



Communiqué de presse

Paris, le 3 juillet 2000

Le sida, on en meurt encore

Martine Aubry, Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, Dominique Gillot, Secrétaire d'Etat à la Santé et aux Handicapés lancent le 3 juillet une campagne d'interpellation, mise en œuvre par le Comité Français d'Education pour la Santé (CFES), pour remobiliser le public sur la lutte contre l'infection à VIH.

Si la situation épidémique en France ne peut pas être comparée à la pandémie que connaissent d'autres pays et en particulier ceux du continent africain, l'épidémie n'est toutefois pas stabilisée en France.

Les actions de prévention menées par les pouvoirs publics et les associations ont eu un impact certain et ont considérablement réduit le nombre de nouvelles contaminations. Il demeure néanmoins essentiel de gagner encore sur la diffusion épidémique en favorisant les comportements préventifs, la diffusion des moyens de prévention, l'accès au dépistage et en améliorant le confort de vie des personnes atteintes.

Une situation épidémique en France qui n'est pas stabilisée

36 000 personnes sont décédées depuis le début de l'épidémie.

Si les décès par sida sont 5 fois moins nombreux qu'en 1996, l'épidémie n'est cependant pas stabilisée. Le nombre de personnes vivant avec le VIH s'accroît (il est actuellement estimé à 120 000). Le nombre annuel de nouvelles contaminations est estimé entre 4 000 et 6000.

La contamination par voie hétérosexuelle est aujourd'hui prédominante (35,2%)¹ et touche de plus en plus de femmes : le sex-ratio est passé de 1 femme contaminée pour 7 hommes en 1988 à 1 femme pour 3 hommes en 1998. Cependant, en termes de prévalence, certains groupes de la population sont particulièrement touchés par l'épidémie (homosexuels masculins, usagers de drogue par voie intraveineuse et personnes originaires de zones à forte endémie).

¹ BEH : nouveaux cas de sida.

Une demande d'information toujours importante

Un sondage IPSOS réalisé pour le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et le CFES et rendu public pour la première fois, confirme que l'effort d'information sur l'infection à VIH en France ne doit pas être relâché. Près de 20% de Français se considèrent mal informés sur le sida en général, sur la prévention comme sur les modes de contamination.

Une mise à distance du risque VIH

L'enquête CAP 98 (connaissances, attitudes, pratiques) met en évidence une mise à distance du risque d'être contaminé par le virus du sida ainsi qu'une diminution globale de la peur suscitée par la maladie. 20,7% des personnes interrogées en 1998 redoutent le sida pour elles-mêmes, elles n'étaient que 31,6% en 1994. A ces constats s'ajoute une tendance à la baisse des ventes de préservatifs dans les circuits commerciaux : 102,8 millions en 1999 contre 104,1 millions en 1997 et une évolution du recours au test de dépistage.

Ces tendances font craindre un relâchement de la vigilance face au sida, crainte corroborée par une recrudescence de certaines maladies sexuellement transmissibles qui étaient stabilisées depuis plusieurs années.

Le sida, on en meurt encore

L'évolution importante des thérapeutiques depuis 1996 a considérablement amélioré la qualité de vie des personnes atteintes. Toutefois l'espoir qu'elles ont suscité ne doit pas faire oublier que la vie avec le VIH reste difficile et que l'on meurt encore du sida aujourd'hui.

La campagne nationale d'affichage (du 3 au 12 juillet) vise à répondre à ce contexte de mise à distance du risque du sida. Afin de susciter une prise de conscience collective, elle rappelle la permanence des contaminations et la gravité de la maladie. Elle sera relayée, du 25 juillet au 10 septembre, par une campagne TV, déclinée autour de 3 films, mettant en scène la vulnérabilité de chacun d'entre nous face au risque sida. Ce dispositif grand public sera complété par des programmes de prévention et de communication ciblés destinés à des publics prioritaires.

Contacts presse

Cabinet du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité – Marie-Cécile Hadengue – Tel : 01 44 38 22 03

Cabinet du Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés - Isabelle Tréma - Tél. : 01.40.56.77.24

Comité français d'éducation pour la santé (CFES) – Anne Degroux – Tél. : 01.41.33.33.06



Campagne nationale de lutte contre le VIH

Dossier de presse

Conférence de presse du 03/07/00



SOMMAIRE

- I. Un programme de communication grand public et des actions ciblées pour ré-alerter sur le risque de contamination par le virus du sidap.3**
- II. Parce que l'épidémie n'est pas stabiliséep.6**
- III. Parce que l'on observe dans les études comportementales, une mise à distance du risque.....p.9**
- IV. Parce que certains indicateurs laissent craindre une modification des comportements préventifsp.12**
- V. Parce que l'on meurt encore du sida aujourd'huip.13**

Annexes :

- Résultats détaillés du sondage IPSOS
- Fiches d'actions par public
- Diagnostic précoce et traitement prophylactique. Les incidences sur la politique de dépistage
- La déclaration obligatoire
- L'évolution de la recherche
- L'action internationale
- Fiche technique de la campagne
- Les ressources

I. Un programme de communication grand public et ciblé pour ré-alerter sur le risque de contamination par le virus du sida

UN SONDAGE IPSOS RECENT² CONFIRME LA NECESSITE DE POURSUIVRE UN TRAVAIL D'INFORMATION SUR LE SIDA

Un niveau général d'information encore insatisfaisant

Une large majorité de personnes interrogées (81%) se dit bien informée en ce qui concerne **le sida en général**. Pourtant ce niveau d'information n'est perçu comme très bon que par 25% des répondants, alors que 18% de la population se dit mal ou très mal informée.

Toutes les catégories sociales se sentent majoritairement bien informées. Cependant, ce sentiment s'accroît sensiblement avec le niveau d'instruction : on observe une différence de 22 points entre les niveaux d'études les plus élevés et les plus faibles. De plus, les plus jeunes (- de 18 ans) et les plus âgés (+ de 70 ans) sont un peu moins nombreux à se sentir bien informés. On peut donc considérer qu'il existe des carences concernant les connaissances liées à la prévention et les modes de transmission : **près d'1 personne sur 5 se dit mal informée.**

Le sentiment de « bonne information » devient faible en matière de progrès de la recherche (52% de mal informés contre 47%) et de nouveaux traitements (58% contre 40%).

On relève que les moins de 35 ans se sentent un peu mieux informés que leurs aînés (35-44 ans) dans les domaines de la prévention et des modes de contamination, tandis que les plus de 35 ans sont plus nombreux à déclarer un bon niveau d'information s'agissant des nouveaux traitements ou des progrès de la recherche.

Une connaissance des traitements à améliorer

68% des personnes interrogées disent avoir entendu parler des nouveaux traitements contre le virus du sida. Ce résultat montre la nécessité de poursuivre l'information sur les traitements. Cette connaissance s'observe principalement chez les plus de 25 ans mais reste plus faible chez les moins de 25 ans, en particulier chez les 15-19 ans.

Un optimisme exagéré face aux bénéfices des nouveaux traitements

Parmi les personnes ayant entendu parler des nouveaux traitements, 43% se déclarent « moins inquiets » qu'avant, chiffre important compte tenu du pronostic vital de cette maladie encore incurable et de la pénibilité des traitements.

De plus, lorsque l'on prend en compte le caractère transmissible de l'infection à VIH, on observe que : 14% pensent qu'il n'est plus autant besoin de prendre des précautions (8% parmi les moins de 35 ans) et 20% jugent la prévention moins essentielle.

Les attitudes dans des situations à risque de contamination

Placés de façon fictive dans une situation à risque de contamination, 78% des personnes interrogées déclarent que leur attitude la plus probable consisterait à aller directement aux urgences ou chez leur médecin. Cependant, 18% attendraient plutôt quelques mois avant de faire un test de dépistage. Les

² Sondage réalisé auprès de 1008 personnes, constituant un échantillon national représentatif de la population française âgée de 15 ans et plus. Les résultats détaillés sont disponibles en annexe.

réponses ne varient pas selon que les interviewés déclarent ou non avoir entendu parler des nouveaux traitements.

En revanche, on note que parmi les 15 - 45 ans, les interviewés affichent des attitudes plus attentistes, tandis que les plus de 45 ans optent plus résolument pour une consultation immédiate.

DES ACTIONS GRAND PUBLIC PUISSANTES ET UN DISPOSITIF CIBLE EN AFFINITE AVEC LES PUBLICS PRIORITAIRES

Des actions nationales pour ré-alerter sur la permanence des contaminations

- Une campagne nationale d'affichage fondée sur la prise de conscience collective du risque du sida

Le mécanisme de la campagne repose sur la dissonance que crée la cohabitation d'une phrase citant un chiffre de la vie quotidienne et d'une phrase témoignant de la situation épidémiologique (« 1 championnat d'Europe tous les 4 ans » / « 1 personne contaminée par le virus du sida toutes les 2 heures en France. » ou « Demain, 3 minutes de soleil en moins. » / « Demain, 12 personnes de plus contaminées par le virus du sida en France. »). La signature : « le sida, on en meurt encore » est là pour rappeler le caractère encore incurable de la maladie alors que près d'un Français sur dix pense qu'on guérit du sida. Plus de 27 000 affiches seront présentes dans tout le territoire du 3 au 12 juillet et déclinées spécialement pour les DOM du 4 au 20 juillet. Le choix de l'affichage correspond à une volonté de toucher toutes les catégories de la population, le caractère omniprésent des messages leur confère une dimension événementielle et constitue une garantie d'impact.

- Une campagne TV fondée sur la notion de vulnérabilité individuelle

La campagne télévisée devra permettre à chacun de s'approprier le message d'alerte collective, de faire comprendre que si tout le monde n'est pas confronté au risque sida de manière uniforme, chacun peut y être confronté à un moment ou à un autre de sa vie et que le préservatif est la seule protection.

La télévision apparaît comme le média le plus adéquat dans la mesure où il permet de concilier impact émotionnel, accessibilité au plus grand nombre et possibilités narratives. Le film sera décliné en trois versions : une version mettant en scène une relation homme/femme, une autre version une relation homme/homme et une version pour les DOM, il sera diffusé du 24 juillet au 3 septembre sur toutes les chaînes hertziennes (TF1, France 2, France 3, Canal +, La Cinquième, M6) et sur les chaînes des DOM (4 chaînes RFO, ATV, ACG, La Une Guadeloupe, Antenne Réunion).

Des actions ciblées pour aborder des problématiques spécifiques

Les campagnes nationales seront complétées par des actions ciblées qui permettront de toucher les publics prioritaires de la lutte contre le VIH. Le Ministère et le CFES ont bâti des programmes ciblés associant des actions de proximité s'appuyant sur le tissu associatif et des actions de communication utilisant les réseaux affinitaires auprès de différents publics :

- Les hommes ayant des rapports homosexuels : une campagne dans la presse gaie complétée par des documents diffusés dans les établissements gais aura pour objectif de rappeler la nécessité de maintenir des comportements préventifs
- Les femmes en direction desquelles seront notamment développés pour la première fois une campagne spécifique dans la presse féminine et des documents d'information
- Les jeunes : un partenariat d'envergure avec Skyrock associant la radio et internet est prévu à l'automne.

- Les populations migrantes : des actions de partenariat radio et TV, donnant la parole aux leaders de des communautés auront pour objectif de relayer l'information auprès des différentes communautés migrantes les plus touchées par l'épidémie. Les thèmes du dépistage, de l'accès aux soins, des traitements, de la prévention et de la solidarité seront abordés.
- Les usagers de drogues : des actions de prévention et de réduction des risques infectieux (VIH et VHC) seront mises en œuvre notamment grâce à la mobilisation des pharmaciens et des élus.
- Les habitants des DOM : en complément des actions locales un programme de communication ambitieux sera mis en place à travers des actions media (déclinaison de la campagne d'affichage, TV et des partenariats radio).

II. Parce que l'épidémie n'est pas stabilisée

Apparue en 1981, l'épidémie a mobilisé des moyens sans précédents dans l'histoire de la santé publique. Dès qu'ont été cernés les modes de transmission, avant même que ne soit identifié le virus, les premières mesures de prévention sont apparues. Les personnes concernées ont construit les modes de réponse préventifs qui étaient à leur portée, avant même que cette pathologie ne soit prise en compte par le corps médical : ce sont les associations qui ont élaboré les premières réponses, dès 1983, mettant en place de nombreuses actions de prévention, d'information, d'aide aux malades. La prévention s'est imposée non pas faute de mieux, mais comme mode spontané de réponse sociale entraînant dans son sillage les réponses professionnelles puis l'action des pouvoirs publics.

L'action s'est ensuite organisée, une politique de lutte contre l'épidémie a été définie, dont le cœur est la prévention, l'accès au dépistage et le soutien des personnes atteintes et dont la force est une alliance entre les pouvoirs publics, la recherche, les professionnels et les réseaux associatifs.

LES EFFETS DE LA POLITIQUE DE PREVENTION MESURABLES

L'impact de cette mobilisation, la réussite d'une politique de prévention sur la diffusion épidémique avant l'arrivée de traitements efficaces (les trithérapies en 1996) peuvent être mesurés :

- les séropositivités diagnostiquées chaque année passent de 12 000 en 1985 à 5 000 à partir de 1995,
- le nombre des nouvelles contaminations passe de plus de 20 000 dans les années 1985 à environ 5 000 par an à partir de 1995,
- les cas de transmission materno-fœtale, prévenue par l'administration d'AZT puis la réalisation de césarienne passe de 60 en 1990 à 9 en 1997 et 0 au premier trimestre 1998.

