



Direction générale de la Santé

1er décembre 2008
Journée mondiale de lutte contre le sida

Dossier de Presse

Sommaire

La situation du VIH en France – Institut de veille sanitaire	4
Le dépistage	6
Les recommandations du rapport Yeni	9
Evaluation du programme national de lutte contre le VIH/IST 2005-2008	13
Orientations du programme qui débutera en 2009	14
Les crédits consacrés à la lutte contre le VIH/IST - Période 2005-2008.....	17
Les crédits de la lutte contre le VIH/IST – Perspectives 2009	19
Les campagnes de prévention.....	20

Chiffres clés

- Environ 6 500 [6 300-6 800] personnes ont découvert leur séropositivité en 2007.
- 17% des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2007 étaient déjà à un stade clinique de sida (24% en 2003).
- Plus d'une découverte de séropositivité sur trois concerne des hommes contaminés par rapports homosexuels.
- Une découverte sur quatre concerne une personne d'Afrique sub-saharienne contaminée par rapports hétérosexuels.
- La répartition des découvertes de séropositivité est très hétérogène au niveau national : rapporté à la population régionale, le taux de découvertes de séropositivité par million d'habitants est très élevé (1 612) en Guyane, élevé en Guadeloupe (384), Ile de France (247) et Martinique (207), et moins élevé dans les autres régions (entre 18 et 94).
- Les femmes représentent 34% de toutes les découvertes de séropositivité, et 58% des découvertes chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels.
- Le nombre d'enfants de moins de 15 ans, chez lesquels une séropositivité a été découverte, est faible (moins de 30 cas).
- Rapportés aux populations de référence par groupe de transmission, les taux de découvertes de séropositivité sont de 748/100 000 chez les homosexuels, 147/100 000 chez les usagers de drogues, 5 et 8/100 000 respectivement chez les hommes et les femmes hétérosexuels non usagers de drogues.
- Rapportés aux populations de référence par nationalité, les taux de découvertes de séropositivité sont de 431/100 000 pour les populations d'Afrique subsaharienne, 179/100 000 pour les personnes d'Amérique-Haïti et 7/100 000 pour les personnes françaises.
- En termes de tendance, le nombre de découvertes de séropositivité a augmenté chez les homosexuels de 2003 à 2006, pour se stabiliser en 2007 autour de 2500 cas ; ce nombre a diminué chez les hétérosexuels de nationalité étrangère et est resté stable chez les hétérosexuels de nationalité française.
- Les homosexuels représentent la majorité des patients diagnostiqués pour une infection sexuellement transmissible (IST) (de 60% à 100% selon l'IST). Le nombre de diagnostic d'IST continue d'augmenter en 2007. La prévalence du VIH parmi les patients avec un diagnostic d'IST est élevée : 26% pour les gonococcies, 54% pour la syphilis, et plus de 80% pour la lymphogranulomatose vénérienne (LGV).
- 5 millions de tests VIH ont été effectués en 2007 (8% en CDAG).
- Près de 30 000 personnes vivent après avoir développé un sida (contre 20 000 il y a dix ans) : ce nombre continue à augmenter grâce à l'allongement de la durée de vie des malades, alors que le nombre de nouveaux cas de sida continue à diminuer (1 200 nouveaux cas de sida en 2007 versus 2 300 en 1998).
- Nombre de personnes suivies : le nombre de patients pris en charge augmente de 3,5% par an depuis 1997. Au 31/12/2006, 83 281 patients bénéficient de l'ALD pour le régime général.
- 80% des personnes suivies sont sous traitement antirétroviral ?.
- Le taux d'échecs thérapeutiques sévères est de 4%, en baisse de moitié environ par rapport à 2004 (8%).

La situation du VIH en France – Institut de veille sanitaire

- **Dépistage de l'infection à VIH en France : une situation paradoxale avec une forte activité de dépistage et une proportion encore trop importante de personnes diagnostiquées à un stade avancé de la maladie**

La France présente un taux élevé de tests de dépistage du VIH par habitants (79 tests pour 1000 habitants), environ 5 millions de tests ont été réalisés en France en 2007. Cette activité de dépistage est plus élevée dans les régions les plus fortement touchées par l'épidémie, à savoir les Départements Français d'Amérique (152 tests pour 1000 hab. en Guyane, 134 en Martinique) et l'Île-de-France (105 tests pour 1000 hab.).

En 2007, près d'une personne sur 5 (17%) découvrait sa séropositivité à un stade très avancé de la maladie, en l'occurrence au moment d'une pathologie sida. Cette découverte de l'infection à un stade trop « tardif » concerne plus souvent les personnes contaminées par rapports hétérosexuels (français ou étrangers) que des personnes contaminées par rapports homosexuels.

Même si la proportion des personnes qui découvrent leur séropositivité à un stade tardif a diminué au cours du temps (de 24% en 2003 à 17% en 2007), elle reste trop élevée au regard de l'importance d'être pris en charge le plus précocement possible pour améliorer le pronostic de cette maladie et éviter des contaminations secondaires.

La question de la pertinence des stratégies et du dispositif de dépistage de l'infection à VIH se pose donc en France. Une évaluation de ces stratégies est actuellement menée par la HAS qui a mis en place, en 2008, un groupe d'experts comprenant des médecins, des biologistes, des épidémiologistes (dont l'InVS), des sociologues et des associations de patients. Cette évaluation permettra de dessiner de nouvelles recommandations en matière de stratégies de dépistage pour 2009.

