



Plan départemental de lutte contre le VIH – SIDA

2002 – 2005

38 - Isère

Contact :

D.D.A.S.S. de l'Isère
Service actions de santé publique
17-19, rue du Commandant l'Herminier
38032 Grenoble Cedex 1
tél. : 04 76 63 64 05
e-mail : dd38-sante-publique@sante.gouv.fr

PREFACE

Le Plan départemental de lutte contre le VIH/SIDA 2002-2005 de l'Isère a été élaboré sous la responsabilité de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales en étroite collaboration avec l'Office Départemental de Prévention du Sida, soutenu financièrement par le Conseil Général de l'Isère et l'Etat.

Ce document définit le nouveau cadre de référence de la stratégie et des interventions des différents acteurs en matière de lutte contre le VIH/SIDA. Il s'inscrit dans le prolongement des travaux d'évaluation du plan précédent, des orientations gouvernementales issues du plan national 2001-2004, et de la réflexion menée par l'ensemble des services institutionnels et des partenaires isérois concernés.

Trois axes principaux sont développés : la prévention, qui reste une priorité des différents acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA et qui vise à maintenir un niveau de vigilance apte à enrayer l'épidémie, le dépistage et la prise en charge.

Ce nouveau plan départemental tient à favoriser également les actions de lutte contre les hépatites, compte-tenu des co-infections avec le VIH et des modes de contamination.

Il guidera, pour les années à venir, les politiques publiques de l'Etat et du Conseil Général de l'Isère en la matière et permettra à chacun des acteurs et des porteurs de projets de se situer dans les orientations stratégiques définies.

Il s'articulera enfin, en cohérence et en complémentarité avec les autres plans départementaux existants, en particulier « Le plan départemental de lutte contre la drogue et les dépendances ».

Le Président de l'ODPS

Le Président
du Conseil Général de l'Isère

Le Préfet de l'Isère

Georges COLOMBIER

André VALLINI

Alain RONDEPIERRE

Sommaire

Les abréviations	2
Le contexte général	4
Le cadre de référence	6
Les principes généraux	7
La place des hépatites au sein d'un plan VIH	8
La méthode d'élaboration	9
Un plan évolutif	10
La prévention	11
Le dépistage	187
La prise en charge	243
La mise en œuvre du plan départemental 2002 - 2005	29
Le suivi	32
L'évaluation	33
Le calendrier de mise en œuvre et de suivi	34
Les références complémentaires	35
Annexes	37

Les abréviations

ADESSI	Association Départementale d'Education à la Santé et Sociale de l'Isère
AGECSA	Association de Gestion des Centres de Santé
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARV	Anti-Rétroviraux
BEH	Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIDAG	Centre d'Informations et de Dépistage Anonyme et Gratuit
CISIH	Centre d'Informations et de Soins sur l'Immunodéficience Humaine
CMUDD	Centre Médical Universitaire Daniel Douady
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPEF	Centre de Planification et d'Education Familiale
CRAES-CRIPS	Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé – Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS	Direction Générale de la Santé
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
ELSM	Echelon Local du Service Médical
INPES	Institut National de Prévention et d'Education à la Santé
InVS	Institut de Veille Sanitaire
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
KABP	Connaissances, Activités, Pratiques (CAP en français)
PACA	Région Provence – Alpes – Côte d'Azur
ODPS	Office Départemental de Prévention du SIDA
ORS	Observatoire Régional de la Santé
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Quelques définitions

Anti-Rétroviral (ARV)	médicament visant à bloquer ou à réduire l'évolution d'un rétrovirus (le VIH est un rétrovirus).
Dépistage tardif	lorsque le stade SIDA apparaît dans les 6 mois qui suivent le diagnostic du VIH.
Exposition au risque	situation qui peut mettre une personne en contact avec le VIH (rapport sexuel non protégé, échange de seringue, accident professionnel en contact avec du sang, ...).
File active	ensemble des personnes suivies ou rencontrées au cours de l'année.
Infection Sexuellement Transmissible (IST)	Infection qui se transmet lors de contacts sexuels. Une IST est asymptomatique à la différence d'une Maladie Sexuellement Transmissible caractérisée par l'apparition de symptômes.
Séropositivité	résultat positif lors d'un test sérologique réalisé afin de dépister une infection.
Traitement prophylactique	traitement qui vise à prévenir la contamination par le VIH. Il doit être prescrit par un médecin et débuté dans les 48h qui suivent l'exposition au risque.

