

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

**STRATÉGIE DE PRÉVENTION DE
L'INFECTION VIH/SIDA EN FRANCE
POUR LES ANNÉES 2001-2004**

**Elaborée en concertation avec
les services déconcentrés (DRASS et DDASS)
et les associations :**

Act UP
Aides Fédération Nationale
ARCAT
ASUD
Association Française de Réduction des
risques
Chrétiens et sida
Cités Saint Martin
Couples contre le sida
CRIPS IDF
Elus Locaux Contre le Sida
Ensemble contre le sida
Familles rurales

Fédération Nationale des Centres de Lutte
contre le Sida
Fédération Nationale de l'Hébergement VIH
IMEA
ODSE
Mouvement Français du Planning Familial
Solensi
Solidarité Sida
Syndicat national des Entreprises gaies
Union Nationale des Associations de Lutte
contre le Sida

JUIN 2001

Stratégie de prévention de l’infection VIH/sida en France pour les années 2001/2004

<u>1. L’INFECTION VIH/SIDA - UNE PRIORITE DE SANTE PUBLIQUE</u>	5
<u>2. UNE NOUVELE STRATEGIE PUBLIQUE POUR 2001 – 2003</u>	8
2.1 Objectifs	
2.2 Faire face à l’évolution de l’infection VIH et des attitudes et comportements des différentes composantes de la population française	
2.3 Un plan national spécifique, développant des stratégies différenciées en direction de groupes cibles, mis en œuvre dans des programmations locales.	
2.4 Des priorités	
2.5 La responsabilité conjointe des hommes et des femmes dans la sexualité et la prévention	
2.6 Un dispositif de prévention accessible à toute la population	
2.7 Les principes d’action doivent permettre l’appropriation individuelle, la responsabilisation de chacun et le respect de la personne.	
<u>3. INTENSIFIER LES ACTIONS DANS LES GROUPES PRIORITAIRES AVEC DES STRATEGIES DIFFERENCIEE</u>	13
3.1 Soutenir les personnes séropositives , notamment dans le maintien de leur vie sexuelle.....	13
3.2 Homosexuels masculins : accentuer et adapter la prévention face au risque du relâchement des attitudes préventives.....	15
3.3 Départements français d’Amérique (DFA) : intensifier la prévention et améliorer conjointement la prise en charge.....	17
3.4 Populations migrantes : répondre aux besoins des populations immigrées comme composante de la société française en respectant leurs affiliations communautaires ..	19
3.5 Usagers de drogue : renforcer la stratégie de réduction des risques	21
<u>4. AGIR DANS LES SITUATIONS DE VULNERABILITE ACCRUE VIS-A-VIS DE L’INFECTION VIH</u>	23
4.1 Agir directement dans les situations de pratiques sexuelles anonymes ou de groupe	23
4.2 Favoriser la reconnaissance par les institutions et les professionnels de la vulnérabilité liée à certaines formes d’institutionnalisation : prison, institutions psychiatriques	24
4.3 Consolider l’action communautaire des personnes prostituées : hommes, femmes, transsexuels.....	24
<u>5. MAINTENIR L’EFFORT PREVENTIF EN POPULATION GENERALE</u>	26
5.1. Jeunes : intégrer la prévention du VIH à une éducation très large à la sexualité...26	
5.2 Hommes et femmes : différencier l’approche préventive en fonction du sexe	28

6. RENFORCER LE DISPOSITIF DE PREVENTION30

Les moyens de prévention disponibles

- 6.1 Diffuser une information de qualité actualisée, complète et compréhensible
- 6.2 Diversifier les moyens préventifs et améliorer leur accessibilité
- 6.3 Promouvoir la recherche sur les virucides
- 6.4 Maintenir l’accessibilité du dépistage et améliorer le conseil préventif
- 6.5 Améliorer l’accessibilité au traitement après exposition
- 6.6 Revaloriser socialement le comportement préventif
- 6.7 Renforcer les compétences préventives par la formation
- 6.8 Continuer à lutter contre la stigmatisation et la discrimination des personnes séropositives

7. MOBILISER LES PARTENAIRES INSTITUTIONNELS ET ASSOCIATIFS AUTOUR D’UN PROGRAMME NATIONAL35

Historique et nouveau contexte

- 7. 1 Construire un programme national.....36
- 7. 2 Relancer le partenariat associatif sur de nouvelles bases.....36
- 7. 3 Redéfinir les priorités avec les grands partenaires institutionnels.....37
- 7.4 Remobiliser les acteurs locaux et favoriser les initiatives.....37

8. METTRE EN PLACE UN DISPOSITIF DE SUIVI ET D’EVALUATION DE LA POLITIQUE PUBLIQUE 39

**LA STRATEGIE PUBLIQUE POUR LES ANNEES 2001-2004 :
OBJECTIFS ET LIGNES DIRECTRICES**

Un plan de lutte national contre l'infection VIH/sida sera développé pendant les années 2001/2004 afin d'enrayer les risques de diffusion et de reprise épidémique et ses conséquences en termes de santé publique. Ce plan doit permettre de développer un programme nécessitant aujourd'hui une mobilisation et une synergie des acteurs communautaires des groupes les plus exposés, des décideurs locaux et de plusieurs ministères. Le programme devra être articulé avec les politiques de prévention dans le domaine de la contraception, des infections sexuellement transmissibles, de l'infection à VHC et des addictions.

Le plan national de lutte fixe des priorités fondées sur des données épidémiologiques et développe des stratégies différenciées en direction de groupes ou de situations centraux dans la dynamique épidémique. Le programme devra intensifier les actions en direction de ces cibles :

- les personnes séropositives,
- les homosexuels masculins,
- les migrants,
- les usagers de drogue,
- la population des départements français d'Amérique
- les situations de vulnérabilité accrue : lieux de pratiques sexuelles anonymes ou de groupe, prison, prostitution.

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

Les principes d'action doivent permettre l'appropriation individuelle, la responsabilisation de chacun et le respect de la personne.

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

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

- Les programmations devront permettre aux régions les plus concernées au vu des données épidémiologiques et populationnelles de renforcer leurs actions conformément à la stratégie définie au plan national.
- Elles devront permettre, sur l'ensemble du territoire, de consolider le dispositif institutionnel de prévention, de le renforcer partout où il est défaillant afin de permettre un accès aux moyens de prévention de façon homogène.

Stratégie de prévention de l'infection VIH/sida en France pour les années 2001/2004

Le Sida demeure une priorité de santé publique. Dans la continuité de l'action publique menée depuis 15 ans, il faut aujourd'hui adapter la politique de prévention aux évolutions thérapeutiques, épidémiologiques, sociales et culturelles de l'infection VIH. La stratégie de prévention présentée ci-dessous, a été élaborée par le Ministère de la santé après concertation avec ses partenaires institutionnels, les associations et les professionnels. Elle doit guider l'élaboration du programme de prévention 2001/2004.

1. L'INFECTION VIH/SIDA RESTE UNE PRIORITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE

Politique : L'alliance entre les associations, les professionnels de santé, les médias et les pouvoirs publics s'est affaiblie¹, réduisant d'autant l'effet d'amplification de la communication auprès de la population. Le thème du sida a reculé dans l'intérêt général comme l'attestent les attitudes mesurées par l'enquête CAP (connaissances, attitudes, pratiques) de 1998², la baisse des dons ou la diminution du nombre des volontaires dans les associations. En raison de cette situation, les autorités publiques ont une responsabilité accrue.

Epidémiologique : L'infection VIH est une épidémie mondiale qui continue à se développer dans de nombreuses parties du monde : Europe de l'Est, Afrique sub-saharienne, sous continent indien, Extrême Orient, régions du monde avec lesquelles existe une importante circulation des populations pour le travail, le tourisme, des migrations de plus longue durée. En Europe, la France (30,2 nouveaux cas de sida par million en 1999) garde une position intermédiaire entre les pays du Nord qui ont des prévalences très faibles, et l'Espagne, l'Italie et le Portugal qui ont une épidémie beaucoup plus forte (respectivement, 90,1 par million, 86,6 et 41,7) en particulier en relation avec l'usage de drogue par voie intraveineuse³. La prévalence de l'infection VIH est faible (90 000 à 110 000 personnes séropositives)⁴ dans la population française, avec des groupes dans lesquels la prévalence et l'incidence sont très élevées : usagers de drogue, homosexuels masculins, certains sous-groupes de la population immigrée. Il existe aussi d'importantes différences régionales en France métropolitaine⁵ (le taux d'incidence du VIH en 1999 varie de 7,4 par million en Lorraine à 64,6 en Ile de France) et un niveau élevé de prévalence dans les départements français d'Amérique (27,8 en France métropolitaine et 141,5 en Antilles Guyane). Les cas hétérosexuels représentent la majorité des nouveaux cas d'infection VIH, les usagers de drogue voient leur part diminuer

¹ M. Setbon. 2000. La normalisation paradoxale du sida, *Revue Française de Sociologie*, 41,1,61-78.

² ORS Ile de France, ANRS, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1999. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au sida en France, 1992-1994-1998. AIDES avait 3500 volontaires en 1996, 1900 en 1998. Les fonds collectés par ECS sont passés de 300 millions de francs en 1994 à 98,8 millions de francs en 1998 avec des modes de levée de fonds différents (source : N.Lydié et AC18-1 Comportements et prévention, 1999. Evaluer la prévention de l'infection par le VIH en France. Synthèse des données quantitatives (1994-9).

³ Centre européen de surveillance épidémiologique du sida (2000) Surveillance du VIH/sida en Europe, rapport n)62.

⁴ Estimation en cours à l'ANRS, AC23 'Dynamique de l'épidémie'

⁵ Surveillance du sida en France. Bilan après deux ans d'interruption.(2000) BEH, 38.

progressivement tandis que celle des homosexuels apparaît stable jusqu’au début 2000. Le recul de la mortalité (593 décès en 1999 contre 4158 en 1994) et la survenue d’un nombre supposé stable de nouvelles infections conduisent à une augmentation régulière de la population des séropositifs. On ne possède pas de données nationales d’incidence récentes mais les données des nouveaux patients pris en charge à l’hôpital⁶, le taux de dépistage dans les CDAG ne montrent pas d’augmentation en 1998⁷. Par contre après une longue période de baisse, 1998 a été marqué une augmentation des gonococcies chez les hommes et les femmes, principalement en Ile de France, et qui s’est étendue à toute la France en 1999⁸.

Préventif : La politique de prévention s’est maintenue avec ses différents axes : communication à l’adresse de la population générale et communication ciblée, communication et éducation en direction des jeunes, actions de proximité en direction des groupes les plus exposés reposant sur la coopération avec les associations, développement des actions de réduction des risques auprès des usagers de drogue⁹. La politique de dépistage fondée depuis 1988 sur le soutien à une démarche volontaire et individuelle a été complétée depuis 1997 par une incitation au dépistage précoce¹⁰. Toutefois le recours au test continue à décliner¹¹ en dehors des CDAG. Globalement les comportements de prévention n’avaient pas fléchi en 1998 en population générale¹² ce que confirme la stabilisation des ventes de préservatifs jusqu’en 1999¹³. Dans la population gay l’amorce des changements de comportements était encore peu sensible lors de la dernière enquête, fin 1997¹⁴, mais se confirme en 2000 en France comme à l’étranger^{15/16}. On assiste ainsi à un renouveau des

⁶ Moreau et al., 2000. Caractéristiques des personnes infectées par le VIH récemment dépistées prises en charge à l’hôpital en 1998, BEH, 30,127-128. : 2511 cas nouvellement dépistés et pris en charge dans 52 hôpitaux entrant dans le DMI2 en 1995, 2432 en 1996, 2331 en 1997, 2019 en 1998.

⁷ P.Gouezel et AC de Benoist, 2000, VDAG et dispositif de dépistage gratuit du VIH. Bilan d’activité 1998, BEH, 37,159-161. Nombre de tests positifs : 2108 en 1994, 1739 en 1995, 1440 en 1996, 1518 en 1997, 1059 en 1998 taux de séropositivité pour 1000 tests : 7,4, 5,9, 5,2, 5,2, 4,1.