- **Environ 6 500 [6 300 – 6 800] personnes ont découvert leur séropositivité en 2007, mais le nombre annuel de découvertes de séropositivité a diminué depuis 2004 (estimé à 7 500 cette année là).**

Cette baisse s'explique principalement par la diminution des découvertes de séropositivité chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne, alors que dans le même temps le nombre de découvertes a augmenté chez les hommes contaminés par rapports homosexuels. Le nombre de découvertes de séropositivité chez les personnes françaises contaminées par rapports hétérosexuels est stable.

Les personnes découvertes séropositives en 2007 sont principalement des personnes contaminées par rapport hétérosexuels (35% d'hétérosexuels étrangers et 25% d'hétérosexuels français) et pour 38% des hommes contaminés par rapports homosexuels.

Les usagers de drogues représentent 2% des découvertes en 2007, soit environ 130 cas par an. Cependant, rapportés à la population des usagers de drogues, ils restent très touchés par le VIH (20 fois plus que les hétérosexuels non usagers de drogues). Le faible nombre d'usagers de drogues parmi les découvertes de séropositivité depuis plusieurs années témoigne de l'efficacité

de la politique de réduction des risques menée depuis plus de 20 ans sur la transmission du VIH. Les effets de cette politique ont été moindres concernant le VHC, dans la mesure où il s'agit d'un virus plus transmissible, capable de se transmettre lors du partage du petit matériel ou lors de l'usage par voie nasale. La prévalence du VHC chez les usagers de drogues est de 60%. C'est pourquoi, il est nécessaire de poursuivre les efforts en matière de réduction des risques liés à l'injection pour limiter la diffusion du VHC et éviter une reprise de la transmission du VIH, mais également d'élargir cette politique aux autres modes de consommation susceptibles de transmission virale (crack par voie fumée, utilisation par voie nasale).

- **Un nombre de personnes homosexuelles qui découvrent leur séropositivité toujours très élevé en France : une situation qui perdure depuis plusieurs années malgré des actions de prévention ciblées et une mobilisation des acteurs de terrain.**

Près de 2500 homosexuels masculins découvrent chaque année leur séropositivité et ce nombre n'a pas diminué en 2007. Les homosexuels sont 100 fois plus touchés que les hétérosexuels (si l'on rapporte le nombre de découvertes respectivement à la population homosexuelle et hétérosexuelle française). L'augmentation du nombre de découvertes de séropositivité entre 2004 et 2007 est corroborée par l'augmentation des infections sexuellement transmissibles (IST) dans cette population, ainsi que par la recrudescence des pratiques à risques observées dans les enquêtes de comportements réalisées dans cette population depuis 2000.

- **Les personnes d'Afrique subsaharienne vivant en France sont très touchées par l'infection à VIH, mais le nombre de découvertes de séropositivité dans cette population diminue depuis 2003**

Les personnes d'Afrique subsaharienne représentent plus d'une découverte de séropositivité sur quatre en 2007 et sont 65 fois plus touchées que les personnes de nationalité française. Ils sont principalement diagnostiqués dans la région Ile-de-France. La contamination avec un sous-type B (majoritaire en Europe et très rare en Afrique) chez un quart des Africains nouvellement diagnostiqués témoigne d'infections acquises en France. C'est pourquoi, il est important de poursuivre les actions de prévention menées auprès de la communauté africaine vivant en France, tout en assurant la prise en charge médicale et sociale des personnes infectées, récemment arrivées sur le territoire.

La diminution des découvertes de séropositivité chez les Africains pourrait être le reflet :

- d'une diminution de la prévalence du VIH parmi les populations qui immigrent alors que les flux migratoires en provenance d'Afrique subsaharienne sont stables depuis 2003,
- d'une diminution de la prévalence du VIH dans les pays d'origine (constatée en Côte d'Ivoire notamment et au Mali),
- d'un moindre recours au dépistage de ces populations dans un contexte d'évolution des politiques en matière de lutte contre l'immigration,
- ou enfin d'une diminution de l'incidence du VIH chez les Africains vivant en France. Ce dernier facteur paraît peu vraisemblable dans la mesure où le nombre de diagnostics d'infection par le sous-type B n'a pas diminué chez les Africains entre 2003 et 2007.

En matière de dépistage, même si on constate que la population d'Afrique subsaharienne est désormais assez bien dépistée, lors de bilans systématiques notamment, il est sûrement important de renforcer la généralisation du dépistage (pour atteindre en particulier les hommes), tout en développant des messages d'incitation au dépistage après une prise de risque.

Le dépistage

Une évolution nécessaire

En dépit d'une activité de dépistage extrêmement importante en France (5,03 millions en 2007),

- près de 17% des personnes découvrant leur séropositivité sont dépistées à un stade sida, ce qui représente une perte de chance importante pour elles.
- une proportion non négligeable de personnes, notamment parmi les homosexuels masculins, ont recours au dépistage de façon moins répétée qu'elles ne le souhaiteraient, par refus ou crainte d'un discours négatif vis à-vis de leurs pratiques.

Comme le rapport du CNS¹ l'a recommandé en 2006, il est essentiel de faire évoluer le dispositif actuel de dépistage :

- **en proposant un test de dépistage de façon plus systématique lors d'un recours au soin pour les personnes qui ne s'identifient pas ou ne sont pas identifiées comme appartenant à un groupe à risque,**
- **en organisant une offre de dépistage communautaire plus attractive notamment pour les homosexuels masculins et en utilisant ce dispositif comme un outil de prévention.**

Cette évolution doit passer par une évaluation en termes de bénéfice individuel mais aussi en termes de santé publique afin de mieux contrôler l'épidémie et doit intégrer les dernières recommandations de la HAS.