Le contexte général

Au niveau national, depuis quelques années, le nombre estimé de nouvelles contaminations par le VIH reste stable, autour de 5000 par an. Malgré une surveillance difficile des infections à VIH, dans l'attente d'un nouveau dispositif de suivi basé sur la déclaration obligatoire des séropositivités, des indicateurs indirects montrent des signes inquiétants de reprise de l'épidémie. Selon l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), les Infections Sexuellement Transmissibles ont augmenté entre 2000 et 2001 en Ile de France et cette augmentation s'étend à tout le territoire.

En Isère, le taux de SIDA par million d'habitants est très nettement inférieur à la moyenne nationale (417 contre 887). En 2001, 20 cas de SIDA ont été déclarés à l'Institut de Veille Sanitaire, chargé du recueil des maladies à déclaration obligatoire. Selon le recensement de l'activité hospitalière en Rhône-Alpes, mis en place dans le cadre du Programme Régional de Santé VIH, 677 personnes vivent en Isère avec le VIH / SIDA, parmi lesquelles 30 nouveaux suivis en 2001. Les constats de risque de reprise de l'épidémie sont les mêmes qu'au niveau national. L'Isère est aussi le seul département parmi les quatre plus touchés en Rhône-Alpes où le nombre de nouveaux cas de SIDA n'a pas diminué de 1999 à 2001.

La prévalence du VIH / SIDA reste relativement faible dans la population générale, bien que certains groupes, caractérisés par des pratiques à risques ou des contextes spécifiques, se trouvent particulièrement exposés au VIH et plus généralement aux maladies infectieuses : les usagers de drogues par voie intraveineuse, les échangistes et multipartenaires (hétérosexuels et homosexuels), certains migrants (en particulier d'Afrique subsaharienne ou d'Europe de l'Est). Les femmes, particulièrement vulnérables pour des raisons biologiques et sociales, sont de plus en plus nombreuses parmi les nouveaux suivis de la file active du CISIH de Grenoble.

Un constat général de démobilisation est fait et concerne aussi bien le public, les professionnels socio-sanitaires que les politiques. La reprise des Infections Sexuellement Transmissibles constatée peut s'expliquer par (cf. enquête KABP 2001, réf. p.35) :

- l'introduction des traitements efficaces, en 1996,
- l'évolution de la représentation du SIDA parmi la population,
- une lassitude envers les pratiques de prévention.

La mise sous traitement précoce n'est plus la priorité des soignants, car elle ne favorise pas l'éradication du virus (cf. p.24). En revanche, la réussite des traitements actuels repose sur l'adhésion et l'observance du patient. Celles-ci sont donc recherchées non seulement sur les aspects médicaux et biologiques, mais aussi sur les aspects psychologiques et sociaux. Le dépistage précoce garde donc toute son importance. Ses enjeux, médicaux et sociaux, ont une importance aussi bien à un niveau individuel, pour le patient, qu'à un niveau collectif (cf. "Les enjeux" p.19). En 2001, la moitié des nouveaux cas de SIDA ont été dépistés tardivement, essentiellement des hétérosexuels et des migrants qui n'avaient pas conscience d'avoir pris un risque.

