



## **DOSSIER DE PRESSE**

**« Sida, le test, c'est important de savoir »**

**Journée nationale de lutte contre le sida  
1<sup>er</sup> décembre 2002**



# Sommaire

<b>I. Introduction</b>	<b>4</b>
<b>II. Adapter la prévention aux données épidémiologiques actuelles</b>	<b>6</b>
<b>III. Actions pour renforcer la prévention et le dépistage</b>	<b>8</b>
<b>IV. Le thème de la journée du 1<sup>er</sup> décembre : la solidarité</b>	<b>14</b>
<b>V. Les autres actions contre le VIH/sida engagées en 2002</b>	<b>17</b>
<b>VI. La campagne télévisée</b>	<b>21</b>

## I. INTRODUCTION

A l'occasion de la journée du 1er décembre 2002, les pouvoirs publics lancent une nouvelle campagne télévisée pour inciter à recourir au test de dépistage du sida dans la démarche préventive. Cette campagne est fondée sur l'analyse des données épidémiologiques qui permettent d'orienter la mise en place d'actions ciblées.

Les données épidémiologiques produites par l'InVS montrent, en effet, le maintien d'une dynamique de l'infection en France, particulièrement marquée chez les homosexuels et les migrants originaires d'Afrique sub-saharienne. De plus, dans ces groupes, l'infection est diagnostiquée tard dans une proportion non négligeable de cas. Ce retard au dépistage ne permet pas aux personnes infectées de bénéficier pleinement des traitements efficaces dont nous disposons aujourd' hui et entretient la transmission du VIH, notamment au sein des couples.

La direction générale de la Santé a donc choisi le dépistage pour thème de la prochaine campagne, thème abordé sous un angle nouveau. En effet, axée sur la connaissance du statut sérologique entre partenaires d'un couple, elle met en scène la démarche souvent difficile de demande du test à son partenaire. L'INPES, chargé de la réalisation de cette campagne, a décliné ce thème en trois films représentant les situations de couples de jeunes hétérosexuels, d'homosexuels et de migrants. Dans le droit fil des priorités de la stratégie de prévention décidée en 2001, cette représentation des cibles prioritaires de la prévention dans la campagne grand public vise à faciliter l'appropriation du message. Avec 850 passages télévisés, cette campagne aura avoir un impact élevé.

En complément de cette campagne, le dispositif de dépistage sera renforcé pour améliorer le conseil préventif lors du test et orienter plus rapidement vers le soins en cas de séropositivité.

En 2003, les crédits consacrés à la lutte contre le VIH sont maintenus à hauteur de 64,6 millions d'euros. La direction générale de la Santé va poursuivre, en complément de la campagne, en lien avec l'ensemble des acteurs institutionnels et associatifs les actions de proximité. Elle s'attachera particulièrement, avec le ministère de l'Éducation Nationale, à étendre la prévention de l'infection VIH chez les adolescents dans le cadre d'un programme élargi d'éducation sexuelle.

## **II. ADAPTER LA PREVENTION AUX DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES ACTUELLES**

La France se caractérise par un recours élevé au dépistage, plus élevé que les pays voisins. En 2001, 4,3 millions de tests ont été effectués dans l'ensemble des laboratoires. Les centres de dépistages anonymes et gratuits (CDAG) ont montré leur capacité à atteindre la population « à risque » : le taux de séropositivité chez les consultants y est 2 fois plus élevé que dans les autres lieux de dépistage et, dès 1998, l'analyse de leur activité a permis d'alerter sur l'augmentation du nombre de diagnostics positifs parmi la population hétérosexuelle en particulier chez les femmes d'Afrique subsaharienne.

Malgré ce large recours au dépistage, un nombre encore trop important de personnes découvre leur séropositivité au moment du diagnostic de sida. Cette méconnaissance du statut sérologique représente en 2002 plus de 50% des nouveaux cas de sida et constitue donc la principale cause de survenue du sida en France (devant l'échec thérapeutique). Cette donnée est importante à prendre en compte pour l'évolution de nos dispositifs de prévention.

Les motifs du non recours sont encore imparfaitement connus. On sait cependant que ce retard au dépistage et à l'accès aux soins touche beaucoup plus les étrangers vivant en France que les français ; et particulièrement les personnes d'Afrique sub-saharienne (cf annexe 1 : données épidémiologiques InVS).

D'autre part, le recours au dépistage pourrait aussi être insuffisant chez les homosexuels masculins, compte tenu des prises de risques répétées, bien que la proportion de sujets ayant fait l'objet d'un dépistage au cours de la vie soit plus élevée en France que dans les autres pays (86% ont eu recours au test). Ainsi, au premier semestre 2002, 45% des cas de sida liés à une contamination homosexuelle n'avaient pas été dépistés auparavant.

Une enquête réalisée auprès des homosexuels fréquentant des lieux gays<sup>1</sup> montre qu'une proportion non négligeable de ces personnes (16%) méconnaissent leur séropositivité et évaluent mal le risque d'être infectées. Ceci renvoie à l'intérêt de la répétition des tests chez les personnes prenant des risques, cette répétition des tests ne devant bien sûr pas se substituer au maintien d'une conduite préventive. Certains pays, face à la recrudescence des comportements à risques, préconisent un dépistage au moins annuel chez les hommes homosexuels sexuellement actifs<sup>2</sup>.

Au delà de ces prises en compte motivées par les données épidémiologiques, il est aussi indispensable d'alerter régulièrement le grand public sur la permanence du risque de contaminations lié au caractère épidémique et sexuellement transmissible du VIH et sur la gravité du sida malgré les progrès thérapeutiques. En l'absence de politique de lutte, l'épidémie s'étend dans l'ensemble de la population comme l'atteste le contraste entre l'histoire de l'épidémie dans les pays industrialisés et la situation actuelle dans les pays en voie de développement. Les caractéristiques actuelles de l'épidémie en France sont le résultat de cet effort préventif continu qui vise à maintenir les connaissances et les comportements préventifs en particulier chez les jeunes.