Un groupe de travail sur le dépistage, mis en place début 2008 à l'ANRS, contribuera à cette évaluation.

¹ "Rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France - novembre 2006"

Les recommandations de la HAS

La première partie des recommandations sur le dépistage de l'infection par le VIH a été rendue publique le 22 octobre 2008².

Elles préconisent l'utilisation sur le 1^{er} prélèvement sanguin d'un test de dépistage combiné (Ag p24 + Ac anti-VIH1 et VIH2) et non plus de 2 tests Elisa (Ac anti-VIH1 et VIH2) avec une limite d'interprétation quant à la séronégativité de 6 semaines et non plus 3 mois.

Concernant les tests de dépistage rapide (TDR), ils sont recommandés :

➤ dans certaines situations d'urgence pour obtenir un diagnostic rapide pour une prise en charge médicale adaptée: accident d'exposition au VIH, urgence diagnostique devant la survenue d'une pathologie aiguë évocatrice du stade Sida, accouchement d'une femme de statut sérologique non documenté....

Ils doivent être réalisés par un professionnel de santé dans une structure d'offre de soins avec le consentement éclairé de la personne et obligatoirement associés à un test de dépistage classique conformément à la réglementation en vigueur.

➤ dans toutes les autres situations, le recours aux TDR doit s'inscrire dans une démarche structurée d'évaluation dont les résultats permettront de formuler des recommandations pour leur utilisation en pratique courante.

Les expérimentations de dépistage rapide

Depuis l'année dernière, un certain nombre d'expérimentations sur tests rapides ont été mises en œuvre, d'autres devraient débuter prochainement. Certaines bénéficient du soutien de l'ANRS et du ministère.

Par exemple :

- l'étude PREDERMAVI dans les locaux de l'association ACTIS (St-Etienne)
- PREVAGAY (InVS) pour évaluer la prévalence du VIH en milieu gay parisien.
- COM' TEST (AIDES) sur la faisabilité du TDR en milieu associatif gay par des non professionnels de santé. Il a débuté le 8 novembre à Montpellier et sera ensuite étendu à 3 autres sites (Paris, Bordeaux, Lille).

Dans des services d'urgence, pour évaluer l'intérêt et la faisabilité d'une proposition systématique de test

- une étude prospective³ aux urgences de l'hôpital Louis Mourier de Colombes (Hauts de seine)
- URDEP, piloté par le Dr C.Choquet- hôpital Bichat, dans 6 services d'urgence de l'AP-HP.
- Un projet, piloté par le Pr A-C.Crémieux de l'hôpital R. Poincaré, sur 30 services d'urgence d'Ile de France.

² suite à la saisine de la DGS en juillet 2006

³ publiée dans le BEH du 1^{er} décembre

Parallèlement à ces projets mettant en œuvre des TDR, l'ANRS finance des études socio-comportementales, des recherches bibliographiques et des bourses pour étudier les déterminants et les occasions manquées de recours au dépistage.

Les perspectives 2009

- La mise en œuvre de la première partie des recommandations de la HAS, avec la publication d'un arrêté et une réflexion sur l'évolution du cadre d'expérimentation des TDR. L'objectif étant de développer des expérimentations auprès de certains publics tels que les migrants, les personnes géographiquement isolées.
 - La publication de la 2^{ème} partie des recommandations de la HAS, sur les stratégies de dépistage du VIH notamment dans les DFA, prévue courant 2009.
 - Les premiers résultats des expérimentations en cours.
 - L'InVS, l'INPES et la DGS organiseront en 2009, un colloque autour des Infections sexuellement transmissibles et du VIH avec la participation de représentants de chaque CDAG et CIDDIST.

Les recommandations du rapport Yeni

Le rapport Yeni⁴, diffusé en 2008, est le dernier **rapport rédigé par le groupe d'experts sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH**.

Il n'y a ni en France, ni à l'étranger, de pathologies pour lesquelles il existe des recommandations nationales élaborées selon cette méthodologie. Ce rapport de référence est actualisé tous les deux ans.

Le groupe d'experts est composé de militants associatifs, de cliniciens, de virologues, de pharmaciens, de représentants des institutions concernées : AFSSAPS, DHOS, InVS. La Direction générale de la Santé assure le secrétariat général du groupe.

Les associations participent très activement à la rédaction de ce rapport depuis plusieurs années.

Ce rapport 2008 est comme le précédent piloté par le bureau de lutte contre le VIH/sida, les IST et les hépatites au sein de la Direction générale de la Santé.

Il s'inscrit dans les objectifs du plan quadriennal 2005/2008 de lutte contre le VIH/sida, qui prévoit de réactualiser régulièrement les recommandations thérapeutiques, pour que les professionnels, les associations et tous les acteurs, impliqués dans la prise en charge et le soutien aux patients, puissent disposer des données les plus récentes.

L'édition 2008 comprend deux chapitres supplémentaires par rapport à celle de 2006 : « Dépistage et nouvelles méthodes de prévention » et « Conditions de vie pour un succès thérapeutique ».

Le rapport a été largement diffusé par le bureau de lutte contre le VIH, notamment aux Corevih⁵ et aux associations de lutte contre le VIH particulièrement impliquées dans le champ thérapeutique.

