



1^{er} décembre 2007
Journée mondiale de lutte contre le sida

Dossier de Presse

Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports
Service de presse - 01 40 56 40 14

Sommaire

- I- Discours de Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports
- II- Le programme de Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida
- III- La situation épidémiologique du Sida en France
- IV- Les grandes orientations du ministère en matière de lutte contre le sida pour 2008
- V- Le budget 2008 consacré à la lutte contre le sida
- VI- La campagne de prévention

**I- Discours de Roselyne BACHELOT-NARQUIN,
Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports**

Conférence de presse
Journée mondiale de lutte contre le sida
1^{er} décembre 2007

Sous réserve du prononcé

Mesdames et messieurs,

Le sida, parlons-en ! Parlons-en pour **en reparler**, pour **en parler autrement** !

En reparler, pour dire qu'il existe ; et continue de se répandre à travers le monde, fléau implacable, frappant d'abord les pays les plus pauvres, les plus démunis, les plus jeunes, les femmes les plus vulnérables.

Le sida aujourd'hui, un peu comme la faim dans le monde, on en parle moins, comme si la maladie n'était pas l'affaire de tous et qu'une invisible armure protégeait certains d'entre nous de la contagion.

Ici, beaucoup s'en souviennent : il y a quelque vingt ans, ce n'est pas si loin, l'épidémie, en son premier âge, faisait beaucoup parler d'elle, parfois d'ailleurs à tort et à travers. Chacun se rappelle les propos abjects qui ont pu être, à l'occasion, formulés par ceux qui souvent d'ailleurs avaient choisi de faire du racisme ordinaire leur fond de commerce.

Ainsi, il a fallu combattre l'ignorance et le préjugé, au moment même où la recherche tentait de mettre au point les tous premiers traitements d'une maladie qui suivait alors de près les premiers temps de la séropositivité et dont l'évolution tragique et douloureuse reste encore dans nos mémoires.

Je ne voudrais pas ici évoquer les progrès accomplis depuis, sans rendre d'abord **hommage** à toutes celles et à tous ceux, proches ou familles, associations de malades, militants de la première heure, qui nous ont montré le chemin et sur les traces desquels je veux aujourd'hui poursuivre la lutte.

Je me suis, bien avant d'être ministre de la santé, personnellement engagée : j'ai milité et je militerai toujours contre toutes les formes de discriminations dont les malades ont pu faire l'objet. Là où je me trouve à présent, j'assurerai, soyez en bien persuadés, un service maximum.

*

Le combat est loin d'être achevé. Le réel, en effet, pour être rendu plus supportable, a tôt fait d'être recouvert par son double réconfortant, quelle que soit la nature de nos représentations, idéologiques, fantasmatiques ou plus simplement naïves. Ce n'est pas ma doctrine de taire ce qui doit être dit et de fuir les questions qui appellent parfois des réponses audacieuses.

Mon action ministérielle sera donc portée par l'intangible conviction qu'on ne saurait transformer la réalité sans avoir le courage de la regarder en face.

Aussi, la politique de prévention que je poursuivrai sera marquée du sceau du réalisme et tiendra le plus grand compte de l'évolution des mentalités et des mœurs. Mon éthique est celle de la responsabilité. Nous ne sommes pas là pour surveiller et punir. Nous ne sommes pas là pour juger mais pour **comprendre et agir** de telle sorte que les mesures prises puissent produire tous leurs effets en terme de santé publique.

Les données épidémiologiques dont nous disposons nous livrent quelques enseignements significatifs.

Si, dans notre pays, le nombre estimé de personnes découvrant leur séropositivité est désormais en baisse (7000 en 2004, 6700 en 2005, 6300 personnes en 2006), **les homosexuels restent la seule population pour laquelle on n'observe pas de diminution des nouveaux diagnostics.**

Les homosexuels sont aujourd'hui encore le plus à risque d'exposition vis-à-vis du virus HIV. Plus d'un homosexuel sur dix se déclare ainsi séropositif, selon les enquêtes réalisées par l'InVS.

D'autres indicateurs sont préoccupants : en particulier, **la fréquence des infections sexuellement transmissibles.** Ainsi, le nombre de diagnostics de syphilis a augmenté en 2006. Trois diagnostics de syphilis sur quatre concernent en 2006 les homosexuels. La quasi totalité des cas de lymphogranulomatose vénérienne est diagnostiquée chez les homosexuels.

Nos politiques de prévention ne peuvent ignorer ces données. Aussi convient-il de **prendre en compte désormais l'augmentation préoccupante des pratiques à risques**, notamment dans la mise en œuvre de nos campagnes nationales de prévention.

Les questions ne disparaissent pas du simple fait de n'être pas évoquées. Au contraire, si nous voulons éviter que le discours moralisateur ne se substitue à l'efficacité préventive, ces questions dont la philosophie et les sciences humaines se sont déjà emparées, devront être bien posées : posées de manière réfléchie, instruite. A cet égard, il paraît nécessaire de déterminer précisément les causes qui expliquent l'avènement d'une nouvelle « culture du risque », faite parfois de défi et de provocation autant que d'insouciance, à une époque où, paradoxalement, les messages de prudence et l'exigence de précaution n'ont jamais été aussi présents.