La vigilance doit être d'autant plus importante que l'enquête KABP 2001 en population générale adulte<sup>3</sup> constate que l'information/prévention tend à s'amenuiser en particulier chez les jeunes et chez les multipartenaires parallèlement à une diminution de la crainte du sida (28,1% craignent "pas mal ou beaucoup le sida en 2001" versus 36,3% en 1998). Ces constats sont vraisemblablement liés à la perception de l'efficacité des trithérapies.

La prévention en population générale repose là encore sur l'utilisation du préservatif et le recours au dépistage en cas de prise de risque ou d'abandon du préservatif dans une relation stable.

---

<sup>1</sup> Unrecognized HIV infection, risk behaviors, and perceptions of risk among young black men who have sex with men-Six US cities, 1994-1998. MMWR 2002 ; 51 :733-736.

<sup>2</sup> Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. MMWR 2002 ;51 (N) RR-6)

### III. ACTIONS POUR RENFORCER LA PREVENTION ET LE DEPISTAGE

La direction générale de la Santé a consacré 64 millions d'euros à la lutte contre le sida en 2002. Ces crédits sont reconduits en totalité en 2003 (cf annexe 2 : Crédits alloués à la lutte contre le vih).

Les actions visant à améliorer l'efficacité du dépistage en France compte notamment :

- Une nouvelle campagne télévisée d'incitation au dépistage
- Des actions visant à renforcer le dispositif existant et à améliorer l'articulation entre le dépistage et la prise en charge

#### **1 La campagne télévisée : « *sida, le test, c'est important de savoir* »**

Cette nouvelle campagne sur le dépistage s'inscrit dans une programmation triennale de prévention qui maintient un accent fort sur la promotion du préservatif, thème qui fera l'objet de campagnes nationales distinctes et ultérieures.

La nouvelle campagne a une double originalité : par le contenu (la promotion du dépistage) et par les populations représentées.

A – La connaissance du statut sérologique du partenaire est un élément de stratégie préventive au sein du couple.

La politique de dépistage doit être plus explicite avec la double fonction de diagnostic précoce de l'infection à VIH et d'information sur le statut sérologique des partenaires comme élément de stratégie préventive. Ce deuxième aspect n'a jamais été jusqu'à présent mis en avant dans une campagne d'incitation au dépistage, en dépit des résultats des enquêtes montrant que les individus conjuguent protection par le préservatif et résultat du dépistage pour adapter leur comportement préventif.

---

<sup>3</sup> Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France. Evolutions 1992-1994-1998-2001. Observatoire Régional de Santé Ile de France.

Il existe une gamme de situations de couple dans laquelle la connaissance du statut sérologique du partenaire se pose : relations en voie de stabilisation, désir d'abandonner le préservatif, méconnaissance ou doute sur le passé du partenaire, doute sur sa fidélité, connaissance de son multipartenariat, désir d'enfant etc. Dans ces situations, il est parfois difficile de demander à son partenaire de faire un test alors que la connaissance de son statut sérologique est une information cruciale pour ajuster le comportement préventif. Jusqu'à présent le test dans sa visée préventive a été uniquement envisagé pour les nouvelles relations ou en réaction à une situation de risque<sup>4</sup>. L'incitation au dépistage s'adressait à la personne elle-même et non à son partenaire. Or la connaissance de son propre statut n'est pas suffisante dans le cadre d'une relation qui s'installe ou qui dure, comme l'attestent les données épidémiologiques.

C'est pourquoi la nouvelle campagne entend faciliter la demande du test à son partenaire alors même que la relation est en voie de stabilisation ou déjà installée.

B - Cette campagne de prévention « tout public » fait clairement apparaître les différentes populations cibles.

La campagne, tout en s'adressant à l'ensemble de la population par la voie de la télévision cherche à ce que chacun se sente concerné et puisse s'identifier à la situation mise en scène, et en particulier les personnes les plus exposées.

Aujourd'hui, les craintes de susciter des phénomènes de stigmatisation ne peuvent plus justifier une absence de communication claire dirigée vers les groupes les plus touchés par l'infection qui doivent aussi bénéficier de la prévention et des soins. Cette stratégie suit les orientations du Plan 2001-2004, qui pour la première fois définit des groupes prioritaires (migrants, homosexuels masculins, population des Départements Français d'Amérique, usagers de drogue), cibles des actions de communication et des actions de prévention de proximité menées par les associations avec le soutien de l'état.

---

<sup>4</sup> C'est le cas notamment de la situation envisagée dans la campagne de 1998 autour de la situation : « j'ai pris un risque. Que dois-je faire ? ».

Ainsi, cette campagne préventive cible plus particulièrement des situations ou des groupes suivants :

**1- les couples homosexuels**, thème du premier film

**2- les couples de migrants** qui n'utilisent pas le préservatif mais sont inquiets de la fréquence de la maladie dans leur communauté ou leur pays d'origine dans un contexte de forte stigmatisation. La difficulté des personnes migrantes, notamment des femmes, à évoquer le risque et la difficulté de demander à leur partenaire, souvent leur conjoint de faire un test ou d'utiliser le préservatif est rapporté par les médecins qui soignent ces populations dans des cadres divers : PMI, CDAG, services VIH. C'est cette situation qui est mise en scène dans le deuxième film.

**3- Le choix de cette stratégie de communication n'exclut pas de maintenir un haut niveau de vigilance dans la population générale.** Ainsi, cette campagne s'adresse également aux nouveaux partenaires hétérosexuels s'installant dans une relation de confiance qui érode, souvent très vite, la motivation à utiliser le préservatif. C'est l'objet du troisième film.

Bien entendu, cette campagne télévisée ne résume pas les actions de communication de prévention et s'inscrit dans une programmation triennale de prévention qui maintient un accent fort sur la promotion du préservatif qui fera l'objet de campagnes nationales distinctes et ultérieures.

Cette campagne sera complétée par plusieurs mesures visant à améliorer le dispositif de dépistage et son articulation avec la prise en charge.

## **2. Continuer à faire évoluer le dispositif de dépistage**

Un effort certain doit être fait pour améliorer le dispositif lui-même. Cet effort est en cours ou programmé pour les mois prochains par la direction générale de la Santé.

Des formations sont actuellement dispensées au personnel des CDAG pour améliorer le conseil préventif dispensé à l'occasion du dépistage et/ou de la remise du résultat.

