



Circulaire DGS/DAS/DS n° 98-382 du 25 juin 1998 relative aux orientations prioritaires 1998 dans le domaine de la lutte contre le sida, et à la mise en place d'un tableau de bord des actions déconcentrées de lutte contre le sida

25/06/1998

INTRODUCTION

Des efforts restent à accomplir pour améliorer l'accès au diagnostic, au traitement, à l'accompagnement et à la prise en charge des personnes atteintes par le virus de l'immunodéficience humaine, mais il est nécessaire de mener une politique de prévention d'autant plus offensive que son bien-fondé apparaît, en raison de la nouvelle donne thérapeutique, moins perceptible pour beaucoup de personnes : celles qui ont jusqu'à présent maintenu des conduites préventives et qui expriment une lassitude, voire un doute, quant à la nécessité de poursuivre sur le long cours, celles qui, bien que 'conscientes' du risque, n'ont pas réussi à mettre en oeuvre une stratégie préventive personnelle, celles enfin qui s'estiment a priori à distance du risque.

Vous trouverez en annexe I le document de synthèse des orientations stratégiques de la DGS/DAS dans le domaine de la lutte contre le sida, pour les années 1998 et 1999. La présente circulaire a pour but de permettre la déclinaison opérationnelle de ces orientations.

I. - DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC PRECOCE

La modification apportée au décret n° 88-61 du 18 janvier 1988 par le décret n° 98-74 du 11 février 1998 permet la prise en charge à titre gratuit de l'antigénémie P 24 dans les CDAG. L'avenant annuel 1998 à la convention entre l'Etat et la CNAMTS, conclue en application de la loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998, autorise les CPAM à prendre en charge le dépistage du VHC en complément de la part prise en charge par l'Etat dans les consultations de dépistage.

La circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98-228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en oeuvre d'un traitement antirétroviral après exposition précise la place des consultations de dépistage dans le dispositif.

L'évolution du dispositif doit donc être poursuivie en 1998 conformément aux orientations définies dans la circulaire DGS/DS n° 97-337 relative aux objectifs pour 1997 en matière de dépistage de l'infection par le VIH.

a) L'organisation à développer

Une attention particulière doit être portée aux points suivants :

- une organisation départementale ou régionale cohérente : si l'accessibilité doit être favorisée en tout point du territoire, il ne saurait être question d'agréer toute structure qui le demanderait sans examen approfondi des besoins non couverts et de la complémentarité avec le dispositif existant (des expériences de 'bus dépistage' à partir de l'aménagement du planning de certaines CDAG peuvent s'avérer particulièrement pertinentes dans certaines zones géographiques) ;
- une offre de prestations répondant à un niveau qualitatif cohérent avec les orientations actuelles. Il convient ainsi de favoriser les antennes rattachées à des structures compétentes plutôt que d'agréer des structures ne pouvant assumer la globalité des missions. On recherchera plutôt la qualité des prestations fournies que l'augmentation du nombre de structures ;
- une lisibilité et une visibilité nécessaires des consultations, dont l'objectif est l'accueil de populations en proximité avec le(s) risque(s) ou vulnérables à celui-ci. L'inscription dans des activités en réseau et le développement de projets de formation à cette fin est souhaitable ;
- des relations privilégiées avec un établissement de soins à même de prendre en charge les personnes atteintes par le VIH. Que ces relations soient facilitées par des conventions ou par le statut des consultations, elles doivent avoir une traduction fonctionnelle.

b) Les missions à développer

- l'accueil des populations particulièrement vulnérables doit être prévu et mis en place (cf. circulaire DGS/DS n° 97-337) :
- pour les populations précarisées ;
- pour les usagers de drogues par voie intraveineuse ;
- pour les personnes ayant des pratiques homosexuelles ;
- les actions de soutien et l'aide à l'adoption et au maintien de conduites préventives au long cours pour les personnes atteintes ;



- l'accompagnement vers une confirmation diagnostique en cours de primo-infection et une prise en charge individualisée dans tous les cas.

Une circulaire vous sera prochainement adressée, ainsi qu'un cahier des charges pour les consultations de dépistage, selon les axes définis ci-dessus.

Personne référente : docteur Suzanne Guglielmi : 01-40-56-54-67.

II. - LES PRIORITES EN MATIERE DE PREVENTION

Les actions de prévention ciblée en direction des personnes les plus fragiles face au VIH doivent devenir l'axe prioritaire 1998 et elles doivent être pensées et coordonnées en fonction de l'évolution souhaitée des CDAG et CDG. Les programmes à développer doivent comporter une dimension d'éducation à la santé à la fois plus large et plus primordiale intégrant à part entière les enjeux personnels et psychologiques, sans laquelle les outils de prévention du VIH ne peuvent avoir de signification profonde. Une méthode d'évaluation fondée sur un cahier des charges précis doit être prévue pour chaque action financée.

Les actions ponctuelles 'grand public' et '1er décembre' doivent être réexaminées au regard de cet axe prioritaire, tout en veillant au maintien d'une sensibilisation du 'tout public'. La part de celles-ci dans votre enveloppe départementale doit donc être optimisée pour permettre le développement des actions en direction des publics les plus fragiles.

a) La proximité avec le risque

Dans l'évolution des modes de contamination, la part du risque sexuel augmente de façon importante. Certains maillons faibles de la prévention se précisent, c'est là que doivent porter les efforts principaux selon leur expression au niveau local, départemental ou régional :

- les partenaires sexuels des usagers de drogues et ces usagers eux-mêmes ;
- les personnes peu conscientes du risque ou peu armées pour s'en prémunir (les femmes dans certaines circonstances, les jeunes filles, les jeunes hommes homosexuels) ;
- les hommes ayant des pratiques homosexuelles, chez qui l'incidence des contaminations se maintient à un taux élevé, particulièrement chez les couples sérodiscordants et chez les hommes ayant de nombreux partenaires occasionnels ;
- les personnes atteintes : des actions de prévention, individuelles ou collectives, plus spécifiquement destinées aux personnes atteintes doivent être mises en place. Cet axe capital doit notamment être pris en charge dans les consultations de dépistage. Des actions menées par des équipes de CDAG/CDG pourront ainsi être identifiées et financées sur le 47-18-20.

Ces actions doivent pouvoir s'appuyer non seulement sur la mobilisation des réseaux communautaires, mais aussi sur les intervenants sanitaires, sociaux et institutionnels. Parallèlement à la programmation triennale, il vous appartient donc de définir un cadre de réflexion et d'intervention pour la réduction des risques sexuels, d'identifier, de diversifier et de coordonner les partenaires acteurs de terrain les mieux à même d'assurer la mise en oeuvre des actions.

Vous mettrez en place et animerez un comité de suivi réunissant régulièrement (minimum trois fois par an) les financeurs et les opérateurs pour, d'une part, échanger sur la mise en oeuvre des actions de terrain, d'autre part, en faciliter l'évaluation.

L'association d'autres partenaires financeurs, en particulier des organismes de sécurité sociale et des collectivités territoriales, sur ce thème de la réduction des risques sexuels, est souhaitable.