Sur ce sujet, nous avons la chance de pouvoir **bénéficier de l'expérience des associations** qui travaillent, depuis tant d'années, à la diffusion, au plus près des populations les plus exposées, d'outils de prévention. C'est avec eux, dans un esprit de dialogue constructif, que je souhaite réfléchir aux moyens d'établir les conditions qui permettront de susciter l'adoption et le maintien de comportements préventifs par tous ceux, notamment les

homosexuels et les bisexuels à partenaires multiples dont les prises de risques, conscientes ou non, sont nombreuses.

Je pense aussi aux transexuels dont l'image est trop souvent réduite à celle de la prostitution, et dont on connaît la vulnérabilité face à l'infection au VIH.

*

De même, si le nombre des personnes d'Afrique subsaharienne qui découvre leur séropositivité diminue, **cette population de migrants vivant en France reste malgré tout très touchée par l'infection à VIH et le sida** puisque pour 100 000 africains vivant dans notre pays, on peut décompter 400 découvertes de séropositivité.

Là encore, il convient d'engager des politiques de prévention mieux adaptées à cette situation particulière.

Ainsi, les publics peu scolarisés et les personnes en situation de précarité, ceux-là même qui sont les moins bien informés sur les modes de contamination, les moyens de se protéger, mais aussi les possibilités d'accès au dépistage et aux soins, doivent pouvoir bénéficier de programmes renforcés de manière à améliorer substantiellement les conditions d'accessibilité au dépistage et à mieux faire entendre les messages de prévention qui leur sont destinés.

Les personnes les plus exposées au risque constituent donc les publics prioritaires de nos actions de prévention.

*

Cependant, s'il convient de s'adresser de manière plus efficace aux publics prioritaires, notre politique préventive, de manière plus générale, poursuit deux grands objectifs : **favoriser une large accessibilité aux préservatifs et aux moyens de dépistage**, d'une part, et **promouvoir une action continue d'information, de communication et d'éducation à la santé en direction de la population générale** qui intègre aussi la nécessité de mieux prévenir les autres infections sexuellement transmissibles.

Ainsi, je souhaite **rendre le préservatif encore plus accessible à tous.**

Le préservatif à 20 centimes d'euros doit pouvoir être disponible de manière plus systématique en grandes surfaces. A cet égard, un véritable partenariat doit être noué avec la grande distribution.

Il convient également de faciliter la mise en place effective des distributeurs de préservatifs dans les lycées par des actions d'accompagnement.

La **distribution gratuite** de préservatifs par l'INPES, via les DDASS, aux associations et organismes menant des actions de prévention auprès des publics les plus exposés et les plus précaires, doit être encouragée.

L'accès au **préservatif féminin**, sur le marché français depuis le début de l'année, doit être facilité.

Plus généralement, je souhaite que des actions adaptées puissent être menées en direction des femmes car elles présentent des spécificités vis-à-vis du VIH dont nous devons tenir compte dans un souci d'efficacité.

En matière de **dépistage**, notre stratégie doit évoluer, bien que la France soit le pays d'Europe où le recours au dépistage soit le plus important, avec plus de cinq millions de tests par an.

Ainsi, nous lancerons, début 2008, une expérimentation afin de définir la place des tests rapides dans la stratégie de dépistage. Les tests rapides ne doivent pas être confondus avec les autotests (home tests) parfois proposés sur internet. Ce sont des tests qui peuvent être effectués auprès du patient, en dehors du laboratoire.

La direction générale de la santé réunira mi-décembre les acteurs concernés, notamment les associations, l'ANRS, l'AFSSAPS, l'InvS afin de définir les modalités d'une expérimentation, d'un protocole de recherche clinique tenant compte des différents projets en préparation dans ce domaine.

*

Si les données épidémiologiques donnent des signes d'espoir, elles nous incitent à poursuivre notre politique suivant une approche pragmatique et évolutive.

C'est bien le **pragmatisme** de cette politique qui nous a permis, par exemple, de mieux maîtriser la transmission du VIH chez les usagers de drogues, population désormais moins touchée que dans les années quatre-vingt. Gageons que nous pourrons, dans les années qui viennent, obtenir des résultats aussi encourageants, concernant les personnes les plus exposées et qui doivent être prioritaires !

Je travaillerai en ce sens, avec la plus grande détermination, fidèle aux convictions qui sont les miennes, désireuse de nouer avec nos partenaires associatifs les liens privilégiés qui nous permettront de poursuivre efficacement le combat.

Je vous remercie.

II – Le programme des déplacements de Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports

→ Visite du service des maladies infectieuses CHU de Bichat – Claude Bernard - Paris 18^{ème}

En opposition avec le discours, parfois véhiculé, de banalisation de la maladie, cette visite sera l'occasion de rappeler la complexité de la prise en charge du VIH/SIDA. Pour être optimale, la prise en charge de certains patients nécessite en effet, un important plateau technique ainsi que la coopération de soignants issus de spécialités différentes.

Précurseur dans plusieurs domaines ayant trait à l'infection à VIH, le service des maladies infectieuses de l'hôpital Bichat illustre cette problématique.

→ Visite de l'association IKAMBERE - Saint-Denis

Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports rencontrera les responsables de l'association IKAMBERE. Cette visite sera une occasion de rappeler la féminisation de l'épidémie.

L'association IKAMBERE œuvre depuis plus de dix ans en faveur de la lutte contre le sida.

Elle propose un soutien aux femmes africaines séropositives, à travers un accompagnement physique et social dans leur vie quotidienne.

Des activités sont organisées au sein de l'association : espace de parole et d'écoute, espace d'information et de prévention, alphabétisation, ateliers informatiques, cuisine, yoga, espace beauté et sorties culturelles.