Trois actions seront conduites en 2003

- Des recommandations sur les bonnes pratiques de dépistage seront revues en lien avec le corps médical. Il s'agit de mettre à jour les données concernant les indications actuelles du dépistage des infections sexuellement transmissibles au sens large (VIH, IST, Hépatites), les méthodes de diagnostic les plus appropriées et les traitements ou les vaccinations recommandées. Ce guide devrait servir de référence pour l'ensemble des professionnels de santé et constituera un outil pour la consultation de prévention que nous voulons mettre en place dans le cadre de la loi quinquennale de programmation en santé publique.
- Une journée de mobilisation des professionnels et des associations sur ce thème co-organisée par la DGS et Sida Info Service au cours de laquelle les bonnes pratiques et les aspects d'actualité du dépistage et des traitements post exposition seront abordés, est prévue en juin.
- Une réflexion sur l'élargissement des missions des CDAG, notamment par rapport au dépistage des IST, est également envisagée. La campagne d'incitation au dépistage de la syphilis dans les CDAG parisiens en illustre bien l'intérêt. Cet élargissement des missions des CDAG ne doit cependant pas être incompatible avec leur forte lisibilité pour le public comme lieu privilégié et très accessible de dépistage et de conseil préventif pour le VIH.

### **3. Favoriser l'articulation entre le dépistage et la prise en charge médico-sociale.**

Un des objectifs prioritaires est de diminuer le nombre de personnes perdues de vues après un dépistage :

- notamment parmi les femmes souvent étrangères qui découvrent leur séropositivité au moment de la grossesse et qui ne se font plus suivre au delà du suivi de l'enfant
- mais aussi parmi les consultants des centres de dépistage, qui, soit ne viennent pas chercher leur résultats soit ne sont pas suivis après l'annonce d'une séropositivité.

La rapidité et la qualité de la prise en charge médico-sociale sont des éléments déterminants pour le suivi. Cet élément devra être intégré dans la réflexion sur la modernisation du dispositif de dépistage de l'ensemble des infections des sexuellement transmissibles.

L'accès à une couverture sociale est de ce point de vue crucial pour beaucoup de personnes infectées en situation de précarité et doit être facilitée.

Le dispositif légal le permet.

Pour les étrangers, la Couverture Maladie Universelle, et l'Aide Médicale Etat pour les personnes encore dépourvues de titre de séjour, lèvent les barrières financières à l'accès au soins. Le dispositif législatif adopté en 1997 et 1998, suspendant les expulsions et les interdictions du territoire français, et permettant la délivrance de droit d'une carte de séjour temporaire de un an avec autorisation de travail, pour les personnes atteintes d'une pathologie grave qui ne peuvent être suivies médicalement au pays d'origine, a représenté une amélioration considérable pour les personnes concernées.

Rappelons aussi que la Direction Générale de la Santé développe des actions spécifiques pour permettre un meilleur accès au dépistage et aux soins des personnes étrangères : Un programme de médiateurs de santé, eux-mêmes issus ou en grande proximité avec les communautés concernées, la mise à disposition d'interprètes dans les services où ils peuvent être utiles (services hospitaliers

notamment). Enfin lien avec l'INPES plusieurs brochures d'information sur le VIH/SIDA ont été réalisées ou traduites en langues étrangères pour faciliter l'appropriation de l'information par les personnes de culture ou de langue différente.

#### **IV. LE THEME DE LA JOURNEE DU 1<sup>ER</sup> DECEMBRE : LA SOLIDARITE**

Cette année l'OMS a choisi pour la journée mondiale le thème de la solidarité. Cette journée est l'occasion d'inviter chacun à se montrer solidaire des personnes atteintes pour ne pas ajouter le poids de l'exclusion à celui de la maladie.

Les progrès thérapeutiques ont permis d'améliorer considérablement la survie et la qualité de vie des personnes infectées par le VIH dans les pays où les traitements antirétroviraux sont largement accessibles. Cependant l'incertitude sur le long terme, les contraintes et les effets indésirables des traitements pèsent sur leur vie quotidienne et entravent leurs projets de vie.

C'est particulièrement vrai pour ceux qui ont été atteints jeunes ou qui n'ont pas les atouts de la formation et de l'expérience professionnelle et voient la maladie aggraver leur situation sociale. Ainsi beaucoup de patients vivent seul, sont sans activité professionnelle (45% en Ile de France, 56 % en PACA<sup>5</sup>) et ont de faibles ressources (20% et 24 % ont un revenu inférieur à 760 € par mois). Si l'opinion se montre globalement solidaire des personnes affectées par le VIH-sida<sup>6</sup>, trop de malades doivent encore vivre leur maladie dans le secret et affronter des discriminations dans leur vie quotidienne que ce soit dans leur entourage ou dans le milieu de travail.

Trop de personnes, redoutant une exclusion familiale et sociale en cas de découverte d'une séropositivité, tardent à engager une démarche de dépistage : elles obèrent de ce fait les effets bénéfiques d'un traitement précoce et négligent d'adopter un comportement de prévention, par méconnaissance de leur statut sérologique.

---

<sup>5</sup> Enquête sur la situation sociale des personnes vivant avec le VIH/sida et les réponses apportés par le système de soins et les services sociaux. Etudes et Résultats 2002, n°203

<sup>6</sup> Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France. Evolutions 1992-1994-1998-2001. Observatoire Régional de Santé Ile de France.

La solidarité a été un axe constant de la politique publique depuis plus de 15 ans dans les campagnes de communication publique mais surtout dans des politiques qui permettent l'accès des personnes atteintes aux soins et à une prise en charge sociale.

Aujourd'hui, les personnes dont la maladie est diagnostiquée ont accès aux innovations thérapeutiques. Les inégalités d'accès, qui persistent, concernent surtout le retard au dépistage, retard que la nouvelle campagne et les diverses actions mentionnées précédemment vont s'efforcer de réduire. Les divers dispositifs mis en place ces dernières années (CMU, Aide médicale d'Etat, droit au séjour pour les étrangers malades) contribuent à la bonne accessibilité de la prise en charge. En effet, l'accès aux soins et la bonne observance ne semblent pas liés à la nationalité des personnes, mais bien au cumul de situations de précarité et de vulnérabilité (logement instable, situation financière, recherche d'un emploi, isolement social...)<sup>7</sup>.

