographique et le lieu de dépistage.

Une enquête récente de l'InVS menée dans des lieux de consultation pour les IST montre que le pourcentage de tests positifs est particulièrement élevé chez les femmes de moins de 25 ans (autour de 10%) et chez les hommes (près de 10% quel que soit l'âge).

L'étude de prévalence des chlamydiae nichée dans l'enquête ANRS-CSF menée en 2005 permettra de préciser la mesure de la prévalence et d'identifier les groupes et comportements à risque.

L'ANAES recommande la PCR urinaire ou sur prélèvements locaux comme test de dépistage. Le traitement des infections uro-génitales à *C. trachomatis* est bien codifié (azithromycine en monodose).

b- Axes stratégiques

Généraliser le dépistage des chlamydiae chez les jeunes adultes par le biais du dispositif des CDAG et des DAV et dans le système de soins primaire, grâce à une mobilisation des professionnels de santé.

Sensibiliser les professionnels (généralistes, gynécologues, dermatovénérologues) à l'intérêt de ce dépistage pour ces publics en fonction de facteurs de risques sera réalisée.

c- Actions

- Mise en place d'un dépistage systématique chez les femmes de moins de 25 ans et les hommes de moins de 30 ans consultant en DAV (futurs CIDDIST) et CDAG par l'inscription des besoins de financements correspondants au PLFSS dès 2006, la modification de l'arrêté du 3 octobre 2000 sur les CDAG pour inscrire la prise en charge des chlamydiae.
- Mener des actions d'information des publics sur l'intérêt du dépistage.
- Diffusion des recommandations aux professionnels (généralistes, gynécologues, dermatovénérologues).

d- Indicateurs de suivi des actions

- Nombre annuel de diagnostics microbiologiques au sein du réseau RENACHLA,
- Nombre de dépistages réalisés dans les lieux de prise en charge des IST dont nombre de résultats positifs

II.3.2.2.7 *Proposer un dépistage systématique de l'HPV chez les femmes de 25 à 68 ans*

a- Constat

La prévalence du portage du HPV est de 10% dans la population adulte. La dysplasie du col utérin et le risque de transformation en cancer à long terme en font une priorité de santé publique. Par ailleurs le HPV est un co-facteur de transmission du VIH.

b- Axe stratégique

Associer le dépistage de l'HPV à toute réalisation de frottis.

c- Actions

- Inscription du test HPV à la nomenclature.
- Proposition d'un dépistage organisé du cancer du col pour les femmes de 25 à 69 ans.
- Action de communication spécifiques envers les femmes précaires, rurales et ménauposées sur l'intérêt du dépistage.
- Promotion de la vaccination anti-HPV (en cours de développement) dès son autorisation de mise sur le marché.

d- Indicateurs de suivi des actions

- Volume de frottis du col de l'utérus réalisés par an
- Volume des tests HPV
- Taux de couverture géographique du dépistage du cancer du col de l'utérus.

II.3.2.2.8 Améliorer le dépistage de l'herpès génital (HSV1, HSV2)

a- Constats

La prévalence estimée chez les adultes est de 17%, plus élevée chez les femmes. L'herpès est un facteur de gravité majeur d'une part chez les personnes séropositives, d'autre part pour les nouveau-nés dont la mère est atteinte (risque d'encéphalite herpétique).

De plus l'infection à HSV2 favorise l'acquisition et la transmission du VIH.

b- Axe stratégique

Systematiser la proposition de dépistage de HSV1 et HSV2 pendant la grossesse et chez les personnes séropositives

c- Actions

- Dépistage systématique chez la femme enceinte en début et en fin de grossesse.
- En population générale, l'éducation, l'information et l'annonce aux partenaires doivent concerner les personnes qui ont des signes cliniques récurrents d'herpès.

d -Indicateurs de suivi des actions

- Nombre d'encéphalites herpétiques néo-natales .
- Nombre d'infections à HSV cutanéomuqueuses récidivantes chez les personnes présentant un sida.
- Séroprévalence de l'herpès (enquêtes transversales répétées dans le temps).

III. SUIVI ET PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

III.1 Contexte

III.2 Axes stratégiques

III.3 Objectifs

III.3.1 Réduire l'incidence du sida et de la mortalité liée au sida de 20% en 5 ans (Objectif 36)

III.3.2 Mesures spécifiques

LA PRESENTE PARTIE CONCERNE LE SUIVI ET LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DE L'INFECTION PAR LE VIH DANS LA MESURE OU LE DIAGNOSTIC, LE SUIVI ET LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES IST, AUTRES QUE LE VIH, NE POSENT PAS DE PROBLEME SPECIFIQUE.

LES TRAITEMENTS SONT SIMPLES, AMBULATOIRES ET CODIFIES. ILS INCLUENT LA PRISE EN CHARGE DU OU DES PARTENAIRES ET DOIVENT ETRE ASSOCIES A DES CONSEILS PREVENTIFS PENDANT ET APRES LE TRAITEMENT.

III.1 Contexte

La prise en charge thérapeutique et le pronostic de l'infection par le VIH ont été profondément bouleversés par la mise à disposition des traitements antirétroviraux actifs depuis 1996. Ces dernières années, l'administration de traitements simplifiés (réduction du nombre de comprimés, monoprièses journalières) et l'identification des traitements les plus toxiques ont permis d'améliorer l'acceptabilité et la tolérance des traitements. Ceux-ci ne permettent toujours pas de guérir de l'infection mais accroissent significativement l'espérance de vie des personnes touchées générant de nouveaux enjeux en terme de qualité de vie, d'insertion professionnelle, de projet parentaux. Cependant, sans remettre en question l'importance du bénéfice apporté par ces traitements, la survenue d'effets indésirables peut peser lourdement sur la qualité de vie des personnes atteintes et de leurs proches. Des recommandations sur la prise en charge thérapeutique des personnes porteuses de l'infection par le VIH, qui reste complexe, sont régulièrement mises à jour et permettent aux acteurs de soins concernés d'offrir aux personnes atteintes la qualité d'une prise en charge adaptée aux avancées scientifiques particulièrement nombreuses dans cette infection.

Malgré une prise en charge similaire sur le territoire métropolitain et dans les DFA, l'efficacité thérapeutique apparaît moindre dans ces départements, Cette situation paraît liée, entres autres, au retard au dépistage avec comme conséquence une prise en charge thérapeutique tardive et en raison d'une augmentation de la résistance secondaire aux ARV. Elle peut aussi être liée aux conditions sociales plus difficiles, des personnes vivant avec le VIH dans cette région notamment en raison de la situation générale mais aussi de la stigmatisation et de l'isolement.

Le réinvestissement de la sexualité par les personnes dont l'état de santé s'est amélioré grâce au traitement, l'observation d'une proportion élevée d'IST chez les hommes séropositifs, les difficultés à maintenir au long cours une prévention systématique imposent de développer un programme de prévention envers les personnes vivant avec le VIH.

III.2 Axes stratégiques

Garantir la qualité du dispositif de prise en charge existant

L'organisation de la prise en charge de l'infection par le VIH s'est adaptée à l'évolution de l'infection et aux nouvelles modalités de prise en charge. L'accessibilité aux soins et aux traitements permet d'offrir aux personnes porteuses de l'infection une prise en charge de qualité. L'implication des patients et des associations permet également d'assurer une pleine participation des personnes concernées dans la prise en charge thérapeutique. Ces acquis doivent être préservés en sachant que l'évolution rapide des données relatives à l'infection qu'elles soient scientifiques, épidémiologiques, psychologiques et sociales nécessitent en parallèle une nécessaire adaptation des dispositifs et des modalités de prise en charge.

Favoriser l'implication et la participation des patients à titre individuel et collectif et développer l'éducation à la santé et une approche globale de la santé

L'éducation pour la santé du patient vise à la compréhension et à la maîtrise par les patients de leur maladie et de leur traitement. Mais elle concerne aussi de façon plus globale les comportements de santé et le mode de vie. Elle implique une formation des soignants.

Adapter le dispositif à l'évolution actuelle de l'infection.

- Améliorer le lien entre le dépistage et le suivi thérapeutique : coordination CDAG/médecine de ville/hôpital et liens avec les différents acteurs sanitaires et sociaux publics ou privés ;
- Coordonner les professionnels des différentes spécialités (y compris de médecine générale) compte tenu de la complexité des traitements et de leurs effets indésirables ;
- Promouvoir des modalités de prise en charge différenciées selon que les patients sont nouvellement pris en charge ou suivis depuis longtemps ;
- Faire évoluer les actuels CISIH en cohérence avec les enjeux actuels de l'épidémie.