⁸ V.Goulet et al. 1999. Augmentation du nombre de gonococcies identifiées par le réseau RENAGO, BEH, 26, 109-111. En 1997, nombre de gonocoques isolés chez les hommes 116, chez les femmes 10 en 1998 : 215 et 27. Cette augmentation particulièrement nette en Ile de France (+167%), s’est étendue à toute la France de façon plus progressive (+50% en 1998 dans les autres régions, +54 % en 1999) et les premières données de l’année 2000 montrent la même tendance.

⁹ Programme de travail à 5 ans du comité des directeurs de la lutte contre le sida. Comité interministériel. 13 février 1995

¹⁰ Traitement de l’infection VIH. 3/Dépistage précoce, traitement antirétroviral après exposition et dépistage de l’infection par le VIH. Rapport du groupe de travail sur le diagnostic précoce de l’infection par le VIH au Directeur Général de la Santé. Février 1998.

¹¹ ORS Ile de France (op cit) : en 1994, 15% des personnes interrogées déclaraient un test dans les 12 derniers mois, 8,8% en 1998. Selon le baromètre santé en 2000 (CFES), 10% des 15-75 ans déclarent un test dans les 12 derniers mois. Le nombre de tests est passé de près de 5 millions à 3,5 millions en 1997, dernière année disponible pour le réseau RENAVI.

¹² ORS Ile de France (op cit) : en 1998, 18,8% des hommes et 15,3% des femmes déclaraient avoir utilisé des préservatifs dans les 12 derniers mois, pourcentages stables par rapport à 1998. La proportion d’utilisation des préservatifs chez les multipartenaires avait augmenté de 74,5% à 82,8% chez les hommes pendant la même période et était stable chez les femmes (71,4%).

¹³ De 1986 à 1997, progression régulière de 38,7 millions à 104,1 millions, baisse à 99,7 en 1998, 102,8 millions en 1999 dont 60% en pharmacie, 35,4 % en grandes et moyennes surfaces, 1,6 en paracenters. Mise à disposition gratuite par les associations 2,5 millions (source : DGS/division sida).

¹⁴ P.Adam et al. (1999) Impact des nouveaux traitements antirétroviraux sur les attitudes et les comportements préventifs des lecteurs de la presse gay ? De l’impact perçu par les individus à la mesure d’une influence effective. In Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH. Collection Sciences Sociales et Sida, ANRS, Paris, 43-58.

¹⁵ Ph Adam, E. Hault Sur la recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays – InVS, mars 2001.

¹⁶ M.Bochow.(2000). Enjeux de la prévention chez les homosexuels et bisexuels masculins au Sud et au Nord, Transcriptase, 87.59-62. J.Y Le Talec (2000), Le risque du sexe entre rumeur et réalité. la prévention de la

modes de vie. Cette évolution se traduit par l’augmentation de la fréquentation des lieux de rencontre, le redéploiement du répertoire sexuel comportant plus de pratiques à risque et une fréquence accrue des rapports non protégés, ce qui crée une situation préoccupante. Cette tendance plus circonscrite apparaît aussi chez les hétérosexuels. Les personnes atteintes expriment de plus en plus l’expérience douloureuse du rejet et de la solitude et leurs difficultés face à la contrainte de la prévention.

Clinique : la maladie VIH s’est transformée après 5 ans de multithérapie avec de nouvelles maladies associées à l’infection et aux traitements. La combinaison de l’évolution de l’infection VIH et des maladies survenant sur des troubles métaboliques et immunitaires prolongés crée un nouveau syndrome apparenté aux maladies chroniques. Le pronostic reste incertain. Faute de mise sur le marché rapide des nouvelles molécules, le nombre de patients en échec thérapeutique risque d’augmenter ; en 1999, on estimait à 6 % environ les patients en échec thérapeutique sévère¹⁷ ; les nouveaux cas de sida et les décès qui avaient fortement décru depuis 1996, se sont stabilisés et on risque d’assister à une aggravation de l’état des patients traités de longue date. Le dépistage tardif reste préoccupant pour les hétérosexuels, en particulier parmi les migrants. Le nombre de personnes ignorant leur séropositivité jusqu’au stade sida est stable (400 environ chaque année)¹⁸.

Scientifique : l’information scientifique est mouvante sur les bénéfices des traitements à long terme, la perspective du vaccin reste très éloignée. L’information sur la maladie VIH est de plus en plus complexe.

transmission du VIH chez les homosexuels masculins, "état des lieux du dispositif à Paris, établi entre janvier et juillet 2000 (SOS Habitat et soins).

¹⁷ Rapport 2000. JF Delfraissy (sous la direction de) (2000) Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d’experts. Mise à jour 2000 du rapport 1999. Ministère de l’Emploi et de la Solidarité, Médecine-Sciences Flammarion, Paris.

¹⁸ Institut de Veille Sanitaire (2000) Sida, VIH et MST. Etat des lieux des données en 2000.

2. LA STRATÉGIE PUBLIQUE POUR LES ANNÉES 2001-2003 : OBJECTIFS ET LIGNES DIRECTRICES

2.1 Objectifs

- Maîtriser et réduire la diffusion de l'infection VIH dans la société française.
- Réduire l'incidence des nouvelles infections parmi les hommes ayant des rapports homosexuels, parmi les groupes à risque élevé, dans les populations des départements français d'Amérique et la population migrante. Maintenir l'incidence à la baisse chez les usagers de drogues.
- Soutenir les personnes séropositives et malades.
- Réaffirmer le principe d'une responsabilité conjointe quel que soit le statut sérologique.
- Incrire la prévention dans le long terme avec une capacité d'ajustement aux nouvelles informations sur la maladie VIH/sida et aux évolutions culturelles, sociales et épidémiologiques.
- Renouveler le partenariat des pouvoirs publics avec les associations, les professionnels et les représentants locaux pour favoriser les initiatives
- Adapter la surveillance épidémiologique de l'infection VIH et des MST (syphilis, gonococcies) et l'observation des attitudes et des comportements, intégrer les résultats de la recherche aux stratégies de santé publique.

2.2 Les inflexions de la stratégie préventive pour faire face à l'évolution de l'infection VIH et des attitudes et comportements des différentes composantes de la population française

Dans la première période de 1986 à 1993, la politique de prévention s'est attachée à favoriser une prise de conscience du sida, à changer l'image dévalorisée du préservatif, à lutter contre le risque de discrimination. La diffusion rapide des connaissances sur l'infection VIH et sa transmission, le développement d'attitudes favorables à la prévention, l'adoption du préservatif dans des stratégies de protection individuelle combinant son utilisation au test et à la nature de la relation, la baisse des peurs et des attitudes discriminatoires, ont conduit à partir de 1994 à un ajustement des cibles de la prévention sur des moments clés des trajectoires sexuelles : premier rapport, nouvelle relation, partenaires multiples etc. Les progrès thérapeutiques ont amené à mettre l'accent à partir de 1997 sur les aspects plus médicaux de l'infection VIH et à mettre en place une stratégie d'incitation au dépistage précoce. A partir de 1998 et surtout 1999 sont abordées les difficultés d'ordre psychologique, affectif et relationnel à l'utilisation du préservatif.

2.3 Le choix d'un plan national spécifique, développant des stratégies différenciées en direction de groupes ou situations cibles, mis en œuvre dans des programmations locales

Trois alternatives ont été envisagées pour déterminer la stratégie à adopter :

- Un programme intégré (planification familiale, lutte contre les MST, etc.) ou une politique de prévention spécifique au VIH ?

Intégrer la prévention du VIH dans des stratégies et des programmes plus globaux de lutte contre les MST, ou de façon plus large contre l'ensemble des risques liés à la sexualité, supposerait qu'il n'y a plus de spécificité pour justifier un programme VIH et que l'intégration à des programmes sectoriels plus larges suffit à atteindre l'objectif de contrôle de l'épidémie. Dans le contexte français, cette option peut faire craindre une moindre mobilisation et l'absence de synergie.

La réalité des risques de diffusion ou de reprise épidémique et ses conséquences en termes de santé publique conduisent à définir un plan de lutte nationale spécifique de lutte contre l'infection VIH/sida. Cette option semble seule à même de développer un programme qui, pour être efficace, nécessite aujourd'hui une mobilisation et une synergie des acteurs communautaires des groupes les plus exposés, des décideurs locaux et de plusieurs ministères.

Toutefois l'articulation de la prévention du VIH avec d'autres politiques de prévention devra être recherchée chaque fois qu'elle paraîtra utile, en particulier dans le domaine de la contraception, des maladies sexuellement transmissibles, de l'infection à VHC, de la toxicomanie.

- Une stratégie unique ou des stratégies différenciées ?

Maintenir une stratégie s'adressant à la population générale et déclinée avec des moyens spécifiques en direction de publics particuliers serait le prolongement direct de l'orientation des dernières années. Il s'agirait alors de définir des programmes, des actions, des messages et des formes de communication en identifiant les dimensions communes des comportements à risque et les ressorts de leur modification les plus adaptés dans la période actuelle.

L'évolution récente des attitudes face à la prévention et la persistance d'écarts importants d'impact des programmes de lutte contre l'épidémie auprès des composantes de la population conduisent à opter pour des stratégies différenciées fondées sur des priorités épidémiologiques, c'est à dire en direction des groupes centraux dans la dynamique épidémique.

Au niveau du programme ce choix implique de construire des programmes très différenciés en direction de groupes prioritaires, de renforcer le dispositif institutionnel de prévention et de maintenir une action préventive forte en direction de la population générale en maintenant une cohérence d'ensemble.

- Une intégration dans les politiques régionales de santé ou une mise en œuvre déconcentrée au niveau local adapté ?

Une intégration dans les politiques régionales de santé peut aller jusqu'à fondre la lutte contre le VIH dans les politiques régionales et l'intégrer dans les PRS, les PRAPS et l'ensemble des autres programmations régionales en matière de santé.

Tenant compte de la nécessité de renforcer le dispositif de prévention sur l'ensemble du territoire et d'y développer un accès aux moyens de prévention de façon homogène, le choix est fait de mettre en œuvre des programmations spécifiques au VIH. Ces programmations

déclineront la stratégie définie au plan national, au niveau régional, interdépartemental ou départemental en fonction des critères épidémiologiques.

2.4 Les priorités du plan national

Cibler des groupes ou des situations prioritaires

La situation actuelle amène à définir comme groupes prioritaires :

- Les personnes séropositives : il s’agit d’adultes jeunes qui poursuivent leur vie sexuelle, qui peuvent avoir des projets parentaux et rencontrent des difficultés dans leur vie quotidienne liées à l’isolement, aux effets des traitements et à la discrimination.
- Les homosexuels masculins dont les modes de vie sexuels ont évolué ces dernières années avec une exposition accrue au risque de transmission du VIH.
- Des groupes dans lesquels la prévalence et l’incidence sont accrues par rapport à la population générale : migrants, population des DFA, usagers de drogue.
- Des situations critiques où la norme préventive s’est fortement affaiblie : lieux de rencontre et de pratiques sexuelles.
- Des situations de vulnérabilité accrue : la prison, la prostitution.

Cibler des régions prioritaires

Si l’information et le dispositif de prévention doivent couvrir le territoire national et permettre un accès égal de tous, les programmes prioritaires doivent être développés localement en fonction de l’épidémie (prévalence, groupes prioritaires, situations de vulnérabilité accrue). L’objectif y est alors de casser la diffusion épidémique et de la réduire.