Les évolutions des dispositifs de prise en charge extra-hospitalière des personnes atteintes vers une intégration dans le « droit commun » traduisent concrètement les principes de lutte contre la stigmatisation et les discriminations. Ainsi, le dispositif expérimental des appartements de coordination thérapeutique (ACT) est désormais intégré dans le cadre des institutions médico-sociales et élargi à la prise en charge de personnes atteintes d'autres pathologies (445 places pour les patients et 39 places pour les accompagnants). En dehors des ACT financés maintenant par l'assurance maladie, les dispositifs de prise en charge extra hospitalière répartis sur l'ensemble du territoire et qui représentent plus de 30% des crédits déconcentrés de lutte contre le sida (environ 15 millions d'euros) comprennent l'aide au maintien à domicile, les réseaux villes hôpital (part extra-hospitalière), l'hébergement (hors ACT c'est-à-dire appartements relais, CHRS aménagés, nuitées d'hôtel...) et l'accompagnement médico-psycho-social. Ces dispositifs ainsi que les mesures relatives à l'insertion professionnelle, à l'accès ou au maintien au travail doivent être renforcés.

---

<sup>7</sup> Etude « Initiative pratique pour l'observance thérapeutique dans le sida » - Ippothés-BMS, septembre 2002

Le soutien financier assuré aux associations qui les mettent en œuvre, et plus généralement aux associations de patients, participe de la solidarité avec les personnes séropositives.

Sur le plan international, cette solidarité s'est manifestée par un engagement fort de la France depuis plusieurs années en faveur de l'accès au traitement des pays en développement à travers le Fond de Solidarité Thérapeutique International puis le programme ESTHER (9 millions d'euros en 2002) ainsi que la contribution de la France au Fond mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme (150 millions d'euros sur 3 ans).

## **V. LES AUTRES ACTIONS DU PLAN DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ENGAGEES EN 2002**

En dehors du volet international déjà évoqué, ce plan comporte dix objectifs qui peuvent être regroupés en termes de prévention, de prise en charge thérapeutique, d'accompagnement et de soutien des personnes séropositives.

Si l'Etat est le maître d'ouvrage de la politique de lutte contre le VIH/SIDA en définissant le cadre des actions dans un plan triennal, les programmes et actions découlant de ce plan sont essentiellement réalisées par des associations qui en sont les maîtres d'oeuvre. Les crédits d'intervention de l'Etat spécifiques au VIH/SIDA sont donc majoritairement consacrés à des financements associatifs.

La répartition des crédits en fonction de la nature des programmes est détaillée en annexe 2 .

Les actions de communications menées en 2002 dans le cadre du Plan sont détaillées en Annexe 3.

### **1. En matière de prévention**

Outre l'action forte sur le dépistage déjà envisagé, signalons :

- La campagne menée depuis le 15 mai 2002 auprès des homosexuels parisiens afin de les inciter au dépistage anonyme et gratuit de la syphilis (en lien avec la ville de Paris, et la DASS de Paris). Ce dispositif ayant montré son efficacité, il a été étendu récemment (conférence de presse du 14 novembre) aux grandes villes où des cas de syphilis sont signalés, en lien avec les Conseils généraux.

- Un plan global de lutte contre le VIH dans les départements français d'Amérique a débuté en Guyane, territoire où l'épidémie est la plus importante en France. Pilotée par la Direction de la santé et du développement social (DSDS), une démarche de programmation a été entreprise en mars 2002. Le Ministère, attentif à la démarche engagée au plan local, soutient les services locaux de la DSDS pour mener à bien le

programme qu'ils définiront. La même démarche devrait être lancée en 2003 en Guadeloupe.

- En Métropole, des actions de programmations sont actuellement en cours dans les 6 régions prioritaires définies dans la stratégie de prévention en raison de leur plus forte prévalence : Ile de France, PACA, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Aquitaine. Un bilan de ces actions sera fait prochainement .

Des actions seront menées pour diversifier des moyens préventifs et améliorer leur accessibilité :

- Des actions de promotion du préservatif féminin ont été menées. Elles se poursuivront en 2003 en lien avec Sida Info Service notamment grâce à une opération préservatif féminin à 1 euro.

- Les ventes de préservatifs masculins ont augmenté depuis 2 ans (données de l'INPES et de ACNielsen) :

25/09/2000 à 23/09/2001 : 72 M unités

24/09/2001 à 22/09/2002 : 76 M unités

Le prix à l'unité est compris entre 0.40 et 0.59 euro selon les marques, le conditionnement et les lieux de vente.

- La direction générale de la Santé, attentive au problème posé par la recrudescence des comportements à risques de transmission du VIH chez les homosexuels multipartenaires et au débat sur l'intérêt de nouvelles actions préventives mène une réflexion avec la DHOS sur la place des consultations de prévention et de "*counselling*" s'adressant en particulier aux personnes séropositives pour qu'elles adoptent des pratiques préventives.

## **2. En matière de prise en charge**

Outre l'accompagnement et le soutien social déjà développé, le dispositif permettant l'accès au traitement post-exposition sera amélioré.

A la suite de l'évaluation menée sur ce traitement par l'INVS dont les résultats ont été publiés, et des conclusions du groupe de travail sur les recommandations en matière

de traitement rendues par l'AFSSAPS. Une circulaire sera diffusée très prochainement. Le dispositif mis en place en 1998 doit en effet être adapté pour répondre aux 4 objectifs suivants: améliorer le dispositif local d'accueil et de prise en charge, mieux déterminer les indications du traitement en fonction de l'évaluation du risque, prévenir par un meilleur choix des thérapeutiques la survenue d'effets indésirables graves, mettre à profit la prise en charge instaurée à cette occasion pour rétablir ou renforcer les conduites préventives.