Les multithérapies anti-rétrovirales actuelles ont rapproché l'infection à VIH / SIDA du statut des maladies chroniques. Malgré de lourdes conséquences sur la qualité de vie, elles permettent, sans l'éradiquer totalement, de bloquer le développement du virus et de restaurer des défenses immunitaires. Cette évolution incite à favoriser un accompagnement global (thérapeutique et psycho-social) afin de chercher à restaurer la qualité de vie des patients.

Encore aujourd'hui, le SIDA est une maladie qui fait peur et des représentations négatives provoquent toujours des discriminations et des stigmatisations. De plus en plus souvent, des facteurs de vulnérabilité, de précarité sociale, familiale et psychologique viennent s'ajouter à l'infection.

Bien que le SIDA n'ait pas été retenu parmi les priorités régionales de santé en Rhône-Alpes, un Programme Régional de Santé spécifique a tout de même pu voir le jour en 1999. En Isère, il existe un tissu associatif actif, des professionnels présents et compétents et un dispositif de dépistage réparti sur le département. Le contexte est favorable à la coordination des partenaires afin de mettre en place un nouveau plan départemental. Ce plan, inscrit dans le prolongement du plan national, présenté en novembre 2001, repose sur le dispositif local et tient compte de ses capacités et de ses besoins.

Nous devons aussi nous interroger sur les actions mises en place pour lutter contre l'épidémie, en France et plus localement, dans un contexte plus large et plus dramatique de propagation exponentielle dans les pays à forte prévalence ou dépourvus de moyens d'actions et d'organisation.

Le cadre de référence

Ce plan départemental s'inscrit dans la ligne du plan national de lutte contre le VIH / SIDA 2001 – 2004. Il s'appuie sur l'analyse de la situation épidémiologique locale (état des lieux du VIH-SIDA en Isère) et la concertation des acteurs locaux directement impliqués dans les problématiques liées au VIH-SIDA. Les documents de référence qui ont permis son élaboration sont :

- L'état des lieux du VIH – SIDA en Isère - mars 2002
- Le plan triennal départemental 1998 – 2000
- L'évaluation du plan 1998 – 2000 réalisée en 2001
- Le plan national de lutte contre le VIH / SIDA 2001 – 2004
- Le Programme Régional de Santé VIH / SIDA 1999 (Rhône-Alpes)

But général

- Faire reculer la contamination par le VIH et améliorer la qualité de vie des patients en Isère.

Constat général

L'analyse des données nationales et locales, regroupées dans l'état des lieux isérois réalisé en mars 2002, fait craindre une reprise de l'épidémie. L'arrivée des traitements efficaces en 1996 et l'évolution de la sexualité dans la société ont modifié la perception du VIH. Si la situation locale est relativement satisfaisante, les perspectives sont préoccupantes.

De façon globale, les comportements de protection contre le virus sont en très net recul favorisant la dissémination des Infections Sexuellement Transmissibles. Pour les patients contaminés, l'amélioration de la qualité de vie est un enjeu majeur afin de favoriser l'observance et l'adhésion aux traitements.

Objectifs généraux

- Le public doit avoir conscience de la notion de prise de risque et pouvoir agir en conséquence, en se protégeant et en ayant recours au dépistage et aux traitements prophylactiques.
- Les professionnels sanitaires et sociaux et les associations doivent pouvoir, en fonction de leur rôle et de leurs compétences, informer, orienter et accompagner le public et les patients séropositifs.
- La répartition géographique de l'information, des moyens de protection et des structures de dépistage doit être équitable pour tous les isérois.
- Les patients doivent avoir une prise en charge globale adaptée à leurs contraintes culturelles et contextuelles afin d'améliorer leur qualité de vie.

Pré-requis

- Informer et sensibiliser le public.
- Favoriser la formation et l'échange pluridisciplinaire parmi les professionnels et les associations.
- Promouvoir et rendre accessible l'ensemble des moyens de protection disponibles.
- Evaluer et adapter les dispositifs de dépistage et de prise en charge aux nouveaux enjeux du VIH.
- Lutter contre les discriminations et les stigmatisations.