III.3 Objectif

III.3.1 Réduire l'incidence du sida et de la mortalité liée au sida de 20% en 5 ans (Objectif 36).

III.3.1.1 Contexte

Au 31 mars 2004, le nombre de personnes vivantes présentant un sida est estimé entre 25 000 et 27 000. Dans l'enquête mortalité 2000, sur les 964 décès déclarés, 456 sont directement dus au sida. L'enquête mortalité 2005 devrait permettre de préciser ces données.

L'objectif de baisse de la mortalité liée au sida nécessite de réduire la proportion de diagnostic tardif, de promouvoir l'accès effectif aux soins et au traitement et d'améliorer l'observance.

Afin de contribuer à la réalisation de l'objectif général, 4 mesures spécifiques sont retenues.

III.3.2 Mesures spécifiques

III.3.2.1. Faciliter la prise en charge précoce

a. Constats

Les données de la FHDH montrent que :

- 50% des patients chez qui est posée une indication de traitement ARV sont vus à un stade avancé (moins de 200 CD4). Ce retard semble lié principalement au dépistage tardif, le recours au soin après un dépistage positif étant globalement bien assuré,
- le risque de mortalité chez les patients pris en charge tardivement (stade sida ou $CD4 < 200$) est 16 fois plus élevé dans les 6 mois qui suivent la prise en charge.

b- Axes stratégiques

Rejoignent les axes stratégiques développés dans la partie dépistage.

c- Actions

- Inciter au dépistage du VIH et des IST (cf partie 2),
- Coordonner CDAG/médecine de ville/hôpital.

d- Indicateurs du suivi des actions

- Nombre de personnes prises en charge avec un taux de CD4 supérieur ou égal à 350/mm³ (données de la base hospitalière française : ex DMI2) ;
- Pourcentage de personnes découvrant leur séropositivité au stade sida ;
- Pourcentage de personnes consultant à l'hôpital avec un diagnostic de séropositivité de moins de 6 mois (données de la base hospitalière française : ex DMI2)

III.3.2.2 Harmoniser les dispositifs et les modalités de prise en charge sur l'ensemble du territoire

a. Constats

Effectué, en 2002, dans le cadre du rapport d'experts coordonné par J-F Delfraissy le constat porté sur les actuels CISIH met en évidence des acquis et des points à améliorer :

- Les acquis : le principe fondateur des CISIH (lettre DH/SPE/1988) Prise en charge transversale par l'association des unités de soins, médico-techniques, recherche et épidémiologie ») et l'apport dans la recherche et l'épidémiologie par le financement des techniciens d'études cliniques et la cohorte DMI2
- Les points d'amélioration nécessaire
 - la non adaptation du texte à l'épidémie actuelle, ses caractéristiques, ses enjeux et notamment l'implication des acteurs actuellement nécessaires pour une prise en charge globale et transversale,
 - le manque de lisibilité et l'hétérogénéité sur le territoire tant dans les missions que dans le fonctionnement,
 - l'implication diverse des institutions concernées selon le territoire (Services déconcentrés et ARH),
 - un suivi rendu difficile par l'absence de rapport d'activité type.

b- Axes stratégiques

Les orientations proposées pour l'évolution des CISIH (projet piloté par un comité de pilotage pluriprofessionnel coordonné par la DHOS) correspondent au constat porté en 2002 et décrit ci-dessus. Un changement de nom a été souhaité avec l'instauration des Centres de coordination régionale de lutte contre l'infection due aux virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH).

Les orientations devraient permettre de mieux répondre aux enjeux suivants :

- Equité sur le territoire : en définissant un cahier des charges commun aux CISIH. Cela permet aussi une meilleure lisibilité très utile d'une manière générale mais particulièrement en cette période d'installation de la T2A et de la MIGAC. Le financement des actuels CISIH qui s'effectuait antérieurement dans la dotation globale hospitalière, est prévu actuellement dans les missions d'intérêt général (Arrête du 12 avril 2005).
- Adaptation aux caractéristiques actuelles de l'épidémie, à ses enjeux et à son contexte . Les COREVIH favorisent la coordination des acteurs nécessaires pour une prise en charge globale et transversale des patients. Ils contribuent notamment à favoriser le rapprochement du dépistage et du soin, ainsi que la prévention qui sont deux des enjeux majeurs de l'épidémie actuelle. Le COREVIH repose sur deux instances, comité de pilotage et bureau, impliquant les acteurs concernés.
- Participation à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique régionale de lutte contre le VIH et notamment aider à l'implication conjointe sur ce dossier des services déconcentrés et des ARH
- Amélioration de la qualité de la prise en charge notamment par le rôle de suivi et d'harmonisation des pratiques professionnelles (exemple : procédures de prise en charge de la co-infection, des AES, ..)

c- Actions

- Inciter au dépistage du VIH et des IST (cf partie 2),
- Coordonner CDAG/médecine de ville/hôpital.
- Il a été demandé par le ministre que l'évolution des actuels CISIH repose sur un décret. Les orientations contenues dans le projet sont en cohérence avec l'avis du Conseil national du SIDA (17 mars 2005) sur l'organisation des soins. Il est prévu d'accompagner ce décret de trois arrêtés et d'une circulaire. Les trois arrêtés concernent :
 - 1) l'Etablissement de santé, siège du COREVIH la zone de référence ;
 - 2) les modalités de composition du comité de pilotage des COREVIH: elles doivent assurer une participation des acteurs concernés par la prise en charge globale et transversale des patients. Les modalités de composition des comités de pilotage doivent conduire à une représentation au sein de celui-ci des médicaux, non médicaux, administratifs, associations de malades ou d'utilisateurs du système de santé (cohérence avec l'avis du CNS (17 mars 2005, la loi du 4 Mars 2002 et les besoins inhérents à la réponse à l'épidémie due VIH, ..) avec une appartenance du secteur hospitalier et extra hospitalier ;
 - 3) le rapport d'activité type

d- Indicateurs du suivi des actions

- tableau de mise en œuvre de l'évolution des CISIH (comité de pilotage)

- analyse des rapports d'activité type

III.3.2.3 Améliorer la qualité de prise en charge

a- Constats

La prise en charge reste à dominante hospitalière et se caractérise par :

- Le nombre de personnes suivies pour une séropositivité au VIH au moins une fois entre le 1^{er} janvier 1992 et le 31 décembre 2002 est de 88 908 dans la FHDH (base française de données hospitalières ex-DMI2) dont 40 000 vues au cours de l'année 2002.
- 80% des patients bénéficient d'un traitement antirétroviral dont 70% sous forme d'une trithérapie et 10% sous forme d'une bithérapie.
- 60% des patients suivis sont en succès virologique (moins de 500 copies/ml)
- 5% sont en échec thérapeutique sévère ($CD4 < 200/ml$ $CV > 30.000$ copies)
- La prévalence de la co-infection avec les virus des hépatites est d'environ 20%
- Le recours à la procréation médicalement assistée s'est accru consécutivement à l'arrêté du 10 mai 2001 et permet aux couples concernés d'envisager un projet parental en toute sécurité.

b- Axes stratégiques

L'amélioration de la prise en charge repose sur :

- l'intégration continue aux pratiques professionnelles des nouvelles connaissances thérapeutiques,
- l'organisation d'une prise en charge pluridisciplinaire adaptée à la diversité des besoins et des situations et promouvant notamment l'observance et l'éducation du patient
- la pleine participation des personnes vivant avec le VIH, notamment à travers les associations.

c- Actions

L'intégration continue aux pratiques professionnelles des nouvelles connaissances thérapeutiques nécessite :

- l'actualisation régulière des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ;
- la mise en commun des compétences (cliniques, virologiques, pharmacologiques) telles que définies dans la mise en place des nouveaux CISIH ;
- la poursuite des études de pharmacovigilance sur les effets indésirables graves et les effets à long terme des ARV chez l'adulte (femmes et hommes) et chez l'enfant (cohorte périnatale française etc..).

L'accentuation de la pluridisciplinarité de la prise en charge passe par :

- Promouvoir le concept d'observance comme un enjeu majeur de la qualité de la prise en charge des personnes atteintes. En effet, le respect le plus strict possible des régimes thérapeutiques est une des conditions indispensables pour obtenir à court, moyen, et long terme un succès thérapeutique et lutter contre l'émergence de

virus résistants. L'obtention d'une observance adaptée doit s'appuyer sur plusieurs axes : information des patients et des acteurs de santé dont les associations, formation des prescripteurs, identification et prise en compte des effets indésirables, simplification et mise à disposition de formes galéniques simples et des formes combinées, promotion de la parole sur le vécu des traitements et de la maladie, prise en compte des conditions de vie des personnes vivant avec le VIH. Les consultations d'observance et dans certains cas l'aide à l'observance à domicile par du personnel formé seront développées. L'observance thérapeutique chez les adolescents est particulièrement difficile à obtenir. Il importe donc d'accompagner le passage à l'adolescence des enfants infectés (cf. partie IV).