### **3. En matière de prise en charge thérapeutique des personnes infectées plusieurs dossiers majeurs ont avancé :**

En juillet 2002, le rapport sur les recommandations thérapeutiques élaborées par le groupe d'experts sous l'égide du Pr J.F.Delfraissy a été rendu public. Ce rapport auquel les services du ministère et les associations ont largement contribué constitue un outil très important d'abord pour les praticiens mais aussi pour les associations et les services déconcentrés. Ces recommandations largement diffusées auprès des professionnels de santé et de tous les services concernés ont pour objectif de faire évoluer les pratiques afin de les adapter aux nouveaux enjeux thérapeutiques.

Cette édition 2002 comporte plusieurs chapitres nouveaux : recommandations sur les problèmes de prise en charge spécifiques aux femmes, au milieu carcéral, pour les patients co-infectés par le VHC et sur la situation particulière dans les DFA.

Ce rapport propose plusieurs mesures nouvelles s'agissant des effets secondaires des traitements. C'est ainsi que le projet d'arrêté inscrivant à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) la technique de réinjections de graisse autologue pour les lipoatrophies est en cours de signature. Ce rapport propose aussi de recourir à l'ostéodensitométrie pour évaluer l'ostéoporose, problème fréquent chez les séropositifs. Cette recommandation devrait se traduire par une prochaine inscription de cet examen dans certaines indications à la NGAP.

Le Ministre vient de se prononcer en faveur de l'extension du double circuit de dispensation pour les médicaments contre les hépatites B et C, à l'instar de ce qui se fait pour le VIH. Les patients co-infectés par le VIH et le VHC ont la possibilité de

s'adresser aux pharmacies hospitalières pour l'ensemble de leur traitement. A la demande du Ministre, le comité de suivi de la double dispensation des anti-rétroviraux et des médicaments des hépatites lors d'une première réunion le 13 novembre 2002, a examiné des propositions visant à améliorer la dispensation dans les officines de ville et dans les pharmacies hospitalières, et à suivre la mise en place du double circuit de dispensation pour les médicaments des hépatites.

#### **4. Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du plan**

Des mesures sont prévues pour assurer le suivi de la mise en œuvre des programmes et actions du plan triennal 2002-2004.

- La direction générale de la Santé travaille actuellement sur la mise en place de tableaux de bord de suivi des actions et sur des indicateurs. Cet effort de construction d'indicateurs d'effectivité des actions, de résultats intermédiaires et d'impact, partagés entre l'administration centrale et les services déconcentrés, est indispensable. Cette démarche constituera également une base permettant de clarifier le partenariat avec les associations.

## VI. LA CAMPAGNE TELEVISEE

Cette campagne est axée sur l'élément central du dispositif de prévention : la connaissance du statut sérologique et la demande du test à son partenaire.

Ce choix est justifié par l'observation d'un important retard au dépistage dans des groupes fortement exposés : homosexuels masculins et personnes originaires d'Afrique sub-saharienne. Par ailleurs, la campagne rappelle de façon générale la nécessité de faire un test avant tout abandon du préservatif.

Trois films ont donc été réalisés dans le cadre de cette campagne :

- Le premier film (35 s) met en scène un jeune couple formé depuis quelques mois. Le film les saisit au moment où, voulant arrêter de mettre des préservatifs, ils décident d'aller faire un test de dépistage au VIH. La demande de test est ainsi proposée dans le cadre d'une relation qui se stabilise.
- Le deuxième film (35 s) raconte l'histoire d'un couple homosexuel. L'un des partenaires vient d'apprendre qu'un garçon avec lequel il a eu une relation peu de temps auparavant, est séropositif. Son compagnon, inquiet, lui demande alors de faire un test de dépistage du VIH. La demande de test intervient dans un couple qui a abandonné le préservatif.
- Le troisième film (50 s) s'adresse pour la première fois aux personnes originaires d'Afrique sub-saharienne. Il met en situation une jeune femme africaine qui insiste auprès de son conjoint pour qu'il fasse un test. La situation rend compte de la difficulté, en particulier pour les femmes, à aborder la question du test au sein d'un couple.

Ces deux derniers films s'adressent à deux populations prioritaires. Ils sont destinés à aider les personnes qui vivent des situations similaires à celles décrites afin qu'ils osent formuler leur demande de test du dépistage au VIH à leur conjoint.

Chaque film se clôture sur la signature : « *Sida, le test. C'est important de savoir* » suivi du numéro de téléphone de Sida Info service.

La réalisation a été confiée à un réalisateur de cinéma : Christophe Honoré. Ce dernier a récemment réalisé un téléfilm ayant pour thème l'annonce de la séropositivité au sida et un long métrage, « 17 fois Cécile Cassard », particulièrement remarqué par la critique.

Les films seront diffusés du 1<sup>er</sup> au 21 décembre sur TF1, France 2, France 3, France 5, Canal +, ARTE, M6, Canal Jimmy, Equidia, Eurosport, Histoire, Infosport, ITV, Match TV, Mezzo, MTV, Paris Première, Planète, Planète Thalassa, RTL9, TF6, TPS Star, XXL.

Chaque film fera l'objet du même nombre de diffusions (43). Au total, plus de 850 diffusions pour un budget de 3,75 M d'euros.



# **Annexe 1**

## **Données épidémiologiques**

## **1. Une activité de dépistage élevée mais insuffisamment ciblée**

### **Nombre de sérologies VIH réalisées et nombre de sérologies positives en 2001**

A partir des données recueillies auprès des laboratoires hospitaliers et de ville d'analyses médicales (81% de participation), on estime à environ 4,3 millions le nombre de sérologies VIH effectuées en France en 2001 et à environ 10 000 le nombre de sérologies confirmées positives. La majorité des tests sont réalisés dans des laboratoires de ville (72%), mais la majorité des dépistages positifs sont réalisés par des laboratoires hospitaliers (62%). Ces chiffres comprennent des personnes testées ou confirmées positives, plusieurs fois de suite. En raison des sérologies multiples, on estime que 4 500 à 5 000 personnes ont découvert leur séropositivité pour la première fois en 2001. Le nombre de sérologies confirmées positives en 2001 est stable par rapport à 1997. Ces découvertes de séropositivité ne correspondent pas pour autant au nombre de personnes contaminées dans l'année, puisque le délai entre contamination et diagnostic de l'infection est variable et peut atteindre plusieurs années.