LE NIVEAU ANNUEL DE CONTAMINATIONS NE DIMINUE PLUS DEPUIS 1995

Le nombre de nouvelles contaminations a été estimé entre 4000 et 6000 par an en 1995. Aucun indicateur ne permet de penser à une évolution significative, à la baisse, du nombre de contaminations annuelles.

Le système de surveillance actuel ne donne que des informations fragmentaires permettant de faire des hypothèses sur les nouvelles contaminations et la population touchée par l'infection.

Néanmoins, ces données, issues du système de surveillance de la séropositivité des RESORS VIH (13 régions hors Ile de France et DOM, jusqu'à 1998), de l'analyse de l'activité de dépistage et des cas de sida récents, à travers l'enquête hospitalière DMI 2, montrent des évolutions convergentes.

LE NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC L'INFECTION A VIH AUGMENTE

L'évolution des personnes atteintes vers le stade sida, a considérablement diminué à partir de 1996 et continue de diminuer mais plus faiblement. 1 100 nouveaux cas ont été diagnostiqués au 1er semestre 1998, soit 2,5 fois moins qu'au 1er semestre 1996. La baisse est de 6% entre le dernier semestre 1997 et le premier semestre 1998³.

Le nombre de décès diminue. 400 décès ont été enregistrés au 1er semestre 1998, soit 5 fois moins qu'au 1er semestre 1996. La baisse est de 27% entre le dernier semestre 1997 et le 1er semestre 1998.

Le nombre de séjours en hospitalisation complète n'a cependant pas évolué, pas plus que la durée moyenne de séjour.

L'EPIDEMIE TOUCHE AUJOURD'HUI MAJORITAIREMENT LES PERSONNES HETEROSEXUELLES. AU SEIN DE CETTE POPULATION, LES FEMMES SONT PARTICULIEREMENT VULNERABLES

La contamination hétérosexuelle devient prédominante parmi les diagnostics récents de séropositivité même si les chiffres varient selon les régions.

Parmi les nouveaux diagnostics de sida en 1998, pour la première fois, le mode de contamination hétérosexuel prédomine.

Evolution de la répartition des nouveaux cas de sida par groupe de transmission

Groupe de transmission	1990	1994	1998
Homosexuel bisexuel masculin	49,1%	41,2%	29,1%
Usager de drogues injectables	25%	23,9%	21,4%
Contamination hétérosexuelle	14,2%	22,7%	35,2%

Répartition des séropositivités diagnostiquées par groupes de transmission (RESORS VIH) en 1998 :

28% homo et bisexuels
49% hétérosexuels
11% usage de drogues
9% inconnue

³ BEH, 1998.

L'augmentation de l'âge moyen des personnes atteintes se confirme : la part des moins de 30 ans parmi les personnes dépistées positives passe de 65% en 1988 à 40% en 1998⁴.

Peu touchées dans les premières années de l'épidémie, **les femmes représentent aujourd'hui le quart des cas de sida et le tiers des séropositivités en France**. Le sex-ratio est passé de 1988 à 1998 de 1 femme contaminée pour 7 hommes à 1 femme pour 3 hommes.

On évalue entre 20 000 et 30 000 le nombre de femmes séropositives, soit 30% à 40% selon les régions.

Outre des facteurs physiologiques propres aux femmes, des facteurs économiques, culturels et sociaux rendent certaines d'entre elles vulnérables au risque de contamination par le VIH.

Une forte prévalence de l'infection persiste dans certaines populations

L'augmentation des cas de sida et des diagnostics de séropositivité parmi les personnes contaminées par voie hétérosexuelle ne doit pas faire oublier qu'en termes de prévalence certains groupes de population sont particulièrement touchés par l'épidémie :

- groupes liés à un mode de transmission (homo - bisexuels et usagers de drogues par voie intraveineuse)
- groupes liés à une forte prévalence dans le pays d'origine (Afrique subsaharienne et zone Caraïbe).

⁴ BEH, 1998.

III. Parce que l'on observe dans les études comportementales une mise à distance du risque

Des **enquêtes CAP** (connaissances, attitudes, pratiques) ont été menées en France en 1990, 1992, 1994 et 1998 sur des échantillons représentatifs de la population française de 18 à 69 ans.

En 1994, alors que les traitements de l'infection à VIH étaient peu efficaces et que la mortalité par sida restait très élevée, les résultats de l'enquête avaient montré un certain consensus de l'opinion autour de valeurs de solidarité à l'égard des personnes séropositives. Les répondants se sentaient très concernés par le sida, une demande croissante de contrôle social de la maladie s'exprimait dans le même temps, et percevaient les risques liés à l'épidémie de façon diffuse et multiforme.

A cette époque, les comportements vis-à-vis du risque de contamination avaient évolué dans le sens d'une utilisation plus fréquente du préservatif et de l'adoption de stratégies alternatives d'évitement du risque (sélection des partenaires, demande d'un test de dépistage, etc.).

En 1998, des modifications de la représentation de la maladie apparaissent, sans que l'on puisse dire avec certitude que ces modifications soient liées à l'arrivée des nouveaux traitements.

UNE DIMINUTION DE LA CRAINTE A L'EGARD DU SIDA ET DE LA PERCEPTION DU RISQUE PERSONNEL D'ETRE CONTAMINE PAR LE VIH

Une mise à distance du risque

Le risque multiforme et diffus, identifié en 1994 s'est transformé en un risque plus éloigné, davantage confiné à la sphère médicale mais pas forcément mieux compris. Ces modifications peuvent laisser redouter un futur relâchement des comportements de prévention.

En 1998, on constate :

- que davantage de répondants se considèrent comme n'ayant aucun risque d'être contaminés par le virus du sida.

- une diminution globale de la peur suscitée par les risques et maladies infectieuses fréquemment liées au sida. ***La proportion de personnes qui craignent beaucoup le sida pour elles-mêmes est passée de 13,1% en 1992 à 31,6% en 1994 et 20,7% en 1998.***

Les répondants sont également moins nombreux à se percevoir comme ayant un risque supérieur à la moyenne d'être contaminés par le sida. Ils sont 3,3% en 1998 contre 4,9% en 1994.

Même si ce sont essentiellement les répondants potentiellement les moins exposés au VIH (personnes mariées, monopartenaires et personnes âgées) qui restent les moins inquiets, la diminution globale de la crainte face au sida concerne également l'ensemble des répondants.

Un moindre recours au dépistage

En 1998, environ 64% des répondants déclarent n'avoir jamais effectué de test de dépistage. La principale raison invoquée est de se percevoir sans risque (raison invoquée par 83,2% des répondants non testés en 1998).

Le recours au test de dépistage au cours de l'année a fortement diminué depuis 1994 alors qu'il n'avait cessé d'augmenter auparavant. Cette diminution concerne notamment les jeunes, les célibataires et les

multipartenaires qui restent cependant ceux qui ont eu le plus recours au test de dépistage durant cette période.

Une diminution du recours au test de dépistage, certes préoccupante, mais qui ne signifie pas forcément un abandon des comportements de protection. En effet, un moindre recours au test s'il peut être interprété comme une attitude de mise à distance du risque, peut aussi résulter d'une meilleure évaluation du risque encouru et donc d'une meilleure adéquation entre la notion de prise de risque et la pratique du test.

DES MODIFICATIONS PROFONDES DE LA REPRESENTATION DU SIDA ET DES PERSONNES SEROPOSITIVES

Une diminution de la demande de contrôle social

On observe en 1998 une diminution du nombre de personnes favorables au dépistage obligatoire et à la création d'établissements spécialisés dans la prise en charge des personnes atteintes du sida.

Une perception plus « médicalisée » du sida

Les deux tiers des personnes interrogées savent qu'il existe des nouveaux traitements de l'infection au VIH. Parmi elles, une grande majorité connaît leurs bénéfices en termes d'allongement de durée de vie.

Des attitudes plus indifférentes à l'égard des personnes séropositives

Les attitudes à l'égard des personnes séropositives se modifient. Les personnes interrogées semblent plus hésitantes ou indifférentes à l'égard de situations telles que travailler avec une personne séropositive ou laisser ses enfants en sa compagnie. Les attitudes d'exclusion sont en nette diminution.

L'IMPACT DES NOUVEAUX TRAITEMENTS SUR LA PERCEPTION DE LA MALADIE

Deux tiers des personnes interrogées ont entendu parler des nouveaux traitements contre le virus du sida. Ces personnes sont aussi celles qui se sentent les plus concernées par le VIH en ayant dans leur entourage une personne séropositive ou en ayant déjà craint d'être elles-mêmes contaminées.

Un optimisme exagéré quant à l'efficacité des traitements pour éradiquer le virus...

95% des personnes ayant entendu parler des nouveaux traitements savent qu'ils prolongent la vie des malades mais, plus d'une personne sur 10 pense, à tort, que les nouveaux traitements guérissent définitivement du sida ; optimisme davantage partagé par les plus âgés et les moins diplômés.

... mais une attitude de prudence quant à leur efficacité pour empêcher la transmission du virus

Les répondants font cependant preuve de prudence quant à l'efficacité des nouveaux traitements pour empêcher la transmission du virus (82,8% des personnes ayant entendu parler des traitements ne sont pas d'accord avec l'affirmation selon laquelle « grâce aux nouveaux traitements, les séropositifs traités ne transmettent plus le virus du sida »).

Une connaissance des nouveaux traitements corrélée à une moindre perception du risque

Près d'un tiers des personnes interrogées pensent que, grâce aux nouveaux traitements, les gens se font moins de souci lorsqu'ils ont pris un risque ; elles sont également près d'un quart à penser que les gens se protègent moins qu'avant. Ce sont, de nouveau, les plus âgés et les moins diplômés qui adhèrent davantage à cette proposition.

IV. Parce que certains indicateurs laissent craindre une modification des comportements préventifs

LA STAGNATION DU MARCHE DES PRESERVATIFS

On a observé en 1998 une légère baisse des ventes de préservatifs de – 4,2% par rapport à 1997. Cette diminution était la première observée depuis 1988. Cette baisse est surtout imputable au marché des officines et ne peut être corrélée à un facteur prix.

Même si les données 1999 (102,7 millions d'unités) ne confirment pas cette baisse, la tendance est plutôt à une stagnation qu'à une progression.

UNE IMPORTANTE REPRISE DES GONOCOCCIES

Le réseau RENAGO (réseau de surveillance des gonococcies, agents responsables de la blennorragie) a mis en évidence une augmentation brutale du nombre des gonococcies diagnostiquées en 1998 alors que ce nombre avait diminué avec la prévention du VIH, de 1986 à 1997, aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

Cette élévation se retrouve sur tout le territoire mais concerne plus fortement l'île de France. Elle touche les deux sexes mais de manière plus marquée la population homo-bisexuelle (du fait du sexe ratio et de l'importance des prélèvements anaux-rectaux positifs).

Sur le plan comportemental cette reprise des gonococcies peut résulter d'une augmentation du nombre de partenaires sexuels et de pratiques à risque. L'hypothèse d'un relâchement du « safer sex », parmi les homosexuels et bisexuels masculins est envisageable bien que ne pouvant être validée par les données comportementales disponibles qui sont antérieures à 1998.⁵

LES APPELS DE SIDA INFO SERVICE

On constate une diminution des sollicitations du numéro vert Sida Info Service (service téléphonique d'écoute, de prévention, de soutien des personnes atteintes par le VIH et de leurs proches qui constitue une pièce maîtresse du dispositif de lutte contre le sida) amorcée en 1996 (2 400 000 sollicitations enregistrées par France Télécom en 95 contre 1 073 911 en 98). Une partie de la baisse des appels semble trouver sa source dans l'optimisme provoqué par les progrès thérapeutiques, une moins grande préoccupation de prévention et une certaine lassitude de l'opinion publique.

⁵ BEH, N°26/1999.

V. Parce que l'on meurt encore du sida aujourd'hui

UNE VIE AVEC LE VIRUS QUI RESTE DIFFICILE

Depuis mars 1996, l'arrivée des anti-protéases a permis d'améliorer considérablement la prise en charge médicale des personnes. Prescrits en association avec d'autres médicaments anti-VIH, ces traitements ont permis un recul important de la mortalité et de la morbidité liées au sida. 89% des personnes ayant répondu à l'enquête de l'association AIDES⁶ affirment que les traitements ont un effet positif dans leur vie.

Ces progrès considérables sont cependant assortis de difficultés importantes pour les personnes. Difficultés dues aux traitements eux-mêmes (horaires des prises, nombre de comprimés, effets secondaires) mais aussi aux conditions psychosociales dans lesquelles vivent les malades. Pour être durablement efficaces, les traitements anti-VIH actuellement disponibles doivent être pris de façon ininterrompue, à la dose prescrite, en respectant les horaires de prises et, pour certains médicaments, des conditions particulières (à jeun ou en mangeant etc.). En effet, ces traitements permettent d'éviter la multiplication du virus, mais pas de l'éliminer. Plus de 50% des personnes confient prendre leurs traitements sans interruption. Les principales causes d'interruption du traitement sont psychologiques : lassitude et la dépression. Viennent ensuite les effets secondaires.