- Assurer la prise en charge des co-infections par les virus des hépatites B et C : dépistage, traitement, suivi des personnes co-infectées
 - développer la prévention des virus des hépatites chez les personnes séropositives, (usage du préservatif, connaissance du statut sérologique des partenaires avec vaccination éventuelle, identification des facteurs de risque d'acquisition des conduites, appropriation des comportements de prévention).
 - favoriser la mise en commun des compétences interdisciplinaires (gastro-entérologues, hépatologues, psychiatre et psychologue, virologues, pharmacologues, équipes chirurgicales de transplantation,
 - informer par des outils adaptés les personnes co-infectées,
 - former les acteurs de santé à la prise en charge et à l'accompagnement de celles-ci.
- Prendre en compte des spécificités féminines en terme de stratégie thérapeutique, de suivi, d'effets indésirables et de désir d'enfant. L'accompagnement des femmes enceintes, le suivi périnatal et post natal nécessitent de promouvoir la coordination pluridisciplinaire des acteurs médicaux, sanitaires et sociaux et de soutenir les associations impliquées dans cette thématique. La coordination pluridisciplinaire en particulier avec les gynécologues obstétriciens est à promouvoir.
- Prendre en compte la vie sexuelle des personnes vivant avec le VIH (partie I).
- Former et sensibiliser les soignants au décalage culturel au sein de la population migrante (partie I programme en direction des migrants étrangers)
- Adapter l'accompagnement thérapeutique et psycho social selon que la personne est nouvellement prise en charge ou suivie et traitée depuis longtemps.
 - L'encadrement de la prescription médicamenteuse par des professionnels ayant des compétences dans le domaine du VIH (primo-prescription hospitalière) favorise l'accès au traitement adapté en fonction des nouvelles avancées thérapeutiques dans le meilleur rapport bénéfice/risque.
 - Offrir des perspectives thérapeutiques innovantes en situation d'échec thérapeutique grave ;
 - Offrir un accompagnement dans la perspective de rétablir ou maintenir le lien social et psycho affectif et le cas échéant de faire face à l'invalidité et au handicap.

- La prise en compte du vieillissement de la population en terme de dépistage et de prévention des maladies cardio vasculaires, des cancers, des maladies métaboliques liées ou non au traitement anti rétroviral doit être promue

d- Indicateurs de suivi des actions

- Activité des associations impliquées dans le champ des hépatites et du VIH nombre de permanences hospitalières des associations, nombre de participants aux groupes de parole, représentations associatives dans les différentes structures de santé (CISIH, Réseau ville hôpital, réunions des soignants...);
- Activité des associations en direction des familles, des enfants et des adolescents ;
- Existence de guides et journaux sur les traitements et les essais thérapeutiques (analyse de la diffusion, lieux de diffusion, enquête de lectorat etc...);
- Taux d'activité professionnelle des personnes porteuses du VIH ;
- Réalisation d'une enquête qualité de vie des personnes porteuses du VIH ;
- Pourcentage de patients traités pour les virus des hépatites ;
- Pourcentage de patients porteurs du VIH co-infectés bénéficiant de transplantation hépatique ;
- Recueil de données spécifiques relative à la population féminine (effets indésirables, dosages pharmacologiques des AR...).

III.3.2.4. Lutter contre l'échec thérapeutique et les résistances

a- Constats

L'échec thérapeutique est défini par un non contrôle ou un contrôle sub-optimal de la charge virale VIH. La réplication virale persistante sous traitement non adapté conduit à l'accumulation de mutations de résistances à différents antirétroviraux. Ces mutations entraînent une moindre sensibilité aux traitements, une destruction des cellules immunitaires et une susceptibilité accrue aux infections opportunistes avec le risque de décès.

L'apparition de résistances croisées au sein d'une même famille d'antirétroviraux entraîne une réduction importante des options thérapeutiques ultérieures. La résistance est dite primaire si des mutations des résistance sont présentes chez un sujet n'ayant jamais reçu de molécules antivirales. La présence de résistance primaire résulte de la transmission à un individu n'ayant jamais reçu de traitement d'un virus muté provenant d'une personne traitée ou ayant bénéficié d'un traitement quel qu'en soit la durée. La résistance est dite secondaire lorsque les gènes de mutations apparaissent chez un sujet traité ou ayant été traité dans le passé quelle que soit la durée du traitement.

L'installation de la résistance secondaire est d'origine multi factorielle et associe :
Sur le plan du médicament : Puissance antivirale insuffisance, barrière génétique de résistance faible, effets secondaires, Interactions médicamenteuses.

Sur le plan de la personne : Observance médiocre en rapport avec des barrières intra psychiques, les effets secondaires, les modalités d'administration contraignantes, une mauvaise compréhension de la maladie et des enjeux, la crainte de l'exclusion, des conditions de vie précaires sur le plan économique et social.

b- Axes stratégiques

La lutte contre les échecs thérapeutiques et les résistances repose d'une part sur la connaissance des deux déterminismes à l'origine de ces deux problématiques et d'autre part sur l'information, la formation et la prévention en direction des acteurs de santé médicaux et non médicaux, associatifs, psycho sociaux) et toutes personnes impliquées (personnes atteintes, proches...).

c- Actions

Soutenir les protocoles de recherche axés sur la résistance pour offrir des perspectives thérapeutiques innovantes :

- impliquer l'industrie pharmaceutique dans le suivi des résistances au cours d'études observationnelles post AMM ;
- analyser les résistances lors de tout essai clinique thérapeutique ;
- élaborer des guides pratiques simples sur les résistances à destination des personnes atteintes ;
- suivi de la mise à disposition des génotype de résistance en laboratoire de ville (critères qualités).

d- Indicateurs de suivi des actions

- Pourcentage de la file active bénéficiant de consultations d'observance et nombres d'actions de soutien thérapeutique mise en place en milieu hospitalier et extrahospitalier.
- Nombre de nouvelles molécules mises sur le marché.
- Mesure de la prévalence de la résistance primaire et secondaire.
- Permanences hospitalières et groupe de parole des associations, (nombre de personnes les fréquentant).
- Nombre de personnes en échec thérapeutique grave.
- Nombre de personnes incluses dans des essais thérapeutiques de phase 2, 3 (AFSSAPS).
- Nombre de personnes bénéficiant d'un ATU nominative ou de cohorte (AFSSAPS).
- Guide, sites Internet et journaux sur les traitements et les essais thérapeutiques.

IV- SOUTIEN, ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ATTEINTES ET LUTTE CONTRE LES DISCRIMINATIONS

IV.1 Contexte

IV.2 Axes stratégiques

IV.3 Objectifs

IV.3.1 améliorer la qualité de vie des personnes atteintes

IV.3.2 lutter contre les discriminations

IV.1 Contexte

En France actuellement, la pathologie VIH /Sida :

- concerne des populations socialement plus défavorisées qu'au début de l'épidémie (habitants des départements français d'Amérique, immigrés d'Afrique Subsaharienne) ou entraîne, pour une fraction importante des personnes atteintes, une détérioration de leur situation sociale, liée à des difficultés à conserver un emploi stable, à accéder aux dispositifs d'insertion de droit commun et à conserver des liens sociaux
- affecte toujours de façon majeure les homosexuels masculins, encore victimes de discriminations;

Les résultats de l'enquête ANRS-VESPA¹ sur la situation sociale des patients suivis dans les hôpitaux indiquent que les patients actuellement atteints par le VIH sont plus fragiles socialement que la population générale, rencontrent davantage de difficultés dans la vie quotidienne et souffrent d'une plus grande précarité :

- seulement la moitié des séropositifs occupe un emploi,
- près d'un homme sur deux vit seul et une femme sur quatre,
- un peu plus du quart des patients sont reconnus invalides,
- près de 45% des femmes vivent avec des enfants, seules ou en couple,
- près d'une femme atteinte sur trois est étrangère.

D'après cette enquête :

- Les immigrés vivant avec le VIH se caractérisent par des conditions de vie précaire : 15% des hommes et 23% des femmes vivent chez des amis, dans un foyer, ou sont sans domicile fixe.
- Le risque de perte d'emploi, pour les personnes qui ont un emploi stable, à la suite d'un diagnostic de séropositivité au VIH est important : à 4 ans, 70% des personnes suivies ont perdu leur emploi (données de la cohorte ANRS primo).
- Le dispositif de logement et de soutien à domicile spécifique (ACT, autres hébergements, AAD) concerne moins de 2% de la population suivie à l'hôpital.