### **Caractéristiques des personnes confirmées positives**

La proportion de femmes parmi les séropositifs nouvellement dépistés est de 40%. L'âge médian est globalement de 36 ans, il est plus élevé chez les hommes (38 ans) que chez les femmes (32 ans). La proportion de personnes très jeunes est plus importante chez les femmes que chez les hommes (respectivement 3% de 15-19 ans et 12% de 20-24 ans versus 1,5% et 11,5%). L'âge des personnes séropositives reflète un maintien à un niveau élevé de contamination des femmes jeunes.

### **Activité dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)**

Les 4,3 millions de test et les 10 000 séropositifs incluent les sérologies prescrites dans un cadre anonyme et gratuit. En 2001, 7% des sérologies VIH effectuées et

13% des sérologies confirmées positives, avaient été prescrites dans le cadre d'une CDAG. L'activité de dépistage est plus ciblée dans les CDAG, puisque la proportion de sérologies positives y est 2 fois plus élevée (5,2 pour mille) que dans les tests réalisés hors CDAG (2,6 pour mille).

Les données de dépistage au niveau des laboratoires sont complétées par celles recueillies directement au niveau des CDAG. L'activité de dépistage y est stable au cours du temps, mais le nombre et la proportion de tests positifs ont augmenté en 1999 et 2000 (dernières données disponibles au niveau national) et en 2001 à Paris. Cette augmentation a concerné au niveau national essentiellement les femmes, et notamment les femmes de moins de 20 ans et celles de plus de 30 ans. A Paris, cette augmentation est principalement liée aux personnes originaires d'Afrique sub-saharienne.

Compte tenu du faible poids des CDAG dans l'activité globale de dépistage, l'augmentation de la proportion de tests positifs observée dans les CDAG n'a pas d'impact au niveau national.

## **2. Un retard persistant au dépistage et à l'accès aux soins dans certains groupes de population**

Les données issues de la déclaration obligatoire des cas de sida, depuis la disponibilité des associations puissantes d'antirétroviraux mi-1996, ne renseignent plus sur la dynamique de diffusion de l'infection à VIH. Elles contribuent cependant à l'évaluation de l'impact de l'accès au dépistage et aux soins des personnes séropositives, et permettent de caractériser des groupes de population auprès desquels des actions de prévention secondaire doivent être menées prioritairement.

Après une diminution très marquée en 1996, le nombre de nouveaux cas s'est stabilisé depuis la fin de l'année 1999 à environ 1 600 nouveaux cas chaque année (-5% entre le 1<sup>er</sup> semestre 2000 et le 1<sup>er</sup> semestre 2002).

Cette stabilisation constatée pour l'ensemble des cas, masque cependant des évolutions différentes selon le mode de contamination. En effet, chez les homosexuels et les usagers de drogues par voie intra-veineuse, le nombre de cas continue à diminuer (respectivement -14% et -26% entre le 1<sup>er</sup> semestre 2000 et le 1<sup>er</sup> semestre 2002). Par contre, chez les personnes contaminées par voie hétérosexuelle, le nombre de nouveaux cas ne diminue plus et ré-augmente légèrement (+4% sur la même période).

Ces évolutions récentes du nombre de nouveaux cas de Sida peuvent être principalement expliquées par le rôle que joue l'absence de dépistage avant le Sida. En effet, c'est parmi les cas de sida liés à une contamination hétérosexuelle que la proportion des personnes non dépistées avant le Sida par rapport à l'ensemble des cas est la plus élevée (64% au 1<sup>er</sup> semestre 2002). Comparativement, cette proportion est de 45% pour les cas liés à une contamination homosexuelle et de 17% pour les cas liés à une contamination par usage de drogues injectables.

La méconnaissance du statut sérologique avant le sida est encore plus marquée chez les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique sub-saharienne puisqu'elle concerne presque 70% des cas au 1<sup>er</sup> semestre 2002, versus 42% des personnes de nationalité française.

Au total, chaque année, plus de huit cent personnes ne découvrent leur séropositivité qu'au moment du sida (ce qui représente 50% de l'ensemble des nouveaux cas) et ce nombre n'a quasiment pas diminué depuis l'arrivée des nouvelles associations d'antirétroviraux. Par ailleurs, parmi les personnes qui connaissent leur séropositivité, entre 400 et 500 par an n'ont reçu aucun traitement antirétroviral avant le sida (soit 25% de l'ensemble des nouveaux cas).

Au total, 75% des personnes ayant développé un Sida en 2001 n'ont pas reçu de traitement antirétroviral avant le Sida.

Ces données mettent également l'accent sur le fait que les personnes contaminées par rapports hétérosexuels et plus particulièrement celles de nationalité d'un pays d'Afrique sub-Saharienne sont les plus concernées par ce défaut d'accès au dépistage et aux soins.

### **3. L'augmentation du nombre de nouveaux cas de Sida se poursuit chez les personnes d'Afrique sub-saharienne**

La stabilisation du nombre de nouveaux cas de Sida depuis la fin de l'année 1999 (-5% entre le 1<sup>er</sup> semestre 2000 et le 1<sup>er</sup> semestre 2002) masque aussi des évolutions différentes selon la nationalité des personnes atteintes.

Chez les personnes de nationalité étrangère, le nombre de nouveaux cas a augmenté de 31% entre le 1<sup>er</sup> semestre 2000 et le 1<sup>er</sup> semestre 2002, alors qu'il a diminué chez les personnes de nationalité française sur la même période (-18%).

L'augmentation du nombre de nouveaux cas chez les personnes de nationalité étrangère est observée à la fois chez les hommes et chez les femmes, mais de façon plus marquée chez les femmes. Pour la première fois depuis le début de l'épidémie, le nombre de cas diagnostiqués en 2001 et 2002 chez des femmes de nationalité étrangère est plus important que chez des femmes de nationalité française.

L'augmentation actuelle du nombre de nouveaux cas de Sida chez les personnes de nationalité étrangère concerne essentiellement des personnes d'Afrique sub-saharienne. La proportion de personnes ayant la nationalité d'un pays d'Afrique sub-Saharienne était stable autour de 5% jusqu'en 1995, a atteint 12% en 1998 et est de 22% au 1<sup>er</sup> semestre 2002. Ils représentent 41% des cas liés à une contamination hétérosexuelle au 1<sup>er</sup> semestre 2002.