Ces résultats confirment ce que les associations constatent dans leur vie quotidienne : un besoin important de soutien des personnes qui sont gagnées par la lassitude et l'usure dans une démarche de traitement à long terme. Les femmes rencontrent davantage de difficultés pour prendre leur traitement. Elles ont une vision moins positive des aspects bénéfiques du traitement et manifestent plus de difficultés à maintenir une bonne observance. Un tiers d'entre elles souffre d'un fort sentiment de dégradation de leur image corporelle. Elles remettent, de ce fait, plus en cause l'intérêt du traitement.

DES SITUATIONS D'ECHEC THERAPEUTIQUE PREOCCUPANTES

Le succès thérapeutique de ces dernières années ne soit pas faire oublier qu'environ 6% des patients se trouvent aujourd'hui en échec thérapeutique sévère (succession d'échecs thérapeutiques)⁷, selon une enquête réalisée sur la file active de 24 hôpitaux⁸ soit 22 536 patients.

Si la prescription de multithérapies a eu un impact important sur l'état de santé des personnes infectées par le VIH, les effets secondaires existent dans plus de 50% des cas (répartition anormale des graisses et troubles du métabolisme glucidique et lipidique notamment). De plus, certains patients traités gardent une charge virale détectable et un important déficit immunitaire.

Les raisons de ces échecs sont liées notamment à des difficultés de prise de traitement et aux problèmes de résistance du virus aux antirétroviraux.

⁶ L'association AIDES a réalisé avec le soutien d'Ipsos une enquête de novembre à décembre 1998 intitulée « Les mille et une façons de prendre son traitement », enquête à laquelle 1600 personnes en traitement ont répondu. Parallèlement, AIDES a réalisé en février 99 une enquête auprès de médecins hospitaliers et généralistes.

⁷ Une personne est considérée en échec thérapeutique lorsqu'elle a été traitée par antirétroviraux depuis plus de 6 mois et présente néanmoins des lymphocytes CD4 < 200/ml et une charge virale > 30 000 copies/ml.

⁸ « Personnes infectées par le VIH en situation d'échec thérapeutique au 1^{er} trimestre 1999 » - BEH 22 février 2000.

LE ROLE PRIMORDIAL DU MEDECIN

Le rôle du médecin est fondamental dans l'observance des traitements. D'après l'enquête réalisée par l'association AIDES auprès de 1 600 personnes en traitement, l'interlocuteur privilégié des personnes pour discuter de leurs problèmes ou de leur motivation à prendre un traitement est pour 82% le médecin habituel et à 52% le médecin généraliste et 48% les amis.

Un écart important apparaît entre les perceptions des médecins et celles des patients. Les médecins semblent très attentifs aux aspects techniques du traitement (nombre et taille des gélules, nombre de prises, etc.). Ainsi, les problèmes d'observance sont majoritairement détectés par les médecins à l'occasion des examens sanguins. Cette méthode précède de loin le dialogue autour de la prise du traitement. Les patients sont surtout préoccupés par les difficultés à intégrer le traitement dans leur vie quotidienne et par leur qualité de vie (avec l'espoir de pouvoir arrêter le traitement un jour, ou la difficulté à gérer les effets secondaires).

On constate donc un écart important entre les représentations, les attentes, les attitudes des patients et celles des médecins.

Un dialogue entre le médecin et son patient à chaque étape de la prise en charge thérapeutique est le meilleur garant de l'efficacité des traitements.

RAPPEL DES PRINCIPAUX CHIFFRES DEPUIS LE DEBUT DE L'EPIDEMIE

- 48 453 personnes ont développé un sida depuis le début de l'épidémie.
- 36 000 personnes sont décédées depuis le début de l'épidémie.
- 20 500 personnes vivent avec un sida en 1998 dont 1 000 dans les DOM.

Situation en 1998

- On estime à 120 000 le nombre des personnes atteintes.
- 90 000 personnes sont prises en charge.
- Parmi elles, 20 500 sont au stade sida.

Géographie du sida

En se référant au nombre de cas pour 1 million d'habitants diagnostiqués entre juillet 1997 et juin 1998, les régions les plus touchées sont :

- Antilles - Guyane (116)
- Ile de France (100)
- PACA (56)
- Aquitaine (41)
- Languedoc Roussillon (37)
- Midi-Pyrénées et Haute-Normandie (28)
- Centre et Rhône-Alpes (25)
- Bretagne et Limousin (21)

ANNEXES

- Résultats détaillés du sondage IPSOS :
Les Français et le sida 2
- Fiches d'actions par public 7
- Diagnostic précoce et traitement prophylactique.
Les incidences sur la politique de dépistage 24
- La déclaration obligatoire..... 26
- L'évolution de la recherche 28
- L'action internationale 29
- Fiche technique de la campagne..... 35
- Les ressources..... 36



Les Français et le sida

Fiche technique

SONDAGE EFFECTUE POUR :	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité / CFES
DATE DU TERRAIN :	Les 26 et 27 mai 2000
ECHANTILLON :	1008 personnes, constituant un échantillon national représentatif de la population française âgée de 15 ans et plus.
METHODE :	Echantillon interrogé par téléphone suivant la méthode des quotas : sexe, âge, profession du chef de ménage, après stratification par région et catégorie d'agglomération.



Résultats d'ensemble

Question : Diriez-vous que vous vous sentez très bien informé, plutôt bien informé, plutôt mal informé ou très mal informé, en ce qui concerne le sida, en général ?

	%
• Très bien informé	25
• Plutôt bien informé	56
ST Bien informé	81
• Plutôt mal informé	14
• Très mal informé	4
ST Mal informé	18
• Ne se prononce pas	1
	100

Question : Plus précisément, diriez-vous que vous vous sentez très bien informé, plutôt bien informé, plutôt mal informé ou très mal informé en ce qui concerne la prévention du sida ?

	%
• Très bien informé	30
• Plutôt bien informé	52
ST Bien informé	82
• Plutôt mal informé	12
• Très mal informé	5
ST Mal informé	17
• Ne se prononce pas	1
	100

Question : Plus précisément, diriez-vous que vous vous sentez très bien informé, plutôt bien informé, plutôt mal informé ou très mal informé en ce qui concerne les modes de contamination ?

	%
• Très bien informé	32
• Plutôt bien informé	48
ST Bien informé	80
• Plutôt mal informé	13
• Très mal informé	6
ST Mal informé	19
• Ne se prononce pas	1
	100

Question : Plus précisément, diriez-vous que vous vous sentez très bien informé, plutôt bien informé, plutôt mal informé ou très mal informé en ce qui concerne les progrès de la recherche sur le sida ?

	%
• Très bien informé	10
• Plutôt bien informé	37
ST Bien informé	47
• Plutôt mal informé	39
• Très mal informé	13
ST Mal informé	52
• Ne se prononce pas	1
	100

Question : Plus précisément, diriez-vous que vous vous sentez très bien informé, plutôt bien informé, plutôt mal informé ou très mal informé en ce qui concerne les nouveaux traitements du sida ?

	%
• Très bien informé	9
• Plutôt bien informé	31
ST Bien informé	40
• Plutôt mal informé	45
• Très mal informé	13
ST Mal informé	58
• Ne se prononce pas	2
	100

Question : Avez-vous entendu parler des nouveaux traitements (par exemple les trithérapies) contre le virus du sida ?

	%
• Oui	68
• Non	32
• Ne se prononce pas	0
	100



Question : Diriez-vous que depuis que ces nouveaux traitements existent...

Vous êtes moins inquiet qu'avant ?	Ensemble %	Ayant entendu parler des trithérapies %
• Oui, tout à fait	18	18
• Oui, plutôt	28	25
ST Oui	46	43
• Non, plutôt pas	22	24
• Non, pas du tout	29	31
ST Non	51	55
• Ne se prononce pas	3	2
	100	100

(Suite)

On a moins besoin de prendre des précautions ?	Ensemble %	Ayant entendu parler des trithérapies %
• Oui, tout à fait	10	9
• Oui, plutôt	7	5
ST Oui	17	14
• Non, plutôt pas	14	13
• Non, pas du tout	66	70
ST Non	80	83
• Ne se prononce pas	3	3
	100	100

(Suite)

La prévention est moins essentielle qu'avant ?	Ensemble %	Ayant entendu parler des trithérapies %
• Oui, tout à fait	15	14
• Oui, plutôt	9	6
ST Oui	24	20
• Non, plutôt pas	16	12
• Non, pas du tout	57	66
ST Non	73	78
• Ne se prononce pas	3	2
	100	100

Question : Imaginons une situation où vous ayez l'impression d'avoir pris la veille un risque réel de contamination du sida (par exemple, un rapport sexuel non protégé avec un nouveau partenaire), quelle serait votre attitude ?

	Ensemble %	Personnes ayant entendu parler des trithérapies %
• Vous attendez 3 mois pour faire un test de dépistage	18	19
• Vous allez immédiatement aux urgences ou chez votre médecin	78	77
• Ne se prononce pas	4	4
	100	100

Question : En général, est-ce que vous vous sentez concerné(e) par les campagnes d'information concernant le sida ?

	%
• Oui, tout à fait	33
• Oui, plutôt	34
ST Oui	67
• Non, plutôt pas	16
• Non, pas du tout	17
ST Non	33
• Ne se prononce pas	0
	100

Question : Diriez-vous du sida qu'en général ...

	%
• Qu'on en parle trop	6
• Qu'on n'en parle pas assez	45
• Qu'on en parle juste comme il faut	48
• Ne se prononce pas	1
	100

Question : Vous-même, diriez-vous que votre intérêt concernant le sida, est :

	%
• Plus faible qu'il y a quelques années	20
• Le même qu'il y a quelques années	43
• Plus fort qu'il y a quelques années	34
• Ne se prononce pas	3
	100

Fiches d'actions par public

Les hommes ayant des rapports homosexuels

SANTE ET MODES DE VIE

Les hommes ayant des rapports homosexuels représentent **un public hétérogène tant par leurs modes de vie que par leurs pratiques** (homosexuels proches du « milieu gai », homosexuels et bisexuels non identitaires, couples homosexuels, jeunes homosexuels).

Parmi l'ensemble des hommes ayant des relations sexuelles entre eux, le nombre de personnes contaminées est important comparativement à d'autres populations.

Sur les 5 000 nouvelles contaminations estimées¹ chaque année par le VIH, on évalue à environ un tiers celles par de relations sexuelles entre hommes. **Aujourd'hui, comme hier, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes sont très exposés au VIH.**

Pourtant, **les hommes homosexuels ont profondément modifié leur mode de vie et adapté leurs pratiques sexuelles à l'épidémie.** En 1997², alors que quatre homosexuels sur dix utilisent systématiquement le préservatif pour la pénétration avec un partenaire stable, près des trois quarts des répondants le faisaient avec leurs partenaires occasionnels.

En dépit de cette forte intégration du préservatif, **les prises de risque persistent.** Il n'est pas possible de l'attribuer à un abandon total des comportements préventifs lors des relations sexuelles, qui suivrait une période de prévention. Certaines prises de risque se produisent de façon accidentelle, d'autres en fonction de la relation avec le partenaire : avec un partenaire stable, l'abandon des précautions est fréquent sans que chacun connaisse bien toujours son statut sérologique et celui de l'autre ; avec des partenaires occasionnels, des défaillances ponctuelles semblent être en cause.

Les raisons qui motivent ces prises de risque sont complexes et montrent qu'au-delà de l'information, ce qui se joue dans une relation est essentiel. Cette complexité est devenue un élément déterminant de toute réflexion et de toute action contre l'infection à VIH.

Il ne faut pas en conclure qu'une contamination par le VIH est inévitable. Après plus de quinze ans d'épidémie, la majorité des hommes ayant des rapports homosexuels a réussi à se préserver du VIH et des autres MST. Les observations indiquent que beaucoup, en particulier dans les couples où l'un des partenaires est contaminé, ont **besoin d'une aide et d'un soutien pour maintenir des comportements préventifs.** C'est l'un des enjeux des années à venir.

¹ Selon le Réseau national de santé publique (RNSP), devenu l'Institut de veille Sanitaire (IVS).

² Enquête Presse Gaie 1997 (CESES)

PREVENTION

Des actions de proximité

Depuis 1989, les pouvoirs publics soutiennent les associations qui réalisent des actions de prévention et de soutien auprès des hommes qui ont des relations homosexuelles. Le ministère chargé de la santé et ses services déconcentrés les subventionnent pour des programmes spécifiques. En complément à ces soutiens communautaires, les acteurs sanitaires et sociaux sont également invités à développer des actions locales auprès des homosexuels.

La volonté de travailler à une meilleure intégration des personnes homosexuelles s'appuie sur de nombreuses études qui ont montré qu'**une absence de reconnaissance sociale favorise la vulnérabilité face au VIH**. Cette donnée a incité les pouvoirs publics ou des collectivités locales à soutenir des actions de lutte contre le sida lors d'événements culturels homosexuels (festivals de films, concours, pièces de théâtre...) ou identitaires (Salon de l'homosocialité, Lesbian and Gay Pride...).