Des actions de formation sur l'approche des sexualités et sur l'écoute sont indispensables. L'évaluation d'une formation pilote sur ce thème, actuellement testée dans quelques départements, vous sera adressée à l'automne.

Personnes référentes :

- femmes, hétérosexuels multi-partenaires, prostitution féminine : Michelle Arnaudès : 01-40-56-56-17 ;
- hommes et prostitution masculine : Gérard Pelé : 01-40-56-45-58 ;
- éducation à la santé/prévention en direction des jeunes : Anne-Marie Servant : 01-40-56-56-53.

b) La vulnérabilité

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgsdsds-n-98-382-du-25-juin-1998-relative-aux-orientations-prioritaires-1998-dans-le-domaine-de-la-lutte-contre-le-sida-et-a-la-mise-en-place-dun-tableau-de-bord-des-actions-dec/>



La politique de réduction des risques liées à l'usage de drogue par voie intraveineuse :

La mise en oeuvre de la circulaire DGS/DS 2 n° 98-72 du 4 février 1998 constitue le deuxième volet prioritaire en matière de prévention. Cette politique essentielle pour la santé publique nécessite en outre des actions de sensibilisation et de communication afin de mieux faire comprendre les enjeux par des populations qui ne se sentent pas concernées (voir infra, orientations prioritaires pour la communication déconcentrée).

Personne référente : Jean-François Rioufol : 01-40-56-41-85.

Les actions de réduction des inégalités :

Par ailleurs, il est important de mettre en place :

- des actions de prévention en direction de tous les publics précarisés, parmi lesquels les populations migrantes, ayant moins accès aux outils d'information et au système de soins, en favorisant là aussi le plus possible leur élaboration avec les référents qu'ils se reconnaissent ;
- des actions de prévention en direction des populations particulièrement vulnérables que constituent notamment les personnes atteintes de maladie mentale (au sein des établissements spécialisés, mais aussi 'hors les murs', notamment dans le cadre du secteur psychiatrique) et les personnes handicapées mentales.

Personne référente : Catherine Chardin : 01-40-56-40-36.

III. - LA PRISE EN CHARGE ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES

La réorientation de la politique de dépistage et de diagnostic ainsi que les nouvelles stratégies thérapeutiques ont bouleversé les besoins et les attentes des personnes dans le domaine de la prise en charge et de l'accompagnement. Le rapport au temps et à la mort a changé. L'amélioration de l'état des personnes traitées modifie leurs besoins, moins focalisés sur la survie.

L'évolution des besoins des personnes atteintes conduit nécessairement à adapter les dispositifs existants selon les axes d'évolution suivants :

- prise en compte des besoins globaux de la personne et non plus de la seule pathologie ;
- prise en compte des autres pathologies et, plus largement, des autres problématiques ou populations pour lesquelles ils pourraient être adaptés ;
- recherche de dispositifs de droit commun afin de répondre aux besoins non couverts.

Cette réflexion devrait d'abord être menée en interne à partir de l'échange des expertises entre services de santé et pôle social, tant l'intrication des aspects sociaux et de santé est flagrante dans la très grande majorité des cas pris en charge, quelles qu'en soient les modalités (aides financières et hébergement d'urgence, appartements de coordination thérapeutique, hébergement relais, soutien social, juridique et psychologique, aide à domicile). Ce partenariat technique approfondi permettra aux organismes porteurs de ce type de projet et de structures de s'orienter dans la direction définie ci-dessus.

De plus, les crédits d'intervention du chapitre 47-21, qui correspondent à une approche plus globale des problèmes sociaux des personnes les plus précarisées, quels que soient leurs problèmes de santé, doivent, dans la mesure du possible, être sollicités dès lors que les projets présentés répondent à des besoins sociaux lourds.

Les moyens de l'accompagnement et du soutien des personnes, qu'elles soient en grande proximité avec le risque ou atteintes, doivent être intégrés dans les programmes de prévention comme de prise en charge, afin de les aider dans une adhésion volontaire à la démarche de prévention, de diagnostic et de traitement.

Cet accompagnement global, qui doit se concevoir très précocement, en amont de la décision thérapeutique, est en particulier nécessaire pour s'assurer que la personne est prête à assumer le choix de se traiter, créer les conditions de l'observance et de son maintien, aussi bien pour les traitements après exposition que pour ceux de l'infection confirmée, l'observance aux traitements étant la condition essentielle de l'efficacité thérapeutique et de la prévention de l'apparition de souches résistantes.

Une attention particulière devra être apportée aux conditions de délivrance en pharmacie de ville des traitements <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgsdasds-n-98-382-du-25-juin-1998-relative-aux-orientations-prioritaires-1998-dans-le-domaine-de-la-lutte-contre-le-sida-et-a-la-mise-en-place-dun-tableau-de-bord-des-actions-dec/>



antirétroviraux, notamment pour les patients bénéficiaires d'une aide médicale.

Un groupe de travail national a été mis en place sur le thème de l'accompagnement en mai 1998. Il a pour mission d'élaborer à partir d'un constat des besoins, de l'offre, des carences, des propositions d'actions concrètes. Ses conclusions et recommandations vous seront adressées fin 1998.

Personne référente : docteur Dominique Bessette : 01-40-56-51-03 ;

pour les antirétroviraux : docteur Sophie Fégueux : 01-40-56-60-76.

a) L'aide à domicile

Les évolutions de ces derniers mois ont eu et auront des répercussions sensibles sur le dispositif spécifique d'aide à domicile.

1998 est une année transitoire, pendant laquelle seront effectués les travaux suivants :

- mise à plat globale de tout le système d'aide à domicile (mission commandée par la ministre de l'emploi et de la solidarité à l'IGAS) ;
- évaluation du dispositif préconisé par la circulaire n° 96-10 du 8 janvier 1996 relative à l'aide à domicile en direction des patients atteints du VIH/sida sur le territoire national.

Parallèlement, des réunions interdépartementales/interrégionales permettront d'harmoniser les outils de travail des différents partenaires dans l'objectif d'une meilleure gestion et analyse du dispositif tant au niveau départemental que national. L'ensemble des travaux réalisés sera présenté au Comité national de suivi pour validation et adaptation du dispositif.

Personne référente : Véronique Chargé : 01-40-56-46-72.

b) Les réseaux ville hôpital

Une circulaire DGS/DAS/DH/DIRMI établissant le cahier des charges des réseaux, dont les réseaux VIH, vous sera prochainement adressée. L'instruction des dossiers de réseaux devra être réalisée dans ce cadre, tant pour les réseaux existants déjà financés que pour les créations.

Bureau référent pour ce qui concerne le VIH/sida : DS 1.

c) L'insertion sociale et professionnelle

Le réseau associatif 'sida' est de plus en plus sollicité par des demandes de resocialisation et d'insertion ou de réinsertion professionnelle de la part de personnes atteintes isolées, voire désinsérées. Il est fondamental que vous aidiez les promoteurs locaux à ancrer leur projet le plus en amont possible dans les dispositifs plus 'globaux' pilotés par le pôle social (publics précarisés) ou par la DDTEFP.