2.5 Une stratégie développant la responsabilité conjointe des hommes et des femmes dans la sexualité et la prévention

Les programmes de prévention devront de façon systématique tenir compte des rapports sociaux de genre qui assignent aux hommes et aux femmes en vertu de normes implicites des attitudes et des comportements défavorables à la prévention : les attitudes masculines dans la sexualité restent marquées par l’impulsivité, la délégation aux femmes de la responsabilité de la contraception et de la prévention, la domination, parfois la violence et souvent le déni de la sexualité féminine. Un nouvel équilibre des responsabilités masculine et féminine face aux risques des relations sexuelles devra systématiquement être recherché. Celui-ci servira de support aussi bien à la prévention des violences sexuelles qu’à la prévention du sida et des MST ou à la contraception. Il contribuera ainsi de façon plus large à la promotion de la parité entre hommes et femmes.

2.6 Un dispositif de prévention accessible à toute la population

Le dispositif de prévention constitue un cadre construit depuis le milieu des années 80 que les pouvoirs publics ont la responsabilité de maintenir et d’adapter aux données nouvelles de l’infection VIH. La crédibilité de la politique de prévention et son efficacité exigent une large accessibilité de ce dispositif sur l’ensemble du territoire, dans l’optique du maintien de la faible prévalence en population générale qui passe par la capacité des individus à faire face aux situations de risque tout au long de leurs trajectoires sexuelles et du fait de la mobilité des populations.

2.7 Les principes d’action doivent permettre l’appropriation individuelle, la responsabilisation de chacun et le respect de la personne

2.7.1 S’adresser à tous

Le maintien d’un dispositif de communication et de prévention destiné à entretenir des attitudes et les comportements préventifs en population générale est indispensable en raison des modes de vie contemporains en matière de sexualité et de la nécessité d’un contexte collectif orienté par les « normes préventives » pour que les individus aient des pratiques protégées. Pour que ce message soit utile, il doit être adapté à la diversité d’âge, de sexe, de culture, d’éducation de la société française.

A cause des modes de vie sexuels contemporains

A partir de l’entrée dans la vie sexuelle autour de 16/17 ans en moyenne¹⁹, les trajectoires sexuelles comportent des relations successives ou concomitantes pendant toute la période adulte. Les relations sexuelles ont lieu souvent avant la construction d’un lien amoureux, la constitution et la rupture des couples est une caractéristique des trajectoires affectives et sexuelles. Si la vie en couple reste la référence hétérosexuelle, elle peut coexister avec des relations secondaires connues ou non du partenaire primaire. Dans la population homosexuelle masculine, la fidélité à l’autre membre du couple se négocie différemment : les relations secondaires sont plus nombreuses, notamment avec des partenaires de rencontre ou anonymes. Ces modes de vie, joints à une importante mobilité géographique, amènent à une mixité des populations qui peut soutenir la diffusion de l’infection VIH.

Pour améliorer l’acceptabilité du geste préventif

Les enquêtes sur les comportements révèlent l’existence d’une norme préventive consistant à protéger les relations sexuelles entre deux partenaires de statuts sérologiques inconnus ou différents ou dans une relation débutante ou de rencontre. Cette norme implicite facilite l’adoption des comportements de protection par les individus en créant un contexte favorable à la proposition et à l’utilisation du préservatif par les partenaires ; elle réduit le risque de stigmatisation des personnes séropositives ou particulièrement exposées et s’oppose au déni du risque qui tend à rejeter l’éventualité d’une exposition dans d’autres groupes que le sien.

Cette attitude préventive repose sur une large accessibilité physique, économique et psychologique aux moyens de prévention et sur la définition de stratégies pour adapter la norme préventive à la diversité des modes de vie, des contextes sociaux et culturels, ainsi qu’aux différences entre hommes et femmes.

2.7.2 Permettre l’appropriation individuelle

La stratégie de prévention doit permettre une appropriation individuelle du message préventif qui repose sur l’articulation entre les dimensions collectives de la prévention et les compétences individuelles à utiliser les moyens préventifs ; c’est le rôle des actions d’éducation pour la santé, mais aussi de Sida-Info-Service, des conseils personnalisés donnés

¹⁹ H.Lagrange et B.Lhomond (dir). (1997) L’entrée dans la sexualité. Le comportement sexuel des jeunes dans le contexte du Sida. La découverte, 431p. Arènes J et al. (1998) Baromètres santé jeunes 1997/8, CFES, Paris 328p, Baromètre santé (op.cit.). En 2000, 89,8 % des 15-19 ans disent avoir utilisé un préservatif lors de leur première relation sexuelle, ils étaient 56 % chez les garçons et 58 % chez les filles en 1989.

à l’occasion des consultations de dépistage ou des consultations de contraception. Le geste préventif doit s’intégrer à l’autonomie des individus dans la vie sexuelle.

2.7.3 Réaffirmer le principe d’une responsabilité de chacun

La stratégie de prévention s’appuie sur le principe d’une responsabilité conjointe, quel que soit le statut sérologique. Elle associe à la responsabilisation individuelle en matière de prévention la solidarité collective avec les personnes atteintes.

3. INTENSIFIER ET ADAPTER LA PREVENTION DANS LES GROUPES PRIORITAIRES

Cinq groupes sont définis comme des groupes prioritaires : les personnes séropositives, les homosexuels masculins, les départements français d'Amérique, les migrants et les usagers de drogue

3.1 Soutenir les personnes séropositives, notamment dans le maintien de leur vie sexuelle

Il peut paraître paradoxal et dangereux de faire des personnes atteintes un groupe prioritaire dans l'action préventive. Pendant longtemps tant dans la recherche que dans les programmes de prévention, la question de la sexualité et de la protection a été occultée, la non protection des relations sexuelles étant considérée comme un écart à la norme préventive. Les conseils préventifs étaient implicitement laissés aux associations et aux médecins spécialistes dans le cadre du suivi de l'infection VIH. Cette attitude conduisait en réalité à un déni des difficultés rencontrées par les personnes séropositives et à l'absence de toute action susceptible de les aider à faire face. Si la fréquence des rapports non protégés est identifiée depuis longtemps²⁰, les difficultés propres aux personnes séropositives en matière de sexualité et de prévention sont maintenant reconnues²¹. Ce choix signifie de reconnaître de façon explicite la nécessité de construire des programmes et des actions spécifiques. Les risques de stigmatisation ou les effets contre-productifs doivent cependant être clairement examinés.

Objectifs :

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

Contexte :

Hommes et femmes atteints voient leur vie affective et leur sexualité profondément affectées par la séropositivité : malgré le principe général d'une responsabilité partagée, ils sentent peser sur eux la responsabilité de la protection de leurs partenaires ; beaucoup ont

²⁰ Cette fréquence a été montrée parmi les couples hétérosexuels sérodifférents en 1994 par de Vincenzi : parmi les couples hétérosexuels, 43 % n'avaient plus d'activité sexuelle et parmi les sexuellement actifs, 48,4 % utilisaient systématiquement le préservatif. I. De Vincenzi et al (1994) A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV New England Journal of Medicine 1994 Aug 11;331(6):341-6 Dans l'étude presse gay auprès des homosexuels masculins, les prises de risque sont 1,8 fois plus fréquentes chez les hommes séropositifs (Adam, op.cit.)

²¹ ANRS (op.cit.)

l'expérience des réactions de rejet ; une majorité vivent isolés²² ; certains se sont résolus à l'abstinence sexuelle, d'autres recherchent des partenaires séropositifs²³.

A ces difficultés psychologiques et sociales, s'ajoutent la maladie VIH, son retentissement physique, les effets secondaires des traitements (fatigue, troubles divers, douleurs, baisse de la libido etc.) et les transformations morphologiques liées aux effets des traitements et qui altèrent l'image de soi²⁴.

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

Si la protection est la règle, les rapports non protégés restent fréquents dans les couples comme dans les autres types de relation. Ces difficultés sont restées longtemps non reconnues. La discussion et l'aide sur les enjeux de la vie affective et sexuelle ont peu de place dans le suivi médical dominé par les questions thérapeutiques. Les médecins se sentent démunis et les patients sont mal à l'aise pour aborder ces questions intimes.

Les moyens préventifs restent limités aux préservatifs masculin et féminin. Le traitement post exposition offre un moyen complémentaire, particulièrement adapté aux accidents de prévention lorsque l'un des partenaires connaît sa séropositivité. L'information sur ce moyen préventif et sur son accessibilité devrait faire partie du suivi des personnes séropositives en s'adaptant à la situation de chaque personne, qui évolue au cours de la maladie. La question de la procréation devrait être abordée en tenant compte des aspirations des couples avec une attitude de non-jugement, de soutien et de conseil. La question de la contraception devrait être systématiquement discutée avec les personnes hétérosexuelles.

L'incertitude demeure sur les risques d'aggravation du pronostic de la maladie en cas de surcontamination entre personnes séropositives²⁵. L'information sur ce risque doit être diffusée et expliquée pour permettre aux individus des choix éclairés. La recherche sur cette question doit être poursuivie.

Cependant la contrainte sur la sexualité persistera.

La prévention doit donc être envisagée principalement comme un soutien aux personnes séropositives et à leurs partenaires dans la diversité de leur situation, de leurs aspirations, de leurs expériences. Elle a pour corollaire des programmes visant à préserver et améliorer la qualité de vie, notamment en répondant aux nouveaux besoins. Certains de ces besoins sont partagés par les personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes : avoir un statut social, un revenu et une insertion sociale et/ou professionnelle prenant en compte les désavantages et les contraintes induits par la maladie et les traitements ; être aidé dans les

²² Selon l'étude de l'association AIDES, 60 % des personnes séropositives vivent seules. AIDES Fédération Nationale.(2000) AIDES Enquête IPSOS 2000 auprès des personnes séropositives et leurs proches en contact avec l'association AIDES.

²³ Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH (1999). Collection Sciences Sociales et Sida, ANRS.

²⁴ I. Célérier (2000) Les lipodystrophies au féminin. Transcriptase, 86, 20-23.

²⁵ I.Heard (1999) L'absence de protection pendant les rapports sexuels entre des sujets séropositifs pour le VIH est-elle un facteur de progression vers le sida. In ANRS, Sexualité, séropositivité et risque de transmission du VIH, pp39-42.

tâches de la vie quotidienne pour rester au domicile ; accéder à un logement stable malgré la précarité et l'isolement.

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

Propositions :

- Soutenir les personnes séropositives dans le maintien de leur vie sexuelle ; reconnaître la difficulté de maintenir sur le long terme des pratiques protégées et les situations de non protection, faciliter l'accès au traitement post-exposition ; lutter contre la stigmatisation. Ceci doit faire partie de l'information s'adressant aux personnes séropositives mais aussi de la communication générale car les personnes atteintes sont très sensibles à leur représentation dans les media comme reconnaissance de leur inclusion dans la société et témoignage de solidarité.
- Cette action collective doit être prolongée par une information ciblée passant par des documents spécifiques, l'action et la presse associatives.
- Les questions de sexualité et de prévention pourraient faire l'objet d'un volet de l'éducation thérapeutique conçue comme un conseil visant à l'autonomie des personnes vivant avec une maladie chronique et un traitement astreignant dont le développement est prévu dans le cadre du Plan National d'Education à la Santé. Les médecins devraient susciter la discussion de ces questions lors des consultations médicales.
- Les groupes de parole ou de discussion au sein des associations doivent être soutenus.
- Soutenir les initiatives avec des adolescents séropositifs
- Lutter contre l'homophobie

3.2 Homosexuels masculins : accentuer et adapter la prévention face au relâchement des attitudes préventives

Objectifs :

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

Contexte :

Les associations, la presse et le milieu gay ont alerté durant toute la fin de l'année 2000 sur l'augmentation récente de comportements à risque chez les homosexuels masculins. Pour la France, on ne dispose encore que de données montrant une augmentation des MST²⁶, mais une augmentation de l'incidence du VIH est identifiée chez les homosexuels masculins dans d'autres pays de même qu'une évolution des comportements²⁷. De plus, il existe une

²⁶ InVS (2000) op.cit.