Les actions sur les lieux de rencontre homosexuels ont plusieurs objectifs :

- poursuivre et développer l'information (diffusion de brochures adaptées ...),
- favoriser un recours accru au préservatif et au gel lubrifiant,
- valoriser les pratiques sexuelles à moindre risque.

Dans certaines villes, des centres spécialisés dans l'accueil des homosexuels, des comités de l'association AIDES, des associations locales participent activement à ces actions. Dans les établissements commerciaux (bars, saunas, discothèques...), le Syndicat national des entreprises gais (SNEG) est chargé de diffuser les documents qu'il conçoit ou ceux édités par les pouvoirs publics et les associations et de mettre en place, avec les responsables et le personnel des établissements, des actions de prévention et la mise à disposition de préservatifs et des guides.

Toutefois, la seule connaissance des modes de transmission et des mesures de prévention n'est pas suffisante : aider les hommes qui ont des relations homosexuelles à mieux faire face à l'infection à VIH nécessite aussi la création de dispositifs permettant de **favoriser une réflexion personnelle**. Celle-ci suppose des espaces de parole et d'écoute, individuels ou collectifs, qui peuvent être différents selon le public : homosexuels affirmés ou jeunes qui découvrent leurs premiers désirs, hommes qui ont perdu leur compagnon ou des proches... Certains sont animés par des associations, d'autres par les organisations d'éducation à la santé ou les organismes spécialisés dans l'infection à VIH : consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), équipes mobiles d'information et de prévention du Sida (EMIPS)...

Des associations de jeunes homosexuels participent également à l'information et à la prévention auprès des hommes de leur génération. Pour les jeunes qui s'interrogent sur leur orientation sexuelle et pour leurs proches, une ligne téléphonique - la ligne Azur : 0 801 20 30 40 - a été mise en place avec Sida Info Service. Les parents concernés peuvent également poser des questions sur l'homosexualité de leur enfant et partager leur expérience grâce à l'association Contact (parents, familles et amis de gais et de lesbiennes).

La participation des personnes homosexuelles contaminées et des patients en traitement est indispensable pour faire reculer l'épidémie. Eux aussi ont besoin d'être aidés par les réseaux communautaires et les réseaux de soins. L'Association des médecins gais (AMG), le Centre gai et lesbien de Paris (CGL), ou AIDES Paris Ile-de-France organisent des rencontres conviviales qui permettent de rompre l'isolement, de reprendre goût à la vie malgré les épreuves. Ces interventions visent aussi à favoriser la prise en charge médicale.

Les actions conjuguées des pouvoirs publics et d'un tissu associatif riche d'expérience sont nécessaires. Même s'il est difficile d'évaluer directement leurs effets, des bilans réguliers, en particulier sur les actions de communication des pouvoirs publics, montrent qu'elles sont appréciées par les homosexuels³.

Par ailleurs, dans leur pratique quotidienne, les acteurs de santé ont aussi un rôle primordial à jouer.

Une communication ciblée de l'été 2000

- Campagne TV

Parmi les films de la campagne télévisée « grand public », un film de prévention met en scène une relation entre hommes. Il a pour objectif de réactiver la notion du risque sida afin d'éviter tout phénomène de « relapse ».

- Campagne Presse

Une campagne dans la presse « gay » ré-alerte sur la permanence des contaminations et sur la nécessité de maintenir des comportements préventifs.

- Informations sur le terrain

Dès septembre, une diffusion massive de documents informatifs, en partenariat avec le **SNEG**, permettra de réactualiser l'information de la communauté homosexuelle.

En novembre, un partenariat avec les sites de rencontre Minitel, Audiotel et Internet sera établi afin d'intégrer des messages de prévention et de promouvoir des outils d'information existants.

Ces documents auront pour objectif non seulement de remobiliser et d'informer sur la prévention, mais également d'inciter à une démarche qualitative de dépistage précoce et de favoriser une démarche lors d'une prise de risque (traitement prophylactique). Compte tenu de la forte prévalence du VIH dans la population homosexuelle, le risque de contamination est élevé. L'intégration dans les connaissances du recours au traitement prophylactique est à développer.

- Actions à destination des jeunes homosexuels

Des actions de promotion de la ligne téléphonique AZUR (service d'écoute à destination des jeunes qui se posent des questions sur leurs orientations sexuelles) seront à nouveau mises en place.

³ En particulier sur les adolescents dans la communication des pouvoirs publics.

Les femmes

SANTE ET MODES DE VIE

Peu touchées dans les premières années de l'épidémie, **les femmes représentent aujourd'hui le quart des cas de sida et le tiers des séropositivités en France.** Le sexe-ratio est passé de 1988 à 1998 de 1 femme contaminée pour 7 hommes contaminés à 1 femme pour 3 hommes. On évalue entre 20 000 et 30 000 le nombre de femmes séropositives, soit 30% à 40% selon les régions. Les contaminations par voie hétérosexuelle sont devenues le premier mode de transmission du VIH.

Aux facteurs physiologiques propres aux femmes s'ajoutent des facteurs économiques, sociaux et culturels qui rendent certaines femmes **plus vulnérables au risque de contamination par le VIH.** Ainsi, 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.

De plus, la négociation de la prévention reste difficile pour certaines femmes selon leur contexte de vie. L'existence de violences à l'encontre des femmes (violences physiques ou morales), la précarité et l'exclusion (prostitution, usage de drogue ...) constituent des facteurs aggravants au regard de la prévention du VIH et des autres MST, de même que le fait d'être dans des situations de précarité ou d'extension (prostitution, usage de drogues...).

PREVENTION

Un programme de prévention en direction des femmes est indissociable d'une démarche plus large visant à promouvoir leurs droits en matière de sexualité comme dans d'autres sphères de leur vie.

C'est pourquoi la prévention en direction des femmes passe par la promotion de leurs droits, l'évolution de leur statut social et des représentations traditionnelles du rapport hommes/femmes.

Si l'objectif est ambitieux, il apparaît comme incontournable dans le contexte actuel de l'épidémie. Acteurs essentiels de l'éducation à la santé dans leur entourage, traditionnellement responsables de la contraception dans le couple, elles peuvent devenir un des « leviers » essentiels de la prévention en milieu hétérosexuel.

Une communication ciblée

Les campagnes « tous publics » s'attachent à ce que le plus grand nombre et a fortiori les hommes comme les femmes puissent s'approprier les messages. Elle seront complétées par deux actions d'envergure mises en place spécifiquement à destination des femmes :

- Campagne « Femmes et VIH » 2000

L'objectif de cette campagne de prévention est d'informer et de mobiliser les femmes sur leur vulnérabilité spécifique par rapport au sida afin d'asseoir leur légitimité à demander le préservatif et d'en faire les relais des messages de prévention auprès des hommes.

Or la presse féminine est le média de prédilection des femmes pour les questions touchant à l'hygiène, à la santé et la beauté.

Cependant, afin de tenir compte des différences hommes/ femmes dans la perception de la sexualité, cette campagne sera reprise dans la presse masculine. La communication s'attache donc à restituer le double regard « homme-femme » face aux enjeux de la prévention : informer les femmes comme les hommes sur ce qui les différencie et les rassemble quant à leurs perceptions de la sexualité, du désir, et du plaisir.

- Document à destination des femmes

Une brochure sur les spécificités des femmes par rapport au sida sera diffusée très massivement. Elle accordera une attention particulière à la promotion du préservatif féminin, moyen alternatif de prévention, et abordera la possibilité de transmission materno-fœtale du virus.

Elle prendra également en compte les autres enjeux de la sexualité : contraception, grossesse non désirée ...

Les jeunes

SANTE ET MODES DE VIE

Les jeunes ont de plus en plus tendance à utiliser le préservatif : entre 1994 et 1998, 10 % de plus l'utilisent lors de leur premier rapport sexuel (*mettre les chiffres*). Cependant, **son utilisation décline dans le temps et avec l'âge**, notamment lorsqu'une relation dure et que le choix d'une contraception orale est fait.

Les jeunes ont une opinion plus favorable que leurs aînés sur le préservatif, et son utilisation est bien intégrée. **Pourtant, certains jeunes s'exposent** en n'adoptant pas de comportements de prévention, qu'ils soient fragilisés en raison de vulnérabilités sociales, psychologiques, culturelles ou par la consommation de produits diminuant la vigilance.

Pour tous, l'utilisation du préservatif vient compliquer une démarche qui n'est jamais simple, celle de la connaissance de son corps et de la rencontre avec l'autre. Au-delà de ces connaissances indispensables, les besoins des jeunes s'étendent à l'ensemble des sujets liés à la relation amoureuse et à la sexualité.

PREVENTION

Outre les actions d'éducation à la sexualité organisées en milieu scolaire par l'éducation nationale et le ministère de l'Agriculture avec le soutien du ministère la Santé, des actions de prévention sont menées à l'extérieur du milieu scolaire, en partenariat avec différents services en charge de la jeunesse (Jeunesse et Sport, Protection judiciaire de la jeunesse, clubs de prévention, etc).

Elles visent à maintenir un bon niveau d'information sur les modes de transmission, les moyens de prévention et le dépistage.

Elles abordent aussi les interrogations des jeunes concernant la relation à l'autre, l'amour, les pratiques sexuelles et leurs moments de vulnérabilité : rencontre imprévue, baisse de vigilance liée à un contexte festif, premiers rapports notamment avec un partenaire plus âgé.

Les actions de communication 2000

Dans la poursuite des actions précédemment menées (Cité Rock, Sprite Basket Tour, milieu techno, ateliers radios) la communication pour l'année 2000 s'appuie à nouveau sur les tendances et codes culturels des jeunes :

- Radio : partenariat Skyrock / Planète Rap

L'objectif est de remobiliser les jeunes par le biais l'univers musical, en particulier le rap.

Ce vecteur, le rap, est une musique venue des banlieues, dont les paroles symbolisent la lutte et l'engagement sur le terrain social.

A l'approche de la journée mondiale de lutte contre le sida, Planète Rap (émission phare du rap) mobilisera des rappeurs français, maghrébins et africains qui, chaque jour, pendant une semaine spéciale, improviseront sur le sida à partir des thèmes choisis.

Planète Rap contre le sida, c'est une façon :

- de lier les difficultés et les interrogations des jeunes francophones,
- de toucher parmi les jeunes, un public plus spécifique sans risque de stigmatisation,
- de mettre la musique, une musique à vocation militante, au service de la lutte contre le sida.

- Site Internet : *tasanté.com* (en partenariat avec Skyrock)

Ce site Internet offrira une information actualisée sur les questions de santé spécifiques aux jeunes. Ce média, en passe de devenir une des premières sources d'information chez les jeunes, paraît pertinent pour délivrer des messages de prévention auprès de cette tranche d'âge. *Tasanté.com* bénéficiera de la puissance de la radio Skyrock pour attirer de jeunes internautes, notamment issus des CSP défavorisées.

Les habitants des DOM

SANTE ET MODES DE VIE

En fonction des départements, la situation est très contrastée. Ainsi, les trois départements français d'Amérique (DFA) -Guyane, Guadeloupe et Martinique- sont très touchés par le virus du sida. En revanche, l'île de la Réunion reste relativement épargnée : son taux de prévalence est inférieur à la moyenne nationale.

Interfèrent :

- les conditions socio-économiques, qui, lorsqu'elles sont difficiles, placent les populations dans une situation de précarité et de vulnérabilité accrue ;
- la situation géographique (migrations ...);
- la fréquence des comportements sexuels à risques (multipartenaires, prostitution ...).

Le mode de contamination est essentiellement hétérosexuel, sauf pour la Réunion où la transmission par voie homosexuelle prédomine.

La découverte de leur sérologie par les personnes atteintes intervient très tardivement (entre 1994 et 1998, dans les DAF, 40% des personnes contaminées ont découvert leur séropositivité au stade sida), **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.

PREVENTION

La prévention a donc pour objectifs de :

- **Mettre en place des actions de prévention prenant en compte les problématiques locales :**
les messages ciblés doivent s'adapter à la diversité des publics ainsi qu'aux diverses perceptions culturelles, croyances traditionnelles et comportements sexuels à risques.
- **Rendre visible la maladie et d'encourager la solidarité et le soutien aux personnes atteintes :**
le travail sur la visibilité des personnes atteintes revêt un double sens : porter soutien aux personnes directement ou indirectement concernées tout en faisant la preuve que l'épidémie n'est pas circonscrite aux personnes venues de métropole ou aux populations étrangères.

Les actions de communication mises en œuvre en 2000

- Campagne d'affichage

La campagne d'affichage « tous publics » menée en métropole est déclinée de manière spécifique pour les DOM.

- Campagne TV

La campagne télévisée de prévention menée en métropole est déclinée pour les habitants des DOM. Ce film spécifique sera diffusé en septembre.

- Partenariat Radio Guyane

Objectifs : mettre en place une action spécifique en direction des populations noirs-marrons bushinengués du fleuve Maroni en Guyane, apporter une information (modes de transmission, dépistage, suivi médical, traitements) en taki-taki, langue des noirs-marrons du fleuve.

Station : Radio Guyane (ex-RFO Guyane), qui représente 60 % de l'audience radio en Guyane.

Moyens : réalisation d'une série de courts sketches radio en taki-taki en partenariat avec l'association AIDES et une association noir-marrons à Saint-Laurent du Maroni.