L'association effectue également des visites à l'hôpital, à domicile, des permanences hospitalières, des actions de prévention et des séances de formation et organise des échanges entre les malades et les professionnels de santé.

L'association est composée de permanents et de bénévoles. L'équipe est dirigée par Bernadette RWEGERA.

III – Situation épidémiologique du Sida en France

A- Situation de l'infection à VIH en France

→ **6 300 personnes ont découvert leur séropositivité en France en 2006.**

Le nombre estimé de nouveaux diagnostics est donc en légère baisse, confirmant la tendance à la diminution des deux années précédentes (6 700 en 2005, 7 000 en 2004).

→ **D'autres indicateurs sont également à la baisse :**

- les personnes étrangères découvrant leur séropositivité a diminué en 2006,
- le nombre de personnes de nationalité française contaminées par rapports hétérosexuels reste faible.

Le nombre de personnes atteintes du sida continue à diminuer et l'épidémie de VIH apparaît contrôlée chez les usagers de drogues.

De plus, les données de la déclaration obligatoire du VIH montrent que la proportion des dépistages précoces augmente et celle des diagnostics tardifs régresse.

En revanche, **les homosexuels représentent le seul groupe pour lequel on n'observe pas de diminution en 2006.**

Enfin, **l'Ile-de-France et les départements français d'Amérique restent les régions les plus touchées par l'infection à VIH.**

B- Une activité de dépistage comparable à celle de 2004

→ **Cinq millions de tests ont été réalisés en France 2006**, dont les trois-quarts dans des laboratoires de ville, représentant plus de 80 tests pour 1 000 personnes, ce qui est un taux très supérieur à la plupart de nos voisins européens.

→ **En Ile-de-France, dans les Départements Français d'Amérique (DFA) et en Provence Alpes Côte d'Azur, une personne sur dix est allée se faire dépister en 2006** quelle que soit la structure de dépistage.

Le nombre de sérologies réalisées en France chaque année, a largement augmenté depuis 2001, avec un pic observé en 2005, année où le sida avait été élu « grande cause nationale ». De ce fait, l'activité de dépistage en 2006 est plutôt comparable à celle de 2004. L'offre de dépistage s'est donc élargie à une population sans doute moins exposée, puisque la proportion de sérologies positives a diminué entre 2001-2004 et 2005-2006 (de 2,4 pour 1000 tests en 2004 à 2,2 en 2006).

Les Consultations de Dépistage Anonyme et Gratuits (CDAG) (250 structures réparties sur l'ensemble du territoire) complètent l'offre de dépistage accessible via les laboratoires de ville et hospitaliers : la fréquentation de ces sites a largement augmenté entre 2001 et 2006.

Plus de 5 personnes sur 1 000 sont allées consulter dans une CDAG en 2006.

Dans les régions les plus touchées, cette proportion est bien supérieure (ex. en Ile-de-France : 9/1 000, Guyane : 7,5/1000). Ces consultations attirent des personnes plus à risque puisqu'elles permettent de diagnostiquer, en proportion, deux fois plus de séropositifs (4 positifs pour 1 000 tests en CDAG contre 2,2 pour l'ensemble des activités de dépistage).

C- Les homosexuels et l'infection à VIH : une situation qui demeure toujours préoccupante

→ La stabilisation du nombre de découvertes de séropositivité en 2006 chez les homosexuels est en soi encourageante après une période d'augmentation entre 2003 et 2005. Cependant, **les homosexuels restent la seule population pour laquelle on n'observe pas de diminution du nombre de nouveaux diagnostics.**

Ainsi, le nombre de nouveaux diagnostics rapporté à la population homosexuelle française est toujours plus élevé : près de 70 fois plus élevé que pour la population hétérosexuelle.

→ **Plus d'un homosexuel sur dix se déclare séropositif** dans les enquêtes réalisées auprès de cette population par l'InVS (Enquêtes Presse Gay 2004 et Baromètre Gay 2002 et 2005).

Les pratiques sexuelles à risque restent très fréquentes pour une grande majorité des homosexuels, notamment chez les jeunes et les homosexuels séropositifs qui prennent trois à quatre fois plus de risque que les séronégatifs (Enquête Presse Gay 2004 et Baromètre Gay 2005).

→ **Les infections sexuellement transmissibles demeurent un sérieux problème de santé publique dans cette population.**

Le nombre de diagnostics de syphilis a augmenté en 2006 et trois diagnostics de syphilis sur quatre en 2006 concernent un homosexuel (réseau de surveillance syphilis). Sept années après sa résurgence, cette infection reste encore insuffisamment contrôlée au sein de cette population, même si la syphilis est diagnostiquée plus précocement en 2006 que dans les années 2000.

La quasi-totalité des cas de lymphogranulomatose vénérienne (LGV, infections liées à un sous-type particulier de Chlamydiae) sont diagnostiqués chez des homosexuels (réseau de surveillance de la LGV). Responsable de rectite très douloureuse et quasi inexistante en France avant son émergence fin 2003, cette pathologie était mal connue des cliniciens. Elle reste encore trop fréquente en 2006 bien qu'elle soit mieux dépistée et prise en charge.

Les infections à gonocoques semblent également avoir augmenté ces trois dernières années chez les homosexuels, avec de surcroît des souches plus souvent résistantes aux antibiotiques.

Selon les homosexuels ayant répondu à l'enquête presse Gay 2004, **la perception et l'acceptation de l'homosexualité de la part de l'entourage proche se sont nettement améliorées** : plus d'un père sur deux a accepté l'homosexualité de son fils alors qu'en 1985, cette proportion était beaucoup plus faible (15%).