Une réunion interne aux services déconcentrés de l'emploi et de la solidarité, destinée à mettre en regard, d'une part, ce que peuvent offrir ces dispositifs globaux et, d'autre part, ce que peuvent être les demandes des personnes atteintes, peut être un préalable à l'impulsion d'une politique clairement affichée de partenariat, qui devrait éviter une spécialisation, non souhaitable sur le double plan éthique (problème de confidentialité des 'services de recherche d'emploi' internes aux associations de lutte contre le sida) et opérationnel (intervenants en doublon) des associations de lutte contre le sida, notamment dans le champ de l'insertion professionnelle.

Le financement sur le chapitre 47-18-20 sera prioritairement affecté aux actions de redynamisation, resocialisation des personnes atteintes les plus désinsérées, dans la mesure où le tissu associatif local a de fait déjà mis en place un accueil (ateliers santé, nutrition, repas conviviaux, loisirs) permettant cette diversification.



Le financement direct d'actions d'insertion professionnelle (financement de places de CAVA, d'ateliers d'insertion...) devra par contre rester exceptionnel et s'appuyera systématiquement sur une collaboration avec des organismes locaux dont c'est la vocation et relever plutôt du chapitre 47-21 que du chapitre 47-18.

Bureau référent : DS 2.

IV. - LES THEMES PRIORITAIRES DE FORMATION

Certains thèmes sont déjà évoqués dans les chapitres précédents. Ils sont regroupés ci-après :

a) Personnels non médicaux/équipes professionnelles

De manière générale, les actions de formation à prioriser doivent viser à :

- apporter des outils opérationnels aux professionnels médicaux et sociaux en vue d'améliorer notablement l'accompagnement des personnes, en particulier pour les personnes atteintes (qu'elles suivent ou non un traitement médical) et pour toute personne avant et après démarche de dépistage ;
- à une professionnalisation accrue des acteurs chargés de programmes de prévention à l'approche des sexualités et à l'écoute ;
- au renforcement du travail en réseau.

Les actions de formation qui ne seraient pas directement liées à un projet de prévention ou de prise en charge dans le domaine du VIH ne devraient pas être financées sur le chapitre 47-18-20. De manière générale, il devient indispensable de mobiliser également les crédits de formation disponibles, notamment dans les budgets des plus grosses structures, et, pour ces dernières, de ne plus financer d'emblée les formations sur le VIH en totalité.

b) La formation médicale continue

Les médecins :

Dans la plupart des régions destinataires de crédits de formation médicale continue 1997, les programmes correspondants sont encore en cours sur le premier semestre 1998. Je vous confirme donc qu'il n'y aura pas de délégations de crédits sur le chapitre 47-18 au titre de l'exercice 1998 pour des actions de formation médicale continue. Il vous est par contre demandé de bien vouloir faire remonter l'analyse des besoins (classés par ordre de priorité) au titre de l'année 1999 et leur traduction financière pour le 1er octobre 1998. Sous réserve des crédits qui seront prévus en loi de finances initiale pour 1999 et en fonction des calendriers prévisionnels de mise en oeuvre des actions de formation, des délégations anticipées de crédits pourront être envisagées.

Il serait particulièrement intéressant d'associer à ces formations les médecins du travail, qui ont ou auront à réaliser une prise en charge, un suivi, un reclassement... de personnes atteintes par le VIH en fonction de leur contexte professionnel. Des actions de formation spécifiques pour ce public pourront également être mises en oeuvre pour traiter notamment de l'impact psychosocial de l'infection à VIH et de ses traitements.

Les thèmes prioritaires sont les suivants :

- diagnostic précoce/dépistage ;
- traitement après exposition ;
- le suivi médical des personnes sous traitement antirétroviral ;
- accompagnement/aide active au patient dans la prise au long cours d'un traitement.

Personne référente (professionnels de santé) : docteur Dominique Bessette : 01-40-56-51-03.

Les pharmaciens d'officine :

Le dispositif national de formation des pharmaciens d'officine à la dispensation des traitements antirétroviraux élaboré en 1997 est entré dans sa phase opérationnelle. Un guide de formation a été adressé dans toutes les officines, et les sessions de formation (une journée complète, organisée et animée par l'un des huit organismes de formation sélectionnés au niveau national après appel d'offres) ont démarré en mars dans les régions les plus touchées. La programmation des <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgsdasds-n-98-382-du-25-juin-1998-relative-aux-orientations-prioritaires-1998-dans-le-domaine-de-la-lutte-contre-le-sida-et-a-la-mise-en-place-dun-tableau-de-bord-des-actions-dec/>



sessions couvrant la période de septembre 1998 à juin 1999 vous sera adressée dans les prochaines semaines.

V. - LA COMMUNICATION DE PROXIMITE

Conformément aux termes de la circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98-228 du 9 avril 1998 (chapitre 4), les actions de communication visant à l'information sur le dispositif local de dépistage seront prioritairement financées sur la dotation spécifique disponible en 1998 pour la communication déconcentrée. Pourront également être soutenues, au même niveau de priorité, les actions de communication liées à la politique de réduction des risques chez les usagers de drogues. Seront finançables en seconde priorité les actions de communication déconcentrée ciblée, en direction des homosexuels, des publics migrants, des personnes défavorisées, des jeunes en situation précaire.

La recherche de partenariats en vue de l'utilisation, le plus souvent à titre gratuit, des médias locaux (presse communautaire, étudiante, municipale, mutualiste ainsi que radios locales) est à développer.

La division sida met à votre disposition les outils nécessaires à la déclinaison locale des campagnes nationales de communication, ainsi qu'un appui technique et méthodologique.

Personne référente : Anne Catrou : 01-40-56-41-87.

VI. - LE RESEAU DOCUMENTAIRE SUR L'INFECTION A VIH

Un réseau documentaire spécifique sur l'infection à VIH s'est développé, avec la création des CRIPS et l'implication de nombreux CODES dans cette activité. Selon les départements ou les régions, certaines des structures chargées de cette activité ont par ailleurs développé des actions d'information/prévention/formation 'hors les murs' (actions en milieu carcéral, en milieu scolaire...). Les situations sont donc extrêmement diverses. Il convient dès lors de procéder à une évaluation de ce dispositif afin de mieux connaître le rôle et l'activité de ce réseau en matière de lutte contre le sida.

Je vous demande de me transmettre, pour le 31 janvier 1999, une évaluation de l'activité documentaire 1998, dont les items pourraient être les suivants :

- volume et origine de la demande documentaire ;
- nombre de personnes venues consulter sur place ;
- nombre de demandes traitées téléphoniquement ;
- nombre de documents diffusés sur place, par mailing ;
- existence d'une base de données documentaire sida (nombre de références) ;
- organisation de l'activité (horaires d'ouverture, outils - Internet, fax, Minitel mis à disposition - part d'équivalent temps plein de personnel, facilité d'accès, mode de communication locale sur l'existence du dispositif documentaire, liens CODES/CRIPS) ;
- visibilité du réseau documentaire (mode de collaboration avec les autres partenaires locaux) ;
- existence d'activités annexes (de quelle nature, avec quels partenaires, quel moyens en personnel).