¹ Enquête ANRS -VESPA (VIH enquête sur les personnes atteintes) : enquête menée en 2003 en France métropolitaine et aux Antilles-Guyanne avec pour objectif de décrire de façon précise la vie des personnes séropositives depuis l'avènement des traitements efficaces contre le VIH. En France métropolitaine, cette étude a concerné un échantillon de 2932 personnes suivies à l'hôpital pour l'infection à VIH.

- En dépit d'acquis significatifs en matière de lutte contre les discriminations (reconnaissance du droit des malades, droits des étrangers malades etc...), des difficultés pratiques persistent, notamment au sein des populations migrantes/étrangères et dans les DFA.
- La lutte contre l'homophobie, comme atteinte aux droits de la personne et obstacle à la prévention et aux soins, a mobilisé les associations depuis le début de l'épidémie et a permis des avancées législatives et sociales (PACS, lutte contre la discrimination homophobe : mise en place le 30 décembre 2004 de la haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité : HALDE, transformation de l'image de l'homosexualité, plus grande visibilité dans la vie sociale et sur la scène publique).

IV.2 Axes stratégiques

Le principe fondamental est celui d'une approche globale des besoins et de la prise en charge des personnes atteintes. La solidarité avec les personnes atteintes et la lutte contre les discriminations dont elles sont l'objet sont les principes qui orientent les actions de soutien et d'accompagnement mises en place par les pouvoirs publics et les associations de lutte contre le VIH/sida depuis le début de l'épidémie.

Les axes stratégiques de ce chapitre s'organisent autour la prise en compte des conséquences de l'atteinte par le VIH/sida, sur le plan :

- psychologique (dénî, dévalorisation de l'image de soi, perte de confiance en soi, troubles affectant la sexualité, difficultés induites par la prise de traitements lourds à vie...),
- social (isolement, perte d'emploi consécutive aux effets secondaires des traitements, problèmes liés à l'hébergement et au logement, précarité/ précarisation et ses effets sur le suivi et l'observance des traitements, etc..),
- familial et culturel (parentalité, rejet de la communauté, stigmatisation...)

IV.3 Objectifs

Les objectifs et les actions définis ci dessous croisent et complètent, pour un certain nombre d'entre eux, des objectifs et des actions présents dans les chapitres "Prévention", "Dépistage" et "Prise en charge" du présent programme.

IV.3.1. Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes

IV.3.1.1 Soutenir les actions de proximité mises en œuvre par les associations de lutte contre le VIH/sida

a- Constats

Le dispositif associatif de lutte contre le VIH/sida soutenu par les pouvoirs publics, particulièrement dense et diversifié, constitue depuis le début de l'épidémie un des leviers essentiel de la politique de lutte contre la maladie.

Environ 1300 organismes ont été financés en 2003 (y compris réduction des risques udiv). 40% des bénéficiaires de subventions sont des associations spécialisées dans le champ de la lutte contre le vih/sida. Les associations mènent de nombreuses actions de

proximité en matière d'information, de prévention, d'accompagnement, d'hébergement et de soutien des personnes atteintes (1855 actions financées en 2003 par les services déconcentrés). Plus de 60% des crédits concernent désormais les actions en direction des personnes atteintes (hors réduction des risques en direction des usagers de drogues).

b- Axes stratégiques

Les associations de malades et/ou celles qui les prennent en charge constituent un acteur fondamental d'innovation et une force utile d'alerte et d'interpellation pour répondre aux besoins des personnes atteintes. La confiance réciproque, la synergie et la complémentarité des actions entre l'Etat et les associations permettent une plus grande efficacité des politiques publiques. Les associations et l'Etat développent des relations fondées sur le contrat d'objectif, la conduite de projets dans la durée, la transparence des engagements pris et l'évaluation.

c- Actions

- Soutenir la structuration des réseaux et des fédérations nationales et régionales permettant de favoriser l'expression des personnes atteintes et l'identification de leurs besoins ;
- Renforcer la professionnalisation des intervenants
- Soutenir les bénévoles
- Favoriser les synergies et les échanges de pratiques professionnelles entre les associations.

IV.3.1.2 Accompagner les personnes lors de l'annonce de la séropositivité

a- Constats

- La situation des personnes séropositives est encore marquée par le poids du secret et les difficultés d'annonce et de dialogue avec l'entourage autour de la maladie. Parmi les personnes séropositives, 6% n'ont pas parlé de leur séropositivité à leur partenaire stable, ce pourcentage atteint 27% dans les DFA. Ceci contribue aux difficultés dans l'adoption de comportement de prévention tant avec un partenaire stable qu'avec des partenaires occasionnels. La protection avec le partenaire stable n'est pas systématique dans 27% des rapports avec un partenaire VIH négatif, 60% avec un partenaire VIH positif, et 40% avec un partenaire dont la sérologie n'est pas connue. Parmi les personnes séropositives, un tiers des personnes ont des partenaires occasionnels, parmi elles 24% ne déclare pas de protection avec ces partenaires, ce taux est plus élevé pour les migrants d'Afrique Subsaharienne : 29% des hommes et 33% des femmes.
- Le recours au traitement d'urgence est une stratégie peu utilisée.

b- Axes stratégiques

Ces constats montrent l'importance de l'accompagnement lors de l'annonce du test VIH.

Celui-ci, déjà réalisé, devrait être encore optimisé afin de permettre au patient nouvellement diagnostiqué :

- de bénéficier du soutien de ses proches sans peur du rejet,
- d'avoir une aide efficace pour permettre l'annonce au partenaire,
- de développer ses compétences en matière de prévention « la négociation » du préservatif et son utilisation sur le long terme,
- d'exprimer ses difficultés, ses besoins spécifiques notamment concernant sa vie sexuelle et ses possibles difficultés concernant les co-facteurs de risques de transmission du VIH,
- de repérer les facteurs (physiques, affectifs, psychiques, environnementaux) qui peuvent aider ou nuire à sa santé et à son bien être.

c- Actions

- Sensibilisation des médecins prescripteurs sur l'importance de la consultation pré test VIH pour permettre d'améliorer la prise en charge en cas de résultat positif.
- Proposer des actions d'accompagnement le plus précocement possible afin de soutenir le patient dans les différentes étapes de l'annonce, de l'adoption de comportements de prévention sur le long terme et afin de garantir l'accès aux droits sociaux.
Ces actions de soutien reposent sur une approche pluridisciplinaire pouvant intégrer des consultations de médecin ou de professionnels formés, la participation à des groupes de parole et à des ateliers thématiques portant notamment sur l'annonce, la prévention et l'estime de soi, des entretiens avec des professionnels du secteur social.
La téléphonie sociale, notamment Sida Info Service avec les lignes « ligne de vie et info droit », doit être relayée par l'outils Internet à expérimenter et à développer dans le domaine de la prévention individuelle des personnes séropositives dès l'annonce.
 - Toutes ces actions doivent pouvoir s'appuyer sur l'assistance d'un interprète, si besoin.

d- Indicateurs de suivi des actions

- Nombre de documents à destination des professionnels
- Appels traités par sida info service sur ce thème
- Nombre d'actions de soutien et d'accompagnement financées par la DGS et les services déconcentrés

IV.3.1.3 Faciliter l'accès à l'ensemble des droits sociaux et assurer l'accès aux prestations liées au handicap

a- Constats

L'assurance maladie est un des éléments fondamentaux garantissant l'accès à une prise en charge thérapeutique de qualité et aux traitements innovants.

Or, la couverture maladie n'est pas toujours optimale, même parmi les personnes prises en charge au titre du VIH :

- parmi les personnes étrangères, un nombre non négligeable n'est couvert par aucune assurance maladie (6% des patients parmi les 250 personnes ayant participé à l'étude conduite par l'InVS au cours de l'année 2002 « Parcours socio médical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH en Ile-de-France / 5,8 % des 934 personnes ayant répondu à l'enquête « Une semaine donnée » de Aides en 2002).
- toujours parmi les personnes étrangères, l'étude ci-dessus référencée de l'InVS fait apparaître une part importante couverte par l'AME (16 %), tandis que l'association Arcat mentionne 23,1 % parmi les 479 personnes accueillies en 2003. La plupart des personnes étrangères atteintes par le VIH devraient pourtant être soit détentrices d'un titre de séjour, soit a minima d'une autorisation provisoire de séjour ou d'un récépissé de rendez-vous pour l'instruction de leur demande, tous ces documents permettant d'accéder à la Couverture Maladie Universelle et non à l'AME.
- enfin, hormis les problèmes spécifiques aux personnes étrangères, la couverture maladie complémentaire est loin d'être universelle pour les personnes atteintes par le VIH : un tiers des personnes ne bénéficient d'aucun régime complémentaire, au vu des différents rapports d'activités ou études ci-dessus mentionnées. Or, les personnes non couvertes par une assurance maladie complémentaire renoncent nettement plus souvent à des soins pour des raisons financières que celles, même à revenus modestes, qui ont une couverture mutualiste (CMU complémentaire ou mutuelle).²

En matière de prestations liées au handicap : la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a sensiblement modifié le dispositif de l'AAH. Elle a notamment permis un cumul de l'AAH et des revenus d'activité professionnelle favorable au retour à l'emploi. Les textes d'application (décret et circulaire DGAS) doivent être publiés courant 2005.