⁴ Rapport en ligne : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/yeni_sida/rapport_experts_2006.pdf . Depuis 2006, le professeur Patrick Yeni, chef de service de maladies infectieuses à Bichat, est le coordonnateur de ce rapport d'experts.

⁵ Coordination régionale de lutte contre l'infection à VIH

L'essentiel des recommandations

Épidémiologie

- mener des études épidémiologiques en milieu carcéral et dans le champ de la santé mentale
- évaluer l'impact des nouvelles recommandations de traitement antirétroviral plus précoce sur la situation immunitaire des patients
- notifier sans exception tout nouveau diagnostic d'infection par le VIH.

Dépistage et nouvelles méthodes de prévention

- définir de nouvelles stratégies de dépistage différenciées en fonction des zones de prévalence et en direction des populations les plus exposées (homosexuels, population originaire d'Afrique subsaharienne, population carcérale, etc.).
- recourir, dans certaines situations, aux tests rapides, notamment dans les CDAG et les CIDDIST.
- faire évoluer les CDAG / CIDDIST
 - vers une organisation intégrée en une seule structure, ayant un seul mode de financement, un seul bilan d'activité ;
 - avec une mission large de prévention et de dépistage du VIH, des hépatites et des IST, de traitement post exposition comme c'est déjà le cas pour les IST ;
 - en organisant des actions de dépistage dites hors les murs.

Suivi de l'adulte infecté par le VIH

- réaliser une synthèse hospitalière au moins annuelle, faisant le point sur l'infection VIH, son traitement, ses complications, les co-morbidités
- organiser des consultations spécifiquement dédiées à l'éducation thérapeutique au sein des établissements ou réseaux de santé.
- réaliser un dépistage annuel de la syphilis et de l'infection par VHC et VHB en l'absence de vaccination chez les homosexuels masculins ne se protégeant pas systématiquement
- proposer un suivi annuel gynécologique chez la femme et proctologique chez l'homme.
- envisager des interventions spécifiques de soutien individualisé pour :
 - les patients qui viennent d'apprendre leur diagnostic, en particulier en primo-infection
 - les patients non encore traités par antirétroviraux ou en interruption thérapeutique
 - les patients ayant une charge virale plasmatique non contrôlée.
- s'assurer de la diffusion chez les patients de l'information sur le traitement post-exposition à un risque viral.
- proposer systématiquement un dépistage aux partenaires sexuels des personnes infectées par le VIH
- avoir une attitude d'écoute et de non jugement pour permettre aux patients d'exprimer leurs perceptions de la qualité de la vie sexuelle et leurs difficultés d'utilisation du préservatif et leurs circonstances
- délivrer, de façon individualisée, aux patients qui n'utilisent pas le préservatif de façon systématique des messages de prévention ciblant l'importance du contrôle de la virémie.
- chez les patients ayant un taux de CD4 > 200/mm³, outre les rappels de vaccinations du calendrier vaccinal, certaines vaccinations spécifiques (pneumocoque, grippe, hépatite B) et les vaccinations destinées aux voyageurs doivent être envisagées.

Infection par le VIH et procréation

- proposer de manière systématique de dépistage aux futurs pères
- veiller à ce que les centres d'AMP accueillant des couples avec infection par le VIH leur proposent toutes les techniques d'AMP disponibles (que l'homme, la femme ou les deux soient infectés) sans discrimination, comme cela est la règle pour la prise en charge des couples inféconds.
- veiller à ce que la situation des couples ne bénéficiant pas de l'Assurance Maladie ou de documents attestant de leur présence régulière sur le territoire français soit examinée au cas par cas par les centres d'AMP, sans que leur situation administrative constitue un obstacle *a priori*, en conservant comme objectif prioritaire la réduction du risque de transmission de l'infection par le VIH au conjoint/concubin et à l'enfant.

Prise en charge des enfants et adolescents infectés par le VIH

- renforcer les actions de prévention du VIH/sida auprès des jeunes, notamment dans le cadre scolaire, et mieux faire connaître l'existence du dispositif de dépistage anonyme et gratuit.

Prise en charge des situations d'exposition au risque viral

Accès aux droits et aux soins

- pour assurer un suivi efficace dans la durée, inciter les médecins à se préoccuper de la protection sociale de leur patient dès la première consultation ;
- inciter les services sociaux à analyser les « restes à charges » que doit assumer le patient.

Etrangers malades

- respecter les dispositions législatives et réglementaires relatives aux étrangers malades.

Logement et hébergement

- développer des initiatives facilitant l'accès au logement social des patients qui en relèvent ;
- faire un état des lieux national du fonctionnement des ACT (adéquation des missions, financements, formations etc..) afin d'adapter le dispositif aux besoins actuels.
- veiller à ce que les ACT répondent aux besoins des populations insuffisamment prises en compte (mère avec enfant, sortants de prison, personnes transgenres, ...).

Emploi, Ressources, prestations sociales

- assouplir le temps partiel à titre thérapeutique afin qu'il puisse être accordé pour des périodes plus adaptées au besoin des personnes vivant avec le VIH ;
- former le personnel des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) aux spécificités de la maladie à VIH et aux besoins des malades.

Vieillesse

- former les acteurs de la filière gériatrique à l'accueil des personnes VIH.

Accompagnement, soutien et qualité de vie

- veiller à ce que les patients puissent bénéficier plus largement de programmes d'éducation thérapeutique et d'accompagnement.