Personne référente : Anne Catrou : 01-40-56-41-87.

VII. - LES ACTIONS INTERMINISTERIELLES

Les projets présentés doivent s'inscrire dans un des axes définis ci-dessous :

a) La dotation budgétaire réservée à ces actions doit permettre le soutien de projets conçus, mis en oeuvre et évalués de manière coordonnée par les représentants des services déconcentrés de deux ou plusieurs ministères. Seront privilégiées les actions inscrites dans la durée et répondant aux principes d'action définis dans la circulaire DGS/DS n° 97-120 du 18 février 1997 et aux orientations stratégiques définies dans la présente circulaire.

La date limite d'envoi des dossiers est fixée au 1er juillet 1998.

b) Par ailleurs, comme le précise la note du 16 avril 1998, une dotation spécifique d'un million de francs est réservée cette année au financement de projets communs concernant la prévention et l'éducation à la sexualité en direction des jeunes. Les ministères concernés (Education nationale, Jeunesse et Sports, Agriculture, Justice, ainsi que la DIJ) ont reçu un <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgsdsds-n-98-382-du-25-juin-1998-relative-aux-orientations-prioritaires-1998-dans-le-domaine-de-la-lutte-contre-le-sida-et-a-la-mise-en-place-dun-tableau-de-bord-des-actions-dec/>



courrier du directeur général de la santé les invitant à diffuser l'information auprès de leurs services déconcentrés.

Les projets présentés pourront notamment intégrer une réflexion sur la contraception visant à clairement différencier les objectifs respectifs de l'utilisation des préservatifs, de la prescription de contraceptifs et les prises en charge possibles immédiatement après des pratiques sexuelles à risque.

Il doivent être adressés au bureau DS2 avant le 15 septembre 1998.

Personne référente : Anne-Marie Servant : 01-40-56-56-53.

VIII. - DEMANDE DU SOLDE D'ENVELOPPE ET DEMANDES DE CREDITS COMPLEMENTAIRES (HORS FORMATION MEDICALE CONTINUE, COMMUNICATION ET ACTION INTERMINISTERIELLES DECONCENTREES)

97 % des crédits déconcentrés - chapitre 47-18, article 20 - ayant déjà été répartis pour constituer les enveloppes départementales, il n'y aura pas, en 1998, de volant de crédits complémentaires permettant de réaliser, comme en 1996 et 1997, une 'campagne mesures nouvelles'. La montée en charge des dispositifs ou le lancement de nouvelles actions doit donc d'emblée être envisagée par redéploiement de votre enveloppe départementale.

Cependant, chaque année, plusieurs départements ne sollicitent pas la délégation de leur solde d'enveloppe. La marge de manoeuvre potentielle sera en tout état de cause très limitée. Par ailleurs, les crédits sans emploi remontés en temps utile seront redévolués pour financer ponctuellement les dossiers les plus urgents.

J'insiste tout particulièrement sur le fait que la demande de délégation de votre solde d'enveloppe départementale n'est en aucun cas une simple formalité. C'est pourquoi je vous demande :

- de compléter votre demande écrite de solde par le tableau type joint en annexe 5 ;
- de veiller à adresser les éventuels bordereaux de crédits sans emploi impérativement pour le 15 septembre 1998 (la croissance des reliquats de crédits de fin d'année - voir tableau ci-après - n'est en effet pas acceptable. Cette situation doit absolument être évitée cette année).

Les demandes de crédits complémentaires les plus urgentes (maximum deux dossiers) devront m'être adressées pour le 1er septembre 1998 dernier délai, classées par ordre de priorité. Ces demandes seront accompagnées d'un dossier complet (organisme - descriptif de l'action - budget prévisionnel...). Ils sont à adresser en double exemplaire au bureau DS2, qui en coordonnera l'instruction et procédera aux éventuelles délégations de crédits.

Personne référente : Pascale Thézelais : 01-40-56-42-31.

IX. - LE TABLEAU DE BORD DES ACTIONS FINANCEES SUR LE 47-18-20

La déconcentration des crédits de lutte contre le sida mise en oeuvre depuis 1996 nécessite de renforcer le suivi national des dispositifs et actions de lutte contre le VIH/sida dans tous les départements. La circulaire DAGPB n° 97-831 du 30 décembre 1997 relative à la déconcentration des crédits rappelle la procédure désormais bien rodée des remontées annuelles d'utilisation des crédits du chapitre 47-18-20, qui permettent d'approcher de façon très globale le poids financier respectif des différents champs et modes d'intervention.

Il est désormais important de compléter ce type d'information par une connaissance homogène des caractéristiques essentielles des actions financées. Le tableau de bord des actions déconcentrées (disquette et livret explicatif joints), en permettant la production de synthèses départementales, régionales et nationale, a pour objet d'aider au pilotage et à l'adaptation de la politique de lutte contre le sida, grâce à une représentation unifiée des actions de terrain.

L'année 1998 constituera un test de faisabilité en grandeur réelle, le tableau de bord ayant été testé dans quelques départements en 1997. Il vous est donc demandé d'évaluer l'intérêt et les limites de cet outil/démarche et de faire parvenir au bureau DS2 toutes vos remarques et suggestions. La fusion du dispositif actuel de remontées d'information avec ce tableau de bord sera envisagé en 1999 en fonction des résultats de cette expérimentation.

a) Démarche et calendrier

Durant l'année 1998, les personnes chargées de la mise en oeuvre de la politique de lutte contre le sida dans les DDASS <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgsdads-n-98-382-du-25-juin-1998-relative-aux-orientations-prioritaires-1998-dans-le-domaine-de-la-lutte-contre-le-sida-et-a-la-mise-en-place-dun-tableau-de-bord-des-actions-dec/>



réalisent sur disquette, si possible 'en temps réel', la saisie des données à partir de chaque convention financée sur le chapitre 47-18-20 et de l'ensemble du dossier (descriptif des actions, montage des ressources prévisionnelles). Le terme de convention est à entendre de manière générique et comprend donc les versements effectués sans convention, par simple arrêté ou sur facture. Certaines de ces données étant soit évolutives, soit non connues à la signature de la convention, elles sont entrées dans la base grâce au programme de modification. L'objectif est d'avoir, sur une année, une représentation la plus exacte possible des actions réellement menées.

Une fois saisies et vérifiées, ces données sont adressées sous disquette-copie à la division sida bureau DS2 pour le 15 janvier 1999 délai de rigueur.