²⁷ The San Francisco Department of Public Health and AIDS Research Institute/UCSF. Response to the updated estimates of HIV infection in San Francisco, 2000. Document web. Synthèse des communications de la conférence de Durban voir Bochow (op.cit.)

revendication minoritaire de la prise de risque qui s’exprime dans le discours sur le *bareback*. Les résultats de l’enquête presse gay faite durant l’été et l’automne 2000 confirment une augmentation de l’exposition pour les homosexuels : augmentation des rapports non protégés, augmentation des MST et ceci particulièrement chez les jeunes, les hommes d’âge mûr et à Paris, zone de forte prévalence.

Cette évolution doit être remise en perspective :

Les homosexuels masculins ont vu leur existence, leurs modes de vie, leurs liens intimes, leur sexualité dévastés par l’infection VIH. Ils ont réagi par une transformation profonde de leur vie sexuelle dominée pendant plusieurs années par l’infection à VIH : ils ont modifié le nombre de leurs partenaires, de leurs échanges sexuels, ainsi que leurs pratiques y compris au sein des couples ; ils ont adopté le préservatif, établi d’autres types de relations amoureuses. Depuis le début 1990, en même temps que progressait l’adoption de pratiques à moindres risques, les homosexuels ont recommencé à augmenter le nombre de leurs partenaires et à fréquenter de plus en plus les lieux de rencontre et de pratiques sexuelles²⁸. Ce phénomène s’est accéléré avec la diffusion des multithérapies qui font apparaître la menace comme moins grave et dissipent l’ambiance de mort qui a prévalu pendant les années 90. Si, en dépit des contraintes et des effets secondaires, les effets positifs des traitements redonnent la santé et le goût de la vie sexuelle aux hommes séropositifs, ils ne réduisent pas leur sentiment de contraintes voire de révolte face à la prévention. L’existence du traitement après exposition peut aussi aller dans le sens d’une moindre vigilance. Cette situation affaiblit l’attitude préventive et laisse donc craindre un double processus : d’adoption de comportements sexuels à risque (multiplication des partenaires, pratique du sexe anonyme) et de rejet de l’utilisation des préservatifs voire de revendication de la prise de risque²⁹. Il apparaîtrait aussi une exclusion des hommes séropositifs portant les marques physiques liées à la maladie et aux traitements antirétroviraux.

Dans un contexte de régression générale du sida dans les préoccupations collectives, ce processus pourrait être accentué par le fait que les nouvelles générations n’ont pas été marquées dans leur vie affective et leur expérience par le sida³⁰ ; au début de l’ère sida, la connaissance et la proximité avec une personne atteinte étaient favorables à l’adoption de comportements préventifs. Il apparaît cependant que la communication entre générations ne se fait pas naturellement, les jeunes ayant des réseaux de sociabilité propres soit au sein du milieu homosexuel soit dans la jeunesse.

Les pratiques préventives identifiées jusqu’à maintenant reposent sur un ajustement de la protection : selon les pratiques, les partenaires, la connaissance mutuelle du statut sérologique. Cette protection sélective est, depuis longtemps la principale stratégie des homosexuels : protection entre partenaires séropositifs ou de statut différent au sein des couples, protection des relations secondaires, protection de la pénétration anale, protection plutôt rare des rapports oro-génitaux³¹. Les couples peuvent instituer une règle entre les partenaires pour définir une conduite qui permet les relations non protégées (*negotiated safety*)³².

²⁸ M.A Schiltz (1998) Les homosexuels face au sida. Enquête 1995. Regards sur une décennie d’enquête. CAMS/CERMES.

²⁹ M.Danneker (2000). Contre le déni du désir sexuel. Infothèque Sida,5-10.

³⁰ G. Mansergh et al (2000).Is ‘knowing people with HIV/AIDS associated with safer sex in men who have sex with men ? AIDS, 14, 1845-51

³¹ M-A. Schiltz op.cit., P.Adam, op.cit.

³² S. Kippax et al (1997) Sexual negotiation in the AIDS era: negotiated safety revisited AIDS Feb;11(2):191-7

Propositions :

En direction des homosexuels masculins, la stratégie de prévention doit répondre à la diversité des modes de vie fonction de l'affirmation de l'orientation sexuelle, des lieux de vie, du fait de vivre en couple, du niveau social et éducatif, de l'âge, de l'origine ethnique, de l'expérience personnelle du VIH. Le programme envers cette population prioritaire doit donc combiner une variété de mesures et d'actions :

- Communiquer sur le risque et la gravité de la maladie contournant la méconnaissance et le déni de l'infection VIH. Communiquer sur les MST et leur contribution à la transmission du VIH.
- Encourager le recours au dépistage et au traitement après exposition
- Valoriser la protection sélective instituée au sein des couples sur la base d'un accord explicite entre les partenaires, revoir le message de safer sex dans le nouveau contexte des modes de vie homosexuels (pénétration protégée, fellation non protégée sans éjaculation etc).
- Communiquer à l'intention des hommes ayant des pratiques homosexuelles par le biais de la communication grand public.
- Agir directement dans les lieux de rencontre et de pratiques sexuelles (voir plus loin 5.3.1)
- Améliorer l'accès au traitement après-exposition.
- En direction des jeunes homosexuels, adapter la stratégie de prévention aux nouvelles pratiques de socialisation, de rencontres, et prendre en compte le phénomène de génération, l'absence de mémoire et le déni. L'objectif principal est l'acculturation des jeunes homosexuels à la prévention par une diversité de partenariats communautaires ou avec des associations sportives ou de loisirs.

La mise en œuvre de ces mesures repose sur une forte implication des gays comme communauté, reposant sur des partenariats multiples (média affinitaires, associations gay et de lutte contre le sida, entreprises gay, etc.) en adaptant les stratégies préventives aux contextes de vie : Paris et grandes métropoles, villes moyennes et milieu rural, lieux de vacances, existence de vie communautaire ou isolement des individus, etc.

3.3 Départements français d'Amérique (DFA) : intensifier la prévention et améliorer conjointement la prise en charge

Objectifs

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

Contexte :

Les DFA ont une situation épidémiologique plus défavorable que la métropole dans son ensemble comme l'attestent les données de surveillance épidémiologique du sida et les informations des CDAG³³. La maladie y est pour l'essentiel transmise par des rapports hétérosexuels. Cette situation épidémiologique est à mettre en relation avec un haut niveau de prévalence dans la région, des mouvements migratoires, des modes de vie socio-sexuels caractérisés par un multipartenariat fréquent pendant toute la période adulte, des relations plus fréquentes avec les prostituées, un niveau d'utilisation des préservatifs qui reste insuffisant compte tenu de ces comportements³⁴. Les comportements et les attitudes n'ont pas fait l'objet de nouvelles enquêtes en population depuis l'enquête ACSAG en 1993. Cette enquête montrait un niveau d'utilisation des préservatifs insuffisant, un recours important au dépistage, un faible niveau de tolérance envers les personnes séropositives mais aussi un niveau élevé de perception du risque et un bon niveau de connaissances. On ne peut pas mesurer l'impact des campagnes et des actions, menées de façon intensive depuis 1994 et dont la réception a été bonne d'après les enquêtes³⁵. La découverte de leur sérologie par les personnes atteintes intervient très tardivement³⁶ et une part importante des personnes dépistées ne se fait pas traiter. La peur du rejet et de l'exclusion, induite par les attitudes collectives vis-à-vis du VIH, rend difficile le dépistage, l'accès au soin et l'observance des traitements. La prise en charge des enfants atteints ou orphelins constitue une urgence. La situation épidémique et sa spécificité justifient de mettre en place un programme dans chaque département, adapté à la zone et envisageant globalement la prévention et la prise en charge. La région est caractérisée par l'importance des phénomènes migratoires et l'existence de populations particulièrement exposées en situation irrégulière qui doivent pouvoir bénéficier de la prévention et des soins.

Propositions :

- Construire des actions de prévention et de lutte contre les discriminations spécifiques aux modes de vie des DFA
- Définir avec l'expertise de l'InVS et de l'ANRS les études et la surveillance nécessaires, notamment une étude connaissances, attitudes, comportements
- Faire un bilan de l'évolution depuis les recommandations du Conseil national du sida en 1996, notamment en matière d'organisation des dispositifs, de réduction de l'exclusion et des discriminations envers les personnes atteintes.
- Conduire l'expertise complémentaire nécessaire et identifier les acteurs mobilisables
- Bâtir, avec les acteurs locaux, une méthodologie adaptée tenant compte de la dimension « régionale » de l'épidémie (zone Caraï be) pour aboutir, fin 2001, à une programmation d'actions spécifique à chaque département et cohérente sur la zone.
- Trouver des solutions originales avec les administrations concernées pour permettre l'accès aux soins des migrants au sein de la région
- Intégrer au mieux la prévention et la prise en charge de la maladie dans les services s'adressant plus particulièrement aux femmes et aux enfants.

³³ Le sida aux Antilles, en Guyane et à la Réunion. Entre silence et exclusions ?(1999). Musée National des Arts et Traditions Populaires. 56p. En 1998, le taux de tests positifs dans les CDAG était de 4,14 pour mille (hors prison) pour l'ensemble du dispositif, de 15,3 pour mille en Antilles-Guyane, de 6,4 pour mille en Ile de France et de 2,4 pour mille dans les autres régions (source. Gouezel, op.cit.)

³⁴ Lydié et al. Op.cit. p 42-45. : par exemple, de 20 à 30 % des personnes vivant en couple déclarent un autre partenaire au cours de l'année soit 3 à 4 fois plus qu'en métropole. En Martinique 30% des hommes ont déclaré plusieurs partenaires dans l'année, 38 % en Guadeloupe, 43 % en Guyane vs. en France métropolitaine en 1994.

³⁵ Lydié et al, op.cit. p 89-95.

³⁶ Entre 1994 et 1998, dans les DFA, 40% des malades déclarant un sida ont découvert leur séropositivité au stade sida.

3.4 Populations migrantes : répondre aux besoins des populations immigrées comme composante de la société française en respectant leurs affiliations communautaires

Objectifs :

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

Contexte :

Certains groupes de la population étrangère ou immigrée ont une prévalence accrue par rapport à la population générale. Les hommes étrangers vivant en France sont deux fois plus touchés que les français, les femmes étrangères 3,5 fois plus. Les données de la surveillance des cas de sida indiquent des prévalences élevées parmi les étrangers d’Afrique subsaharienne et les Haïtiens (35 à 50 fois les taux des nationaux français). Les étrangers du Maghreb ont une prévalence plus élevée que dans leurs pays d’origine³⁷. Depuis 1999, on observe une augmentation des cas de sida déclarés dans la population étrangère (275 cas au 1^{er} semestre 2000 vs. 177 au semestre précédent) mais également un rajeunissement, en particulier chez les femmes³⁸. La dernière enquête auprès des femmes enceintes menée en 1997 montrait un risque 7,9 fois plus élevé chez les femmes nées en Afrique subsaharienne que chez celles nées en France métropolitaine, risque relatif qui a augmenté depuis 1993. Dans cette enquête les femmes nées au Maghreb, quant à elles, avaient des taux voisins des femmes nées en France³⁹. La caractérisation par la nationalité ou par la notion plus floue d’origine ne rend pas compte de la diversité des situations d’immigration ou de certains contextes culturels.

L’arrivée des nouveaux traitements à partir de 1996 a permis une réduction des nouveaux cas de sida chez les étrangers vivant en France. Cependant, chez les personnes ayant la nationalité de pays de l’Afrique sub-saharienne cette réduction ne s’est pas poursuivie après 1996, le nombre de nouveaux cas de sida restant stable jusqu’au premier semestre 2000⁴⁰.

L’accès au dépistage et aux soins est beaucoup plus tardif chez les étrangers vivant en France que chez les Français : parmi les personnes diagnostiquées au cours de la période 1998-2000, 60 % des hommes d’Afrique sub-saharienne et 68 % des femmes ne connaissaient pas leur séropositivité au moment du diagnostic du sida contre 47 % en moyenne.