Les populations migrantes

SANTE ET MODES DE VIE

14% des cas de sida déclarés depuis le début de l'épidémie touchent des personnes étrangères vivant en France, alors qu'elles ne représentent que 6% de la population totale. **Les étrangers sont 2 fois plus touchés par le sida que les Français.**

Le sida touche :

- en particulier les personnes d'Afrique subsaharienne et d'origine maghrébine ;
- de plus en plus de femmes.

Le mode de contamination est en premier lieu la transmission. Cette **prédominance des contaminations hétérosexuelles** s'applique à tous les groupes à l'exception des hommes originaires du Maghreb, pour lesquels la voie sanguine prédomine.

La découverte par les étrangers de leur séropositivité intervient beaucoup plus tardivement que chez les personnes de nationalité française. Ce retard au diagnostic entraîne logiquement une plus faible diminution du nombre de cas de sida dans la population étrangère que dans la population française, et un retard à la prise en charge thérapeutique des séropositifs étrangers.

Plusieurs facteurs interviennent dans le retard au dépistage et à la prise en charge des étrangers :

- la priorité donnée au soutien économique de la famille à l'étranger, plutôt qu'à sa propre santé ;
- la méconnaissance de la maladie, des traitements et des réseaux de soin, accompagnée d'une méfiance quant à l'efficacité des traitements ;
- les réticences au recours à la contraception, dont le préservatif, compte tenu de l'importance culturelle de la descendance ;
- la crainte de la stigmatisation et du rejet de la communauté d'origine.

PREVENTION

Une politique de prévention et d'incitation aux soins précoces en direction des migrants

Le programme en direction des étrangers vivant en France est constitué de multiples actions, reflète la mosaïque des origines, des communautés et des personnes. Ces actions diverses reposent sur le constat qu'une partie des migrants accorde un crédit de confiance important aux personnes issues de leurs communautés, car elles sont considérées comme comprenant leurs difficultés et donc mieux à même de proposer des solutions adéquates.

Sur la base de ce constat, la politique des pouvoirs publics s'appuie sur un soutien aux actions de proximité menées par des « pairs ». Leurs objectifs sont de :

- Relayer l'information :

Depuis le début des années quatre-vingt dix, la fonction de personne-relais a été un des points d'appui fondamentaux de la politique française de lutte contre le VIH en direction des migrants.

Des réseaux de relais ont été développés par des associations communautaires afin de diffuser les informations de prévention au plus près des personnes concernées.

L'État soutient la formation de ces relais et la production d'outils d'information sur le sida et les MST destinés à appuyer leurs actions (mallettes et guides pédagogique, cassettes vidéo en arabe et en différentes langues africaines :

ils sont diffusés exclusivement en appui de formations solides pour assurer la cohérence des réponses des acteurs de prévention aux questions délicates suscitées par le sida. Les évaluations de ces formations de relais sur le VIH constatent que les formations ont le plus souvent permis d'informer les participants pour eux-mêmes et leurs proches que de les renforcer dans un rôle de relais démultipliant l'information.

Il s'agit d'un rôle très lourd à porter, tant en matière de prévention que d'accompagnement dans une démarche de dépistage ou de soins.

C'est pourquoi depuis cette année, en étroite collaboration avec la Délégation Interministérielle des Villes, la Direction Générale de la Santé développe un dispositif d'aide à la mise en place d'adultes relais médiateurs sanitaires et sociaux (circulaire du 26 avril 2000) qui devrait permettre d'offrir un cadre professionnel stable aux personnes-relais qui ont besoin d'avoir un statut reconnu pour exercer leurs fonctions.

- Accompagner dans la démarche de soins :

Pour certaines personnes atteintes, le recours à des personnes de la communauté peut être un soutien indispensable à l'inscription dans une démarche de soins ; en revanche, d'autres recherchent au contraire un soutien plus extérieur à leur communauté permettant d'assurer la confidentialité par rapport à leur groupe communautaire : ces personnes ne fréquenteront pas volontiers des lieux trop identitaires.

Les pouvoirs publics essayent de permettre cette diversité de réponses en conduisant des partenariats d'une part avec des associations de migrants et d'autre part avec des associations « généralistes » travaillant sur le sida désireuses d'améliorer les suivis qu'elles proposent aux personnes d'origine étrangère.

- Former les personnels médico-sociaux :

les formations qui s'adressent actuellement à des volontaires, ont vocation à s'intégrer dans les formations initiales et continues des personnels soignants et sociaux. Elle porte notamment sur :

- les spécificités culturelles (habitudes traditionnelles en matière d'éducation et d'alimentation, représentations de la santé, communication interculturelle, etc.).

Des rencontres entre des praticiens traditionnels africains et des équipes hospitalières françaises permettent aux professionnels de mieux connaître les différents recours thérapeutiques et utilisés par les patients africains.

- la réglementation touchant les étrangers vivant en France, dans la mesure où un certain nombre de particularités existent pour des catégories spécifiques (personnes malades sans papiers dépendant de l'aide médicale, demandeurs d'asile, personnes sous traitement au pays d'origine, etc...).

- Favoriser les échanges entre associations de lutte contre le sida et celles migrantes :

Les pouvoirs publics favorisent les partenariats entre des associations de lutte contre le sida et des associations migrantes. Ainsi Aides, Arcat, le Crips, Sida Info Service, Solensi pratiquent des échanges ponctuels ou très formalisés avec des associations migrantes. L'objectif de ce travail est, essentiellement, de permettre à chacun d'orienter utilement les publics étrangers qui s'adressent à eux.

Une communication ciblée

Des brochures bilingues d'information sont diffusées en 21 langues différentes. Des programmes radios sont conduits afin de toucher les personnes que les circuits associatifs n'atteignent pas : ils ont pour objectif de faire connaître les lieux ressources en matière de prévention et de soin, les réseaux associatifs que l'on peut contacter. Ces programmes sont sous forme de cassettes audio pour être utilisées par les agents de prévention, dans les centres sociaux, les PMI, les foyers, etc...

→ Actions à destination des migrants originaires d'Afrique Sub-saharienne

Emission radio Afrique santé en partenariat avec Africa n°1

Objectifs : Offrir une information régulière sur la prévention sida, la prise en charge, les traitements et la solidarité avec les personnes atteintes aux migrants originaires d'Afrique sub-saharienne.

Moyens : partenariat avec Africa n°1 autour d' "Afrique santé", magazine santé hebdomadaire diffusé sur Africa n°1 à Paris Ile de France et sur toute l'Afrique chaque dimanche.

Partenariat RFI

Objectifs : permettre une meilleure prise de conscience du risque VIH, encourager la prévention et la solidarité au sein de la communauté des migrants africains.

Moyens : faire passer l'information sur le dépistage, l'accès aux soins, les traitements, la solidarité avec les personnes atteintes dans la voix de personnalités leaders de la communauté (artistes, acteurs de la vie associative culturelle ou sociale).

Chacun des 10 leaders communautaires d'origine africaine (Bisso na Bisso, Papa Wemba, Manu Dibango, Salif Keita, Joseline Beroard, Black Blanc Beur ...) participant à cette opération enregistre deux messages différents de 30 secondes chacun.

Partenariat TV

Une action de partenariat avec les télévisions africaines émettant en France et sur le continent africain sera mise en place sous forme de feuilleton abordant les questions de prévention du sida.

→ Actions à destination des migrants originaires d'Haïti

Des partenariats radio

Objectifs : informer la communauté haïtienne sur les modes de contamination du VIH, donner aux membres de la communauté les moyens d'identifier les situations à risque, encourager le dépistage et la prise en charge médicale précoce des personnes atteintes du VIH.

Moyens : réalisation d'un feuilleton radio en créole haïtien, diffusé en octobre, sur des radios telles que Média Tropical et Espace FM, permettant de décliner les différents thèmes de la prévention. Le feuilleton est réalisé en partenariat avec une association haïtienne.

→ Action à destination des migrants d'origine maghrébine

Partenariat Radio Orient

Objectifs : apporter aux migrants originaires du Maghreb une information régulière sur le VIH, favoriser la prise de conscience par rapport au risque VIH et encourager la prévention, lutter contre le rejet et l'exclusion des personnes atteintes.

Une rubrique d'information pratique régulière *: les "Chroniques du week-end sur Radio Orient" abordent des questions de vie sociale, de santé, de sport ou de culture sous la forme de rubriques pratiques de 2 à 3 minutes chacune. Chaque semaine, courant juillet, en partenariat avec Radio Orient une rubrique est consacrée à l'information et à la prévention sida.

A partir d'une question très simple, un journaliste de la station apporte une réponse concrète à ses auditeurs : où trouver l'adresse du centre de dépistage le plus proche de chez moi ?, Comment bénéficier de la C.M.U ?, connaître l'adresse d'une association de soutien aux personnes atteintes...

Un partenariat à l'occasion du Ramadan

Principe : des messages de mobilisation et de solidarité envers les personnes atteintes sont enregistrés dans la voix de leaders religieux du monde musulman.

Les messages sont enregistrés en arabe et en français. Ils sont multidiffusés sur Radio Orient pendant la période du Ramadan.

✿ Action à destination de la communauté asiatique

Objectifs : diffuser une information régulière sur le sida à travers l'un des seuls journaux chinois de France.

Moyens : partenariat, avec *Libellule*, magazine bilingue français-chinois gratuit tiré à 10.000 exemplaires qui touche la communauté asiatique en France.

Les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDIV)

SANTE ET MODES DE VIE

- Un groupe qui reste très exposé au VIH malgré des modifications de comportement: les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDIV) sont le deuxième groupe de population le plus touché par l'infection à VIH. La prévalence du VIH est aujourd'hui de 20%⁴ contre 40 % en 1987, 34 % en 1990⁵. Le nombre annuel de nouveaux cas de sida chez les UDIV, même s'il demeure encore élevé, est en nette diminution depuis quelques années.

L'accès facilité aux seringues stériles par le biais des pharmacies et des programmes d'échanges de seringues a soutenu le changement de comportement des UDIV dans le sens d'une moindre prise de risque.

Cependant, on observe le maintien du partage du reste du matériel d'injection -eau, récipient de dilution et de chauffe, coton...- tandis que le partage de la seringue est devenu rare.

La transmission par voie sexuelle ne doit pas être négligée. La combinaison d'une prévalence élevée et du changement de partenaires plus fréquent qu'en population générale contribue à une transmission sexuelle plus forte dans ce groupe, malgré une utilisation importante des préservatifs. Le risque sexuel peut être accentué par la prise de produits qui réduit la vigilance préventive.

Un public confronté à de multiples difficultés

Il n'existe pas une toxicomanie mais des toxicomanies avec des consommations, des dépendances, etc., différentes en fonction des individus, de leur trajectoire et des évolutions des marchés des drogues et de l'offre de soins.

La clandestinité de l'usage de drogues et les effets de leur consommation se conjuguent à une forte précarité sociale :

- inactivité professionnelle
- précarité du logement
- délinquance
- incarcération.

De plus, à la toxicomanie qui est souvent une polytoxicomanie s'ajoute, outre le VIH, l'infection à VHC (50 à 60 % sont infectés par le VHC) et des troubles psychiatriques sérieux pour une partie des personnes.

⁴ PES 98.

⁵ Etude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH, IREP, 1996.

PREVENTION

La politique de réduction des risques s'attache à réduire l'ensemble des risques associés à l'usage de drogues, en particulier par voie intraveineuse (overdose, infections virales, mais aussi désinsertion sociale) et à favoriser l'accès aux soins.

Cette politique a deux volets principaux :

- la prévention des risques de transmission virale (information, accès au matériel d'injection, aide à la survie)
- la prise en charge de la toxicomanie (traitement de substitution, etc...).

Elle implique d'aller au devant des usagers les plus marginalisés et de se préoccuper de l'ensemble des problèmes sanitaires et sociaux : simultanément de la prévention des contaminations (et bien souvent la distribution de matériel d'injection devient un prétexte pour créer du lien), de l'hygiène (conseils, douches, repos...), de la santé (soin du corps, alimentation, orientations vers l'hôpital), des conditions de vie (logement...) et des droits sociaux de ces personnes.

Les actions de prévention et de réduction des risques

→ L'accès au matériel d'injection

depuis 1987, les seringues sont vendues en pharmacie sans prescription. L'offre en officine est complétée par les programmes d'échange de seringues et les distributeurs automatiques.

- Les trousse de prévention pharmaceutiques et associatives (Stéribox2[®], Kit+[®], Kap[®]) :

en 1994, la mise en vente dans le réseau officinal de la trousse de prévention Stéribox^{®6} a été généralisée à l'ensemble du territoire. En 1999, le Stéribox2[®], plus complet⁷, a été mis en vente afin de permettre d'éviter non seulement la contamination par le virus du sida et des hépatites mais aussi les abcès.

Sa distribution est favorisée par une contribution financière de l'État (2 F par trousse) qui permet sa mise à disposition au prix conseillé de 7 F.

Le Stéribox complète **l'accès aux seringues à l'unité.**

Par ailleurs, les associations distribuent gratuitement les trousse de prévention associatives « modèle de rue » (Le Kit+[®], le KAP[®]), qui ont un contenu similaire au Stéribox2[®] comme les y autorise le décret du 7 mars 1995.