La synthèse de l'ensemble des données collectées, effectuée par la division sida au cours du premier semestre 1999, vous sera adressée au plus tard fin juin 1999.

b) Aspects pratiques et techniques

Vous trouverez ci-joint une disquette-programme ainsi qu'un livret explicatif. Le fichier s'intitule 'TBDAD.XLS' et fonctionne au minimum sous Excel 5. La démarche d'entrée des données part de la notion d'action : chaque action, quel que soit le nombre d'actions menées par un même organisme financé, représente une 'unité de comptage'. Il y a cinq niveaux de saisie :

Niveau 1 : la 'Présentation de l'organisme menant l'action' permet d'entrer les caractéristiques suivantes : numéro de département, nom de l'organisme, caractérisation de l'organisme (domaine d'intervention : sanitaire, social...);

Niveau 2 : le 'Domaine d'action' définit les thèmes d'activités pour lesquels l'organisme a été conventionné : prévention, formation, dépistage, action sociale, etc. ;

Niveau 3 : le 'Contenu de l'action' est un complément d'information sur l'activité : information, diffusion de documents, accompagnement, groupes de paroles... ;

Niveau 4 : la ou les 'Population(s) concernée(s)';

Niveau 5 : le 'Partenariat' informe sur le niveau et la nature de l'implication (technique ou financier) de 'tiers' (collectivités territoriales, organismes de sécurité sociale...);

Niveau 6 : les 'Budgets de l'action' renseignent sur les montants financiers alloués et sur leur origine.

Enfin, un espace de commentaires est prévu afin d'insérer, si besoin, des informations complémentaires non prévues dans le protocole décrit ci-dessus.

Personne référente : Pascale Thézelais : 01-40-56-42-31.

X. - LE BILAN D'UTILISATION DES CREDITS SUR LE CHAPITRE 47-18 EN 1997 : VOIR TABLEAU PAGE SUIVANTE

Les remontées d'information sur l'utilisation des crédits 1997 que vous avez transmis à la division sida ont permis d'établir le bilan suivant sur l'utilisation des crédits sida, qui porte sur la totalité des crédits d'Etat niveaux national et déconcentré confondus.

On constate une croissance marquée des actions de prévention en direction des usagers de drogue (+ 24 %), un des axes prioritaires de la politique menée dans le cadre de la lutte contre le sida, ainsi que des actions de proximité (n.c usage de drogue) avec + 15 %.

La journée du 1er décembre a bénéficié d'une hausse de 11 % de ses crédits, ce qui représente cette année encore une trop forte croissance, aucun accent particulier n'étant mis sur ce domaine d'intervention

La prise en charge extrahospitalière a enregistré une croissance inférieure à la progression des moyens affectés à la lutte



contre le sida (+ 4 %), le soutien ayant bénéficié d'une hausse marquée (+ 15 %), l'hébergement ayant obtenu une consolidation de ses moyens (+ 10 %). Sont en baisse les crédits affectés aux réseaux ville-hôpital (- 8 %), et au dispositif aide à domicile (- 12 %).

La formation retrouve son niveau de 1995 avec + 8 % de progression entre 1996 et 1997 (la progression étant liée au niveau de crédits alloué au titre de la formation médicale continue).

La croissance enregistrée par le dépistage anonyme et gratuit est liée en grande partie aux mesures nouvelles notamment avec l'élargissement dans certains départements au dépistage de l'hépatite C, le remboursement des tests du V.I.H. se maintenant globalement au niveau des années précédentes.

Les secteurs études-épidémiologie et information maintiennent leurs poids respectifs dans les financements, avec une croissance de + 6 % et + 7 % proches de la progression générale des crédits sida.

Pour mémoire, les moyens affectés à la lutte contre le sida ont bénéficié en 1997 d'une croissance de + 6 % par rapport à 1996, en tenant compte des reports de crédits.

XI. - LES MOYENS DE FONCTIONNEMENT SPECIFIQUES ALLOUES AUX CHARGES DES ACTIONS DECONCENTREES DE LUTTE CONTRE LE SIDA EN 1998 SUR LE CHAPITRE 37-13

Une dotation totale de 2 462 790 F est intégrée dans les dotations 37-13 des DRASS ou DDASS dans lesquels sont affectés un ou plusieurs chargés des actions déconcentrées de lutte contre le sida. Cette dotation est répartie en deux sous-enveloppes (frais de déplacement, selon la taille du ou des départements couverts - frais généraux de fonctionnement - forfaitaire - par agent effectivement en poste). Vous trouverez en annexe 2 la répartition de cette dotation pour 1998, telle qu'elle figure dans les tableaux de la circulaire DAGPB/BF3 n° 97-831 du 30 décembre 1997 de notification des crédits déconcentrés.

Vous trouverez ci-joint, en annexes 3 et 4, la note de service DGS/98-304 du 10 avril 1998 relative à l'organisation de la division sida recomposée autour des bureaux DS1 et DS2 et son nouvel organigramme.

Références :

Décret n° 88-61 du 18 janvier 1988 pris pour l'application de l'article L. 355-23 du code de la santé publique concernant le dépistage de façon anonyme et gratuite du VIH, modifié par le décret n° 98-74 du 11 février 1998 ;
Circulaire DAGPB/BF3 n° 97-831 du 30 décembre 1997 (notification des crédits de fonctionnement et d'intervention pour 1998) ;
enveloppes départementales 47-18-20 ;
prévisions de consommation sur le 47-18-30 ;
Circulaire DSG/DS2 n° 98-72 du 4 février 1998 relative aux orientations de la politique de réduction des risques chez les usagers de drogues en 1998 ;
Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98-228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en oeuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH ;
Circulaire DGS/DS n° 97-120 du 18 février 1997 sur l'organisation de l'action interministérielle au plan territorial, dans le domaine de l'infection à VIH ;
Circulaire DGS/DS n° 97-337 du 12 mai 1997 relative aux objectifs pour l'année 1997 en matière de dépistage de l'infection par le VIH ;
Circulaire DAS/TS1 n° 96-743 du 10 décembre 1996 relative à la prévention de l'infection à VIH dans les établissements et services accueillant des personnes handicapées mentales ;
Circulaire n° 96-10 du 8 janvier 1996 relative à l'aide à domicile en direction des patients atteints du VIH/sida ;
Circulaire DAS/227 du 5 décembre 1995 relative à l'accompagnement social et au sida ; Circulaire n° 92 du 27 octobre 1995 relative à l'adaptation de l'organisation du dispositif de lutte contre l'infection à VIH.

ANNEXES EVOLUTION DE L'UTILISATION DES CREDITS D'ETAT DE LUTTE CONTRE LE SIDA

(Chapitre 47-18)

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgsdsasds-n-98-382-du-25-juin-1998-relative-aux-orientations-prioritaires-1998-dans-le-domaine-de-la-lutte-contre-le-sida-et-a-la-mise-en-place-dun-tableau-de-bord-des-actions-dec/>



(*) Y compris les reports de crédits.

ANNEXE I
Direction générale de la santé
Direction de l'action sociale

ORIENTATIONS STRATEGIQUES DANS LE DOMAINE DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

1998-1999

(février 1998)

La transformation des stratégies thérapeutiques en 1996, celle des enjeux diagnostiques en 1997, ont profondément modifié le contexte dans lequel évolue aujourd'hui l'épidémie à VIH et les dispositifs mis en place pour y faire face. La stratégie des pouvoirs publics doit évoluer au même rythme.