En revanche, la diminution du nombre de décès similaire entre les étrangers vivant en France et les Français laisse supposer qu’une fois l’infection diagnostiquée, la prise en charge ainsi que l’observance aux traitements sont globalement comparables entre Français et étrangers. Un problème spécifique concerne cependant les femmes qui, souvent dépistées à l’occasion d’une grossesse, ne sont pas toujours suivies ensuite.

³⁷ Institut de Veille Sanitaire (1999) Situation du sida dans la population étrangère domiciliée en France. 16p.

³⁸ F.Cazein et al. (2000) Tendances récentes du sida en France. Janvier 1998-Juin 2000. BEH, 52.

³⁹ voir Lydié et AC18-1 (op.cit.)

⁴⁰ InVS op.cit.

La norme préventive telle qu’elle est globalement adoptée en France n’est pas forcément celle de certaines populations migrantes (pour des raisons culturelles liées au rapport de genres, à cause de la primauté de la fécondité ou l’influence de la communauté familiale et/ou sociale). Les interventions doivent tenir compte des normes et des valeurs dans les communautés d’origine sans négliger l’acculturation associée à la vie dans la société française.

La combinaison d’une prévalence plus élevée et de difficultés à utiliser les moyens de protection, d’une accessibilité insuffisante à l’information sur la prévention, d’une difficulté à avoir un accès simple et rapide aux droits sociaux et aux soins doit être prise en compte dans des stratégies spécifiques correctement articulées à celle s’adressant à la population générale. Jusqu’à maintenant la crainte d’accentuer la stigmatisation des immigrés a conduit à éviter de s’adresser dans la communication publique aux groupes particulièrement exposés de la population immigrée. Il paraît essentiel aujourd’hui de donner une visibilité aux populations migrantes dans la communication publique sur l’infection VIH en poursuivant et en amplifiant les actions-relais par les média communautaires et l’action associative : cette double approche devrait permettre de répondre aux besoins des populations immigrées comme composante de la société française en respectant leurs affiliations communautaires.

Par ailleurs, toute maladie et en particulier la maladie VIH peut être vécue comme une menace sur la position « sociale » de la personne, tant dans la société française (crainte sur le devenir du droit au séjour, au travail, des droits sociaux) que dans la société du pays d’origine (capacité à maintenir un rôle de soutien économique, visibilité de la maladie lors du retour au pays, etc.). L’accès réel aux droits passe par un plan de lutte contre les pratiques discriminatoires dans les services administratifs, sociaux et sanitaires et par une simplification effective des démarches. La lutte contre la stigmatisation des personnes séropositives au sein des communautés migrantes est un autre volet de cette démarche qui vise à normaliser le geste préventif dans les différents groupes qui composent la population immigrée. Ces groupes ne sont pas seulement des groupes communautaires ; d’autres logiques liées à l’ancienneté et à la nature du projet migratoire justifient une pluralité des approches à travers les actions visant la population générale et à travers diverses formes de médiation.

Propositions :

- S’adresser aux migrants à travers les campagnes de communication grand public.
- Poursuivre les programmes privilégiant les méthodologies d’actions communautaires et associant l’information sur l’ensemble des risques liés à la sexualité, la prévention, l’incitation au dépistage et l’accès aux soins et aux droits
- Poursuivre la conception et le soutien aux programmes par le niveau national en lien avec les principales associations communautaires
- Utiliser les services de soins primaires auxquels ont recours les migrants, notamment les femmes et les enfants (obstétrique, PMI)
- Simplifier les mesures administratives d’accès aux droits et lutter contre certaines pratiques discriminatoires des administrations
- Améliorer la connaissance de la situation épidémiologique vis à vis du VIH/SIDA et des MST, et plus largement de l’état de santé des migrants, notamment des déterminants et des freins à la prise en compte de leurs problèmes de santé
- Développer une stratégie spécifique en direction des femmes, comme levier pour le développement de la prévention, l’accès au dépistage et aux soins.

3.5 Usagers de drogue : renforcer la stratégie de réduction des risques

Objectifs :

- Maintenir l'incidence du VIH à la baisse dans cette population
- Amorcer une baisse significative de l'incidence de l'infection à VHC.
- Poursuivre et renforcer l'action en faveur des pratiques d'injection sans risque par les moyens classiques d'information, d'accès au matériel et de soutien aux usagers
- Réduire la place de l'injection par la prévention du passage à l'injection ou l'abandon de l'injection (coordination avec la politique de soins)⁴¹
- Introduire la prévention des risques sexuels dans les prises en charge de la toxicomanie.

Contexte :

L'adoption d'une politique sanitaire en direction des usagers de drogue axée sur le principe de réduction des dommages a permis l'accès aux soins et à la prévention et conduit à l'amélioration de certains indicateurs (baisse des overdoses mortelles notamment)⁴². En dépit de leurs changements de comportements, les usagers de drogue restent le groupe dans lequel la prévalence de l'infection VIH est la plus élevée. L'accessibilité du matériel d'injection a permis la réduction du partage des seringues et de leur réutilisation. L'utilisation en commun des récipients et de l'eau de préparation ou de rinçage a été abordée plus tard dans les messages de prévention, et semble être responsable de la diffusion du VHC dans cette population⁴³. Compte tenu de la prévalence très élevée de l'infection à VHC, l'accent sur l'usage personnel et unique de tout le matériel et la non réutilisation personnelle des seringues sont un objectif à poursuivre sur la base des actions et des moyens existants : information adaptée aux pratiques concrètes, accès aux seringues en officine, distribution par les programmes fixes ou les bus, distributeurs automatiques. Les services de première ligne (Programmes d'échange de seringues et boutiques) offrent une aide sans condition aux consommateurs en s'adaptant individuellement aux usages et aux situations ; l'aide matérielle (hygiène, alimentation, petits soins) répond à des besoins immédiats et soutient la crédibilité des messages de prévention et de soins. Prévention des risques liés à l'usage et prise en charge de la dépendance se rejoignent dans la stratégie de réduction des dommages. L'impulsion donnée aux traitements de substitution depuis 1996 a transformé les consommations des produits et amélioré la situation sanitaire des usagers de drogue.⁴⁴ Ces orientations ont été adoptées par étape depuis plusieurs années, l'attention doit porter principalement dans le domaine de la prévention des infections VIH et VHC sur leur mise en œuvre concrète.

La prévention de la transmission sexuelle du VIH a toujours été laissée de côté d'une part parce qu'on a considéré que les usagers de drogue et leurs partenaires recevaient et appliquaient les messages et les moyens s'adressant à la population générale hétérosexuelle, d'autre part au nom des multiples obstacles que rencontre l'abord de la sexualité dans les

⁴¹ L'action en faveur d'une réduction des pratiques d'injection, en particulier de l'adoption de ce mode de consommation des drogues devrait compléter les actions communautaires de réduction des risques. G. Stimson, D.C. DesJarlais, A. Ball (Eds), 1998, Drug injecting and HIV infection. WHO, UCL Press London

⁴² Ministère de l'Intérieur OCTRIS (2000), Usage et trafic de stupéfiants – Statistiques 1999. La cocaïne.

⁴³ Dans les enquêtes réalisées depuis 1988 auprès des usagers de drogue le partage des seringues et leur réutilisation a fortement baissé mais ils persistent pour des raisons liées d'une part aux individus, aux situations et aux contextes. Dans l'enquête réalisée auprès des usagers des programmes de réduction des risques, on observait en 1998 que 21 % des usagers avaient emprunté ou prêté leur seringue dans les 30 derniers jours. (Emmanuelli, op.cit.)

⁴⁴ La diffusion des traitements de substitution à plusieurs dizaines de milliers de personnes a réduit la consommation de l'héroïne, fait baisser les overdoses mortelles, permis l'accès aux soins aussi bien pour la prise en charge de la dépendance que pour les problèmes somatiques associés.

prises en charge. Le niveau de prévalence du VIH, le changement plus fréquent de partenaires dans ce groupe et le lien particulier entre vie affective, vie sexuelle et usage de drogue ne permettent pas d'en rester là. Si beaucoup s'accordent sur ce constat, il n'existe aucune proposition concrète de programmes, de stratégies ou de pratiques communautaires ou professionnelles pour traiter cette question autrement que par l'information.

Propositions :

- Poursuivre l'effort pour étendre et améliorer le dispositif, en recherchant une bonne couverture nationale, une offre locale complète et réelle des moyens nécessaires à la concrétisation du principe de réduction des dommages, la qualité des différents services effectivement proposés aux usagers de drogue, la vigilance sur l'accessibilité du matériel dans des conditions satisfaisantes.
- Intégrer ces programmes dans l'environnement urbain par le travail de médiation.
- Conforter le dispositif en inscrivant certaines des structures de réduction des risques dans la loi des institutions médico-sociales
- Définir la place des programmes « souples » et le rôle de l'auto-support
- Représenter les usagers de drogues dans la communication publique sur la prévention
- Proposer des expérimentations sur la prévention du risque sexuel.
- Veiller de façon constante à l'articulation avec les autres aspects de la politique de santé publique en matière de drogues, en intégrant les compétences nécessaires soit à l'intérieur des structures soit par le travail en réseau et en s'attachant à l'insertion et à la qualification des animateurs, en particulier lorsqu'ils sont eux-mêmes usagers ou anciens usagers de drogues.

4. AGIR DANS LES SITUATIONS DE VULNÉRABILITÉ ACCRUE VIS-A-VIS DE L’INFECTION VIH

A l’intérieur des grandes catégories de population définies plus haut par rapport au risque de transmission du VIH, il existe des situations de vulnérabilité qui justifient des actions complémentaires spécifiques.

4.1 Agir directement dans les situations de pratiques sexuelles anonymes ou de groupe

Objectifs :

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

Contexte :

La fréquentation des lieux de rencontre, de loisirs ou des sites extérieurs de ‘drague’ où se pratiquent des relations sexuelles crée une situation à risque accru du fait de la multiplication des relations et des partenaires, des relations anonymes ou en groupe, dans des conditions matérielles qui parfois ne favorisent pas l’utilisation des préservatifs. Cette utilisation reste la règle mais n’est pas systématique, ce qui compte tenu de la multiplicité des rapports et des partenaires est générateur d’un risque accru de diffusion du VIH. Ces pratiques connaissent à l’heure actuelle un nouveau développement dans la population hétérosexuelle et homosexuelle dans un contexte d’érosion de la norme implicite d’utilisation du préservatif⁴⁵. De plus la mise à disposition de préservatifs est loin d’être systématique⁴⁶.

Propositions :

- S’adresser aux personnes ayant ces pratiques par les journaux, l’Internet et les associations spécialisés en complément des supports grands publics pour une communication à leur intention.
- Offrir une large disponibilité de préservatifs et de gels quand ces activités sont organisées dans des lieux commerciaux
- Rechercher un partenariat avec les entreprises autour d’objectifs d’hygiène générale, de prévention des risques sexuels et de prévention des consommations d’alcool et de drogues
- Inclure un volet sur l’usage d’alcool ou de drogues qui affaiblit la vigilance préventive
- Introduire de façon systématique des messages préventifs sur les produits (films, cassettes etc...) s’adressant aux multipartenaires et aux échangistes..

⁴⁵ D. Weltzer-Lang – L’échangisme : une multisexualité commerciale à forte domination masculine – à paraître dans Société contemporaine.

Et Ph Adam, F Hault (op cité) : un quart des répondants de l’enquête presse gay 2000 déclarent « ne pas pouvoir se passer des lieux de drague ».

⁴⁶ JY Le Talec (op.cit.)

4.2 Favoriser la reconnaissance par les institutions et les professionnels de la vulnérabilité liée à certaines formes d'institutionnalisation : prison, institutions psychiatriques.

Objectif :

- Favoriser la reconnaissance par les institutions, les professionnels et les publics des pratiques à risque et de l'obligation de rendre les moyens préventifs accessibles matériellement et psychologiquement.