L'acceptation par les collègues de travail a quasiment doublé entre 1985 et 2004 (de 35 à 63%). Paradoxalement, l'homophobie sociale semble encore très présente : près d'un homosexuel sur trois a été injurié au cours des 12 derniers mois et depuis 1997, les déclarations d'actes homophobes ont augmenté.

De plus, les états dépressifs et les actes de suicide, révélateurs d'un mal être lié aux situations d'homophobie rencontrées, sont fréquents dans cette population, surtout chez les jeunes homosexuels. Près de la moitié des homosexuels ayant participé à l'enquête ont déclaré avoir eu au moins une dépression et avoir pensé au suicide au cours de leur vie.

D- Les usagers de drogues représentent une population plus touchée par le VIH que les hétérosexuels mais la transmission du VIH y apparaît maîtrisée

→ Le **nombre de découvertes de séropositivité chez les usagers de drogues reste faible**, de 100 à 150 découvertes chaque année. Mais rapporté au nombre total d'usagers de drogues en France (estimé à 90 000 personnes), **il est 17 fois plus élevé que dans la population des hétérosexuels non usagers de drogue.**

Cette population est cependant beaucoup moins touchée en 2006 que dans les années quatre-vingt-dix.

Parmi les usagers de drogues qui ont découvert leur séropositivité en 2006, deux usagers de drogues sur dix étaient des personnes d'Europe de l'Est (principalement Géorgie ou Russie) ou du Portugal, des pays où la transmission du VIH par usage de drogues est encore mal contrôlée.

En 2004, un usager de drogues sur dix était séropositif, mais la quasi totalité des contaminations avaient eu lieu de nombreuses années auparavant.

En revanche, la transmission du virus de l'hépatite C se poursuit dans cette population, en lien avec le partage du petit matériel de préparation qui reste une pratique fréquente (38%). En effet, le VHC se transmet plus facilement que le VIH par voie sanguine.

Par ailleurs, la prévalence du VHC étant beaucoup plus importante que celle du VIH, l'opportunité de transmission est plus importante que pour le VIH. Ainsi, 60% des usagers de drogues sont infectés par le VHC et la quasi-totalité des usagers de drogues séropositifs pour le VIH sont également contaminés par le virus de l'hépatite C.

→ Outre les risques infectieux, **les usagers de drogues représentent une population en situation précaire**. Ils déclarent des difficultés de logement importante (plus de la moitié n'ont pas de logement stable), sont exclus du monde du travail (65% ne travaillent pas) et déclarent fréquemment un antécédent d'incarcération au cours de leur vie.

Les femmes usagères de drogues, bien que minoritaires parmi l'ensemble des usagers de drogues, sont confrontées à des situations de fragilité. Elles sont souvent soumises à la contrainte sexuelle tout au long de leur vie, sont dépendantes de leur conjoint usager de drogue et partagent plus de matériel lié de consommation. Cette précarité, encore plus marquée chez les femmes, renforce largement la vulnérabilité des usagers de drogues vis à vis des risques infectieux.

E- Le nombre des personnes d'Afrique subsaharienne qui découvrent leur séropositivité diminue

→ **Le nombre de découvertes de séropositivité diminue depuis trois ans chez les femmes d'Afrique subsaharienne et a diminué pour la première fois chez les hommes en 2006.**

Cette baisse peut toutefois refléter des fluctuations des flux migratoires en provenance d'Afrique subsaharienne et un moindre recours au dépistage de cette communauté. Cependant, les personnes africaines découvrent moins souvent leur séropositivité à un stade avancé de la maladie en 2006, et cet indicateur est en faveur d'un meilleur recours au dépistage.

La grossesse constitue toujours une opportunité de dépistage pour ces femmes originaires d'Afrique et leur permet d'être dépistées plus précocement que les hommes.

→ **La population d'Afrique subsaharienne vivant en France reste malgré tout une population très touchée par l'infection à VIH et le sida puisque, le nombre de découvertes de séropositivité est près de 400 pour 100 000 Africains résidant en France**, ce qui est bien supérieur au taux estimé chez les personnes françaises (4/100 000).

F- Les autres tendances

Les hétérosexuels de nationalité française : les femmes restent mieux dépistées que les hommes : Les hommes et les femmes hétérosexuels français représentent chaque année une proportion faible de l'ensemble des nouveaux diagnostics (16% en 2006). Les femmes sont toujours dépistées plus précocement que les hommes.

Transmission materno-fœtale : Entre 2003 et 2006, 5 à 7 transmissions mère-enfant, survenues en France, ont été notifiées chaque année à l'InVS. La plupart de ces enfants sont nés d'une mère originaire d'Afrique subsaharienne ou des Caraïbes, et six enfants sont nés d'une mère née en France métropolitaine. Ces transmissions sont liées à un échec du traitement préventif ou à une prise en charge trop tardive.

Les diagnostics de sida continuent à diminuer quel que soit le mode de transmission. Cette baisse a été plus forte à partir de 2003 et s'est accentuée en 2006 (- 17% entre 2005 et 2006, 1200 personnes ont été diagnostiquées avec un sida en 2006). Elle est plus marquée chez les personnes de nationalité française. Mais cette diminution concerne très peu les personnes dépistées n'ayant pas reçu de traitements antirétroviraux, soulignant l'importance d'encourager une prise en charge précoce chez les personnes qui se savent séropositives.