L'augmentation de la proportion des personnes de nationalité d'Afrique sub-saharienne est plus marquée chez les femmes (de 20% en 1998 à 42% au 1<sup>er</sup> semestre 2002) que chez les hommes (de 9% à 16% sur la même période).

Une étude complémentaire réalisée au 1<sup>er</sup> semestre 2002 dans plusieurs hôpitaux d'Île-de-France auprès de patients d'Afrique sub-saharienne pris en charge pour leur infection VIH tend à montrer que cette augmentation pourrait être en partie expliquée par l'arrivée récente en France (depuis 1999) d'un certain nombre

d'entre eux. Ces personnes bénéficient le plus souvent d'une couverture sociale qui permet de faciliter l'accès aux soins mais se trouvent dans une situation de travail, de logement et de revenus très précaires compliquant leur prise en charge médicale.

L'accroissement du nombre de cas de sida chez des personnes originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne est à rapprocher de l'augmentation récente, dans les CDAG de Paris, des diagnostics positifs chez des personnes originaires de cette même région d'Afrique. La convergence des tendances indique l'émergence d'un groupe de personnes vulnérables à l'infection à VIH (reflet du poids croissant en France de l'épidémie existant sur le continent africain).



## **Annexe 2**

# **Crédits consacrés au financement associatif dans la lutte contre le sida en 2002**

**Les crédits d'intervention de l'Etat spécifiques au VIH/SIDA sont majoritairement consacrés à des financements associatifs. En 2003, les crédits affectés à la lutte contre le VIH/sida sont maintenus à leur niveau de 2002.**

En 2002, un budget total de 64,6 millions d'euros a été consacré aux programmes et actions suivants :

**1. Financement de soutien des réseaux associatifs nationaux : 2,9 millions d'euros**

**2- Programme personnes atteintes : 15,3 millions d'euros**

- Sur la ligne nationale : soutien à des réseaux associatifs d'ampleur nationale, professionnels, personnes concernées ou développant des programmes sur le terrain : **0,1 million d'euros**

- Sur la ligne déconcentrée : **15,2 millions d'euros** dont plus de 80% consacrés à des actions menées par des associations réalisant de l'aide à domicile, des dispositifs d'hébergement hors appartements de coordination thérapeutique, du soutien et de l'accompagnement des personnes en particulier dans l'aide à l'observance

**3- Programmes de réduction des risques en direction des usagers de drogues : 14 millions d'euros**

- Sur la ligne nationale : **1,2 million d'euros**

- soutien à des réseaux associatifs nationaux, en direction des usagers: **0,4 million d'euros**

- aide à la mise à disposition de matériel de prévention (stéribox et kits) : **0,8 million d'euros**

- Sur la ligne déconcentrée : **12,8 millions d'euros** dont plus de 80% financent des associations responsables de l'installation et le fonctionnement des automates (récupérateurs, échangeurs de seringues...), des structures d'aide de « première ligne » (boutiques, programmes d'échange de seringues) ainsi que la mise en œuvre d'actions de prévention, réduction des risques en direction des usagers.

#### 4- Dispositif de prévention et programmes en direction de publics prioritaires **32,4 millions d'euros**

- Sur la ligne nationale : **15,4 millions d'euros**
  - Financement d'associations ou réseaux associatifs (programmes nationaux de prévention en direction de publics prioritaires).
  - Financement du dispositif de prévention en direction de la population générale et des outils nécessaires aux programmes et aux acteurs : campagnes, documents d'information, mise à disposition d'outils de prévention gratuits (préservatifs, gels, trousse pour les usagers de drogues). Numéro vert d'information du public et des professionnels.
- Sur la ligne déconcentrée : **17 millions d'euros**

Financement des actions de proximité, ensemble des actions conduites au niveau des régions et départements par les réseaux associatifs locaux pour mettre en œuvre la stratégie nationale de prévention en particulier en direction des populations cibles, les actions en population générale et les outils.

## **Annexe 3**

### **Actions 2002**

## **Lutte contre l'infection à VIH**

**L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé a mené dans le cadre de la politique de lutte contre le Sida conduite par la DGS un certain nombre d'actions en 2002.**

## **LES ACTIONS EN DIRECTION DES HOMMES AYANT DES RAPPORTS HOMOSEXUELS**

### **Deux campagnes dans la presse gay et affinitaire**

Notre parti-pris a été de réaliser une campagne à fort contenu informatif, pour apporter des connaissances en matière de prévention à un public a priori déjà bien sensibilisé à la nécessité de se protéger. Les objectifs de cette campagne étaient les suivants :

- Sensibiliser la population des hommes ayant des rapports homosexuels sur la recrudescence des IST et l'augmentation concomitante du risque VIH.
- Inciter au dépistage précoce et régulier du VIH et des IST.
- Faire émerger l'existence du traitement post-exposition.

Afin de rendre attractive cette communication informative, deux actions ont été développées dans les titres de la presse gay et dans certains titres affinitaires, elles ont pris la forme d' :

#### **- D'un « Quizz de l'été »**

L'idée est d'accrocher les lecteurs par une entrée sur le thème de la sexualité et d'insérer dans le questionnaire des informations qui leur permettent d'évaluer s'ils ont les réflexes appropriés en matière de prévention. Les lecteurs sont sensibilisés par les résultats du quizz, sur les risques potentiels qu'ils prennent dans leurs pratiques sexuelles en fonction des réponses qu'ils ont apportées aux questions. Une page de prévention offre des informations sur les IST, les modalités de dépistage et les traitements.

#### **- De petits-formats « question-réponse »**

Ces petits formats permettent de multiplier les questions/réponses et d'aborder l'ensemble des informations clefs autour des deux thèmes : le dépistage du VIH/IST et le traitement post-exposition. À chaque question posée, une réponse claire et rapide est apportée pour inciter les personnes à

avoir des comportements réflexes. Le renvoi vers Sida Info Service offre un relais aux personnes qui voudraient avoir plus d'informations.