Ces trousse sont également mises à disposition grâce à **des automates sur la voie publique :**

Environ 250 automates, distributeurs, récupérateurs et échangeurs de trousse de prévention sont actuellement répartis sur le territoire. Permettant l'accès au matériel 24h/24, ils comprennent :

- . les **échangeurs électroniques** (contre une seringue, un kit+[®] ou un Kap[®]),
- . les **récupérateurs électroniques ou mécaniques** (contre une seringue, un jeton),
- . les **récupérateurs simples** (poubelles à seringues),
- . les **distributeurs mécaniques** (contre un jeton, un kit+[®]),
- . les **bornes de prévention ou Totem[®]** (meuble urbain modulable pouvant contenir un récupérateur mécanique, un distributeur mécanique de Kit+[®], un distributeur de préservatifs, un panneau d'information).

⁶ Comprenant deux seringues, deux flacons d'eau, un préservatif et deux tampons de désinfectant.

⁷ Comprenant le contenu du Stéribox[®] et un stericup –réceptacle de dilution et de chauffe-, un filtre et un coton stériles.

- **88 programmes d'échange de seringues** sont répartis sur le territoire national et fonctionnent dans des lieux fixes (associations, pharmacies) ou mobiles (bus, équipes de rue).

La distribution du matériel d'injection et des préservatifs sert de support à la création de liens, favorise la diminution des comportements à risques et offre la possibilité d'orientation vers des services sociaux ou de soins.

Ces services contribuent à sensibiliser les acteurs sanitaires et sociaux aux pratiques professionnelles de réduction des risques.

- **Les lieux de contacts ou « boutiques » :**

Ce sont des lieux de premier accueil pour usagers de drogues, en grande précarité, qui offrent, outre les services des programmes d'échange de seringues, une assistance matérielle (douche, aide alimentaire, machine à laver, ...), des soins infirmiers, une écoute et des services sociaux.

34 structures de ce type existent, animées par des équipes pluridisciplinaires de quatre à cinq personnes.

Ce dispositif a été créé sans cadre contraignant afin de rendre possible l'évolution et l'adaptation des objectifs et des pratiques aux besoins des usagers. Dans ces structures, les formalités d'accueil sont réduites au minimum.

L'ensemble de ce dispositif est financé majoritairement par l'Etat.

➔ **La participation des usagers** est essentielle (connaissance des besoins, contacts avec les usagers, éducation par les pairs). Elle repose sur le soutien à des associations, leur participation à la conception des outils (brochures, kits, actions de prévention, etc...) et sur le rôle actif des usagers ou ex-usagers.

Ces acteurs de terrain peuvent créer un lien avec les usagers de drogues actifs les plus réfractaires aux institutions. Ce sont des agents d'accueil ou de prévention, des personnes-relais qui connaissent particulièrement bien leur ville ou leur quartier et ses habitants. Ils connaissent aussi les mécanismes du deal, les lieux et modes de consommation ainsi que les habitudes de vie, les codes de communication, les liens de sociabilité et les rapports de force entre usagers de drogues. Ils apportent un savoir-faire complémentaire à une équipe composée de professionnels du champ sanitaire et social : éducateurs spécialisés, assistants sociaux, médecins ou infirmiers.

➔ **La mobilisation des pharmaciens est importante car le** pharmacien d'officine est un acteur de prévention irremplaçable auprès des usagers de drogues car il est le principal dispensateur de seringues et de préservatifs :

- environ 10 millions de seringues/an en 1998 pour les usagers de drogues ;

- 250 000 Stéribox® / mois en moyenne en 1999 ;

- plus de 50 millions de préservatifs / an (toutes populations confondues).

Un grand nombre de pharmacies ont accepté l'installation, sur leur devanture, de Distribox® (distributeurs de Steribox®).

Par ailleurs, plusieurs réseaux de pharmaciens ont mis en place des programmes d'échange de seringues et d'échange de kits en pharmacie avec des associations de terrain, grâce à un financement public.

➔ **Le rôle des élus locaux** est fondamental pour implanter des programmes de prévention qui s'intègrent au cœur même de la vie de la cité, au travers de leurs missions de médiation et d'insertion. En mettant un local à disposition, en contribuant à l'achat d'un bus de prévention ou en participant à l'achat de matériels (automates ou trousse de prévention), l'équipe municipale peut s'engager concrètement dans la lutte contre le sida et montrer ainsi aux habitants de la commune l'importance et

la légitimité de ces actions de santé publique. Leur implantation nécessite information et concertation pour favoriser l'acceptation des services rendus aux usagers de drogues, par les habitants. Les élus locaux ont une responsabilité particulière pour la récupération des seringues usagées.

➔ **La réduction des risques en milieu carcéral**

malgré la diminution de la proportion de détenus connus pour être atteints par le VIH (1,9 % en 1996 contre 5,8% en 1990), **le taux de prévalence observé en détention demeure trois à quatre fois supérieur à la population générale équivalente (20-50 ans).**

Les infections à VIH et à VHC demeurent un problème majeur. Différentes mesures ont été prises :

- distribution d'eau de javel
- l'accès aux traitements de substitution
- accès aux préservatifs par l'intermédiaire des services médicaux.

Ces mesures restent insuffisamment mises en œuvre. Une étude conjointe de la Direction Générale de la Santé et de la Direction de l'Administration Pénitentiaire aboutira à de nouvelles recommandations à l'automne 2000.

Les actions de réduction des risques auprès des toxicomanes menées depuis une dizaine d'années ont eu des résultats positifs (baisse de la prévalence du VIH, baisse des overdoses mortelles, accès aux soins). Elles doivent être poursuivies.

Le maintien et le progrès des comportements préventifs, en particulier pour faire reculer la diffusion du VHC, exige le maintien d'un bon niveau d'accessibilité du matériel d'injection qui repose sur la diversité de l'offre, l'adaptation continue du dispositif aux évolutions des modes de consommation et un renforcement des actions d'aide à la survie et d'accès aux soins.

Leur renforcement est d'ores et déjà entrepris dans le cadre du plan triennal de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie 1999-2001.

Une communication ciblée

- Documents d'information

Une série de documents, abordant chacun un thème unique (prévention sexuelle, non-partage du matériel d'injection...), sera réalisée et diffusée en septembre / octobre.

Ces outils courts et pragmatiques informent sur les risques et valorisent les solutions proposées (promotion d'une trousse de prévention, renvoi sur une association-ressource...), afin de favoriser l'adoption de comportements préventifs.

- Auprès des professionnels de santé sur le thème de la transmission par voie sexuelle

Une action sera menée auprès des professionnels de santé, des professionnels sociaux, des boutiques... sur l'importance de la prévention de la transmission du virus par voie sexuelle.

- Action de sensibilisation

Une action auprès des usagers de drogues sera mise en place sur leur vulnérabilité par rapport à la transmission du virus par voie sexuelle liée à l'usage de substances psychoactives.

Ces actions sont menées en concertation avec la MILDT.

Diagnostic précoce et traitement prophylactique

Les incidences sur la politique de dépistage

L'intérêt d'un diagnostic précoce et du traitement prophylactique

L'évolution de la recherche sur les traitements, la meilleure connaissance clinique et physiopathologique des premières phases de l'infection et l'utilisation de nouveaux marqueurs biologiques de la réplication virale (ARN VIH Plasmatique) ont montré l'intérêt d'une prise en charge précoce. De ces éléments découle l'intérêt de deux recommandations : mettre en œuvre le diagnostic précoce et le traitement prophylactique, ce qui a pour conséquence de modifier les démarches de consultation après une exposition au risque.

Le traitement après exposition, ou traitement prophylactique

S'il n'existe pas d'études donnant une certitude scientifique sur l'efficacité d'un traitement à visée prophylactique après une exposition au risque, un faisceau d'arguments a justifié d'émettre des recommandations dès 1998. Ce traitement après exposition à un risque (TAE), d'abord mis en œuvre pour les soignants en 1996, a maintenant des indications étendues à tout mode d'exposition (sexuelle, par seringue chez les UDIV, professionnelle). Il s'agit d'un traitement par polythérapie antirétrovirale, prescrit pour une durée de un mois. Sa prescription est proposée au vu d'une évaluation du risque de contamination, guidée par des grilles d'analyse, et non au vu d'un diagnostic d'infection, impossible à un stade si précoce : dans les heures qui suivent l'exposition et au plus dans les 48 heures. Son but est d'empêcher le développement d'une infection s'il y a eu contamination.

Il existe des incertitudes et des contraintes pour que le traitement prophylactique ait une chance d'efficacité et à cause de la faible probabilité de contamination après une exposition au VIH. On sait que de nombreuses situations traitées correspondront à des non-contaminations. L'objectif est qu'un maximum de situations correspondant à des contaminations réelles, indécélables à ce stade, puissent avoir accès au traitement et que la prescription se fasse dans les meilleures conditions possibles (analyse du risque, mise en place du traitement dans les heures qui le suivent, observance et prise en compte des effets secondaires des traitements).

La sensibilisation du public à cette possibilité ne doit pas être interprétée comme une alternative à la prévention : le TAE doit clairement apparaître comme une réponse possible à une défaillance de la prévention. Il doit être aussi l'occasion d'un travail sur le risque avec la personne concernée et de l'aide à l'élaboration et au maintien d'attitudes préventives.

Le diagnostic des primo-infections

L'intérêt démontré d'une prise en charge précoce associée à l'utilisation d'outils biologiques plus performants amène à se fixer pour objectif de créer les conditions d'un diagnostic précoce en particulier en cas de primo-infection symptomatique.

- La primo-infection, première phase d'envahissement de l'organisme par le virus et qui précède la séroconversion, est cliniquement décelable dans plus de la moitié des cas.
- Le diagnostic biologique d'infection à VIH peut-être établi dans les 15 jours après une prise de risque, au cours de la primo-infection.
- Le diagnostic et la prise en charge précoces constituent très vraisemblablement des freins à la dynamique de l'épidémie, par la réduction des contaminations liées à l'adoption de conduites

préventives. La primo-infection est une période de haute transmissibilité, sur laquelle la prise en charge peut agir.

L'objectif est de diagnostiquer une infection dès les premiers stades, à l'aide des marqueurs biologiques appropriés. La prise en charge de la personne permettra de décider du meilleur moment pour démarrer un traitement antirétroviral, au vu du bilan immunologique et du nombre de CD4 : le traitement est une multithérapie dont on ne peut aujourd'hui dire si elle pourra être un jour interrompue, sauf pour des plages de « repos thérapeutique » que certains commencent à envisager.

La réduction des retards au dépistage

Les inégalités en termes d'accès au dépistage n'ont été réduites ni par l'arrivée des nouveaux traitements ni par la réorientation de la politique de dépistage.

Au cours du 1er semestre 1998, 44,2 % des personnes ayant développé un sida, n'avaient pas de dépistage antérieur, et 56 % n'avaient pas bénéficié de prise en charge thérapeutique préalablement à ce passage au stade sida.

Ces retards sont fortement corrélés au mode de transmission par voie hétérosexuelle et à une catégorie socio-professionnelle « basse ». Ils touchent fortement les populations migrantes originaires d'Afrique sub-saharienne et de la zone Caraïbe.

La place centrale du risque

La perception et l'évaluation du risque deviennent centrales dans ce nouveau contexte.

Il s'agira pour la communication et l'information tous publics d'aider à mieux appréhender la notion de risque et d'aider à mieux évaluer le risque réel pris. La sensibilisation du public aux possibilités de prise en charge par TAE ne doit pas être interprétée comme une alternative à la prévention, ces stratégies doivent clairement apparaître comme des réponses possibles à une défaillance des comportements préventifs.

Dans tous les cas, il faudra promouvoir une consultation rapide après une prise de risque. Les professionnels de santé et notamment les médecins doivent en effet aider à évaluer l'exposition au risque et identifier soit l'indication d'un TAE, soit les premiers signes d'une éventuelle primo infection.

L'évolution du dépistage

Les lieux de dépistage évoluent pour remplir ces fonctions d'accès au diagnostic précoce et au traitement prophylactique très liés au risque.

Démarche non reliée à un risque récent identifié, le dépistage « classique » conserve une grande importance. Il voit s'élargir ses fonctions dans la gestion du rapport au risque, dans la réassurance sur les stratégies personnelles de prévention, dans la recherche d'information et d'aide. Le dépistage, démarche volontaire, doit être l'occasion d'une écoute et d'un conseil psycho-social.

Il définit essentiellement le cadre d'une consultation où le test est présent si cela a un sens et un intérêt dans la démarche de la personne.

Ce caractère volontaire doit être réaffirmé, il s'agit de lutter fortement contre les dépistages à l'insu et de réduire au maximum l'aspect systématique.

La déclaration obligatoire de séropositivité

L'évolution de l'épidémie VIH/Sida se transforme en France. Les traitements permettent une amélioration de l'état de santé des personnes vivant avec le VIH/Sida.

En revanche, le nombre de personnes nouvellement contaminées par le virus reste trop important.

C'est pourquoi, pour mieux connaître et donc lutter contre l'épidémie, une surveillance des nouveaux cas d'infection VIH s'est avérée nécessaire, pour compléter les informations fournies par la déclaration obligatoire des cas de sida. En novembre 1999, le gouvernement a chargé l'Institut de veille sanitaire de constituer un comité de pilotage afin d'élaborer un système de surveillance basé sur la déclaration obligatoire de la séropositivité.