Les chiffres clefs de l'année 2006

- **5 millions de personnes se sont fait dépister**
- Une personne sur dix s'est fait dépister en 2006 en Ile de France, dans les DFA et en PACA
- **Plus de 6000 personnes ont découvert leur séropositivité**
- **L'infection à VIH touche principalement les 30 – 40 ans**
- Près d'une découverte sur trois concerne une personne d'Afrique sub-saharienne
- Plus d'une découverte sur quatre concerne une personne contaminée par rapports homosexuels
- La quasi-totalité des femmes se sont contaminées par rapports hétérosexuels
- **Plus de 60 000 personnes ont été malades du sida depuis le début de l'épidémie en France**
- **Près de 30 000 malades vivent avec le sida en France**
- **1 200 personnes ont été diagnostiquées au stade sida en 2006**
- Le nombre d'enfants de moins de 15 ans, chez lesquels une séropositivité a été découverte, est très faible (environ 30 cas)
- Plus de 27 000 personnes ont découvert leur séropositivité en 2006 en Europe

IV – Les grandes orientations du ministère en matière de lutte contre le sida pour 2008

La lutte contre le VIH/SIDA s'appuie sur un dispositif préventif articulant une large accessibilité aux préservatifs et aux moyens de dépistage et une action continue d'information, de communication et d'éducation à la santé en direction de la population générale qui intègre aussi la prévention des autres infections sexuellement transmissibles (IST).

A- Le plan 2005-2008 de lutte contre le VIH/SIDA et les IST :

Le programme de lutte contre l'épidémie 2005-2008 intègre la lutte contre les IST et s'organise autour de deux grands objectifs :

- Réduire l'incidence du VIH et des IST dans les populations et territoires prioritaires.
- Maintenir une faible incidence du VIH en population générale et lutter contre les chlamydiae, l'herpès et le HPV (infection à papillomavirus).

En matière de prévention et de dépistage, les orientations articulent d'une part une stratégie à destination de la 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 homosexuelles,
- hétérosexuels ayant des pratiques à risque marqué,
- auxquels s'ajoutent des actions en direction des personnes vivant avec le VIH.

Dans ce cadre général, la politique de prévention s'articule autour de différentes actions.

B- Les grandes orientations du ministère pour 2008 :

a) Expérimenter les tests rapides :

Bien que la France soit le pays d'Europe où le recours au dépistage est le plus important (plus de 5 millions de tests/an en 2006), un nombre important de personnes ignorent leur séropositivité ou sont diagnostiqués à un stade tardif (Sida ou lymphocyte inférieur à 200/mm³).

Lorsque le diagnostic est fait au stade SIDA et/ou lors d'une immunodépression profonde, le risque de mortalité de ces sujets, dépistés tardivement, est majorée pendant près de quatre ans.

Le Conseil national du SIDA (CNS) a publié en novembre 2006 un rapport sur le dépistage encourageant le recours aux tests rapides sanguins et recommandant notamment d'évaluer la pertinence de l'utilisation **d'un seul test de dépistage** dans la stratégie de dépistage des anticorps anti-VIH.

Actuellement, le dépistage de l'infection à VIH, relève de laboratoires d'analyses de biologie médicale et ne doit se faire que sur plasma ou sérum. Il doit également être pratiqué en utilisant **deux réactifs** mixtes (VIH1 et VIH2) différents, dont l'un peut être un test rapide. En cas de positivité, une analyse de confirmation est réalisée par une autre technique (Western Blot) sur le même tube. En cas de positivité de ce Western Blot, le test de dépistage doit être renouvelé sur un 2^{ème} prélèvement.

Plusieurs expériences de dépistage par test rapide existent dans des pays européens : Angleterre, Pays-Bas, Suisse.

→ Définition des tests rapides

En dépit de leur nom, les tests rapides ne sont pas définis par le délai de lecture. Ils sont définis par la possibilité d'être réalisé auprès du patient (donc pas forcément en laboratoire), la possibilité de les faire en petit nombre et par le fait qu'il n'y ait pas d'automatisation. Les tests rapides ne doivent pas être confondus avec les autotests (*Home tests*) parfois proposés sur Internet.

→ La nécessité de faire évoluer rapidement la situation

À la demande de la direction générale de la santé (DGS), la Haute Autorité de Santé (HAS) a entrepris une évaluation du dépistage de chacune des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH/SIDA. Cet avis de la HAS sur la place des tests rapides dans la stratégie de dépistage ne sera pas connu avant la fin du premier trimestre 2008 ou le début de l'été.

Les tests rapides présentent *a priori* des avantages significatifs : simplicité d'emploi, diversité des fluides utilisables (sang total, plasma...), rapidité, utilisation ne requérant pas une compétence approfondie,...

→ **Le lancement d'une expérimentation**

Dans ce contexte, 2008 sera l'occasion du lancement d'une expérimentation, visant à l'utilisation des tests rapides.

A la mi-décembre 2007, la direction générale de la santé réunira les acteurs concernés, notamment les associations, l'ANRS, l'AFSSAPS, l'InVS afin de définir un protocole de recherche s'appuyant en particulier sur différents projets en préparation dans ce domaine.

b) Rendre le préservatif encore accessible et disponible pour tous :

Près de 100 millions de préservatifs sont vendus chaque année en France.

L'offre de préservatifs à 20 centimes d'euros s'est diversifiée et pérennisée. Ils sont devenus disponibles dans de nombreux lieux notamment chez les marchands de journaux et dans les bureaux de tabac (30 000 points de vente), des stations service, des pharmacies.