L'allocation adulte handicapé (AAH), le complément de ressources, l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP), l'aide à l'autonomie et l'aide à domicile sont des prestations qui permettent de faire face aux principales difficultés liées au handicap.

Par ailleurs, les personnes étrangères qui se retrouvent démunies de cartes de séjour au moment d'un renouvellement ou à qui est délivrée une simple autorisation provisoire de séjour (APS), se voient dans l'impossibilité de toucher le versement de l'AAH : en effet, le code de Sécurité Sociale subordonne le bénéfice de l'AAH à la détention d'une carte de séjour (au minimum une CST temporaire, à l'exception des demandeurs d'asile ou des réfugiés qui peuvent produire de simples récépissés de demandes).

b- Axes stratégiques

- Assurer une couverture médicale optimale dès l'annonce de la séropositivité, notamment en informant les professionnels sur les meilleures solutions pour les patients : éviter l'aide médicale quand une autre solution peut être privilégiée et faciliter l'accès à une couverture maladie complémentaire (CMU c ou mutuelle).
- Faciliter l'accès rapide à l'ensemble des droits sociaux

² "Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire - DREES "Etudes et résultats" n° 378 - février 1005

c- Actions

- Promouvoir des permanences d'accueil et d'orientation, à la fois en développant les permanences associatives au sein des structures hospitalières et sociales. Elles ont pour objet d'accompagner les personnes dans leurs démarches en favorisant l'instruction d'un certain nombre d'ouvertures de droits dans les locaux associatifs, aux fins de limiter les déplacements et d'anticiper les ruptures du suivi médical ou de traitement :
 - Confirmer la place de médiateurs formés intervenant en amont des structures sanitaires et sociales et en accompagnement des personnes pour faciliter l'accès à la prévention, aux dépistages, à la prise en charge sociale et médicale des personnes qui sont les plus vulnérables.
 - Faciliter l'instruction des dossiers en mettant le cas échéant des interprètes à disposition dans les lieux de dépistage, de soins et dans les permanences associatives.
 - Aider à la publication et à la diffusion ciblée de matériels d'informations tant à destination des professionnels qu'en direction des malades : guides, plaquettes d'information
- Promouvoir la téléphonie sociale (Sida Info Service, Sida Info Droit, Info Migrants...) notamment en direction des publics les plus vulnérables.
- Prévenir les ruptures de versement d'AAH et d'autres prestations sociales dues à des problèmes de passage d'une prestation à l'autre, de déménagements ou de délivrance ou de renouvellement de cartes de séjour temporaire (CST).

d- Indicateurs de suivi des actions

- Nombre de personnes ayant eu recours à une permanence associative (orientation ou accompagnement),
- Nombre de médiateurs de santé en exercice,
- Nombre de recours aux services d'interprétariat émanant des CDAG et des services de maladies infectieuses,
- Nombre d'exemplaires de documents diffusés,
- Nombre d'appels aux différents services de téléphonie sociale sur ce thème.

IV.3.1.4. Garantir à toute personne atteinte l'accès à un hébergement adapté et si besoin à une aide à la vie quotidienne

a- Constats

Dès le début des années 90, des dispositifs spécifiques ont été expérimentés et développés pour répondre aux besoins des personnes atteintes, notamment lorsque les dispositifs de droit commun ne pouvaient être mobilisés à cet effet.

- 1650 personnes bénéficient du dispositif expérimental d'aide à domicile.
- environ 2% des personnes séropositives ont accès à un hébergement spécifique (ACT, appartements relais, hébergement d'urgence financés sur les crédits VIH).

- Les appartements de coordination thérapeutique (ACT) proposent un hébergement à titre temporaire, à des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion. Les ACT sont régis par le décret 2002-1227 du 3 octobre 2002 et sont intégrés au secteur des établissements sociaux et médico-sociaux financés par l'assurance maladie. Cette définition de leurs missions permet d'apporter une réponse adaptée aux besoins des personnes atteintes de pathologies chroniques sévères (cancers, hépatites sévères évolutives...) qui ne pouvaient en bénéficier auparavant. Le nombre de places s'élèvent actuellement à 747 et le besoin en places nouvelles évalué par la Fédération nationale d'hébergement VIH est de plus de 500 places.
- les autres formes d'hébergements constituent un ensemble assez hétérogène et ne s'inscrivent pas dans un cadre réglementaire précis permettant un financement pérenne.

b- Axes stratégiques

L'aide à la vie quotidienne constitue un enjeu important pour garantir la qualité de vie des personnes atteintes. Le dispositif des ACT doit continuer à se développer compte tenu à la fois des besoins existants qui ne sont pas couverts et de la possibilité pour les ACT d'accueillir des personnes atteintes d'autres pathologies.

Il convient de mieux connaître les autres modalités d'hébergement spécifique qui existent actuellement et de mobiliser les dispositifs de droit commun en matière d'hébergement et de logement.

- Enfin, le dispositif de maintien à domicile doit être consolidé.

c- Actions

- Poursuivre le développement de la capacité des ACT (création de 150 places nouvelles prévue en 2005, objectif de création de 500 nouvelles places d'ici 2008).
- Etudier la faisabilité de la possibilité de répondre aux besoins des détenus pouvant bénéficier d'une suspension médicale pour raisons de santé dans les ACT.
- Réaliser un état des lieux des dispositifs d'hébergements spécifiques afin de définir les modalités d'évolution et d'articulation avec les dispositifs d'hébergement sociaux et médico sociaux. Ce travail comporte d'une part un recensement des capacités et types de structures et d'autre part, une analyse qualitative de la prise en charge permettant d'établir une typologie des prestations proposées et des bénéficiaires.
- Etudier la possibilité d'accueil en familles, expérimentée pour l'hébergement de femmes étrangères pendant la durée des démarches administratives nécessaires à la sortie de l'extrême précarité.
- Accompagner l'évolution du dispositif d'aide à domicile dans un cadre commun à d'autres pathologies.

d- Indicateurs de suivi des actions

- Nombre de places en ACT.
- Nombre de places d'hébergement financées sur les crédits VIH.
- Réalisation d'un état des lieux du dispositif d'hébergement hors ACT d'ici fin 2005.
- nombre de personnes prises en charge dans le dispositif d'aide à domicile.

IV.3.1.5. Favoriser le maintien dans l'emploi et l'insertion professionnelle

a- Constats

La plupart des emplois n'exposent pas le salarié atteint par le VIH à un risque particulier. Les progrès thérapeutiques permettent aux personnes séropositives de continuer à travailler. Cependant il est vrai que dans le cadre de l'entreprise, il y a souvent peu de place pour la maladie et le handicap bien que ceux-ci soient pris en compte par le droit du travail.

Le code du travail ne prévoit aucune législation particulière au sujet de l'infection par le VIH. Celle-ci doit être considérée au même titre que tout autre maladie. Le droit du travail garantit une protection à tous les travailleurs, notamment malades, et ce aux différents stades du contrat de travail.

Pour des adultes jeunes affectés d'une maladie chronique de longue durée, le maintien dans l'emploi et l'insertion professionnelle sont indispensables pour garantir un niveau de ressources suffisant, permettre un projet de vie et le maintien de l'insertion sociale. Les ruptures professionnelles se produisent le plus souvent dès le début de la trajectoire de la maladie et tout au long de celle-ci.

L'enquête Vespa-ANRS montre que le risque d'être sans emploi est environ 5 fois plus élevé parmi les personnes interrogées que dans la population générale. Plus des deux tiers des personnes ayant perdu leur emploi depuis l'annonce de la séropositivité souhaitent retravailler.

b- Axes stratégiques

Veiller au respect de non-discrimination au moment de l'entretien d'embauche comme à tous les stades d'exécution du contrat de travail (article L122-45 du code du travail).