Discrimination

- la lutte contre la discrimination doit rester une priorité ;
- l'information sur les droits et les recours des patients doit être largement diffusée.

Incarcération

- mener une réflexion sur les expertises médicales dans le cadre de l'aménagement et de la suspension de peine ;

- organiser la continuité de la prise en charge médicale et des droits sociaux du début de l'incarcération jusqu'au suivi post-carcéral.

Organisation des soins et infection par le VIH

Corevih

- veiller à la large diffusion des rapports d'activités, à l'ensemble des membres du Corevih
- rendre public le rapport national annuel du comité de suivi des Corevih
- étendre le recueil informatisé des données épidémiologiques et cliniques à l'ensemble des structures hospitalières rattachées au Corevih
- former des nouveaux techniciens d'études cliniques

Activités hospitalières

- réaliser plusieurs études spécifiques
 - étude de coût hospitalier pour les patients infectés par le VIH afin de s'assurer de la pertinence des calculs de l'étude nationale des coûts ;
 - étude de la fréquence et des causes des séjours extrêmes supérieurs à un mois afin de mieux en comprendre les déterminants ;
 - enquête nationale transversale pour mieux cerner l'adéquation entre l'offre et la demande en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ;
- définir une tarification pour les consultations complexes ou pluridisciplinaires qui ne relèvent pas de l'Hôpital de jour (HDJ);
- faire reconnaître la spécificité technique et économique des SSR VIH en organisant le financement des ARV et autres médicaments coûteux ;
- inscrire les besoins en SSR VIH dans les prochains schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) ;
- créer une offre de soins fléchés VIH au sein des Unités de Soins de Longue Durée et dans le secteur médico-social et inscrire la spécificité VIH/sida dans les prochains Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) au moins pour les régions prioritaires ;

Médecine de ville

- mener une réflexion pour mieux impliquer la médecine de ville dans la prise en charge des patients infectés par le VIH

La mise en œuvre des recommandations

Comme pour les rapports précédents, la mise en œuvre des recommandations adressées aux pouvoirs publics va être pilotée par la Direction générale de la Santé. Un groupe de suivi sera mis en place en 2009 pour évaluer la qualité de cette mise en œuvre.

Il est à noter que l'essentiel des recommandations est adressé aux cliniciens et incite à proposer un traitement plus précoce avant la constitution d'un déficit immunitaire trop profond. Ces recommandations s'appliquent donc dès à présent.

Dans le domaine de l'organisation des soins, ce rapport met en avant le rôle des COREVIH qui sont à l'articulation des milieux hospitaliers et extra-hospitaliers. Leur travail va permettre d'optimiser les soins dans des champs complexes (par exemple en milieu carcéral ou pour la prise en charge médico-sociale).

Evaluation du programme national de lutte contre le VIH/IST 2005-2008

Le programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2005-2008 est arrivé à son terme en décembre 2008. Il est structuré autour de quatre axes :

- la prévention,
- le dépistage,
- la prise en charge thérapeutique,
- le soutien et l'accompagnement des personnes atteintes (y compris dans sa dimension relative à la lutte contre les discriminations).

Évalué par la Direction Générale de la Santé, ses partenaires institutionnels (autres directions et ministères, InVS, INPES) et associatifs (AIDES, ACT UP, TRT5, UNALS, SIS, ARCAT, MFPF,), il apparaît que :

- les actions inscrites dans les axes prévention, dépistage et prise en charge ont été globalement réalisées et ont permis d'atteindre les objectifs en matière de baisse de découvertes de séropositivité de VIH en population générale et plus particulièrement chez les migrants.
- des progrès restent à faire dans le domaine de la prévention auprès des homosexuels masculins, des IST en population générale et dans le domaine du soutien et de l'accompagnement des personnes atteintes, notamment en matière d'accès aux droits sociaux (minima sociaux), d'hébergement, d'aide à domicile, d'insertion sociale et professionnelle, champ qui excède aussi la stricte compétence de la DGS.

Cette évaluation ainsi que les enseignements tirés de la Conférence de Mexico d'août 2008 servent de base à la définition des orientations stratégiques du futur programme pluriannuel.

Orientations du programme qui débutera en 2009

L'élaboration du nouveau programme

Le nouveau programme qui débutera en 2009 se caractérisera par une dimension intersectorielle et interministérielle qui associera et impliquera davantage les ministères :

- de l'Education nationale, pour le volet jeunes ;
- de la justice, pour le volet détenus ;
- du travail et des affaires sociales (DGAS),
- de l'économie et de l'emploi, pour le volet insertion socio-professionnelle ;
- de l'immigration, de l'intégration et de l'identité nationale, pour tout ce qui est lié au droit au séjour ;
- de l'intérieur et de l'outre mer et des collectivités territoriales (DFA)

Il sera élaboré durant le 1^{er} semestre 2009 et présenté à son issue. La durée du programme n'a pas été arrêtée à ce jour.

Le futur programme va s'attacher à renforcer tant la coordination des acteurs au niveau territorial, par le renforcement du rôle des COREVIH, qu'au niveau national, par la synergie des actions et des financements VIH/IST avec ceux de la prévention des hépatites et de la réduction des risques chez les usagers de drogue.

Les axes

➤ En termes de prévention :

- les actions de prévention maintiendront à un haut niveau la norme préventive, c'est-à-dire le port du préservatif, en population générale et auprès des publics prioritaires (les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, migrants, habitants des départements français d'Amérique).