Au-delà des espoirs et des craintes que font naître ces évolutions dans une pathologie marquée, aujourd'hui comme hier, par la charge émotionnelle, et où les patients se sont posés comme acteurs de prévention et de prise en charge, plusieurs constats doivent maintenant fonder cette stratégie.

Le nombre de nouvelles contaminations semble rester stable, autour de 5 000 à 6 000 personnes par an. Le nombre de personnes porteuses du virus, du fait de l'allongement de leur durée de vie, augmente. Le 'réservoir viral' s'accroît donc, alors que des tendances au relâchement préventif sont rapportées ; la coexistence de ces deux tendances entraîne une situation critique pour le niveau épidémique, qui n'est pas en régression. La prévention est plus que jamais primordiale.

Les progrès thérapeutiques ont transformé la vie des personnes atteintes mais :

- les traitements ne sont pas efficaces d'emblée pour une part non négligeable, de l'ordre de 15 %, des personnes atteintes ; et une part au moins aussi importante développe ultérieurement des résistances, que ce soit en raison d'une mauvaise observance ou par échappement au traitement. La transmission de virus résistants pourrait constituer un danger redoutable ;
- l'évolution à long terme et les conditions du vieillissement des personnes sous traitement avec l'apparition d'autres pathologies (cancers, hémopathies...) sont encore inconnues. Les perspectives d'une diminution de la durée ou du volume des traitements s'éloignent.

Une grande vigilance et une grande adaptabilité à l'évolution des besoins des personnes atteintes s'imposent.

L'importance des déterminants sociaux, économiques et culturels de l'appropriation de la notion de prévention et de l'accès à la prise en charge est fortement accrue par le développement de la précarité sociale, d'une part, par la complexité et les contraintes de la prévention, du dépistage et des traitements, d'autre part. Cette situation accroît la vulnérabilité de diverses populations. Tous les efforts de prévention et de prise en charge doivent intégrer cette dimension essentielle.

Les nouvelles stratégies passent par un diagnostic et une prise en charge les plus précoces possible ; or 69 % des patients ayant développé un sida au cours du premier semestre 1997 n'avaient pas bénéficié d'une prise en charge préalable de leur infection et, pour 41 % d'entre eux, par absence de dépistage, soit des années après leur contamination.

A partir de ces constats, l'action des pouvoirs publics contre l'épidémie à VIH doit être articulée autour d'un axe essentiel constitué par la mise en place et le développement du diagnostic précoce, axe autour duquel s'organisent les actions de prévention, d'une part, d'accompagnement et de prise en charge, d'autre part.

Une veille soigneuse de tous les phénomènes liés à l'infection à VIH doit accompagner ce travail qui nécessite de la part de l'administration une grande capacité d'anticipation et d'évolution pour s'adapter en permanence et faire face aux enjeux d'une réalité encore très mouvante.

I. - MISE EN PLACE ET DEVELOPPEMENT DU DIAGNOSTIC PRECOCE

Les nouvelles stratégies thérapeutiques, l'évolution des outils biologiques et une connaissance affinée de la <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgsdsasds-n-98-382-du-25-juin-1998-relative-aux-orientations-prioritaires-1998-dans-le-domaine-de-la-lutte-contre-le-sida-et-a-la-mise-en-place-dun-tableau-de-bord-des-actions-dec/>



physiopathologie des premières phases de l'infection font du diagnostic et de la prise en charge précoces des personnes un axe central et structurant de la lutte contre le VIH. Une évolution profonde de l'actuel dispositif de dépistage doit être impulsée.

Les objectifs à poursuivre

Permettre le diagnostic et la prise en charge des personnes avant l'apparition des symptômes de la maladie sida, par l'amélioration du diagnostic des primo-infections, la réduction des retards au diagnostic, l'accompagnement des personnes vers le soin.

Renforcer l'accès à la prévention personnalisée, promouvoir les démarches de réduction des risques et le maintien d'attitudes préventives sur le long terme.

Intervenir au plus près du risque et en amont de la confirmation de la contamination en développant le traitement antirétroviral après exposition, ce qui nécessite un travail personnel sur la perception du risque.

Faciliter l'accès à la prise en charge et à la prévention globale des maladies sexuellement transmissibles et des hépatites dont le VIH ne peut être dissocié, dans le but de réduire les inégalités actuelles et en intégrant les facteurs de vulnérabilisation de groupes de population.

Les grands axes d'action

Information de la population afin qu'elle dispose de données cohérentes et que les personnes concernées puissent les intégrer et développer des conduites adaptées.

Evolution des pratiques et des compétences, par des programmes de formation et la mise à disposition d'outils pour les médecins, la définition de bonnes pratiques, la formation des équipes de consultations de dépistage et de l'ensemble des acteurs, professionnels sociaux et de santé, acteurs de prévention et des réseaux d'aide.

Adaptation des dispositifs par une révision du cadre législatif et réglementaire, la définition de schémas locaux d'organisation, l'intégration de structures associatives de proximité.

II. - MAINTENIR ET AIGUISER L'EFFORT DE PREVENTION

La prévention est toujours au coeur de la lutte contre le VIH

La situation épidémique actuelle contient en puissance tous les éléments d'une crise. Le nombre des contaminations, stable depuis plusieurs années, est le reflet de l'absence actuelle de gains de prévention. Le nombre de personnes porteuses du virus augmente, le risque épidémique peut s'accroître, les modes de diffusion actuels de l'épidémie sont mal connus.

L'évolution thérapeutique est porteuse d'espoir, mais aussi de désillusions et de risques de relâchements. Continuer à progresser dans la lutte contre le virus impose d'infléchir la diffusion épidémique de manière significative.

Pour ce faire, l'action préventive doit s'articuler dans trois directions : la proximité avec le risque, les facteurs de vulnérabilité et les inégalités, l'action territoriale.

La proximité avec le risque

Les stratégies de traitement après exposition, de diagnostic précoce et de dépistage impliquent que la notion de risque soit affinée tant pour la transmission sexuelle que pour la transmission par voie sanguine chez les usagers de drogues.

La prévention de l'infection à VIH ne peut être dissociée de la prévention des maladies sexuellement transmissibles. Elle



ne peut se concevoir hors de l'ensemble des problématiques du champ de la sexualité telles que la contraception, les violences sexuelles, l'hétéro, l'homo - et la bi - sexualité, l'identité sexuelle, les représentations du désir et du plaisir...

Ces problématiques traversent l'ensemble des groupes de transmission, en fonction de la proximité avec le risque ou de la vulnérabilité au risque, notamment prévention de la transmission sexuelle chez les usagers de drogues, adoption de comportements préventifs durables par les homosexuels, stratégies d'adoption de conduites préventives chez les femmes, soutien sur le long terme des personnes atteintes dans une vie sexuelle marquée par le VIH.

D'autre part, la politique de réduction des risques infectieux chez les usagers de drogue par voie intraveineuse a permis de contenir l'épidémie dans une population qui avait été particulièrement touchée. Cette politique, qui relève d'une méthodologie très spécifique doit être élargie à l'ensemble des risques infectieux majeurs, notamment les hépatites virales et la tuberculose.