Mieux informer sur le statut de travailleur handicapé, sur l'aménagement des conditions de travail pour cause de maladie et sur l'aménagement du temps de présence. (article R241-43 du code du travail)

Aider les personnes à se réinvestir dans une carrière professionnelle

c- Actions

Pour l'accès à l'emploi

- Créer des centres de ressources à un niveau interrégional, disposant d'outils et de professionnels recensant les informations sur les différents circuits de réinsertion soit dans le cadre du droit commun soit dans celui de la prise en charge d'un handicap.
- Veiller à ce que les étrangers atteints par le VIH et en situation irrégulière obtiennent rapidement la carte de séjour temporaire (CST) prévue par la loi (article L.313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile). Dans la période d'instruction de la demande de CST, l'autorisation de séjour pour soins (APS), doit être assortie d'une autorisation provisoire de travail.
- Faciliter l'accès, le maintien ou le retour dans l'emploi ; sensibiliser les intervenants sociaux et associatifs sur ces questions : une meilleure utilisation de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), le développement des aménagements de poste pour tenir compte des aptitudes et des contraintes du suivi médical ou du traitement.

Auprès des professionnels et dans le milieu de travail

- Veiller au respect de la vie privée et du secret médical dans les dispositifs d'insertion, en milieu de travail et dans tous les services administratifs (notamment par des actions de sensibilisation conduites auprès des professionnels, dans le cadre de la formation initiale, continue, ou dans le cadre de journées d'information spécifique).
- Lutter contre les discriminations en milieu professionnel : sensibilisation des employeurs, des médecins du travail, des collègues de travail et des représentants du personnels, notamment en favorisant la tenue d'événements d'information et de réflexion réunissant l'entreprise autour de la question de l'accès et du maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap lié à une maladie chronique.
- Faciliter l'accès ou le retour à l'emploi en favorisant la formation des professionnels de l'insertion ou de l'orientation (notamment les ANPE) aux spécificités de l'accompagnement vers l'emploi des personnes touchées par une maladie chronique et par la mise en œuvre d'actions de soutien collectif (notamment pour les personnes ayant été en inactivité pendant longtemps) favorisant la prise de confiance en soi, permettant les échanges d'expériences entre personnes touchées et informant les personnes sur l'existence et le fonctionnement des dispositifs d'insertion et de formation.

- Faciliter le maintien dans l'emploi en favorisant la formation des médecins du travail.

IV.3.1.6 Prendre en compte la dimension familiale dans l'accompagnement des personnes séropositives

a- Constats

Les adolescents et les jeunes adultes séropositifs nécessitent une prise en charge en charge spécifique, encore quasi inexistante. Ces problématiques dépassent les seules questions de santé physique et comportent des enjeux relationnels, sociaux et culturels.

Les adolescents séronégatifs mais ayant des parents et/ou des frères et sœurs touchés par le VIH, échappent, eux, à tout système de soins tout en subissant le poids du secret et les expériences de deuil répétées au sein de leur famille.

Les enfants et les adolescents de familles affectées sont confrontés aux situations de précarité économique et sociale qui atteignent leurs parents. Il importe donc de développer des stratégies permettant de préserver l'équilibre de vie des familles touchées par le VIH et de renforcer ou à restaurer les liens familiaux quand ils sont fragilisés en tenant compte de l'importance du secret et des situations familiales particulières, notamment en cas de séparation.

b- Axes stratégiques

- Renforcer la dimension globale de la prise en charge des enfants et des adolescents dans le cadre du suivi médical.
- Développer des actions spécifiques et globales à l'intention des enfants de familles affectées.
- Apporter une attention particulière à la question du rapprochement familial d'enfants éventuellement restés au pays d'origine, dont le(s) parent(s) est(sont) en situation régulière de séjour en France, et suivis pour une séropositivité ; sachant que la durée et la gravité de leur pathologie ne permettent pas d'envisager un retour au pays auprès de leurs enfants

c- Actions

- Favoriser une prise en charge pluridisciplinaire dans le cadre de la réorganisation des soins hospitaliers et extra-hospitaliers (ex CISIH).
- Promouvoir des activités en direction des familles : groupes de paroles, ateliers destinés à rompre l'isolement, regagner la confiance, soutenir l'autonomie.
- Développer des programmes à l'intention des jeunes adultes séropositifs affectés destinés à rompre l'isolement lié à l'image sociale de la maladie, éviter le repli dans la maladie, surmonter les difficultés liées aux conséquences des traitements, restaurer l'estime de soi.
- Aider en lien avec la Direction de la Population et des Migrations (DPM) au regroupement familial, notamment quand des enfants séropositifs sont restés dans les pays d'origine.

d- Indicateurs de suivi des actions

- crédits et nombre d'actions mises en place en direction des familles et des adolescents

IV.3.2. Lutter contre les discriminations

IV.3.2.1. Garantir les droits des personnes atteintes

a- Constats

- Le droit à l'assurance *doit être* améliorer l'application de la convention dite Belorgey du 19 septembre 2001 visant à améliorer l'accès à l'emprunt et l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé. La loi de santé publique (article 144) prévoit que le gouvernement présente dans un délai de 6 mois un rapport au parlement sur la mise en œuvre de la convention et sur les conditions de création d'un fond de garantie destiné aux bénéficiaires de la convention ne pouvant assumer la charge financière due aux majorations de primes. Le directeur général de la santé et le directeur du trésor sont chargés d'établir ce rapport.
- L'accès au dossier médical et le droit à l'information sont régis par la loi du 24 mars 2002 relative aux droits des patients. Elle permet à toute personne qui en fait la demande d'accéder aux informations relatives à sa santé.
- Le droit aux soins sans discrimination du fait de la pathologie est un droit fondamental.
- Le secret médical est régi par le code de déontologie et le code de santé publique.

b- Axe stratégique

Renforcer la place des patients comme acteurs et partenaires du système de soin.

c- Mesures spécifiques

- Organiser l'interface entre les différentes parties prenantes (représentants institutionnels, associations, représentants des banques et des assurances) pour la mise en œuvre d'un mécanisme conventionnel adapté.
- Assurer la diffusion des documents d'informations relatifs aux droits des patients
- Soutenir les permanences d'accueil et d'orientation médico-psychosociale par les associations.
- Promouvoir le fonctionnement des lignes téléphoniques spécialisées sur les aspects juridiques et sociaux en lien avec l'INPES

IV.3.2.2. Lutte contre la stigmatisation

a- Constats

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH/sida sont des obstacles importants à la prévention de l'infection, à l'accès aux soins, de traitements et de soutien adéquats et à la réduction de l'impact de l'épidémie.

Un sondage réalisé par SIS en 2002 montre que sur 252 appelants près de 2 personnes sur 3 indiquent avoir été victimes ou s'être sentis victimes de stigmatisation, discrimination ou d'exclusion dans leur vie privée, sociale et professionnelle du fait de leur séropositivité. Cependant les personnes ayant répondu par la négative précisent ne pas avoir divulguées leur séropositivité afin de se protéger de toutes exclusions. L'exclusion réelle ou présumée est encore également très marquée dans les services de santé.

Des progrès sont également nécessaires en matière de lutte contre la violence homophobe, pour soutenir aux jeunes ayant une attirance pour le même sexe au moment de l'entrée dans la sexualité, et dans le domaine de l'égalité des droits et de leur mise en application effective.

b- Axes stratégiques

- Mobiliser des associations de personnes atteintes, moteur majeur dans la lutte contre la stigmatisation intra et extra communautaire.
- L'implication des personnes atteintes dans la communication publique en valorisant leurs témoignages.

c- Actions

- Réaliser des campagnes de sensibilisation pour aider les gens à comprendre l'injustice de la stigmatisation et de la discrimination. Cet axe devra être particulièrement développé dans la communication spécifique dans les DFA où la stigmatisation apparaît comme un obstacle à la prévention, au dépistage précoce et aux soins et comme un facteur majeur d'isolement des personnes atteintes. Dans ces départements, la mobilisation des leaders d'opinion et des média devra accompagner les campagnes publiques. Des efforts du même ordre doivent être accomplis en direction des communautés migrantes affectées par le VIH/sida sur le territoire métropolitain.
- Promouvoir l'éducation des jeunes pour enseigner les faits et modifier les attitudes.
- Impliquer les pouvoirs publics pour lutter contre l'homophobie notamment par :
 - le soutien à la Ligne Azur,
 - le soutien aux associations et aux événements d'expression de la communauté homosexuelle,
 - des efforts réalisés pour rendre effective une dimension relative à l'orientation sexuelle dans les programmes d'éducation à la sexualité en milieu scolaire
 - la représentation des homosexuels masculins dans les campagnes de communication publique

V- MISE EN ŒUVRE ET PILOTAGE

- V.1 Principes
 - V.2 Pilotage institutionnel
 - V.3 Des moyens maintenus mais à réorienter
 - V.4 Bâtir un dispositif d'évaluation
-

CE PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH /SIDA ET LES IST 2005-2008 CONSTITUE LE CADRE DE REFERENCE DES PROGRAMMES D'ACTION DEVELOPPES AU NIVEAU NATIONAL ET REGIONAL ET MIS EN ŒUVRE PAR UNE MOBILISATION DES ADMINISTRATIONS, DES PROFESSIONNELS ET DES ASSOCIATIONS FONDEE SUR LES ORIENTATIONS ET STRATEGIES RETENUES.