Les principes généraux

- L'ensemble de la population est concernée par les Infections Sexuellement Transmissibles.
- Le plan départemental s'adresse à l'ensemble de la population en Isère. Les messages doivent donc être déclinés selon l'âge, le sexe, la culture et le mode de vie des personnes.
- Chacun est responsable de son comportement dans la prévention des maladies infectieuses.
- Les individus sont source de solutions. Ils ont en eux la capacité de faire évoluer la lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles.
- L'orientation sexuelle des personnes n'est jamais considérée comme la source de la contamination. Ce sont les pratiques à risques qui favorisent la dissémination des Infections Sexuellement Transmissibles.
- La collaboration et l'adhésion des personnes doivent toujours être recherchées (en particulier pour le dépistage et la prise en charge de l'infection).
- L'approche globale du VIH (médicale, psychologique et sociale) sera privilégiée afin de prendre en considération l'ensemble des déterminants de cette pathologie.
- Le partenariat est encouragé afin de mettre en commun les ressources disponibles dans la lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles.

La place des hépatites au sein d'un plan VIH

En France, les co-infections parmi les patients VIH / SIDA sont nombreuses :

- 30% ont une hépatite C (VHC)
- 10% ont une hépatite B (VHB)

Un plan national "Hépatites virales C et B (2002 – 2005)" a été élaboré par le gouvernement. En France, 600 000 personnes seraient concernées par l'hépatite C et 150 000 par l'hépatite B. La surveillance du VHC sera assurée par la mise en place du réseau Rena – VHC. L'hépatite B est une maladie à déclaration obligatoire dont le dispositif de recueil devra être effectif en même temps que la mise en place de la déclaration obligatoire du VIH. Bien que les hépatites et le VIH soient des pathologies infectieuses différentes, les modes de contamination et de protection sont proches. Le nombre important de co-infections VIH – VHC / VHB montre l'intérêt de développer des réflexions communes et des stratégies thérapeutiques et psycho-sociales coordonnées.

Le plan national hépatites met en évidence, au-delà du risque de contamination dans la population générale, des groupes particulièrement exposés :

- les usagers de drogues injectables et per-nasales,
- les détenus,
- les professionnels en contact avec les produits biologiques contaminés (soignants, tatoueurs, ...).

En 2001, 22% des patients VIH / SIDA domiciliés en Isère sont co-infectés par le VHC. 81% d'entre eux ont contracté le VIH par une injection de drogues et 15% par des relations sexuelles (10% hétérosexuelles et 5% homosexuelles) (cf. *Activité VIH en Rhône-Alpes*, réf. p.35).

De 1997 à 2000, parmi les détenus des maisons d'arrêt de Varcès et Saint-Quentin, 19 détenus ont eu un test VHC positif (4,4% des tests effectués) et 2 tests ont été positifs pour le VIH.

Le plan départemental de lutte contre le VIH / SIDA encourage à développer des actions conjointes en faveur de la lutte contre les hépatites, lorsque cela apparaît pertinent.

La méthode d'élaboration

Le plan départemental de lutte contre le VIH / SIDA 2002 – 2005, mis en place par le préfet et, par délégation, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) de l'Isère, correspond au souhait de concertation des acteurs de terrain. Son élaboration et son écriture ont été assurées avec la collaboration étroite de l'Office Départemental de Prévention du SIDA (ODPS).

Le groupe "Projet", créé au moment de l'élaboration du précédent plan, devenu groupe "Suivi", a été reconduit dans sa mission et ses compétences. Il est constitué des représentants des acteurs institutionnels et associatifs engagés dans la lutte contre le VIH. Leurs compétences et leur bonne connaissance des problèmes et des besoins permettent de dégager des priorités et de définir un cadre d'actions à mener dans l'avenir.