Ce message préventif va s'assortir d'actions ciblées et différenciées en fonction de chacun des publics.

- en ce qui concerne la population générale, l'objectif est de parvenir à toucher un public qui ne se sent pas concerné par le VIH mais qui le devient de plus en plus (hommes et femmes hétérosexuels, séparés ou en situation de rupture)
- en ce qui concerne les jeunes, elle va s'assortir d'une évaluation et d'un développement de l'éducation à la sexualité et à la vie affective en milieu scolaire et universitaire, et d'une sensibilisation sur le dépistage des infections sexuellement transmissibles.
- concernant les détenus, elle va s'attacher au renouvellement de l'incitation au dépistage à l'entrée en prison et des actions de prévention et de réduction des risques pour les toxicomanes.

La prévention doit être accentuée pour les publics en marge comme les personnes prostituées, les personnes transsexuelles et transgenres.

➤ En termes de dépistage

La France se caractérise par une forte activité de dépistage (plus de 5 millions de tests par an) mais connaît encore trop de dépistages tardifs. En 2007, près d'une personne sur 5 (17%) découvrait sa séropositivité à un stade très avancé de la maladie, en l'occurrence au moment d'une pathologie sida.

Les stratégies de dépistage vont évoluer :

- en fonction des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) dont la 1^{ère} partie est parue en octobre 2008 sur les modalités techniques du dépistage des infections à VIH et la seconde prévue pour le 1^{er} semestre 2009 qui évaluera la pertinence d'une évolution des stratégies de dépistage du VIH en France, notamment dans des régions spécifiques, dont les DFA.
- pour toucher les publics les plus distants du dépistage ou qui n'y viennent plus en permettant le recours, dans certaines situations, aux tests rapides, notamment aux urgences, dans les CDAG et les CIDDIST et dans les lieux communautaires
- en fonction des zones de prévalence et en direction des populations les plus exposées (homosexuels, population originaire d'Afrique subsaharienne, population carcérale, etc.).
- pour intégrer à la fois le dépistage du VIH, des hépatites et aussi des infections sexuellement transmissibles (IST) via notamment la fusion des CDAG et des CIDDIST.

➤ En termes de prise en charge thérapeutique

Les recommandations du rapport 2008 du groupe d'experts du Pr YENI sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH (publié à l'été 2008 et rendu public lors de la conférence de la ministre du 11 septembre 2008) seront prises en compte, notamment:

- la prise en charge globale et multidisciplinaire de la personne séropositive (intégration des aspects thérapeutiques, psychologiques, préventifs et sociaux).
- l'accès à la procréation médicale assistée, qui est une demande forte des associations
- le renforcement de l'observance et de l'éducation thérapeutique par des consultations ad hoc au sein des établissements ou réseaux de santé
- la prise en considération les facteurs cumulés de complications chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) que ces facteurs soient inhérents au VIH, aux traitements, aux autres pathologies associées (co-infections et co-morbidités) et aussi au vieillissement des patients sous traitement avec l'émergence de nouvelles problématiques (cancer, troubles cognitifs et de la mémoire, ...)
- l'articulation de la prise en charge hospitalière et en ville.

Ces recommandations feront l'objet d'une mise en œuvre dans les 2 ans qui viennent selon un calendrier et cadre de travail défini en commun avec les partenaires institutionnels et associatifs concernés.

➤ En termes de soutien et d'accompagnement des personnes atteintes du VIH/sida

Cet axe recouvre plusieurs dimensions qui exigent d'associer d'autres partenaires (ministères et directions) pour sa réalisation puisqu'il s'intéresse à l'accès aux droits sociaux (assurance maladie, CMU, minima sociaux), au titre de séjour pour les étrangers, à l'hébergement et l'aide à domicile, à l'insertion socio-professionnelle, à la lutte contre la stigmatisation et à la discrimination dans tous les domaines.

Au sein de cet axe, l'objectif est :

- de rendre effectif l'accès aux droits sociaux
- de faire évoluer voire réformer les dispositifs d'hébergement (appartements de coordination thérapeutique) et d'aide à domicile des PVVIH au vu de l'état des lieux que recommande le rapport Yeni afin qu'ils soient mieux adaptés aux besoins des PVVIH et de leur famille.

Cet axe prendra aussi en compte le vieillissement de la population sous traitement et renforcera la prévention de la discrimination, en lien avec le ministère de la justice sur le thème de la pénalisation de la transmission VIH.

Enfin, le futur plan va intégrer un volet transversal évaluation et recherche, en lien avec l'ANRS, avec pour objectif de suivre la réalisation des mesures du plan et leur impact à travers d'une série d'indicateurs épidémiologiques, statistiques, d'activité et budgétaires.

Les crédits consacrés à la lutte contre le VIH/IST - Période 2005-2008

Evolution sur la période du plan 2005-2008

Le niveau global des moyens financiers mobilisés pour la lutte contre le VIH et les IST a augmenté sur la durée du programme 2005-2008.

- En premier lieu, les crédits de l'Etat consacrés à cette lutte comprennent les crédits nationaux et déconcentrés du ministère de la santé⁶.

Pendant la période du programme, les crédits accordés par le ministère de la Santé aux associations de lutte contre le VIH sont restés stables avec une légère augmentation en 2008. Ils ont atteint 37,2 millions d'euros en 2008, dont 6,7 millions au niveau central et 30,5 millions au niveau déconcentré.