Il conviendrait également de réfléchir sur la pertinence à étendre la démarche de réduction des risques à d'autres pratiques ou situations à risque, en particulier sexuelles. Cette notion vise à agir dans le cadre de la vie et des pratiques quotidiennes de populations très proches du risque pour limiter les conséquences de ces pratiques sur leur santé. Si la réponse n'est pas certaine, la question mérite d'être examinée en s'appuyant sur des données scientifiques solides.

Enfin, la notion de réduction des dommages qui a enrichi la notion de réduction des risques à des domaines autres que strictement sanitaires doit être étendue à d'autres problématiques sanitaires ou sociales.

Réduire les inégalités et agir sur la vulnérabilité

La question des inégalités d'accès, qui s'exprime dans les difficultés d'appropriation de la prévention, les retards au diagnostic et à la prise en charge et se traduit dans l'évolution des caractéristiques des personnes récemment contaminées, recouvre deux logiques diverses si ce n'est divergentes :

- une logique déterminée par les conditions socio-économiques et culturelles des personnes, source d'inégalités face à la maladie et à la santé de manière générale, inégalités qui requièrent une politique volontariste pour lever les obstacles qu'elles représentent ;
- une logique marquée par l'inadéquation des messages, des pratiques, des dispositifs et des structures aux attentes, besoins et représentations d'un certain nombre de personnes, voire de groupes de population.

Les cibles, comme pour le thème de la réduction des risques, traversent l'ensemble des groupes de transmission, en fonction des aspects de leur vulnérabilité : les populations précarisées, les prostitué(e)s, les usagers de drogue pour lesquels le contexte légal ne constitue pas le moindre des facteurs de vulnérabilité, les détenus, les migrants, les jeunes en refus, les femmes et enfin les homosexuels pour lesquels l'approche en termes de vulnérabilité est nouvelle. Mais le Québec a développé un programme de promotion de la santé en direction des homosexuels dans le cadre d'une approche des déterminants de la santé et du bien-être.

Les actions doivent s'appuyer sur des acteurs relais, le plus souvent issus de la population concernée, dont le rôle doit être formalisé.

La dimension territoriale

Les deux axes définis ci-dessus doivent se nourrir mutuellement ; les populations cibles, dans chaque cas, se recoupent mais, parfois, dans des dimensions différentes. Les réflexions doivent donc se croiser. Ces axes doivent se rencontrer dans la mise en oeuvre de politiques locales cohérentes selon des logiques :

- de programmation stratégique d'actions en fonction des besoins des personnes et des données locales, aspects prédominants, ressources ou carences... ;
- de mise en oeuvre territoriale dans des espaces cohérents identifiés et avec les partenaires et décideurs locaux ;
- de dynamiques communautaires (ou participatives), notamment au niveau du quartier. Ce type de dynamique permet de partir des différences pour en faire des leviers de prévention.

Au niveau du territoire national, il faut maintenir un niveau d'information suffisant de ce qu'il est convenu d'appeler le 'grand public' et il faut veiller à la représentation qu'a la société civile de l'épidémie. Ce socle d'information minimal peut être entretenu aussi bien par les actions de prévention et les campagnes de communication que par les divers médias. On s'attachera particulièrement à l'information des jeunes par l'éducation à la santé et à la sexualité.

III. - ACCOMPAGNEMENT ET PRISE EN CHARGE



Le contexte

La réorientation de la politique de dépistage et de diagnostic et les nouvelles stratégies thérapeutiques ont bouleversé les attentes et les besoins des personnes dans le domaine de l'accompagnement et de la prise en charge.

Un rapport différent au temps et à la mort

On assiste à deux mouvements paradoxaux : une accélération des processus diagnostiques et de la mise sous traitement, dont le délai est parfois celui de l'urgence, et une évolution de l'infection qui s'inscrit dans la durée.

L'orientation vers un diagnostic le plus précoce possible après la contamination et vers l'indication d'un traitement après exposition dans les heures suivant la prise de risque, implique que les personnes concernées soient en mesure, dans des délais très brefs, aussi bien d'avoir conscience du risque pris, que d'adhérer à un traitement complexe et désagréable et de recomposer leur vie et l'image de soi autour de l'annonce éventuelle d'une contamination.

Cette accélération du temps dans les démarches initiales contraste avec la prolongation de la vie avec le VIH, alors que le pronostic de l'infection reste toujours fatal ; il s'agit de la 'chronique d'une mort annoncée'... dans plus longtemps... mais on ne sait pas quand. Le recul de l'échéance n'entraîne pas une représentation de la mort identique à celle qu'en a tout être humain. Si la perspective de la mort comme fin de la vie est une certitude, mourir d'une cause prévue comporte une dimension différente. La fenêtre d'espoir laissée par l'incertitude statistique n'existe pas encore dans le sida.

L'amélioration de l'état des personnes traitées modifie les besoins

La perte d'autonomie des personnes atteintes est moins importante et plus tardive. Les besoins en aides et structures d'environnement des soins sont retardés pour laisser un temps aux besoins de tout individu, dont la satisfaction est cependant 'compliquée' par l'existence de l'infection :

- insertion sociale dans un contexte d'accroissement général de la précarité où les difficultés d'accès aux soins creusent encore les écarts entre les délais de recours aux traitements ;
- activité professionnelle, mais le parcours du patient est souvent marqué par une période d'interruption de travail parfois longue et l'activité doit être compatible avec les contraintes du suivi et du traitement ;
- le désir d'enfant, qui, alors que le risque de transmission materno-foetale a considérablement, mais insuffisamment diminué, confronte le ou les parents à la question de l'avenir de cet enfant, alors qu'au moins un d'entre eux a une espérance de vie diminuée. Il pose également le problème mal connu d'effets éventuels à long terme sur les enfants dont la mère a été traitée pendant la grossesse.

L'évolution des dispositifs

L'évolution des besoins des personnes atteintes conduit à faire évoluer les dispositifs selon les axes suivants :

- prise en compte des besoins globaux de la personne et non plus de la seule pathologie ;
- prise en compte des autres pathologies ou, plus largement, des autres problématiques ou populations pour lesquelles ils pourraient être adaptés ;
- rechercher comment les dispositifs de droit commun pourraient y répondre.

Les nouvelles stratégies d'accès aux soins imposent, pour être pleinement comprises, une information sur les dispositifs d'accès aux droits sociaux, les droits eux-mêmes ainsi que leur évolution. Elles imposent une grande vigilance sur les possibilités de stabilisation à terme par les traitements et la prudence dans la transformation des dispositifs : faire évoluer, ne pas détruire et adapter.

Cela signifie :

- l'ajustement aux nouvelles données de la programmation et du cadrage de l'aide à domicile, en l'inscrivant dans le travail de mise à plat globale du dossier lancé sur ce thème par la Direction de l'action sociale (DAS) ;
- l'ajustement et le cadrage des programmes d'hébergement et d'accès au logement, en particulier des appartements de coordination thérapeutique, en les inscrivant dans la politique globale de lutte contre la précarité ;
- le soutien et la généralisation des modes de prise en charge par réseaux. Ceux-ci doivent être pluriprofessionnels. Les réseaux disposent de la souplesse permettant de s'adapter à l'évolution des besoins des patients. Ils constituent des modes de réponse aux besoins persistants en soins palliatifs, en prise en charge de la douleur et des problèmes nutritionnels dans ce qu'ils ont de général et de spécifique.