Pour l'élaboration de ce nouveau plan, il a été décidé de faire appel à un chargé de mission pour assister et accompagner le groupe "Projet". Recruté au sein de l'ODPS, sur un financement de la DDASS, son rôle a été de :

- Réaliser un état des lieux de la situation de l'épidémie de VIH / SIDA en Isère, à partir des données disponibles et des expériences de terrain.
- Formuler des propositions méthodologiques et stratégiques auprès du groupe "Projet".
- Animer et coordonner trois groupes techniques (prévention, dépistage et prise en charge), correspondant aux trois axes de la politique de lutte contre le VIH, afin de recueillir les besoins issus du terrain en lien avec l'état des lieux ¹.
- Faire la synthèse des travaux de ces trois groupes.
- Rédiger le plan départemental et proposer un cadre de mise en œuvre et d'évaluation.

Trois axes interdépendants ont été définis : **la prévention, le dépistage et la prise en charge**. Ce découpage (purement arbitraire) a pour but de faciliter l'élaboration et la lecture du plan départemental. A chaque étape, chacun a un rôle à jouer pour informer, orienter ou accompagner. **Le dépistage est considéré comme une étape charnière essentielle pour favoriser l'orientation vers une prévention "personnalisée" ou une prise en charge précoce.**

Ce plan départemental se décline sur trois niveaux :

- ⇒ **des buts qui expriment un état de santé souhaité ou une situation idéale,**
- ⇒ **des objectifs qui indiquent l'évolution des comportements nécessaire pour atteindre le but,**
- ⇒ **des pré-requis qui sont les préalables à mettre en œuvre pour favoriser l'atteinte des objectifs.**

¹ Ces groupes techniques ont été constitués à partir des représentants des acteurs de terrain prêts à s'investir et à se mobiliser pour définir la stratégie du département sur un mode participatif (composition des groupes p.38).

Un plan évolutif

Ce plan stratégique définit les objectifs prioritaires jusqu'en 2005 en matière de lutte contre le VIH / SIDA, en Isère. Il s'appuie sur le cadre de référence (p.6) et l'expérience des acteurs de terrain pour définir des objectifs à la mesure de la réalité locale.

Ce document n'est pas un catalogue d'actions à mener dans les prochaines années. Il se limite à définir un cadre et des orientations afin que les acteurs puissent être force de proposition, s'approprient le document et le fassent évoluer en collaboration avec le groupe "Suivi", composé des membres du groupe "Projet".

Ce groupe "Suivi", placé sous l'autorité de la DDASS, est chargé d'émettre un avis consultatif sur les actions qui entrent dans le cadre du plan départemental afin de :

- vérifier l'adéquation entre les objectifs fixés et les projets mis en place,
- s'assurer de la cohérence des projets entre eux,
- faciliter au porteur de projet la recherche de financements.

Ce groupe "Suivi" peut aussi être force de propositions en lançant des appels à projets (son rôle est défini p.30).

Des priorités affichées

Sans oublier de maintenir les bons résultats obtenus, une attention particulière sera portée en direction de certaines catégories spécifiques :

- **les multipartenaires ou échangistes hétérosexuels de plus de 30 ans,**
- **les communautés migrantes,**
- **les personnes exposées au VHC et les patients co-infectés,**
- **les homosexuels.**

Ce plan départemental affiche également la **volonté de combler**, en priorité, **le déséquilibre constaté entre l'agglomération grenobloise et le reste de l'Isère** en matière de lutte contre le VIH / SIDA.

LA PREVENTION

La prévention

Le contexte

Le plan national, diffusé en novembre 2001, insiste particulièrement sur le champ de la prévention.

En Isère, 461 personnes ont contracté le SIDA depuis le début de l'épidémie. En 2001, 20 nouveaux cas ont été déclarés (1445 en France métropolitaine). Parmi les nouveaux cas, la moitié ne connaissait pas leur séropositivité au moment de la déclaration de la maladie. A peine un quart des nouveaux cas de SIDA était sous traitement.