Contexte :

Les personnes vivant de façon plus ou moins prolongée dans des institutions fermées peuvent avoir des relations sexuelles en dépit de règles plus ou moins explicites pour les interdire. De ce fait ces relations sont souvent clandestines et rien n'a été prévu pour garantir l'intimité des personnes et faciliter l'utilisation de moyens préventifs. La consommation de drogue, l'injection et le partage du matériel sont fréquents en prison et des épidémies graves d'infection à VHC ont été documentées dans d'autres pays. Ce déni des situations d'exposition conduit au déni du risque. Diverses mesures ont été prises pour permettre un accès au préservatif en prison, réduire les risques des consommations de produits (notamment disponibilité de l'eau de Javel) et permettre la poursuite et l'initiation des traitements de substitution en prison. Ces mesures sont insuffisamment mises en œuvre pour des raisons qui tiennent aux attitudes des professionnels et à une coordination insuffisante.

Des recommandations sur le renforcement des mesures de réductions des risques de transmission des maladies infectieuses en prison ont été élaborées au cours d'une concertation organisée conjointement par la DGS et à la DAP (Ministère de la Justice). Elles portent sur les conditions d'une implantation effective des mesures à adopter tenant compte des obstacles institutionnels, juridiques, professionnels et psychologiques propres à l'institution pénitentiaire.

Proposition :

- Mobiliser les administrations concernées à tous les niveaux,
- Développer la formation, la coordination et le suivi des mesures dans le cadre d'un programme spécifique au sein de chaque établissement
- Introduire, en complément des mesures permettant l'amélioration des conditions de vie en prison dans le cadre de la loi pénitentiaire, la mise à disposition de seringues, à titre expérimental, en prison
- Favoriser la mise en place de conditions permettant aux prisonniers les relations sexuelles avec leur conjoint.
- Susciter des actions nouvelles autour des problèmes de sexualité, incluant entre autres le risque de transmission du VIH et des MST, dans les hôpitaux psychiatriques et auprès des populations suivies dans les CMP.

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

Objectif :

Renforcer auprès des différentes composantes de la population des prostitués le travail communautaire de médiation et de soutien, d'accès aux droits et d'accès aux soins.

Contexte :

Dans leurs rapports avec les clients, hommes et femmes prostitués ont des pratiques préventives régies par les mêmes règles que la population générale. L'utilisation des préservatifs est une règle depuis longtemps reconnue et pratiquée. Toutefois cette règle peut être fragilisée par la demande opposée des clients et les situations de détresse, l'usage d'alcool ou de drogues et les violences. Les personnes prostituées sont exposées à la violence et à la stigmatisation, beaucoup vivent dans une situation précaire, avec souvent pour les étrangers des difficultés pour régulariser leur droit au séjour. Le maintien d'un haut niveau de prévention est indissociable d'une action globale d'amélioration de la situation juridique, sociale et sanitaire comme l'a montré depuis une dizaine d'années, en France comme dans les autres pays d'Europe, l'expérience des programmes communautaires animés par des personnes prostituées. Ces programmes sont fragiles et doivent donc être fermement soutenus.

Propositions :

- Soutenir, étendre, évaluer, les 12 programmes d'action globale actuels aux principales villes et envisager leur implantation dans de nouvelles villes
- Étudier la diffusion épidémique en définissant et réalisant en lien avec l'INVS et l'ANRS les études nécessaires

5. MAINTENIR L'EFFORT PRÉVENTIF EN POPULATION GÉNÉRALE.

Les objectifs généraux doivent être mis en œuvre à travers la communication publique et des actions adaptées aux besoins et aux situations de différents groupes de la société caractérisés par leur situation épidémiologique, leur mode de vie, leurs conditions sociales et culturelles.

En population générale, développer une stratégie préventive acceptable par tous.

Objectifs:

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

La notion de population générale recouvre un éventail de situations et de groupes très variés en termes de risque d'infection, de comportements susceptibles de favoriser la transmission du VIH, de modes de vie et de situations sociales. Si l'action préventive s'adresse à la population générale comme une population hétérosexuelle et non infectée par le VIH, elle doit tenir compte des autres composantes et s'adapter à leurs caractères particuliers pour que le message soit entendu, appropriable par tous et acceptable pour les personnes séropositives.

5.1. Jeunes : intégrer la prévention du VIH à une éducation très large à la sexualité

Objectifs :

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

Contexte :

L'action résolue menée dans le domaine du VIH/Sida depuis plus de 10 ans a porté ses fruits et se marque dans un bon niveau de connaissances et des attitudes favorables à la prévention chez les jeunes. De façon constante au fil des enquêtes, les générations successives de jeunes ont rapporté des taux croissants d'utilisation des préservatifs dans les premières ou les nouvelles relations, comme moyen de prévention et de contraception⁴⁷. Les données épidémiologiques vont dans le sens d'un bon contrôle de l'infection VIH chez les jeunes

⁴⁷ H. Lagrange (op.cit). Baromètre santé (op.cit.). En 1999, 89,8 % des 15-19 ans ont utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel, vs. 75,6 % des 20-25 ans et 32,2 % des 26-34 ans.

adultes⁴⁸. En 1998, cependant, on a observé une croissance des IVG chez les jeunes femmes de 18 à 24 ans⁴⁹ qui semble en lien avec une certaine confusion sur l’articulation entre contraception et prévention du sida qui n’a pas toujours été présentée de façon claire dans les discours et dans les actions d’éducation auprès des jeunes⁵⁰. De plus les enquêtes successives ont montré d’importantes différences entre les élèves selon les filières scolaires qui renvoient à des inégalités sociales d’accès à la prévention⁵¹.

L’acquisition d’information et de capacités (à se situer, s’exprimer, discuter, utiliser les méthodes de prévention et de contraception etc.) par les jeunes est susceptible de favoriser l’adoption du geste préventif comme partie intégrante de l’autonomie dans la vie sexuelle et d’une capacité à mieux faire face aux étapes ultérieures de la vie sexuelle, jalonnée de rencontres successives, de ruptures, de situations et d’aspirations changeantes.

Le volet préventif s’intègre à une approche éducative plus large à la sexualité conçue comme une composante essentielle de la vie. Il doit envisager globalement les différents risques associés aux relations sexuelles : infection VIH, MST, grossesses non désirées et risques de stérilité. Il doit articuler les connaissances et les moyens de faire face aux risques d’une façon cohérente, offrant des choix en fonction des situations et des aspirations.

En matière de prévention, les rapports entre hommes et femmes et la question de l’identité sexuelle ont une place particulièrement importante. L’utilisation des méthodes préventives et contraceptives est favorisée par le sentiment d’une égale responsabilité en la matière des garçons et des filles, ce qui implique que les actions d’éducation sexuelle s’attachent à faire évoluer les attitudes, en particulier à combattre les attitudes sexistes.

L’affirmation de l’orientation sexuelle reste un processus difficile et douloureux pour les jeunes homosexuels, garçons et filles, qui se heurtent à la norme majoritaire hétérosexuelle, à l’intolérance ou l’incompréhension familiale et aux préjugés homophobes. Ainsi les jeunes qui ont une orientation sexuelle vers les personnes de même sexe se sentent isolés d’autant plus que l’intégration communautaire se fait tardivement. Ces difficultés peuvent conduire à une importante détresse psychologique et à des prises de risque⁵². La prise en compte de l’homosexualité dans l’éducation sexuelle est donc indispensable du point de vue de la prévention de l’infection VIH/sida.

Avec des générations scolarisées de plus en plus tardivement (à 19 ans, 70% des jeunes sont encore scolarisés contre 30% au début des années 80⁵³), c’est vers l’école que se tournent les attentes en matière d’éducation sexuelle.

⁴⁸ En effet, l’âge des diagnostics d’infection VIH n’a cessé d’augmenter depuis 31,8 en 1989 à 35 ans chez les hommes et de 29,5 ans à 32 ans chez les femmes (source : RENAVI), le taux de tests positifs était maximum entre 30 et 39 ans en 1998 dans les CDAG (source : Gouezel, op.cit). Parmi les malades récemment pris en charge à l’hôpital, l’âge moyen est passé de 36 ans et 4 mois en 1995 à 37 ans et 5 mois en 1998.

⁴⁹ M.Le Corre, E.Thomson (2000). Les IVG en France en 1998. DREES, Etudes et résultats, 69.

⁵⁰ N.Bajos (2000) Evaluation d’une campagne de communication sur la contraception. France, janvier 2000. Accès à la contraception et à l’IVG en France. Premiers résultats de l’enquête GINE. 3 octobre 2000.

⁵¹ H. Lagrange (op. cit.)

⁵² Gilbert Herdt and Andrew Boxer, *Children of Horizons: How Gay and Lesbian Teens are Leading a New Way Out of the Closet*, Boston: Beacon Press, 1993., Michel Dorais, *Mort ou fif: Contextes et mobiles de tentatives de suicide chez des adolescents et jeunes hommes homosexuels ou identifiés comme tels*, Centre de recherche sur les services communautaires, Université de Laval, Québec, Octobre 2000.

⁵³ Données sociales, La société française (1999) INSEE.

Un partenariat étroit lie depuis 1994 les départements ministériels, notamment les ministères de la santé, de l'éducation nationale, de l'agriculture et de la justice, dans un programme qui comprend la formation à l'éducation à la sexualité des intervenants, en particulier des enseignants, et la réalisation de supports pédagogiques ou éducatifs. Un partenariat lie sur le terrain les professionnels et les associations (notamment le réseau des CRIPS) dans la réalisation d'outils et d'actions locales qui intègrent une réflexion sur la contraception, l'utilisation du préservatif et la conduite à tenir après des situations à risques, en prenant en compte les dimensions émotionnelles et affectives de la sexualité. De nombreuses actions nationales ou locales utilisent les supports média ou radio et s'appuient sur les événements festifs ou les créent, privilégiant toujours l'expression des jeunes eux-mêmes, leur rôle actif dans la construction d'outils ou de messages de prévention. Un partenariat est établi avec les professionnels de l'action socio-éducative (la prévention du VIH/sida trouve sa place dans un travail éducatif sur les comportements à risque, auprès des jeunes marginalisés).

Propositions :

- Maintenir et étendre l'éducation sexuelle et la prévention des risques liés à la sexualité dans les premières expériences sexuelles, articuler contraception, prévention du sida et des MST.
- Poursuivre en liaison avec l'Education nationale et le ministère de l'Agriculture, par l'enseignement agricole, les programmes de prévention prenant en compte cette approche globale et rendre les programmes obligatoires au Lycée⁵⁴. L'accent doit être mis sur les filières professionnelles et d'apprentissage.
- Adapter l'intensité et la forme des actions aux élèves de l'enseignement spécialisé et professionnel. Etendre ces actions aux établissements de l'enseignement privé.
- Elaborer et mettre en œuvre un programme pour les publics des missions locales, des services de la PJJ et de l'ensemble des services et lieux fréquentés par des jeunes souvent en difficulté de prévention.

5.2 Hommes et femmes : différencier l'approche préventive en fonction du sexe

Objectifs :

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

Contexte :

Les femmes

La nécessité d'un programme spécifique aux femmes a été reconnue en 1998, les données épidémiologiques montrant une évolution du sex-ratio des cas déclarés qui est passé de 1 femme pour 7 hommes en 1988 à 1 femme pour 3 hommes en 1998. Les contaminations par voie hétérosexuelle sont devenues le premier mode de transmission du VIH. La population séropositive compterait 20 000 à 30 000 femmes. Aux facteurs physiologiques, s'ajoutent des facteurs économiques, sociaux et culturels qui rendent certaines femmes plus vulnérables au

⁵⁴ Circulaire n°98-237 et n° 98-234

risque de contamination par le VIH.⁵⁵ La négociation de la prévention reste difficile pour certaines femmes selon leur contexte de vie. Les violences à l'encontre des femmes (violences physiques ou morales), la précarité et certaines formes d'exclusion (prostitution, usage de drogue ...) constituent des facteurs aggravants au regard de la prévention du VIH et des autres MST. Diverses approches peuvent être développées à travers la communication grand public, la promotion du préservatif féminin, la poursuite des actions de médiation prenant en compte l'ensemble des risques associés à la vie sexuelle adaptées aux contextes sociaux et culturels.