	2005	2006	2007	2008
Crédits centraux VIH (hors INPES)	5,9	5,9	5,8	6,7
Crédits déconcentrés y compris RDR mais hors ACT	30,7	30,3	30,5	30,5
TOTAL	36,6	36,2	36,3	37,2

Ces crédits sont destinés à soutenir les actions d'information, de prévention, de soutien et d'accompagnement des associations nationales et locales, en direction des personnes atteintes, des publics prioritaires (personnes homosexuelles et personnes migrantes) et de la population générale.

Les actions de soutien et d'accompagnement des personnes atteintes par le VIH (dont hébergement, aide à domicile) représentent à elles seules 18 millions d'euros chaque année, soit 50 % de l'ensemble des crédits.

Enfin, les crédits de l'Etat intègrent les dépenses découlant de la recentralisation des compétences en matière d'IST confiées aux départements, en application de la loi relative aux responsabilités et aux libertés locales du 13 août 2004 (8,2 M € en 2008 non inclus dans le tableau ci-dessus)

- En second lieu, les crédits de l'Etat comprennent les dépenses des organismes publics œuvrant dans le domaine de la lutte contre le VIH (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites, GIP Esther).

⁶ programme 204 Santé publique et prévention, action 3.1 VIH

Ainsi :

- L'INPES consacre au VIH/SIDA 23 millions d'euros par an (un sixième de son budget annuel).
- Les ressources de l'Agence nationale de recherche sur le SIDA et les hépatites virales (ANRS, GIP sous tutelle du ministère de la recherche) s'élèvent au BP 2008 à 50 millions d'euros.

- En ce qui concerne les crédits de l'assurance maladie, ils correspondent aux moyens alloués aux appartements de coordination thérapeutique (ACT), au fonctionnement des centres de dépistage anonyme et gratuit, aux dépenses du FNPEIS, à la prise en charge hospitalière et des antirétroviraux.

L'Assurance Maladie, hors dépenses de soins, contribue aux actions de lutte contre le SIDA via:

- le FNPEIS à hauteur de 1,3 million d'euros (chiffres 2006)
- le financement des appartements de coordination thérapeutique à environ 36 millions d'euros en 2008 (pour 1.240 places autorisées au coût unitaire paramétrique de 29.110 €).
- le financement des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), pour un montant estimé à 25M€.

Au total l'évolution des crédits de la lutte contre le VIH et les IST en M€ sur la période 2005-2008 conduit à l'estimation suivante :

	2005	2006	2007	2008
Etat	99,4	123,3	120,2	121,3
Assurance maladie	1087,7	1091,3	1094,3	1100
Total	1187,1	1214,6	1214,5	1221,3

Les crédits Assurance maladie incluent les ACT, le dépistage CDAG, le FNPEIS, les anti-rétroviraux et la prise en charge hospitalière

Réalisation 2008

En ce qui concerne le budget de l'État, les crédits relatifs à la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST) (suivis par la DGS) sont inclus dans l'action 3 "pathologies à forte mortalité/morbidité", sous action 3.1 "VIH-SIDA" du programme 204 "Santé publique et prévention".

Pour 2008, les crédits se sont répartis de la manière suivante:

- 6.703.466 € (18%) pour les crédits nationaux (AC)
- 30.575.636 € (82 %) pour les crédits déconcentrés (SD),

traduisant une augmentation de crédits de 850.000 € par rapport à 2007 pour renforcer les outils structurels et permettre notamment de conduire des études de santé publique indispensables à la pertinence et à la qualité des actions à mener en direction des publics les plus exposés au risque de contamination.

Les crédits de la lutte contre le VIH/IST – Perspectives 2009

Les projets de santé publique relatifs au VIH seront financés à travers trois lignes budgétaires.

Ce financement multiple traduit la mutualisation d'une partie des crédits VIH/IST dans le cadre des groupements régionaux de santé publique pour soutenir des actions de prévention et de prise en charge de publics précaires et vulnérables. Il s'agit par exemple des actions en faveur des migrants, des toxicomanes, des jeunes, des personnes prostituées, des détenus.

- 1^{ère} ligne : Au sein de l'action *VIH/SIDA/IST*, la sous-action "lutte contre le VIH/Sida" pour 30,1 M€ dont 23,3 M€ en services déconcentrés mis en œuvre principalement dans le cadre des GRSP⁷. Les crédits gérés par l'administration centrale restent inchangés à 6,8 M€.
- 2^{ème} ligne : Au sein de l'action n° 11 *Pilotage de la politique de santé publique*, la sous-action "soutien à la territorialisation des politiques régionales de santé publique" pour 11 M€ en 2009 en particulier pour le financement des Ateliers santé ville à comparer aux 4,3 M€ en 2008 correspondant à des dépenses des GRSP.
- 3^{ème} ligne : Au sein de l'action *Accès à la santé et éducation à la santé*, la sous-action "santé des populations en difficulté" sera dotée de 11,2 M€ contre 7,3 M€ en 2008.

Au total, les crédits disponibles pour conduire les projets de prévention en matière de VIH seront en légère hausse par rapport à ceux de 2008. Cela permettra de renforcer le soutien aux associations et de financer de nouvelles études sur les comportements et les pratiques.

Un nouveau système d'information des plans régionaux de santé publique (SI-PRSP) est en cours de déploiement pour retracer l'ensemble des crédits alloués aux actions de prévention du VIH.

De plus, l'engagement de l'assurance maladie dans les GRSP permettra de compléter les crédits en synergie avec ceux l'Etat et de conduire des actions de plus grande portée.