Bien qu'il n'y ait pas de données locales concernant le comportement des gays, le constat du recul de la protection se vérifie auprès des associations proches des milieux homosexuels, comme Aides. Les témoignages confirment des pratiques sexuelles non protégées, même en connaissance du statut séropositif et illustrent les résultats inquiétants mis en évidence par l'enquête Presse Gay 2000. Ces pratiques sont accrues chez les plus jeunes qui, selon les acteurs de terrain, n'auraient pas connu la mobilisation des débuts et les ravages du SIDA. Chez les plus âgés (35 - 40 ans), ce serait la lassitude d'une prévention sur le long terme qui serait la principale explication de ce relâchement.

La part des femmes parmi les nouvelles contaminations est en constante augmentation ces dernières années (en 2000, 36% des nouveaux suivis de la file active en Isère). Elles sont souvent en situation d'isolement et de détresse, ce qui complique l'accès à la prévention et à la prise en charge. Trop souvent, le dépistage n'est proposé qu'au moment de la grossesse, pour protéger l'enfant.

Les hétérosexuels multipartenaires sont aussi particulièrement exposés. Le nombre de lieux de rencontres et de pratiques sexuelles anonymes se sont beaucoup développés ces dernières années dans l'agglomération grenobloise. Les hétérosexuels ont toujours eu un faux sentiment de sécurité face au virus du SIDA (enquête BEH n°15/2002, 2/3 des hétérosexuels contaminés par le VIH n'avaient pas conscience d'avoir pris un risque au moment du diagnostic).

Les étrangers sont deux fois plus touchés par le VIH que les français, selon le rapport Migrants - VIH publié en 1999 par l'InVS et les données issues des bulletins épidémiologiques hebdomadaires. Les représentations culturelles du VIH, la situation du SIDA dans leur pays d'origine, l'accès à la langue française, des situations de précarité ou d'isolement social plus fréquentes sont autant d'obstacles à une prévention efficace.

En 2000, l'Isère était le second département d'appel à Sida Info Service de la région Rhône-Alpes. 42% des appels concernaient des femmes, contre 37% au niveau national. Un tiers des appelants avait moins de 25 ans. 27% des appels concernait une prise de risque, bien que parmi ces appels, moins d'un sur cinq a eu lieu dans les 48 heures qui suivaient l'exposition.

Le dispositif en Isère

Le tissu des acteurs de la prévention est particulièrement bien structuré en Isère. Les associations de prévention, généralistes ou spécifiques au VIH, sont actives. Les services sanitaires et sociaux des villes et du département, comme les services de l'Etat sont particulièrement sensibilisés.

Il existe de bonnes relations entre ces partenaires, une coordination efficace grâce à l'ODPS et à l'implication particulière et spécifique de la DDASS et du Conseil Général. Ce troisième plan de lutte contre le VIH recueille une bonne adhésion et offre un cadre structurant.

Les principaux financeurs des actions de lutte contre le VIH sont :

- la DDASS,
- le Conseil Général de l'Isère,
- les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) de Vienne et de Grenoble,
- la Ville de Grenoble,
- certaines communes,
- l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH).

Les enjeux

Les rapports sexuels sont le premier mode de contamination du VIH. Les diverses enquêtes auprès des communautés gays et hétérosexuelles montrent un recul de la protection avec l'âge. Devant ce recul, il apparaît important de maintenir un dispositif de prévention qui diffuse largement des informations actualisées et fiables. Ce dispositif doit aussi permettre de lutter contre les discriminations et stigmatisations dont sont victimes les personnes atteintes par le VIH / SIDA.

La prévention auprès des jeunes, scolarisés ou non, doit faire face à des problèmes plus large de violences, de violence sexuelle, de dépendances et de prises de risques. Un effort doit être maintenu avec les moyens adéquats.