Certains besoins, peu couverts jusqu'à présent, sont mis en lumière avec l'apparition des nouvelles stratégies



thérapeutiques. Ainsi, les formes neurologiques et psychiatriques sont insuffisamment prises en compte et doivent trouver une forme de prise en charge satisfaisante.

L'accompagnement des personnes

L'accompagnement des personnes en grande proximité avec le risque ou atteintes doit leur permettre d'accéder aux prestations d'aide à la prévention, de diagnostic et de soins. Il doit prendre en compte la culpabilisation (ou sa sublimation) des personnes par rapport aux attitudes qui permettent la transmission et le sentiment d'être une 'menace' pour leurs partenaires. Il doit les aider dans une adhésion volontaire à la démarche diagnostique, de dépistage et de traitement.

Librement consenti, l'accompagnement doit être accessible dès la consultation initiale, se poursuivre lors de la mise sous traitement. Il concerne aussi bien les personnes exposées que celles qui sont effectivement infectées et s'adressent également à l'entourage qui en est à la fois bénéficiaire et acteur.

Il s'agit de permettre la construction d'une démarche volontaire alors que de nombreuses personnes n'ont pas accès à une information qui les aiderait à prendre une décision, de concrétiser la perception du risque et de ses conséquences dans une dimension préventive et de soutenir les attitudes préventives sur le long cours.

Comme pour les traitements après exposition, il s'agit de créer les conditions de l'adhésion au traitement et de l'observance pour les thérapeutiques antirétrovirales de l'infection confirmée. Il s'agit d'une condition essentielle de l'efficacité thérapeutique et de la prévention de l'apparition de souches résistantes qui met en jeu autant les attitudes de la personne que l'ensemble des conditions qui les permettent (sociales, environnementales, etc.).

L'évolution des données en matière d'infection à VIH invite à anticiper les besoins émergents et les grandes tendances tant dans le domaine épidémiologique, scientifique, éthique et juridique, que celui des représentations sociales, en lien avec l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS), le Réseau national de santé publique (RNSP), le réseau des chargés des actions déconcentrées et les réseaux associatifs et professionnels. Ceci pose la question de la création d'un conseil scientifique compétent sur l'ensemble des champs concernés.

ANNEXE II

EXTRAITS DE LA CIRCULAIRE DAGPB/BF3 N° 97-831 DU 30 DECEMBRE 1997

Notification des moyens déconcentrés pour 1998 moyens spécifiques sur le chapitre 37-13, articles 10 et 30

Pages 47 et 48, avant dernière colonne, pour les chargés des actions déconcentrées de lutte contre le sida affectés en DDASS (chapitre 37-13, art. 10).

Page 56, 6e colonne, pour les chargés des actions déconcentrées de lutte contre le sida affectés en DRASS (chapitre 37-13, art. 30).

NOTIFICATION - CHAPITRE 37-13, ARTICLE 10

Gestion 1998

[Tableau : cf. document original]

NOTIFICATION - CHAPITRE 37-13, ARTICLE 30

Gestion 1998

[Tableau : cf. document original]



ANNEXE III

NOTE DE SERVICE

A compter du 13 avril 1998, les missions de la division sida sont réparties entre les bureaux DS1 et DS2 comme suit :

1. Le bureau DS1 'Stratégies' est notamment en charge :

- des stratégies diagnostiques et thérapeutiques ;
- des stratégies d'accompagnement, de soutien, de prise en charge médico-sociale, et d'aide à l'observance ;
- du suivi des programmes internationaux multilatéraux ;
- du suivi scientifique et épidémiologique.

Il est le correspondant du bureau PS1 sur les questions juridiques et éthiques (cf. note de service 97649 du 1er septembre 1997).

Le bureau est dirigé par Jean-Jacques Nansot, assisté par Suzanne Guglielmi en qualité d'adjointe. Il comprend : Nadia Aballache, Fathia Baghli, Dominique Bessette (pour un mi-temps), Nadine Bouché, Véronique Chargé, Joëlle Connan-Clark, Sophie Féguéux, Martine Perrault, Claude Thiaudière, Anne-Marie Toutain.

2. Le bureau DS2 'Actions de proximité' est notamment en charge :

- du suivi de l'action territoriale et de l'animation interministérielle ;
- de la prévention des contaminations par les pratiques sexuelles ;
- de la réduction des risques liés à la vulnérabilité de certaines populations ;
- de la communication et de la politique éditoriale (papier et internet) et documentaire.

Le dossier de la qualité technique et de la normalisation des préservatifs sera suivi par ce bureau dans la perspective de son transfert à l'ASSAPS.

Le bureau est dirigé par Jean-Yves Fatras, assisté par Pascale Thézelais en qualité d'adjointe. Il comprend : Michèle Arnaudies, Dominique Bessette (pour un mi-temps), Anne Catrou, Catherine Chardin, Karine Com, Christelle Guède, Marie-Cécile Hadengue, Michèle Micouraud, Gérard Pelé, Alice Pencalet, Jean-François Rioufol, Olivier Roche, Alain Rondenet, Bertrand Sachs, Anne-Marie Servant, Omar Zermane.

Les mises en oeuvre des transferts de compétence et de savoir-faire entre la division sida et les autres secteurs de la direction qui avaient fondé la création de la mission 'connaissance et innovation', sont intégrés dans la problématique de chacun des deux bureaux. Dans ce cadre :

- le bureau DS1 est plus particulièrement chargé d'être l'interface de la division avec les autres services de la DGS ayant des missions identiques pour d'autres maladies transmissibles, et avec ceux de la DAS développant les mêmes problématiques en matière d'accompagnement et de prise en charge médico-sociale ;
- le bureau DS2 est plus particulièrement chargé d'être l'interface de la division avec les autres services de la DGS développant des approches populationnelles de même nature.

La note de service n° 317 a du 17 septembre 1996 instituant la mission 'connaissance et innovation' est abrogée.

ANNEXE IV

Utilisation de l'enveloppe départementale/notifiée pour l'exercice 1998 sur le chapitre 47-18-20.

Département : ...

A. Montant notifié : ...

B. Montant total des deux premières délégations : ...



C. Montant engagé au 1er juillet 1998 :...

D. Disponible sur délégué (B-C) :...

E. Disponible sur délégué (B-C) :...

Prévision d'affectation du disponible/crédits délégués et solde de l'enveloppe (D + E) :...

ORGANISME

DOMAINE D'ACTIVITE

MONTANT PREVU

Direction générale de la santé, Direction de l'action sociale, Division sida.

Mesdames et Messieurs les préfets de région (direction régionale des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs (agence régionale de l'hospitalisation [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (direction départementale des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre]).

Texte non paru au Journal officiel.