Le préservatif à 20 centimes doit aussi pouvoir être disponible de façon plus systématique en grandes surfaces, ce qui n'est pas encore le cas. Sa disponibilité est essentielle pour lutter contre les IST et le VIH SIDA.

Actions :

- nouer un partenariat avec la grande distribution ;
- renforcer la disponibilité en recherchant d'autres lieux de distribution (renforcement du nombre de distributeurs dans les gares, le métro...) ;
- faciliter la mise en place effective des distributeurs de préservatifs dans les lycées par des actions d'accompagnement ;
- distribution gratuite par l'INPES, *via* les DDASS, aux associations et organismes menant des actions de prévention, des préservatifs destinés aux publics les plus exposés et les plus précaires. En 2006, ce sont 5,4 millions de préservatifs masculins (5,7 estimés en 2007) et près de 700.000 préservatifs féminins (900 000 estimés en 2007) qui ont été ainsi diffusés ;
- favoriser l'élargissement de la gamme du préservatif à 20 centimes d'euros pour le rendre plus attractif ;
- favoriser l'accès au préservatif féminin

c) Mettre en place des dispositifs de prévention ciblés auprès des populations les plus touchées

▪ **En direction des migrants :**

Après évaluation courant 2007, le programme national de lutte contre le VIH/Sida en direction des migrants / étrangers vivant en France, qui couvrait la période 2004-2006, a été reconduit pour les années 2007 et 2008 compte tenu des résultats déjà observés.

La stratégie mise en œuvre par ce programme doit permettre :

- de réduire la transmission du VIH et des IST au sein de la population migrante par des interventions de prévention adaptées ;
- d'inciter au dépistage du VIH et des IST en améliorant son accessibilité ;
- d'assurer une prise en charge sociale et médicale permettant une adhésion optimale au traitement ;
- d'améliorer la qualité des données et la coordination entre les acteurs soignants, sociaux et associatifs.

Actions :

- renforcer le programme sur le volet migrant
- mieux identifier les besoins dans certains sous-groupes tels que les migrants originaires d'Asie ou d'Europe centrale et orientale;
- soutenir financièrement les associations qui agissent en direction de publics migrants présentant des vulnérabilités spécifiques (femmes, personnes prostituées, homosexuels, détenus);
- renforcer les efforts sur les publics peu scolarisés et ceux en situation de précarité. Des études récentes les identifient comme les moins bien informés sur les modes de contamination, les moyens de prévention et les possibilités d'accès au dépistage et aux soins. De ce fait, ils sont les plus exposés au risque d'infection par le VIH;
- développer des actions de formation à l'égard de professionnels de santé.

▪ **En direction des populations des Départements Français d'Amérique :**

- soutenir la formation des intervenants, favoriser les dynamiques associatives et l'émergence de réponses adaptées aux contextes locaux.

▪ **En direction des homosexuels :**

Actions :

- remobiliser 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, qui repose notamment sur le recours systématique au préservatif;
- développer les entretiens de prévention, notamment afin de pouvoir travailler la question des prises de risque;
- inciter au dépistage régulier du VIH et des IST et au recours quand il est nécessaire au traitement post exposition ;
- distribuer des outils de prévention (brochures, préservatifs et gels) dans les établissements de rencontres sexuelles ayant adhéré à la charte de responsabilité ;
- rechercher des supports innovants (roman photo, sites internet...).

Les chartes de prévention :

Depuis 2002, le SNEG (Syndicat national des entreprises gay), en partenariat avec 3 associations importantes, Act Up-Paris, AIDES et SIDA Info Service (SIS), a lancé une charte de prévention par laquelle les établissements de rencontre signataires (la moitié d'entre eux aujourd'hui) s'engagent à promouvoir prévention, information et droits des personnes atteintes par :

- la mise à disposition de matériel de prévention (préservatifs, gel, etc.) ;
- la mise à disposition de matériel de documentation et d'information ;
- l'intervention de militants associatifs, communautaires, venant porter des messages de prévention adaptés ;
- le respect de règles d'hygiène ;
- la formation du personnel.

Cette action est menée en lien avec la direction générale de la santé qui la soutient financièrement, et avec l'implication des DDASS.

En janvier 2007, une charte et un label de qualité de même inspiration ont été lancés par l'association Afrique Avenir en direction des lieux et organisateurs de fête recevant du public originaire d'Afrique subsaharienne ou de la Caraïbes.

d) Développer des nouvelles approches et renouveler le discours sur la prévention :

Force est de constater que si l'épidémie marque le pas en population générale ou parmi les étrangers/migrants, elle demeure active parmi les jeunes hommes homosexuels à partenaires multiples.

Une lassitude devant les messages de prévention, une moindre conscience du danger, encouragée par les succès de la trithérapie, voire une culture du risque, conduisent à des comportements sexuels de nature à favoriser les contaminations.

Cette situation n'est pas propre à la France et se rencontre dans la plupart des pays occidentaux à épidémiologie comparable.

Il est donc essentiel d'intensifier **les travaux destinés à faire émerger de nouveaux messages**, de nouvelles formes de prévention mieux adaptées à la réalité de cette population et à même **de susciter l'adoption et le maintien de comportements adaptés de prévention** par certains, notamment des homosexuels à partenaires multiples, dont les prises de risques, conscientes ou non, sont nombreuses.