V.1 PRINCIPES

Plusieurs principes fondamentaux sous-tendent la mise en œuvre des actions.

Cohérence des messages

Un des principes majeurs est de garantir la cohérence des informations délivrées à la population et aux professionnels.

- Des repères validés scientifiquement sont disponibles et repris en partie dans le programme et constituent la référence des messages et des actions de prévention et de prise en charge.

Ils figurent dans de nombreux documents produits par l'INPES, largement diffusés par des campagnes de communication grand public et ciblées et d'information aux professionnels. Afin de favoriser la cohérence des messages, ces outils d'information, de formation et de communication doivent être utilisés en priorité dans les actions et projets à tous les niveaux.

- Ils sont disponibles sur demande auprès de l'INPES, notamment via le site internet www.inpes.sante.fr.

Cohérence et complémentarité des actions

Les actions mises en œuvre sont orientées par les objectifs et stratégies définies dans le présent programme.

Les actions développées dans le cadre de la lutte contre le vih/sida et les IST ne doivent pas être élaborées de façon isolées mais tenir compte des autres actions de santé publique qu'elles soient développées sur une approche par pathologie ou par population.

Pour le suivi et la mise en œuvre du Plan Régional de Santé Publique, le GRSP doit avoir une vision globale des actions de santé publique menées et/ou financées par tous les partenaires intervenant dans le champ de la santé publique.

Il importe notamment de veiller à l'articulation avec les SROSS de 3ème génération, les PRAPS et les SREPS.

Afin d'être en cohérence avec les lieux de prise en charge des patients, il est nécessaire que ce plan soit décliné régionalement en concertation avec les ARH et qu'elles soient impliquées dès le départ de la planification. Notamment, le pilotage de la mise en place des futurs « CISIH » doit se faire de façon conjointe par les services déconcentrés et les ARH.

Concertation et participation

Ces principes figurent dans la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Ils impliquent que l'ensemble des acteurs concernés y compris les représentants des malades, des usagers du système de santé et des professionnels prenant en charge les bénéficiaires du programme de lutte contre le vih/sida et les IST soient associés dès la phase d'élaboration aux programmes d'actions.

Partenariat

De multiples organismes interviennent dans le domaine de la lutte contre le VIH Sida et les IST, avec des modalités de financement non pérennes, il est donc nécessaire de soutenir :

- le renforcement des compétences des acteurs par la structuration de réseaux associatifs et interassociatifs pour mutualiser les expériences et favoriser les échanges notamment au niveau régional et interrégional. Un effort important sera développé en matière de formation impliquant l'ensemble des acteurs y compris les professionnels sanitaires et sociaux.
- La contractualisation pluri annuelle sur la base d'objectifs et d'indicateurs partagés.

Il incombe à l'administration centrale mais aussi aux services déconcentrés de l'Etat de donner une impulsion majeure à cette dynamique.

V.2 PILOTAGE INSTITUTIONNEL

Au niveau national

Le pilotage est assuré par un comité de suivi national (deux réunions annuelles) associant la DGS, la DHOS, les services déconcentrés, les agences (ANRS, InVS, INPES), et les associations.

Les missions de ce comité sont de :

- Procéder à une analyse annuelle de l'état d'avancement des objectifs du plan au vu des données disponibles en matière d'évolution épidémiologique (VIH/IST), de données sociales et comportementales, de programmes et actions mis en œuvre, de moyens alloués.
- Proposer des réajustements éventuels

Il s'appuie notamment sur les résultats des travaux de groupes spécifiques :

- pour suivre les programmes d'actions (migrants, personnes séropositives homosexuels, dépistage, prise en charge thérapeutique, solidarité)
- pour le suivi spécifique des régions prioritaires (à articuler avec le suivi des PRSP)

Il dispose des données issues des outils de suivi et des données des évaluations réalisées.

Au niveau local

L'implication des services déconcentrés de l'Etat :

- dans toutes les régions, la lutte contre le VIH/sida et les IST doit se traduire par l'organisation d'un dispositif permettant :
 - de relayer la communication et les actions en matière de prévention, en particulier en direction de la population générale et des jeunes

- de garantir l'accès au dépistage du VIH et des IST (CDAG, Consultations de lutte contre les IST, CPEF)
- d'organiser la prise en charge des personnes atteintes tant au plan médical que social (CISIH, réseaux ville hôpital, PASS, soutien et accompagnement, aide à domicile, hébergement).

Ceci implique dans chaque région, l'identification d'une personne au minimum chargée du dossier lutte contre le VIH/sida et les IST.

- Ce référent est le correspondant de la DGS, il participe aux 2 réunions thématiques annuelles organisées par le bureau en charge du sida et des IST.
 - Il est également le garant de l'interface avec le pôle santé de la DRASS.
- dans les régions particulièrement concernées (Aquitaine, Ile de France, Languedoc Roussillon, Midi Pyrénées, Rhône Alpes, PACA et les départements français d'Amérique), la lutte contre le VIH/sida et les IST doit s'inscrire dans les priorités régionales de santé publique et dotée des moyens correspondants y compris humains.
- Un volet sur la lutte contre le VIH/Sida et les IST devra être inscrit dans les PRSP de ces régions et des éléments *d'information transmis à la DGS pour septembre 2005*.

L'implication de l'administration centrale chargée du pilotage de ce programme soutiendra la mise en œuvre locale :

- en veillant à la diffusion permanente des informations relatives au programme national, des documents et outils produits dans ce cadre,
- en s'assurant de l'accessibilité des données épidémiologiques et d'informations à caractère scientifiques et thérapeutiques en liens avec les organismes compétents
- en valorisant les expériences régionales positives et leur diffusion à d'autres régions
- en organisant deux journées de travail annuelles des chargés de dossier VIH/IST et des réunions spécifiques pour les territoires prioritaires.
- En construisant des outils de suivis : tableaux de bord et systèmes d'information internes à articuler avec le suivi des PRSP, LOLF, contrôle de gestion.

V.3. Des moyens maintenus mais à réorienter

Les crédits du ministère de la santé et de la protection sociale destinés à la lutte contre le VIH/sida et les IST sont intégrés dans le programme Santé publique et Prévention (chapitre 39.01) sur la base de la reconduction des moyens alloués en 2003.

Ils correspondent à 38,771 millions d'euros (hors INPES, subvention à Sida info service et réduction des risques en direction des usagers de drogues et hors crédits liés à la recentralisation des compétences en matière de lutte contre les IST) soit 18% des dépenses d'intervention du programme Santé Publique et prévention prévues pour 2005.

Ce niveau sera stabilisé pendant la durée du plan.

La répartition des crédits entre les régions est corrélée aux données épidémiologiques : les crédits sont concentrés dans les 6 régions prioritaires de métropole et les DFA. En conséquence, la proportion des crédits du programme santé publique et prévention consacrée au VIH/sida y est légitimement supérieure à la proportion nationale.

Le bilan financier du plan précédent met en évidence que la réorientation des crédits au profit des actions spécifiques menées en direction des populations prioritaires et de la Guyane est engagée.

- Ce mouvement doit être amplifié dans les régions prioritaires.

V.4. Bâtir un dispositif d'évaluation

Ce programme comporte des objectifs généraux fixés dans la loi de santé publique en termes de sida et d'IST qui serviront d'outil d'évaluation de l'impact des mesures prises, au niveau national, et dans les régions prioritaires.

Dans chacun des champs d'intervention du plan des objectifs spécifiques et des indicateurs de résultats sont définis.

La surveillance de ces indicateurs et l'analyse des écarts éventuels sera un des premiers axes de l'évaluation à mener au niveau national. Cette analyse doit permettre aux acteurs impliqués dans ce plan de suivre l'impact des programmes et de réajuster éventuellement les orientations.

Au niveau des programmes et des actions, il convient, en fonction des objectifs fixés de construire avec les partenaires de ces programmes une méthodologie d'évaluation reposant sur des indicateurs de développement des actions, des indicateurs d'impact, indicateurs qui seront régulièrement suivis dans le cadre de l'auto-évaluation.

- Certains programmes et actions donneront lieu à des évaluations externes.