Les hommes

Les attitudes des hommes hétérosexuels en matière de prévention du sida ont été peu étudiées alors que les rôles sexuels ont profondément évolué au cours des 30 dernières années⁵⁶. Les conséquences de ces évolutions n'ont pas été prises en compte dans la prévention. Les formes actuelles des rôles masculins dans la vie sexuelle, dans les rapports avec les femmes et dans la paternité devraient être prises en compte de façon à favoriser l'adhésion aux messages préventifs.

Propositions :

- Poursuivre le programme femmes ;
- Traiter la question des rapports hommes/femmes dans les brochures d'information et les actions de communication ;
- Intégrer la dimension préventive aux programmes de prévention des violences contre les femmes
- Construire une approche spécifique de la prévention en direction des hommes, tenant compte de l'évolution des rôles et des formes de la sexualité masculine.

⁵⁵ Dans le sens homme/femme, ce risque est 3 à 8 fois supérieur à celui femme/homme (sperme plus contaminant, plus large surface de muqueuses, plus de risques de micro-lésions) ; les règles, l'immaturité du col, les infections génitales favorisant également la transmission.

⁵⁶ B.Spencer (1999). La femme sans sexualité et l'homme irresponsable. Actes de la recherche en sciences sociales, 128, 29-33.

6. RENFORCER LE DISPOSITIF DE PRÉVENTION

Les moyens de prévention disponibles

Sécurité transfusionnelle

Le risque de transmission par la transfusion sanguine ou les produits dérivés du sang est maintenant bien maîtrisé et repose tant sur la sélection des donneurs que sur la recherche sérologique. Le risque résiduel, évalué à 1/1 000 000 sera encore réduit par la mise en œuvre de la recherche du génome viral sur les dons.

La prévention du risque de transmission sexuelle

La prévention telle que tend à l'adopter la société française combine la connaissance du statut sérologique des partenaires et l'utilisation d'une barrière de protection contre la transmission dans les relations sexuelles.⁵⁷ La plus universelle est le préservatif masculin, dont le gel améliore l'efficacité. Le préservatif féminin constitue une alternative dans la protection au long cours des couples sérodifférents ou lorsque l'utilisation du préservatif masculin est difficile. La digue dentaire peut aussi servir de barrière protectrice contre la transmission du VIH. Les recherches in vitro et les actions préventives menées avec les virucides n'ont pas encore permis d'identifier des produits efficaces et non dangereux⁵⁸. L'utilisation des préservatifs doit être adaptée au risque de transmission. Ce risque varie en fonction des pratiques (rapport oral, vaginal ou anal) ; il est aussi lié à la réplication virale. Aujourd'hui cette réplication est contrôlée par les traitements antirétroviraux et mesurée en routine par la charge virale plasmatique. Toutefois il peut y avoir une discordance entre la charge virale plasmatique et la charge virale dans les sécrétions sexuelles. Ainsi, même si la baisse de la charge virale a un impact au niveau collectif, on ne peut pas recommander au niveau individuel de tenir compte d'une charge virale indétectable dans le plasma pour abandonner la protection.

En France plus que dans d'autres pays, le dépistage est utilisé comme ressource pour abandonner l'utilisation des préservatifs dans un couple dont les deux partenaires sont séronégatifs ; mais on observe aussi une utilisation du test comme réassurance chez des personnes ayant des comportements sexuels à risque⁵⁹.

Les maladies sexuellement transmissibles augmentent le risque de transmission du VIH. Leur dépistage et leur traitement rapide et complet contribuent donc aussi à la prévention de la transmission du VIH.

⁵⁷ ORS Ile de France (2000). Histoire sexuelle d'une relation entre deux partenaires. Enquête KABP 1998. Parmi les personnes ayant eu un nouveau partenaire dans l'année, 78 % répondent avoir utilisé un préservatif lors du premier rapport avec celui-ci. Près d'un tiers l'abandonnent ensuite dont la moitié seulement après avoir parlé du statut sérologique avec leur partenaire.

⁵⁸ L. Van Damme, Z.F. Rosenberg (1999). Microbicides and barrier methods in HIV prevention. AIDS, 13,SA,S85-S92.

⁵⁹ P.Gouzel. Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) : Un regard sur les consultants. Enquête nationale 1999. InVS (op.cit.)

La prévention de la transmission sanguine par partage du matériel d'injection et de préparation des drogues

La norme d'usage personnel de la seringue est ancrée depuis longtemps parmi les usagers de drogue, elle est moins forte pour l'usage personnel des instruments de préparation. Les pratiques conformes à cette norme reposent sur l'accès au matériel d'injection. Plus globalement l'extension du principe de réduction des dommages à la politique sanitaire en direction des usagers de drogue s'attache à améliorer les conditions de vie des usagers de drogue par l'action sociale et les prises en charge thérapeutique et à réduire les situations de vulnérabilité.

La prévention de la transmission mère-enfant

La proposition systématique du dépistage prénatal depuis 1993, le traitement préventif de la mère et de l'enfant depuis 1994, la délivrance par césarienne ont considérablement réduit le risque de transmission mère-enfant. Ces traitements semblent aujourd'hui accessibles à toutes les femmes séropositives, y compris les femmes migrantes.

La prévention du risque lié aux accidents d'exposition chez les soignants

La prévention du risque de transmission par les actes professionnels, en particulier chez les soignants, repose sur le respect des bonnes pratiques en matière de règles universelles d'hygiène, des dispositifs (récupérateurs de seringues, gants, ...) et des procédures (circuits de récupération et d'élimination des déchets médicaux...). La proposition d'un traitement prophylactique en cas d'accident exposant au sang, a été systématisée depuis 1996.

Le traitement après exposition (TAE)

L'efficacité d'un traitement préventif post-exposition par des antiviraux dans les heures suivant l'exposition au risque a été démontrée chez les personnels de santé après une exposition par du sang d'une personne infectée. Dans la prévention de la transmission sexuelle son efficacité est supposée mais non démontrée. Les recommandations de 1997/8 prévoient la prescription du traitement post-exposition en cas d'accident préventif défini comme un glissement/déchirure du préservatif, sa non utilisation isolée 'accidentelle', en cas de viol, de piqûre accidentelle ou de partage accidentel de seringue. Compte tenu de la faible probabilité de transmission lors d'un rapport sexuel pris isolément et de la lourdeur du traitement, la proposition de ce traitement prophylactique dépend du type et du niveau de l'exposition (personne contact, type de pratique, type d'accident) évalués par la personne et le médecin. La France est le seul pays qui a inscrit ce dispositif dans le programme préventif en organisant l'accessibilité du traitement sur l'ensemble du territoire.

Le dispositif préventif constitue un cadre construit depuis le milieu des années 80. Les pouvoirs publics ont la responsabilité de le maintenir et de l'adapter aux données nouvelles de l'infection VIH.

6.1 Diffuser une information de qualité actualisée, complète et compréhensible

Les pouvoirs publics se doivent de produire une information actualisée, complète et compréhensible sur l'infection VIH, ses modes de transmission, son dépistage et son traitement afin d'éviter les doutes et les rumeurs qui amènent à une perte de crédibilité de

l'information et des émetteurs d'information : pouvoirs publics, professionnels, associations⁶⁰. L'information sur la maladie VIH reste rapidement évolutive et complexe. Son traitement par les médias ne la met pas aujourd'hui en perspective par rapport à l'ensemble des connaissances existantes sur le sujet ce qui peut la rendre difficile à comprendre et peut générer un sentiment de flou, de contradictions, de doute propice au désintérêt.

Sida-Info-Service a pour mission de répondre aux demandes d'information et d'orientation des appelants. Ce service de téléphonie sociale permet à chacun d'obtenir gratuitement et anonymement une information adaptée à sa compréhension, à sa situation et à ses besoins. L'entretien téléphonique permet à des personnes en difficulté face à la prévention ou ayant des comportements à risque d'explorer les raisons de ces difficultés et d'intégrer les éléments qui peuvent leur permettre de mieux faire face aux situations à risque. Ce rôle reste important à un moment où l'information dans les médias devient plus rare et son contenu plus complexe.

Propositions :

- Maintenir un bon niveau d'information par la communication institutionnelle (campagnes, brochures, matériel d'information, portails Internet ou minitel), la formation des professionnels, le partenariat avec les médias ; par la qualité de l'information diffusée dans les actions de terrain.
- Poursuivre l'amélioration de la réponse téléphonique par Sida-Info-Service, en terme d'accueil et de qualité ; permettre son évolution dans le cadre d'une réflexion globale sur les besoins d'écoute téléphonique dans le champ de la sexualité et de la santé.

6.2 Diversifier les moyens préventifs et améliorer leur accessibilité

Les moyens préventifs doivent être de bonne qualité, accessibles, adaptés à la diversité des besoins. La normalisation de ces outils qui sont pour la plupart des dispositifs médicaux (préservatifs et seringues) et les contrôles de qualité répondent à la première condition. La notion d'accessibilité recouvre diverses dimensions : géographique (réseau de distribution), financière (des prix suffisamment bas, des conditionnements variés), psychologique (facile à acheter, variété des produits disponibles, attitude des pharmaciens). L'amélioration de leur accessibilité passe aussi par la sensibilisation des professionnels de santé.

Propositions :

- Maintenir et accroître les modes de distribution des préservatifs ;
- Soutenir le maintien d'une accessibilité facile dans les officines ;
- Proposer une offre diversifiée (latex et polyuréthane, diversité de tailles, éventail de produits, de conditionnement, de prix) ;
- Améliorer la distribution du préservatif féminin dans les officines et les services de prévention, agir sur le prix ;
- Améliorer l'information sur les gels, leur distribution et leur usage ;
- Poursuivre la diffusion de matériel stérile d'injection et de trousse de prévention pour les usagers de drogue par voie intraveineuse.

6.3 Promouvoir la recherche sur les virucides (en cours à l'ANRS).

⁶⁰ G.Paicheler, A.Quemin (1994) Une intolérance diffuse : les rumeurs sur l'origine du sida, Sciences Sociales et santé, 12,4,41-72.

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

Compte tenu de l'utilisation du dépistage dans les stratégies individuelles de prévention le maintien d'une bonne accessibilité du dépistage est essentiel : géographique (densité de l'offre de dépistage, en particulier des CDAG, horaires adaptés), financière (remboursé à 100% ou gratuit), psychologique (anonymat des CDAG, attitude des professionnels).

Propositions :

- Maintenir le caractère volontaire du dépistage
- Maintenir l'offre de dépistage en CDAG et renforcer le rôle de conseil psycho-social
- Maintenir et améliorer la qualité de l'accueil et du conseil dans les CDAG et si possible en médecine de ville par la formation et les référentiels de pratique.
- Renforcer l'accessibilité, en fonction des risques identifiés, au diagnostic et au traitement des maladies sexuellement transmissibles, en particulier gonococcie, syphilis et chlamydiae notamment à l'occasion de la consultation de dépistage VIH .

6.5 Améliorer l'accessibilité au traitement après exposition

Le traitement après exposition est un moyen complémentaire en cas d'expositions accidentelles, sexuelles ou sanguines. Avec une expérience de quelques années en France et dans d'autres pays ⁶¹, on disposera de bilans et d'évaluations dans les prochains mois.

Propositions :

- Actualiser les recommandations cliniques, l'information et les conseils de prescriptions
- Améliorer les modes d'accès du TAE pour en optimiser le rapport bénéfice/risque.

6.6 Revaloriser socialement le comportement préventif

Un environnement social valorisant le comportement préventif est indispensable à l'intégration de la problématique de la prévention par les individus. Les premières années de la prévention du sida ont reposé sur la valorisation de l'usage du préservatif comme un geste moderne, responsable, non stigmatisant. Il existe actuellement un risque de le présenter comme un geste dépassé, réservé à des groupes particulièrement exposés.