La prévention est une responsabilité partagée : les pouvoirs publics ont un rôle essentiel à y jouer, les associations également, mais aussi les professionnels de santé et naturellement les individus, qu'ils soient séronégatifs ou séropositifs. C'est en assumant toutes ses responsabilités que l'on évite le plus efficacement la transmission, mais aussi le recours à une approche moralisatrice ou autoritaire dont on sait l'inefficacité et les dégâts qu'elle pourrait produire.

V- Le budget consacré à la lutte contre le sida

Les crédits VIH / SIDA ont été revalorisés de 1 M€ (à 37,5 M€) et des actions spécifiques seront menées à destination des publics spécifiques.

Les priorités d'utilisation de ces crédits sont :

→ Le **soutien aux associations** (nationales et locales), qui jouent un rôle indispensable dans la promotion de comportements de prévention et l'accompagnement des personnes atteintes et concourent de façon significative à l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge.

→ La contribution au **financement d'actions en direction des populations et régions déclarées prioritaires dans le programme national 2005-2008**

- Les homosexuels ;
- Les étrangers-migrants vivant en France, en particulier ceux originaires de pays de forte endémie ;
- Les départements français d'Amérique (DAF).

→ Le **financement d'études sur les comportements et les pratiques ainsi que d'évaluations de programmes ou d'actions**, dans un souci d'adaptation permanente des politiques de prévention et lutte contre l'épidémie.

Cette somme ne comprend pas les crédits alloués à l'INPES.

L'Inpes bénéficiera en 2008 d'un budget de 23 millions d'euros en matière de lutte contre le SIDA, ce qui lui permettra d'effectuer **un large effort en matière de communication** en direction des publics spécifiques, avec des outils adaptés.

VI – La campagne de prévention

Alors que l'épidémie de VIH/sida reste active en France et que l'on assiste à une certaine « banalisation » du virus dans l'opinion publique, le Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) lancent une nouvelle campagne à l'occasion de la Journée Mondiale de lutte contre le sida, le 1^{er} décembre.

Ce dispositif de communication s'adresse à tous les publics : grand public, populations des Départements Français d'Amérique, population homosexuelle, migrants.

Il vise à rappeler que le risque de transmission du virus du sida est toujours présent et que le seul moyen de se protéger est le préservatif. En effet, si la maladie est moins visible, le virus continue de se transmettre. Raison pour laquelle il est plus que jamais nécessaire de se protéger.

La stratégie adoptée est de **faire apparaître le virus du Sida comme le « troisième partenaire » d'une situation de prise de risque potentielle**. Le décalage entre une scène de vie réaliste et un symbole vise à matérialiser la menace que représente un virus du Sida plus invisible que jamais. Il permet aussi de dire que l'« ennemi » n'est pas l'autre mais le virus du Sida. Parce que cette menace est la même pour tous, quelle que soit son origine géographique ou ses orientations sexuelles, la campagne Tv met en scène des couples d'hétérosexuels, d'homosexuels et de migrants. Elle rappelle ainsi que tout le monde est potentiellement concerné.

A- Le dispositif de communication grand public

Le dispositif de communication grand public s'appuie sur deux actions principales.

1. Une campagne TV et cinéma grand public

Cette campagne **TV** à destination du grand public sera diffusée **du 1^{er} au 20 décembre 2007** sur les chaînes hertziennes, câblées et satellites et sur la TNT pour rappeler la permanence du risque de contamination. Ce spot, d'une durée d' 1 minute ou de 45 secondes, fera l'objet d'une diffusion au **cinéma du 12 décembre au 1^{er} janvier 2008**.

Il met en scène de manière suggestive différents couples (hétérosexuels, homosexuels, migrants) en train de faire l'amour.

La présence du virus y est visuellement symbolisée. Le spot se conclut par la promotion du préservatif. Le film permet de rappeler que le risque de contamination concerne tout le monde et associe clairement le risque du VIH à la sexualité. Il se conclut par le message sonore suivant : « **Le virus du sida est toujours là et continue de se transmettre. Toutes les 90 minutes en France, une personne découvre qu'elle est contaminée. Le seul moyen de se protéger, c'est le préservatif** ».

2. Une affichette grand public

Reprenant le principe du spot TV grand public en montrant le virus du sida et en interpellant sur la nécessité de continuer à se protéger, cette affichette (40/60) est diffusée gratuitement à 200 000 exemplaires depuis la mi-novembre auprès des réseaux de prévention et des associations avec lesquels travaille régulièrement l'INPES : les Comités régionaux et locaux d'éducation pour la santé (CRES/CODES), les DDASS et DRASS, les pharmacies, les CRIPS...



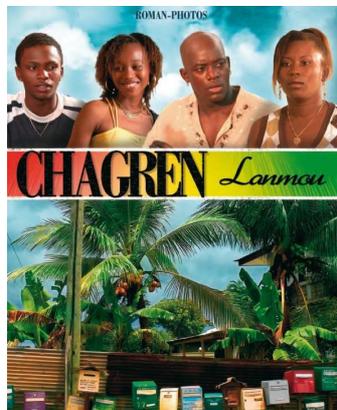
B- Le dispositif de communication en direction des populations prioritaires

1. Les populations des Départements Français d'Amérique

Une campagne TV sur le dépistage sera diffusée aux Antilles et en Guyane, du 1^{er} au 21 décembre 2007. La campagne est testimoniale et vise à libérer la parole autour de la maladie et à « dénormaliser le silence » en montrant des personnes qui n'ont pas honte de s'exprimer sur le sujet. Elle se décline en 3 spots de 45 secondes chacun s'appuyant sur des témoignages recueillis dans les 3 départements (Guyane, Guadeloupe et Martinique).