Le comité de pilotage

Présidé par le Pr. SPIRA et réunissant professionnels de santé et associations, il a été institué suite à une polémique engagée en juillet 1999 autour du décret du 6 mai 1999 fixant les modalités de transmission de données individuelles à l'autorité sanitaire pour l'ensemble des maladies à déclaration obligatoire. Plusieurs associations de défense des droits de l'homme et de lutte contre le sida estimaient que l'anonymat des personnes faisant l'objet d'une notification n'était pas garanti. Ces associations avaient déposé des recours en annulation de ce décret devant le Conseil d'Etat.

Le 13 juin 2000, la réunion finale du comité a abouti à un dispositif consensuel. L'anonymat sera protégé par un hachage des données d'identification à la source. Le nouveau décret devra prendre en compte les attendus du Conseil d'Etat ainsi que les modalités de protection de l'anonymat proposées par le comité de pilotage. Il sera soumis à la CNIL avant sa publication.

Le médecin prescripteur et le biologiste du laboratoire où a été effectué le test devront remplir une fiche de notification de séropositivité VIH.

Quel est le contenu de la fiche de notification ?

Sur la fiche de notification, qui ne comporte ni le nom, ni le prénom, figurera : un code anonyme irréversible (on ne peut retourner aux éléments qui ont permis de le constituer), composé avec le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe. Dans la mesure où aucun élément concernant l'identité n'est demandé dans une CDAG, il n'y aura pas de notification pour les personnes découvertes positives dans ces lieux.

La fiche de notification comportera aussi le sexe, l'année de naissance, le pays de naissance, la nationalité, le département de domicile, la profession et la situation par rapport à l'emploi.

Il sera aussi indiqué dans cette fiche si le consultant a déjà effectué un ou des tests de dépistage, le mode probable de la contamination et les coordonnées du biologiste qui a réalisé le test ainsi que celles du médecin prescripteur du test.

Où cette fiche sera-elle transmise ?

Cette fiche sera transmise au médecin de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, chargé de la mise en œuvre des actions de prévention au niveau du département. Puis au médecin désigné de l'Institut de veille sanitaire, organisme national chargé d'analyser l'évolution de l'épidémie d'infection à VIH.

A quoi serviront ces informations ?

Le recueil de ces informations est devenu indispensable pour mieux connaître la population touchée, définir les actions de prévention nécessaires pour renforcer la lutte contre l'épidémie et améliorer la prise en charge médicale et sociale des personnes séropositives.

Comment l'anonymat sera-il protégé ?

Le médecin de la DDASS et le médecin de l'InVS n'a jamais à connaître l'identité d'une personne faisant l'objet d'une notification. Le médecin prescripteur ainsi que le biologiste ne conserveront la fiche de notification que durant 6 mois. Le médecin de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales ne conservera aucun double de la fiche de notification.

A l'Institut de veille sanitaire, les coordonnées du médecin prescripteur et du biologiste qui aura réalisé le test seront supprimées de la fiche de notification.

Le fichier informatique constitué à l'Institut de veille sanitaire à partir de ces fiches ne permettra en aucun cas d'identifier une personne.

Les droits du patient concernant la notification de séropositivité.

Ce recueil d'informations devra recevoir, préalablement à sa mise en place, un avis favorable de la Commission de l'Informatique et des Libertés (CNIL), organisme qui veille au respect de la vie privée. Le patient pourra avoir accès aux informations le concernant recueillies sur la fiche de notification, auprès de l'Institut de veille sanitaire, par l'intermédiaire du médecin qui aura fait la notification, et, ceci dans un délai de 6 mois après la transmission de la fiche par le médecin prescripteur. Il n'y aura pas d'accès possible aux informations contenues dans le fichier informatique. Le nom du médecin déclarant ayant été supprimé.

Le nouveau décret fixant les conditions de déclaration des maladies à déclaration obligatoire devrait être examiné par la CNIL en septembre, puis par le conseil d'Etat ensuite. Compte tenu des délais de signature des textes, le nouveau dispositif ne pourra entrer en vigueur au mieux qu'au cours du premier semestre 2001.

L'évolution de la recherche

Les essais vaccinaux

La recherche vaccinale anti-VIH se heurte encore aujourd'hui à des inconnues scientifiques majeures dont la résolution a progressé lentement. Et la mise au point d'un vaccin reste incertaine.

Les avancées thérapeutiques

La recherche thérapeutique progresse régulièrement avec des résultats nets depuis la conférence de Washington en 1996, où étaient présentées les premières données cliniques sur les antiprotéases. Les progrès récents constituent un premier pas vers d'autres recherches, que ce soit sur la stratégie thérapeutique ou sur de nouvelles classes de médicament et l'immunothérapie.

On sait aujourd'hui que le virus se réplique en permanence et que plus le niveau de réplication est élevé, plus le risque de détérioration immunitaire, et donc de détérioration clinique, est élevé.

Il faut donc traiter de façon suffisamment précoce et puissante, avant qu'il y ait une détérioration clinique ou immunologique sévère. Un traitement puissant et bien pris permet également d'éviter l'apparition de virus résistant au traitement. Un traitement au moment de la primo-infection (c'est-à-dire dans les semaines suivant la contamination) est conseillé dans le cadre de protocoles. Les multithérapies, comportant le plus souvent deux analogues nucléosidiques et un antiprotéase, ou deux analogues nucléosidiques et un analogue non nucléosidique, ont démontré leur efficacité à la fois clinique (non-progression de la maladie, diminution spectaculaire des hospitalisations et des décès) et biologique (baisse de la charge virale en dessous du seuil de détection, augmentation du nombre de CD4, marqueurs de l'immunité).

Cependant ces médicaments sont soumis à des conditions de prises précises et peuvent générer des effets indésirables, rendant contraignante leur utilisation. L'observance en est difficile, or elle est indispensable pour éviter l'apparition de résistances et la survenue d'échecs thérapeutiques.

Des patients sont en échec thérapeutique. La réponse pour les prendre en charge, outre l'aide à l'observance, est la mise au point de nouvelles molécules, leur mise à disposition dans des essais puis dans le cadre d'autorisation temporaire d'utilisation permettant de traiter des patients dès que des données sont disponibles sur l'intérêt et les dangers de ces molécules.

Chez les personnes en traitement s'observent des effets secondaires induits par les traitements : en particulier les lipodystrophies, provoquant une modification importante de la silhouette, des anomalies des graisses et du sucre dans le sang, pouvant entraîner des problèmes cardiovasculaires.

Si l'utilisation des multithérapies s'est développée rapidement en France depuis 1996, avec des effets très positifs pour les patients, de nombreuses questions demeurent donc en particulier sur les effets à long terme, les échecs thérapeutiques, la stratégie thérapeutique optimale, etc.

L'action internationale

L'épidémie de VIH/SIDA touche plus de 35 millions de personnes dans le monde, et 90 % d'entre elles vivent dans des pays en voie de développement.

Le Gouvernement français est depuis longtemps préoccupé par l'ampleur de cette épidémie.

A l'initiative du Président de la République et de Bernard Kouchner, alors ministre chargé de la santé, a été créé en 1997 le Fonds de solidarité thérapeutique international (FSTI). Ce fonds a vocation à démontrer la faisabilité de l'accès aux médicaments anti-rétroviraux dans les pays en développement. Il intervient actuellement dans trois pays : le Maroc, la Côte d'Ivoire, le Sénégal et interviendra prochainement dans au moins deux pays supplémentaires, Vietnam et Afrique du Sud.

La France a proposé, lors du Conseil de Sécurité des Nations Unies du 10 janvier dernier, consacré à la situation du SIDA en Afrique, la tenue d'une conférence internationale sur l'accès aux traitements du SIDA, y compris aux anti-rétroviraux, dans les pays en développement. Cette conférence aurait pour but de conclure des accords concrets concernant les pays du Sud en s'appuyant notamment sur des formes de partenariat avec l'industrie pharmaceutique du type de celui rendu public aujourd'hui. Elle examinera également les conditions de prise en charge globale des malades, autre élément indispensable pour améliorer l'accès aux traitements dans les pays en développement.

Projet du Fonds de Solidarité Thérapeutique International AFRIQUE DU SUD

Finalité du projet

Ce projet vise à mettre en place :

- d'une part, un programme de prévention et de prise en charge des femmes enceintes, de leur enfants et si possible des partenaires, à partir de la consultation prénatale dans deux structures médicales de Soweto (phase 1)
- d'autre part, un programme de réduction du risque de transmission mère-enfant dans trois provinces sud-africaines (phase 2).

Phase I

- Section 1 : Prévention, counselling et dépistage du VIH d'environ 18 000 femmes enceintes.
- Section 2 : Prévention de la transmission mère-enfant comprenant un traitement par névirapine et proposition d'une alternative à l'allaitement maternel.
- Section 3 : Soins médicaux et traitement pour les enfants infectés comprenant PCR, comptage des CD 4, charge virale et traitement ARV si nécessaire.
- Section 4 : Soins médicaux et traitement pour la mère après l'accouchement comprenant un traitement ARV pour les femmes en dessous de 200 CD4, le traitement des infections opportunistes, et counselling.
- Section 5 : proposition de dépistage et prise en charge médicale des partenaires.

Phase II

Il est prévu que la phase II démarre environ six mois après la phase I.

- Section 1 : Prévention, counselling et dépistage du VIH d'environ 6 000 femmes enceintes par site.
- Section 2 : Prévention de la transmission mère-enfant comprenant un traitement par névirapine et proposition d'une alternative à l'allaitement maternel.
- Section 3 : suivi médical et psycho-social des femmes et des enfants.

Activité prévisionnelle

Estimation Phase I :

18 000 tests de dépistage VIH sur les sites du Chris Hani Baragwanath Hospital et Zola Clinic (Soweto) environ 3800 femmes séropositives bénéficieront d'un traitement (considérant que 23% des femmes seront séropositives et que 90% des femmes accepteront ce traitement).

10% des femmes nécessiteront un traitement par antirétroviraux.

30% des partenaires accepteront le test de dépistage VIH, et 10% des séropositifs nécessiteront un traitement par antirétroviraux.

50 enfants nécessiteront une prise en charge par antirétroviraux.

Estimation Phase II :

6000 tests de dépistage dans chacune des trois provinces.

environ 1500 femmes séropositives bénéficieront d'un traitement pour prévenir la transmission du virus à l'enfant.

Partenariat financier

VOLET I :

Coût total: 7,2 MF

Participation demandée au FSTI pour le volet 1 : 3,8 MF

VOLET II :

Coût total : 2,6 MF

Coût du volet 1 et 2 = 9,8 MF

Démarrage du projet

Les réticences des autorités gouvernementales sud-africaines ayant été levées, le projet techniquement opérationnel, pourra démarrer au mois de juin 2000.

Projet du Fonds de Solidarité Thérapeutique International MAROC

Finalité du projet

L'initiative du Fonds de Solidarité Thérapeutique International vient en complément de celle menée par le Ministère de la Santé avec l'Association Marocaine de Lutte contre le Sida (A.L.C.S.) au Service des Maladies Infectieuses du C.H.U. Ibn Rochd à Casablanca.

Objectifs généraux

- Changer l'image de l'infection à VIH
- Encourager la pratique des tests de dépistage du VIH, donc des diagnostics plus précoces, qui auront une incidence très positive sur la prévention de l'infection à VIH au Maroc.
- Constituer un exemple pour les pays de la région Maghreb-Moyen Orient, en montrant que la trithérapie est faisable et qu'elle apporte un bénéfice individuel et collectif.

Objectifs spécifiques

- Pouvoir traiter, grâce aux efforts conjoints du Fonds de Solidarité Thérapeutique International (FSTI) et du Ministère de la Santé marocain, les patients ayant une infection à VIH à un stade avancé (c'est à dire les patients symptomatiques ayant une affection classant au stade SIDA et les patients asymptomatiques ayant moins de 200 CD4/mm³).
- Evaluer la faisabilité, dans un pays en développement, d'un traitement antirétroviral répondant aux normes internationales.

Activité prévisionnelle

Le budget alloué doit permettre de prendre en charge en trithérapie environ 70 patients.

Partenariat financier

FSTI : Le montant de la participation du FSTI s'élève à 1,7 millions de francs pour l'année 1999 et 1,7 millions pour l'année 2000 soit un total de 3,4 millions de francs français.

Le Ministère de la Santé marocain a décidé d'attribuer un budget de 2,35 millions de Francs français en 1998, renouvelables en 1999, pour l'achat d'antirétroviraux.

Démarrage du projet

Le projet a démarré au mois de juillet 1999.

Une première **évaluation interne** a été faite par l'équipe médicale du service à l'aide d'un dossier médical type.

Une **évaluation externe** sera conduite par ONUSIDA et portera notamment sur :

- La prescription effective des antirétroviraux financés par le FSTI.
- Le respect des critères d'attribution.
- La bonne observance du traitement.
- La gestion du stock.
- L'influence sur le nombre de tests de dépistages pratiqués dans le CDAG (Centre de diagnostic anonyme et gratuit).
- La précocité du diagnostic de l'infection à VIH dans le service des maladies infectieuses, comparativement à la période précédente où les ARV n'étaient pas disponibles.