Proposition :

- La dévalorisation de la norme préventive doit être combattue par un travail inlassable de communication avec les associations, les acteurs de prévention, les médias, les leaders d'opinion et les différentes composantes de la société civile.

6.7 Renforcer les compétences préventives par la formation

La formation initiale et continue est un pré-requis indispensable à la professionnalisation nécessaire pour atteindre les objectifs du plan national spécifique au VIH. Elle doit donner une large place au partage d'expériences et doit être complétée par la supervision des intervenants en prévention. Elle s'adresse tant aux responsables de projet (notamment méthodologie de projet, outils permettant la mise en réseau de partenaires, modèles de

⁶¹ Evaluation de la prise en charge thérapeutique des expositions au VIH Juillet 1999-Avril 2000. InVS op.cit.

coordination des actions, et méthodologies de soutien aux centres de ressources) qu'aux acteurs de prévention (formation de base et formation continue pour maintenir une culture commune et fédérer les intervenants de terrain).

- Propositions:
- définir des cadres de référence et cahier des charges des formations
- évaluer l'état des ressources, développer des partenariats et élaborer des guides ressources
- favoriser les échanges de savoir-faire inter-associatifs et inter-professionnels

6.8 Continuer à lutter contre la stigmatisation et la discrimination des personnes séropositives

La lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes séropositives participe à la prévention. Ce thème a été traité de façon continue depuis les premières campagnes et a permis un bon niveau de tolérance et de solidarité. Néanmoins les discriminations perdurent, en particulier en milieu du travail⁶². De façon constante dans les programmes successifs, le principe d'une responsabilité de tous à l'égard de la prévention a été affirmé bien que les séropositifs sentent reposer sur eux des attentes accrues voire une obligation d'assumer cette responsabilité. Cette situation génératrice de relations non protégées et de souffrance personnelle pour les personnes séropositives ne doit pas continuer à se détériorer.

Propositions :

- Maintenir le thème de la non discrimination dans la communication et identifier les cibles de façon plus précise - notamment en milieu de travail, dans les administrations.
- Représenter les personnes séropositives dans la communication s'adressant à tous.

⁶² G. Fabre, B. de Clercq, R. Tchobanian (2000). VIH et emploi à l'heure des multithérapies : les usages du secret en milieu de travail. LEST, Aix en Provence

7. MOBILISER LES PARTENAIRES INSTITUTIONNELS ET ASSOCIATIFS AUTOUR D'UN PROGRAMME NATIONAL

Historique et nouveau contexte

Les associations de patients ou de personnes touchées dans leur entourage par la maladie ont largement contribué, dès la première heure, à construire la politique de lutte contre le sida. Cette mobilisation s'est prolongée alors même que le pouvoir politique s'était engagé dans un effort tout à fait exceptionnel, déclarant le sida priorité de santé publique en 1987 puis décidant d'une organisation administrative spécifique (AFLS) et affichant les plans de lutte contre l'infection. La lutte contre le VIH s'est peu à peu constituée, en France comme dans les autres pays occidentaux, autour d'une alliance particulière entre les pouvoirs publics, les professionnels et les associations, confortée par un partenariat étroit avec les organismes de recherche, de surveillance et l'implication de la société civile à travers le Conseil national du sida. Un plan de lutte à 5 ans a été défini en 1994 et confié à un comité des directeurs associant plus d'une dizaine d'administrations. La mise en place de la division sida en 1994 s'est accompagnée d'un dispositif très important en termes budgétaires et humains afin de mettre en œuvre une politique nationale s'inscrivant dans chaque département par une programmation adaptée aux besoins et réalités locales. Deux programmations (1995-1997 puis 1998-2000), étayées par des enquêtes et un processus de concertation autour d'un réseau de chargés des actions déconcentrées en matière de VIH, sont intervenues, accompagnées de la déconcentration progressive des crédits.

L'organisation administrative de la lutte contre le VIH n'est pas remise en cause, elle évolue. La prise en compte d'autres problèmes de santé publique s'impose et les savoir-faire acquis en matière de VIH se diffusent dans d'autres programmes, qui concourent d'ailleurs souvent à améliorer le contexte de la lutte contre le VIH. Le programme interministériel, arrivé à son terme, est actuellement soumis à évaluation ; un nouveau plan doit être défini ainsi que ses modalités de mise en œuvre en particulier dans les actions locales. Les associations sont confrontées à la baisse d'attention du public, à l'usure des militants et des volontaires après des années de lutte, au nouveau visage de la maladie à l'heure où les progrès qu'elles ont induits sont en passe pour certains d'être capitalisés. La déconcentration, si elle a eu des effets tout à fait bénéfiques, a rencontré parfois des difficultés dans des domaines sensibles tels que la prévention chez les personnes migrantes, les usagers de drogues ou les homosexuels ; elle a également, pour certaines associations, considérablement alourdi les procédures et compliqué la gestion. La programmation des actions de lutte contre le VIH, définie au niveau départemental, est actuellement souvent décalée des politiques régionales auxquelles elle est insuffisamment coordonnée.

La période actuelle est marquée par la complexité, la nécessité de poursuivre l'action et d'adapter la stratégie et les actions sans pouvoir compter dans l'immédiat sur des changements radicaux dans les moyens de lutte. Cela implique de créer les conditions d'un partenariat fort entre les acteurs, autour d'un programme national qui s'inscrive au mieux sur le territoire et pour répondre aux besoins locaux spécifiques ; de définir le rôle des acteurs associatifs, professionnels et institutionnels, en synergie ; de stabiliser leur organisation et faciliter leur intervention.

7.1 Construire un programme national

Les orientations stratégiques, approuvées par l'ensemble des partenaires, sous-tendent un programme national et des programmations locales qui doivent être cohérentes avec les autres programmes (PRS, PRAPS, plan triennal gouvernemental de lutte contre les drogues et les dépendances, volet santé des contrats d'agglomération, plan VHC, plan contraception...).

Une coordination régionale permettra de déterminer le niveau de programmation, variable et adapté aux besoins identifiés par les services déconcentrés (régional, interdépartemental ou départemental) selon les thématiques et les moyens disponibles.

Le choix de priorités, les programmations ainsi que les objectifs fixés devront être déterminés sur la base de données et d'informations pertinentes et s'accompagner de la définition des indicateurs de suivi. Cela permettra également d'assurer une bonne visibilité du travail mené et des moyens mobilisés. Les services déconcentrés seront associés à l'élaboration des outils de suivi et d'évaluation du programme mise en place au niveau national.

7.2 Relancer le partenariat associatif sur de nouvelles bases

Les associations de lutte contre le VIH représentant les personnes atteintes et les groupes les plus exposés à l'infection VIH ont un rôle majeur aux différentes étapes d'élaboration et de mise en œuvre des stratégies de prévention. Opérateurs principaux des actions de terrain, elles adaptent les grandes orientations dans les actions en direction de publics ou de situations spécifiques et peuvent expérimenter de nouvelles formes d'intervention. Par leur connaissance et leur expérience du terrain, elles ont un rôle d'alerte des pouvoirs publics sur les phénomènes émergents.

7.2.1 Stabiliser et faciliter l'intervention des acteurs, en premier lieu, associatifs.

L'intervention des acteurs doit reposer sur des critères de contractualisation clairs, en premier lieu l'inscription dans les programmations ; privilégier les conventions triennales pour toutes les actions inscrites dans la durée ou ayant un rôle structurel ; organiser des rencontres au niveau national entre les chargés de dossiers des DDASS et DRASS, y associer les réseaux associatifs nationaux ; prendre en compte les besoins actuels, en particulier le temps et les moyens nécessaires à la réflexion sur les méthodologies d'intervention, sur la conception des actions de prévention (définition d'objectifs en fonction de publics cibles), l'évaluation des actions (critères l'évaluation en fonction des objectifs), l'amélioration de la qualité des pratiques, la nécessité de formation aussi bien initiale que continue des acteurs.

7.2.2 Créer des espaces de concertation

La concertation est nécessaire suffisamment en amont des décisions ou orientations tant pour éclairer ces dernières que pour privilégier les synergies. Elle doit être régulière pour permettre le suivi de la réalisation des programmes et le traitement des difficultés.

La définition d'espaces de concertation doit concerner tant le niveau national que le niveau local, qu'il soit départemental ou régional.

7.2.3 Définir des coopérations en s'appuyant sur les synergies inter-associatives

Les acteurs de terrain ont une connaissance concrète des problèmes, une proximité avec les personnes, une capacité d'initiatives sur laquelle il convient de s'appuyer pour identifier des problèmes émergents, introduire la réflexion et proposer les premières interventions. Cela concerne en premier lieu ce qui nécessite une réflexion qualitative, doit se traduire par l'évolution des pratiques ou des interventions innovantes à caractère de recherche actions. La reconnaissance de ce rôle associatif peut permettre de définir en commun des missions confiées à des associations, coordonnant autour d'elles dans la réflexion tant les associations concernées par le thème que les professionnels et les pouvoirs publics

7.3 Redéfinir les priorités avec les grands partenaires institutionnels

Le contexte actuel et les orientations stratégiques définies soulignent la nécessité de poursuivre une coopération forte entre les partenaires institutionnels déjà impliqués dans le programme de lutte contre le VIH 1995-2000 et d'étendre les partenariats.

Sur la base des orientations stratégiques et du programme national, soumis à concertation, un nouveau programme interministériel à trois ans sera élaboré; la consultation associera l'Association des départements de France. Des propositions seront faites pour permettre la coordination par le délégué interministériel de la mise en œuvre et du suivi du programme ; de nouveaux partenaires (MILDT, DIV notamment) seront associés. Ces propositions préciseront les modalités de coordination de la mise en œuvre locale autour des Préfets. Le programme et l'organisation seront soumis à un accord gouvernemental ;

7.4 Remobiliser les acteurs locaux et favoriser les initiatives

Cette remobilisation ne peut être envisagée que si les acteurs sont associés dès la détermination des priorités et la conception des programmes.

7.4.1 Consulter et impliquer les collectivités locales.

Les collectivités locales peuvent favoriser la mise en cohérence des actions menées dans le champ du sida avec les programmes et actions qui relèvent de leurs compétences dans le champ socio-sanitaire. Elles ont un rôle majeur comme relais de la politique publique du sida en direction des citoyens. La coopération avec les collectivités locales doit éviter sur le terrain les contradictions entre les activités relevant de leurs compétences propres et les actions menées dans un objectif de prévention.

7.4.2 Mobiliser les professionnels de santé en favorisant leurs initiatives.

Les professionnels et institutions de santé ont un rôle majeur. Les partenariats nationaux avec les organisations professionnelles, ordinales ou syndicales permettent de relayer les recommandations de santé publique au niveau national comme au niveau local.

7.4.2 Préserver la diversité des intervenants

L'acteur de terrain peut être bénévole, volontaire ou salarié dans une association de lutte contre le SIDA ou dans une association non spécifique VIH, ce peut être une « personne concernée » ou issue d'une communauté, un professionnel d'une structure de prévention ou un professionnel non missionné a priori pour intervenir dans le champ de la prévention que ce soit en institution ou en libéral. Cette diversité des acteurs permet d'envisager un champ d'intervention au plus près des publics concernés, elle permet aussi des modalités d'intervention adaptées ; elle a fait la preuve de sa capacité d'innovation et de créativité.

Elle exige cependant que le cadre d'intervention, les projets et objectifs soient définis, que les compétences soient étayées, et que des indicateurs de qualité soient identifiés. La consolidation des nouveaux programmes de prévention et d'intervention sociale, dans le domaine de l'action VIH/sida comme dans d'autres, passe par la définition des nouvelles qualifications qu'elles requièrent et leur reconnaissance dans des formations qualifiantes et des grilles professionnelles.

8. METTRE EN PLACE UN DISPOSITIF DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DE LA POLITIQUE PUBLIQUE

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