Les deux premiers spots ont pour objectif d'inciter au dépistage les personnes ne se faisant pas dépister en jouant sur deux leviers : le bénéfice du dépistage précoce en cas de découverte de sa séropositivité ou de sa séronégativité et le bénéfice en termes de construction de son avenir, en particulier lorsque l'on vit en couple.

Le troisième film cherche à repositionner le dépistage dans le cadre d'une démarche de prévention pour les personnes faisant un usage régulier du dépistage dans une logique de réassurance, suite à des prises de risque répétitives.



Un roman photo, « Chagren Lanmou », sera diffusé gratuitement entre novembre et décembre 2007 par l'intermédiaire des associations locales et des réseaux de prévention. Destiné aux Haïtiens de Guyane, il vise à inciter à l'utilisation du préservatif, au recours au dépistage et à faire évoluer le regard porté sur les personnes atteintes. Il est accompagné d'une série de questions réponses sur le sida et de la liste des Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et principales associations locales.

2. La population homosexuelle

La campagne en direction des homosexuels est déclinée de la campagne grand public et destinée à réaffirmer à la communauté gay que le VIH est toujours là. Elle s'appuie sur trois outils construits autour de la même annonce : « **Chaque jour en France 4 homosexuels sont contaminés par le virus du sida. Le virus est toujours là. Protégez-vous.** »

La photographie retenue pour cette campagne est Nan Goldin. L'objectif était en effet de donner une image positive, voire glamour, de la prévention et d'événementialiser cette campagne. En outre, son traité garantit le réalisme de la situation.

Les trois outils déclinant le même visuel sont :

- des **annonces presse** de la campagne « Nan Goldin », diffusées depuis fin octobre et jusqu'à décembre dans 22 titres de la presse gay,
- des **affiches** « Nan Goldin », diffusées sur les réseaux Insert Marais et Loomédia dans les bars gays de la capitale, du 3 au 30 décembre 2007,
- enfin, des **affichettes** « Nan Goldin », diffusées gratuitement depuis mi novembre à 10 000 exemplaires, via les adhérents du Syndicat national des entreprises gays (SNEG) et les associations.

Enfin, le n°2 du magazine « **Prends-moi** » édité par l'INPES a été diffusé à l'occasion du festival Gay et lesbien qui s'est tenu du 13 au 20 novembre 2007 à Paris. Ce magazine des sexualités gays, gratuit, est destiné à faire réfléchir sur l'adoption des comportements de prévention.

C- Le dispositif de communication pour les professionnels de santé

L'INPES a également réalisé plusieurs outils destinés aux professionnels de santé, relais incontournables de transmission des messages auprès de leurs patients :

- **Un catalogue des ressources**, destiné aux professionnels de santé, du social, et du monde associatif est en ligne sur le site de l'INPES dans la rubrique Professionnels de santé depuis mi-novembre 2007. Il regroupe les outils utilisables auprès des migrants ou des personnes vivant dans les DOM et les outils grand public pouvant être utilisés en direction de ces publics. Il est pluri thématique mais présente un très grand nombre d'outils VIH.

Dépistage du

VIH et des IST

Pour une prise en charge précoce (médicale, psychologique et sociale), le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) et de l'infection par le VIH est l'objet d'une mobilisation particulière. Les actions doivent être ciblées sur les différents agents infectieux et dirigées vers les populations ayant des comportements à risque. Il faut également penser à aborder le sujet en population générale.

Pourquoi une mobilisation est-elle nécessaire ?

- Plus d'un tiers des infections VIH est découvert à un stade tardif et le coût des soins est donc supérieur pour les personnes qui ignorent leur séropositivité au VIH.

- La recrudescence des IST témoigne d'un relâchement de la prévention et d'une rupture des conditions à risque : augmentation des cas de syphilis, de tréponématose, de gonorrhée, de gonococcie, de chlamydiae, de papillome virus ou HPV, pertuisse, hépatite des chlamydiae chez les jeunes dans les communautés de dépistage. De plus, la prévalence de l'infection par le VIH en population générale continue généralement à augmenter et ce jusqu'à présent.

- Les IST sont des facteurs de transmission du VIH. Chez les personnes séropositives, certaines IST peuvent aggraver le pronostic de l'infection à VIH.

- Des modes d'IST peuvent favoriser la transmission de l'agent responsable et l'éclosion de l'infection.

INPES - Institut National de Prévention et d'Éducation Sanitaires
11, rue de Valenciennes - 75013 Paris
Téléphone : 01 42 96 12 00 - Fax : 01 42 96 12 01
Site Internet : www.inpes.solidarites-santé.gouv.fr

- **Un repère pour votre pratique**, « dépistage du VIH et des IST » sera envoyé à l'ensemble des médecins généralistes, dans le courant du mois de décembre 2007. Il sera accompagné d'un courrier attirant l'attention du médecin sur l'augmentation de la résistance du gonocoque (une infection sexuellement transmissible) à la Ciprofloxacine, antibiotique couramment utilisé pour traiter cette infection.

- **La rubrique « INPES et votre pratique »**, intitulée « VIH-IST : spécificités de la prise en charge des personnes migrantes ou en situation précaire », sera diffusée courant décembre dans les titres de la presse professionnelle destinée aux médecins généralistes, pharmaciens, infirmières et infectiologues.