INDICATEURS

PLANS, PROGRAMMES ET TEXTES DE REFERENCE

Programme national de lutte contre le VIH/SIDA en direction des étrangers/ migrants vivant en France (2004-2006)	http://www.sante.gouv.fr
Plan gouvernemental de lutte contre drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008)	http://www.drogues.gouv.fr
Plan national hépatites virales C et B (2002- 2005)	http://www.sante.gouv.fr
Plan de cohésion sociale	http://www.cohesionsociale.gouv.fr
Programme du 18 avril 2002 "Améliorer la prévention et la prise en charge sanitaire des personnes détenues"	http://www.sante.gouv.fr
Plan national d'action pour l'inclusion sociale 2003-2005	http://www.cohesionsociale.gouv.fr
Charte de l'égalité entre hommes et femmes 2003-2006 (lutte contre la traite et l'exploitation sexuelle des êtres humains cf. axe 3)	http://www.femmes-egalite.gouv.fr
Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées	http://www.handicap.gouv.fr
Loi N°2004-1486 du 30 décembre 2004 portant création de la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité	http://www.femmes-egalite.gouv.fr
Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales (article 79)	http://www.interieur.gouv.fr
Loi 2004- 806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique	http://www.sante.gouv.fr
Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé	http://www.sante.gouv.fr
Circulaire N° DHOS/DSS/DGAS/2005/141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat (Article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, issu de l'article 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 du 30 décembre 2003)	http://www.sante.gouv.fr
Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale (mars 2005)	http://www.sante.gouv.fr
Circulaire n° 27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale	http://www.sante.gouv.fr
Convention dite Belorgey du 19 septembre 2001 (Article L1141-2 du code de la santé publique)	http://www.service-public.fr

LISTE DES SIGLES, GLOSSAIRE

<u>AAD</u>	Aide à domicile (dispositif spécifique VIH/SIDA)	
<u>AAH</u>	Allocation adulte handicapé	
<u>ACT</u>	Appartement de coordination thérapeutique	http://www.fnhvih.org
AFSSAPS	Agence française sécurité sanitaire des produits de santé	http://www.afssaps.sante.fr
<u>Ag HBs</u>	Antigène Hb S (cf. hépatite B)	
<u>AME</u>	Aide médicale Etat	
<u>AMM</u>	Autorisation de mise sur le marché	
<u>ANRS</u>	Agence nationale de recherches sur le sida	http://www.anrs.fr
<u>APS</u>	Autorisation provisoire de séjour	
<u>ARH</u>	Agence régionale d'hospitalisation	
<u>ARV</u>	Anti-rétroviral (traitement antirétroviraux)	
<u>ATU</u>	Autorisation temporaire d'utilisation	
<u>Baromètre Gay</u>	Sondage flash biennal sur la sexualité et la prévention réalisé par l'InVS en partenariat avec le Syndicat national des entreprises gaies (SNEG)	http://www.invs.sante.fr
<u>BEH</u>	Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire	http://www.invs.sante.fr
<u>BPF</u>	Bonnes pratiques de fabrication	
<u>CAARUD</u>	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue	
<u>CDAG</u>	Consultation de dépistage anonyme et gratuit	http://www.sida-info-service.org
<u>CD4</u>	Nombre de lymphocytes CD4	
<u>CFES (INPES)</u>	Comité français d'éducation pour la santé (remplacé par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé	
<u>CICID</u>	Comité Interministériel de la Coopération Internationale et du Développement Comité Interministériel de la Coopération Internationale et du Développement, créé en janvier 1999 autour du Premier Ministre. Ce comité a pour objectif de définir les arbitrages entre les contributions et les priorités géographiques et thématiques défendues par chaque ministère en matière de coopération internationale.	
<u>CISIH</u>	Centre d'Information et de Soins de	

<u>MILDT</u>	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie	Erreur! Signet non défini.
<u>Missions locales</u>	Réseau coordonné au niveau régional et national chargé d'assurer une politique locale concertée d'insertion professionnelle et sociale des jeunes	Erreur! Signet non défini.
<u>OMC</u>	Organisation Mondiale du Commerce	
<u>OMS</u>	Organisation Mondiale de la Santé	
<u>ONUSIDA</u>	Direction de l'Organisation des Nations Unies chargée du sida	Erreur! Signet non défini.
<u>ORS</u>	Observatoire régional de la santé	Erreur! Signet non défini.
<u>PACA</u>	Région Provence -Alpes -Côte d'Azur	
<u>PACS</u>	Pacte civil de solidarité	
<u>Périnatal</u>	Autour de la grossesse (santé de la mère et de l'enfant avant, pendant et après l'accouchement)	
<u>PJJ</u>	Protection Judiciaire de la Jeunesse	Erreur! Signet non défini.
<u>PMA (ou AMP)</u>	Procréation Médicalement Assistée	
<u>PRAPS</u>	Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) en direction des personnes en situation de précarité ont été institués par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions (article 71) - relative à la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité	Erreur! Signet non défini.
<u>PRS</u>	Programmes régionaux de santé	
<u>PRSP</u>	Plan régional de santé publique. Construit sur la base du diagnostic régional partagé, il est arrêté par le représentant de l'Etat dans la région en cohérence avec les objectifs, plan et programmes nationaux et en tenant compte des programmes et actions de santé publique locaux. Il est mis en œuvre par le GRSP	
<u>Prévalence</u>	Nombre total de cas (anciens ou nouveaux) d'une maladie donnée pendant une période donnée dans une population indiquée	
<u>PVVIH</u>	Personnes vivant avec le VIH	
<u>RENACHLA</u>	Réseau de surveillance de l'infection par chlamydia trachomatis	
<u>RENAGO</u>	Réseau de surveillance de la gonococcie	
<u>RESEDA</u>	Réseau d'éducation pour la santé, l'écoute et le développement de l'adolescent	
<u>R.Q.T.H</u>	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé	
<u>SEX DRIVE (enquête)</u>	Enquête en ligne sur la prévention en milieu gay	Erreur! Signet non défini.

<u>SIDA</u>	Syndrome de l'immunodéficience acquise	
<u>SIS</u>	Sida Info Service	Erreur! Signet non défini.
<u>SNEG</u>	Syndicat National des Entreprises Gaies	Erreur! Signet non défini.
<u>TPE</u>	Traitement post exposition (traitement d'urgence du VIH)	
<u>TRITHERAPIES</u>	Traitement médicamenteux comprenant trois molécules différentes	
<u>UCSA</u>	Unité de consultation et de soins ambulatoires hospitalière en milieu pénitentiaire	Erreur! Signet non défini.
<u>ULST</u>	Unité de Liaison et de Soins aux toxicomanes	
<u>VESPA-ANRS</u>	Enquête sur les personnes atteintes par le VIH réalisée en 2003	Erreur! Signet non défini.
<u>VIH</u>	Virus de l'immunodéficience humaine	
<u>VHC</u>	Virus de l'hépatite C	
<u>VHB</u>	Virus de l'hépatite B	

**Liste des structures destinataires
du Programme national de lutte contre
le VIH et les IST 2005-2008
(novembre 2004)**

Associations
ACT UP
SNEG
AIDES
AIDES Ile de France
SIDA INFO SERVICE
ARCAT
Prévention action santé transsexuels et travesties (PASTT)
Bi'Cause
Dessine moi un mouton
Chrétiens et Sida
Mouvement Français du Planning familial
ACSC – Association des Cités du Secours Catholique
David et Jonathan
Centre Gay et lesbien
SPI
CCS Nal
CRIPS
ELCS
Sidaction
African Positive Association - APA
Afrique Avenir
Ikambéré
URACA
ODSE/Comede
IMEA
Cabiria
Ruptures
Société Française des centres de lutte contre le sida
SOS Habitats et Soins
UNALS
FNH/VIH
Comment Dire
RVH

Directions
DGS SD6 Bureau Santé des populations, précarité et exclusion
SD6 Bureau des pratiques addictives
SD5 Bureau des Maladies infectieuses et politique vaccinale
SD5 Bureau de développement des programmes de santé
SD2 Sous direction de la qualité du système de santé
SD3 Sous direction de la politique des produits de santé
DGAS Sous direction des politiques d'insertion et de lutte Contre les exclusions
DHOS Bureau de la qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé
DDASS Paris
DDASS Val de Marne
DDASS Gironde
DDASS Bas-Rhin
DRASSIF
DRASS PACA
DRASS Rhône-Alpes
DRASS Midi-Pyrénées
DSDS 971
DSDS 972
DSDS 973
AGENCES ET AUTRES INSTITUTIONS
INPES
INVS
INSERM
CNS