Pour assurer une forte visibilité à cette campagne dans la durée, des encarts ont été diffusés de façon continue de juillet à décembre 2002 dans la presse homosexuelle :

- Le quizz, pendant les mois de juillet et août : dans le numéro spécial été de Têtu, dans 12 titres de la presse homosexuelle érotique et pornographique, dans trois titres gratuits de la presse homosexuelle.

- Les formats question/réponse, de août à décembre : dans les titres de la presse homosexuelle (presse généraliste avec Têtu, 15 titres de la presse érotique et pornographique, 8 titres de la presse gratuite, 2 titres de la presse catalogue) et dans le numéro de la Gay Pride de Libération et le Spécial Gay de Zurban.

Cette campagne a été réalisée avec le concours d'un groupe associatif.

### **Une brochure sur les IST déclinée de la campagne média**

La brochure reprenant les questions-réponses parues dans la presse ainsi que les principales informations sur les IST figurant dans le Quizz est diffusée depuis novembre dans les établissements gays et les associations.

### **Campagne « Ligne Azur »**

Une affichette 40X60, un dépliant 3 volets et une carte mémo de promotion sont en cours de réalisation.

### **Campagne d'incitation au dépistage de la syphilis**

Une affiche, une carte mémo et un dépliant ont été réalisés pour alerter sur la recrudescence de la syphilis et promouvoir le dépistage.

Ces documents ont été diffusés à Paris et en région parisienne par l'intermédiaire du SNEG, de Aides Paris et Aides Ile-de-France et d'autres associations en mai 2002.

Une nouvelle édition a été réalisée pour que les documents soient diffusés dans les grandes villes de France au mois de novembre.

## **LES ACTIONS EN DIRECTION DES PERSONNES MIGRANTES**

### **Des programmes radios**

Des partenariats pour la production et la diffusion de programmes de prévention du VIH ont été mis en place avec les principales radios communautaires (Africa n°1, Beur FM, Espace FM). Ces programmes sont ensuite rediffusés par de nombreuses radios locales proposant des émissions destinées aux migrants sur l'ensemble du territoire.

### **« Houria » : des courts-métrages pour les populations originaires du Maghreb**

Cinq films courts de prévention à destination des populations maghrébines viennent compléter la série des films « Moussa le Taximan » présentés en mai 2001 et qui s'adressaient aux populations originaires d'Afrique sub-saharienne.

Ces films seront diffusés fin novembre sur TV5. Ils ont été dupliqués sur support VHS de façon à être largement disponibles pour les associations de terrain, dont on sait l'importance des actions de prévention au plus proche des personnes concernées.

### **Une cassette et un CD de prévention à destination des populations maghrébines**

Une cassette et un CD sous forme de « 16 questions réponses prévention sida » ponctuées de morceaux de musique en arabe dialectal maghrébin et en berbère ont été réalisés en partenariat avec l'Office dauphinois des travailleurs immigrés. Ils sont disponibles gratuitement sur demande depuis le mois de novembre.

### **Une information chez les coiffeurs afro**

Un dépliant présentant tous les outils audio visuels conçus pour la communauté africaine a été réalisé et diffusé chez les coiffeurs afro parisiens.

### **Une bande dessinée pour les femmes**

Les trois premiers épisodes des « Aventures de Maïmouna », bande dessinée en plusieurs épisodes, éditée en partenariat avec le CRIPS pour promouvoir le préservatif féminin sortiront pour la fin de l'année.

## **LES ACTIONS EN DIRECTION DU PUBLIC HETEROSEXUEL**

### **Une opération de prévention pour les jeunes sur NRJ et Skyrock**

Cette opération était destinée à toucher les 15-24 ans (7,5 millions d'individus) afin de les mobiliser autour de l'usage du préservatif et de promouvoir son utilisation en particulier pendant la période estivale. Elle a eu lieu du lundi 24 juin au samedi 31 août.

Le 24 juin, des chroniques ont permis aux animateurs et aux stars de NRJ de raconter leur première fois ou une anecdote mettant en avant de manière conviviale l'importance de l'utilisation du préservatif. Ces chroniques ont été rediffusées tout au long de l'été sur NRJ. Deux spots de prévention ont été parallèlement diffusés sur NRJ et sur Skyrock. Au total près de 500 messages toucheront les jeunes durant cette période.

Dans le but d'accroître l'impact de l'opération radio, des préservatifs et des brochures ont été distribués sur les événements organisés par NRJ (concerts, soirées NRJ, tournée des plages, avant-première cinéma...).

### **Une brochure pour les jeunes**

Une brochure d'éducation à la sexualité et de prévention du sida pour les jeunes de 15 à 18 ans est éditée en partenariat avec le CRIPS. Réalisée à partir des principales questions que se posent les jeunes au moment de l'entrée dans la sexualité, elle a pour objectif principal la prévention du sida par la banalisation du préservatif. Elle sera diffusée début 2003.

### **Une brochure sur les Infections Sexuellement Transmissibles (IST)**

Une brochure faisant le point sur les différentes IST (symptômes, traitement, prévention...) a été diffusée très largement au mois de juillet par les associations, les médecins généralistes, les gynécologues...

Dans un contexte de recrudescence des IST et de relâchement des comportements de prévention, elle incite les personnes ayant pris des risques à aller consulter un médecin et le cas échéant à se faire dépister. Elle renvoie sur des numéros utiles pour plus d'informations.

### **Une participation au festival solidays et à la nuit du zapping**

Les films de prévention réalisés en 2001 ont été remontés et diffusés à l'occasion de ces deux événements auxquels l'INPES a apporté son soutien financier.

### **Une affichette pour le 1<sup>er</sup> décembre**

Une affichette sera diffusée comme chaque année pour la journée mondiale de lutte contre le sida. Elle aborde le thème de la solidarité avec les personnes atteintes.

### **Les actions en direction des personnes atteintes**

L'INPES et la DGS apportent leur soutien à la réalisation et la diffusion du magazine Tétu +.

### **Les actions en direction des habitants de la Guyane et des Antilles**

Des courts métrages avaient été réalisés en 2001 en Guadeloupe et aux Antilles et diffusés sur RFO. Ils ont remporté un tel succès que 6 nouveaux épisodes ont été réalisés pour être diffusés à partir du 1<sup>er</sup> décembre.