Les crédits nationaux gérés par la DGS en 2008 et en 2009

Les crédits centraux restent quasiment stables par rapport à 2008 (6,86 M€ contre 6,70 M€) mais leur répartition interne évolue afin :

- de renforcer les actions en direction des personnes atteintes du VIH, des populations prioritaires (HSH, migrants) ainsi que la population générale (notamment les femmes);
- de soutenir, comme l'an dernier, les actions de recherche menées notamment par l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (expérimentation du dépistage rapide en milieu associatif et aux urgences dans le cadre de la recherche biomédicale, enquêtes socio-comportementales à hauteur de 350.000 euros /an) ;
- de tenir compte de l'impact de la fusion de Aides Ile-de-France avec l'association Aides intervenue au 1^{er} janvier 2007 qui conduit à ce que le financement du fonctionnement de la délégation régionale Nord ouest Ile-de-France soit transféré du niveau régional au niveau national.

⁷ Groupements régionaux de santé publique

Les campagnes de prévention

Le dispositif de communication grand public

- Une campagne TV déclinée en affichage et dans la presse

La campagne grand public, reposant sur trois spots télévisés d'une durée de 35 secondes, sera diffusée **du 1^{er} au 21 décembre 2008** sur les chaînes hertziennes, câblées, satellites et sur la TNT.

Elle met en scène l'histoire de trois couples qui arrêtent le préservatif : un couple de jeunes hétérosexuels, un couple homosexuel masculin et un couple de migrants originaires d'Afrique subsaharienne. Elle invite à se renseigner sur les modalités de dépistage en appelant Sida Info Service.

Le spectateur découvre à travers un enchaînement de plans courts : la première rencontre du couple, leur premier baiser, leurs premiers rapports sexuels, le test de dépistage des deux partenaires et leurs résultats négatifs, puis leurs rapports sans préservatif.

Une voix off ponctue ces différentes étapes et conclut par le message : « **Avant d'arrêter le préservatif, faites le test** ». Les spots rappellent le nécessaire réflexe du test de dépistage avant l'arrêt du préservatif, afin d'inscrire cette démarche de prévention dans la vie de chaque couple.

Deux affiches, déclinant les spots télévisés jeunes et migrants, seront également visibles **du 1^{er} au 14 décembre** dans les réseaux de prévention de l'INPES et les lieux de vie de la communauté originaire d'Afrique subsaharienne en Ile-de-France.

Par ailleurs, une affiche de mobilisation, dont le message est « **Le VIH est toujours là. Protégeons-nous** », a été rééditée. Elle sera visible notamment dans les hôpitaux, les lycées, les centres communaux d'action sociale, les centres d'éducation et de planning familial...

A partir du 28 novembre, le dispositif sera complété par deux annonces presse reprenant les visuels jeunes et migrants principalement dans la presse gratuite et dans la presse communautaire. Elles seront également insérées le 1^{er} décembre dans le Parisien et Aujourd'hui en France.



Le dispositif de communication en direction des populations prioritaires

- La population homosexuelle

Une annonce presse vient renforcer le message diffusé par la campagne télévisée grand public. Elle s'adresse aux homosexuels en couple qui souhaitent arrêter le préservatif. Cette annonce rappelle le rôle nécessaire du dialogue sur le thème de la prise de risque et de l'importance d'utiliser des préservatifs et de réaliser des dépistages en cas de relations en dehors du couple. L'annonce fait l'objet d'une diffusion dans les numéros datés du mois de décembre de la presse gay nationale et locale.



Reprenant le visuel de l'annonce presse, des cartes postales seront également distribuées dans les bars et lieux de convivialité de la communauté gay.

Des partenariats avec les sites de rencontres www.gayvox.fr et www.nouslibertins.com sont mis en place pour délivrer des messages de prévention spécifiques et adaptés au public de ses sites.

- Les populations des Départements Français d'Amérique

La nouvelle campagne mise en place en Martinique, Guadeloupe et Guyane, à l'occasion du 1^{er} décembre vise à lutter contre les discriminations dont sont victimes les personnes atteintes par le VIH. Elle repose sur un spot télévisé et un clip musical, déclinés en affiches et en annonces presse. Ce dispositif valorise le message « **Nou Pli Fô** » (« Ensemble, nous sommes plus forts »). La conque, symbole du rassemblement dans les Départements Français d'Amérique figure l'appel à l'unité de tous pour lutter contre le sida et les discriminations des personnes atteintes par le virus.



Des affiches et des annonces presse ont été diffusées en teasing dès le 21 novembre sur le mobilier urbain, en 4x3 et sur les bus, dans France Antilles et France Guyane ainsi que dans TV Magazine, avec le message « Nou Pli Fo ».

Du 1^{er} au 19 décembre, de nouvelles affiches et annonces presse révéleront qu'il s'agit de s'unir pour lutter contre le sida avec un message additionnel : « **Doubout kont le sida** » (« Debout contre le sida ») ou « **Ansanm Kont le sida** » (« Ensemble contre le sida »).



Le spot télévisé de 1 minute et un clip musical de 3 minutes seront diffusés à partir **du 1^{er} jusqu'au 21 décembre**. Faisant intervenir des chanteurs originaires des trois départements (Jacob Desvarieux, Dédé Saint-Prix et Proffa), ils seront diffusés sur RFO Guyane, RFO Martinique, RFO Guadeloupe, ATV, ACG, A1, Trace TV et France O.