Projet du Fonds de Solidarité Thérapeutique International SENEGAL

Finalité du projet

Le projet de prévention et réduction du risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant, initié par le PNLs et le FSTI, est une composante de l'initiative nationale d'accès aux antirétroviraux.

Objectifs

- Dispenser des formations aux équipes médicales, para-médicales et aux personnes des associations.
- Mettre en place un dispositif de dépistage volontaire et gratuit des femmes enceintes dans le cadre des sites de consultation prénatale.
- Assurer une prise en charge médicale et psycho-sociale appropriée des femmes pendant la grossesse et au-delà, notamment en renforçant la prophylaxie et le traitement des infections opportunistes.
- Proposer un régime court de Zidovudine en prophylaxie à des femmes enceintes infectées par le VIH-1.
- Assurer une prise en charge thérapeutique y compris par les ARV si nécessaire pour les enfants nés des mères séropositives.
- Faciliter l'accès au traitement antirétroviral après l'accouchement chez les femmes qui auront reçu la zidovudine, et à leur nouveaux nés, selon les critères définis dans le cadre du Programme national d'accès aux antirétroviraux.

Activité prévisionnelle

	AN 1	AN 2	Total
Nombre de femmes conseillées pour le dépistage VIH	10 000	10 000	20000
Nombre d'acceptantes = 60%	6 000	6 000	12000
Nombre présumé de femmes séropositives	100	100	200
Nombre présumé de partenaires acceptants le tests = 20%	20	20	40
Nombre de naissances vivantes = 80%	80	80	160
Nombre d'enfants infectés par le VIH	7	7	14
Nombre de femmes sous trithérapies = 15%	15	30	30
Nombre d'enfants infectés sous trithérapies =50%	2	4	4

Partenariat financier

- Gouvernement sénégalais : 1 MF
- FSTI : 3 MF
- Fondation Glaxo Wellcome : 1 MF
- Ordre de Malte : 400 000 FF
- IMEA : assistance technique

Démarrage du projet

Il s'agit d'une intervention qui se déroulera à Dakar et dans un second temps à Saint-Louis sur une durée de 2 ans à partir du mois de mai 2000.

Deux documents fixant les modalités d'intervention sont en préparation :

Une déclaration d'intention qui sera signée début mai entre le gouvernement sénégalais et l'Ambassadeur de France à Dakar.

Une convention financière, qui sera signée entre le PNLIS et la Fondation de l'Avenir.

Fiche technique

Annonceur : CFES / DGS

Responsables : Anne Ramon - Catherine Chabas – Anne Catrou

Agence Média : Alice

Responsables : Dominique Imbault – François lamotte – Etienne de Laharpe

- Campagne affichage :

Création : Chantal Devourdy – Olivier Lécot – Mélanie Gautry – Catherine Moreau

Photographes : Olivier Spies – Antoine Cadot – Martin Paar – Tom Watson

Durée de la campagne : 3 juillet au 10 juillet en métropole, du 4 juillet au 20 juillet dans les DOM

- Campagne TV :

Création : Pierre Coré – Sophie Legendre

TV producer : Hélène Daubert

Production : Brigade Légère

Réalisateur : Raymond Depardon

Diffusion : du 24 juillet au 03 septembre.

Agence Hors Média : DDB&Co

Responsables : Agnès Lamoureux – Isabelle Térouinard

Agence de partenariats radio : Partenaire radio

Responsables : Dominique Guihot – Virginie Foliot

Les ressources

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
Secrétariat d'État à la Santé
8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP
Site Internet : <http://www.sante.gouv.fr>
Tél. : 01 40 56 60 00

Direction générale de la santé - division sida
Tél. : 01 40 56 42 93

Direction des hôpitaux - mission sida
Tél. : 01 40 56 58 33

Directions régionales des Affaires sanitaires et sociales et Directions départementales des Affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS)
Renseignements pour les coordonnées auprès de la division sida
Tél. : 01 40 56 42 93

Comité français d'éducation pour la santé (CFES)
2, rue Auguste-Comte
92170 Vanves
Tél. : 01 41 33 33 33

Agence nationale de recherche sur le sida
101, rue de Tolbiac
75013 Paris
Tél : 01 53 94 60 00

Conseil national du sida
25, rue Astorg
75008 Paris
01 44 56 38 50

Institut de veille sanitaire
Hopital national de Saint Maurice
14, rue Val d'Osne
94410 St Maurice
0141796740

Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) :

- par minitel : 36.11 – Nom ou Activité : « SIDA » – Département : numéro ou nom,
- par Internet : sur le site du ministère de l'Emploi et de la Solidarité : <http://www.sante.gouv.fr>

Lignes téléphoniques

Sida Info Service

0 800 840 800

Confidentiel, appel gratuit à partir d'un poste fixe, 24h/24. Un service spécifique appelé « ligne de vie » peut être proposé aux personnes atteintes qui ont besoin d'un soutien.

Drogues Info Service

Tél. : 0 800 23 13 13

Anonyme, confidentiel, appel gratuit à partir d'un poste fixe, 24 h/24.

Fil Santé Jeunes

Tél. : 0 800 235 236

Écoute gaie

Tél. : 01 44 93 01 02

En soirée (les lundis et mercredis : de 20 h à 22 h / les mardis : de 18 h à 22 h / les vendredis : de 18 h à 20 h).

Association des médecins gais

Tél. : 01 48 05 81 71

Mercredi de 18 h à 20 h, samedi de 14 h à 16 h.

Ligne Azur

Tél. : 0 801 20 30 40

Pour les jeunes qui s'interrogent sur leur orientation sexuelle et leurs proches

SOS homophobie

Tél. : 01 48 06 42 41

Du lundi au vendredi : de 20h à 22 h.

Facts Line

Anonymous Aids /HIV support in english

Tél. : 01 44 93 16 69

Mond.-Wed. and Frid. 6 pm to 10 pm

Contact (parents, familles et amis de gais et de lesbiennes)

Permanences téléphoniques :

Dunkerque : 03 28 69 45 31, le mercredi de 20h à 22 h.

Lille : 03 20 56 68 04, le vendredi de 15 h à 17 h et de 20 h à 22 h.

Lyon : 04 72 20 08 01, lundi et jeudi de 20 à 22 h 00.

Marseille : 04 91 91 13 02, le vendredi de 19 h à 22 h.

Nantes : 02 40 29 37 33, le jeudi de 20 à 22 h.

Paris : 01 44 54 04 35, le mardi de 20 à 22 h et le samedi de 16 h à 18 h.

Rouen : 02 35 65 24 02, le mercredi de 20 h 30 à 22 h.

Toulouse : 05 61 48 57 29, le mercredi de 12 h à 20 h.

Tours/Le Mans : 02 43 46 47 07, le lundi de 19 h à 21 h.

Principales associations

Act Up

Renseignements sur les différents groupes locaux :
Act Up-Paris – 45, rue Sedaine - 75011 Paris
Site Internet : <http://www.actupp.org>
Tél. : 01 48 06 13 89

Actions Traitements

190, Bd de Charonne - 75020 Paris
Tél. : 01 43 67 66 00
Site Internet : <http://home.worldnet.fr/acttreat>
Info traitements : 01 43 67 00 00
Info hépatites : 01 43 67 19 99

Afrique Avenir / Cité Saint Martin

(actions de prévention en direction des migrants africains d'Afrique Centrale)
220 rue Saint Martin – 75003 Paris – Tél : 01 44 61 89 89

Afrique Partenaires Service

(actions de prévention en direction des migrants – familles - africains d'Afrique de l'Ouest)
115 av. Lefebvre – 75015 Paris – Tél : 01 45 33 21 38

Aides Fédération

23, rue du Château-Landon - 75010 Paris
Site Internet : <http://www.aides.org>
Tél. : 01 53 26 26 26 (groupes en région)

Arcat-sida

94-102, rue de Buzenval - 75020 Paris
Site Internet : <http://www.arcat.sida.org>
Tél. : 01 44 93 29 29

Asud

23, rue de Château Landon
75010 Paris
tél : 01 53 26 26 53

Autres Regards

41 rue Curial
13192 Marseille cedex 20
Tél. : 04 91 42 42 90

Centre gai et lesbien

3, rue Keller - 75011 Paris
Tél. : 01 43 57 21 47
Site Internet : <http://www.cglparis.org>
Accueil du lundi au samedi de 14 h à 20 h.
Pour les autres centres des régions et les diverses associations domiciliées au CGL : contacter le Centre gai et lesbien de Paris.

COMEDE

(actions de prévention et d'accès aux soins en direction des réfugiés, demandeurs d'asile)
Hôpital - 78 av. du Mal Leclerc – 94272 Le Kremlin Bicêtre – Tél : 01 45 21 38 40

Contact (parents, familles et amis de gais et de lesbiennes)
84, rue Saint-Martin - 75004 Paris
Site Internet : <http://www.france.qrd.org/assocs/contact>
Tél. : 01 44 54 04 70 (groupes en région)

Centres régionaux d'information et de prévention sida

Renseignements pour les coordonnées régionales :

CRIPS

33, avenue du Maine

75014 Paris

Site Internet : <http://www.crips.asso.fr>

Tél. : 01 56 80 33 33

Couples contre le sida

21 place Tolozan

69001 Lyon

Tél : 04 72 00 87 36

Chrétienset sida

30, rue Boucry

75018 Paris

Tél : 01 46 07 89 81

Croix verte et Ruban Rouge

1, rue Marinette

60570 Andeville

03 44 22 59 02

David et Jonathan (femmes et hommes homosexuels chrétiens)

92 bis, rue de Picpus - 75012 Paris

Tél. : 01 43 42 09 49 (groupes en région)

Dessine moi un mouton

35, rue de la Lune

75002 Paris

Tél. : 01 40 28 01 01

Elus locaux contre le sida

84, rue Quincampoix

75003 Paris

0142723646

EMIPS (équipe mobile d'information et de prévention du sida)

3, rue de Ridder – 75014 Paris

Tél. : 01 45 43 36 33

Ensemble contre le sida

228, rue du Faubourg St Martin
75010 Paris
tél : 01 53 26 45 55

Espas (soutien psychologique aux personnes atteintes et à leurs proches)

36, rue de Turbigo - 75003 Paris
Tél. : 01 42 72 64 86

FTCR (Fédération des Tunisiens pour une Citoyenneté des deux Rives)

(actions de prévention en direction des migrants maghrébins et des voyageurs)
70 rue de la Fraternité - 93170 Bagnole – Tél : 01 49 88 16 34

Fédération nationale d'hébergement VIH

58, bd Voltaire 75011 Paris
Tél. : 01 48 05 55 54

GRDR (Groupe de Recherche pour le Développement Rural)

(actions de prévention en direction des migrants d'Afrique de l'Ouest + réseau européen)
20 rue Voltaire – 93100 Montreuil – Tél : 01 48 57 75 80

IKAMBERE

(accueil et accompagnement social de femmes migrantes séropositives)
5 rue Virgil Grissom – 93200 Saint Denis – tél :01 42 35 74 02

ISM Interprétariat (Inter Service Migrants)

(formation d'interprètes sur le VIH / interprétariat dans les CDAG/hôpitaux...)
12 rue Guy de la Brosse – 75005 Paris – tél : 01 45 35 57 19

Les Kiosques - Info Sida Toxicomanie

Rive gauche : 6, rue Dante - 75005 Paris
Rive droite : 36, rue Geoffroy-l'Asnier - 75004 Paris
Site Internet interassociatif : <http://www.vih.org/kiosque/kiosque.htm>
Tél. : 01 44 78 00 00

Les amis du bus des femmes

6, rue du Moulin Joly
75011 Paris
Tél. : 01 43 14 98 98

Migrants contre le Sida

(information, revendication, lobbying)
70 rue de la Fraternité - 93170 Bagnole
Tél : 01 42 41 07 70

Migrations Santé

(information auprès des migrants toutes origines + formation de personnels sociaux/médicaux)
23 rue du Louvre – 75001 Paris
Tél : 01 42 33 24 74

Mouvement d'affirmation des jeunes gais et lesbiennes (MAG)

C/O Centre gai et lesbien de Paris – 3, rue Keller - 75011 Paris
Site Internet : <http://www.france.qrd.org/assocs/mag>

Prévention action santé auprès des personnes transsexuelles et travesties PASTT

94, rue Lafayette
75010 Paris
Tél. : 01 53 24 15 40

SAFE

7, rue de l'Abbé Grégoire
92130 Issy les Moulinaux
01 46 48 38 26

Santé et plaisir gai

BP 234 – 75865 Paris cedex 18
Tél. : 01 46 27 41 75

Site Internet interassociatif : <http://www.vih.org>

Solensi

72, rue Orfila
75020 Paris
Tél : 01 44 62 69 29

Solidarité sida

14, rue de Savoie
75006 Paris
tél : 01 53 10 22 22

Union nationale des associations de lutte contre le sida

16, rue du Delta
75009 Paris
tél : 01 40 16 48 25

URACA

(prévention, accompagnement de migrants africains + reconcontres tradipraticiens - services hospitaliers)
33 rue Polonceau – 75018 Paris – tél : 01 42 52 50 13