Bien que la part des contaminations par injections de drogues n'a cessé de diminuer, ces usagers restent particulièrement exposés aux maladies infectieuses et sont les premiers concernés par les co-infections (VIH / Hépatites B ou C). 80% des personnes contaminées par usage de drogues injectables ont une co-infection VIH/VHC.

En France, les hétérosexuels sont les personnes les moins bien dépistées. La part des migrants d'origine d'Afrique subsaharienne et haïtienne parmi les nouveaux cas SIDA est en augmentation constante.

L'existant

Un certain nombre d'actions ont été menées dans le cadre du précédent plan départemental. On pourra noter :

- Un dispositif "santé – prostitution" / Amicale du nid, Apart.
- Les programmes de réductions des risques en faveur des toxicomanes (BIPS, Boule de neige) / Aides.
- La sensibilisation et les formations en milieu carcéral / ADESSI, ODPS.
- Les interventions diverses auprès des migrants / ODTI, Aides.
- Les campagnes saisonnières de sensibilisation en stations touristiques / ODPS, DDASS.
- La promotion et la mise à disposition des préservatifs féminins en CPEF / CPEF, ODPS, DDASS.
- L'éducation à la sexualité et la promotion de la santé auprès des jeunes / CPEF, Conseil Général, Education Nationale.
- La sensibilisation sur les lieux de dragues homosexuels / Aides.

En revanche, rien de significatif n'a été initié en Isère en direction des multipartenaires et des échangistes.

La stratégie du plan départemental

Des groupes spécifiques ont été identifiés. Ils sont séparés en deux selon si leur spécificité est liée à leurs pratiques ou au contexte :

- **Les groupes exposés (par leurs pratiques)**
 - les échangistes et les multipartenaires (en particulier hétérosexuels),
 - les personnes fréquentant les lieux de prostitutions (prostitué(e)s et clients),
 - les personnes fréquentant les lieux de dragues,
 - les usagers de drogues par injections.
- **Les groupes vulnérables (par le contexte)**
 - les migrants (en particulier les femmes d'Afrique subsaharienne),
 - les handicapés,
 - les détenus,
 - les personnes en situation précaire et capable de prendre en compte leur santé.

Un certain nombre de personnes peuvent être concernées par plusieurs de ces groupes et cumuler les risques d'exposition au VIH.

Les professionnels sanitaires et sociaux sont les médecins (généralistes ou spécialistes), les infirmier(e)s, les pharmaciens, les biologistes, les travailleurs sociaux, les éducateurs, les responsables de structures, le personnel d'accueil et d'orientation, ...

Champ : Prévention	EN DIRECTION DE LA POPULATION GENERALE	
<p>But 1</p> <p>D'ici 2005, la population générale aura fait évoluer ses comportements face au risque VIH (et plus largement, aux contaminations des IST) par l'acquisition de connaissances actualisées et le développement de ses compétences.</p>		
<p>Constat</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une trentaine de nouveaux patients ont été inclus, en 2001, dans la file active iséroise et 20 nouveaux cas de SIDA ont été déclarés. ▪ La très grande majorité des personnes infectées a plus de 30 ans. ▪ En 2000, un tiers des nouveaux patients sont des femmes. ▪ L'enquête KAPB 2001 indique que l'utilisation du préservatif a diminué dans toutes les classes d'âge et quelque soit le type de pratiques ou l'orientation sexuelle. ▪ La proportion d'individus craignant le SIDA "beaucoup ou pas mal" a diminué (28, 1% en 2001 contre 36,3% en 1998), selon l'enquête KAPB 2001. 		
<p>Objectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser des comportements sexuels responsables, protégés des risques infectieux, parmi les jeunes scolarisés, du collègue à l'université. ▪ Sensibiliser les personnes insérées, de façon globale, dans le milieu du travail, et plus précisément celles en situation de travail précaire ou temporaire, à la notion de prise de risque et diffuser des informations actualisées sur le SIDA. 	<p>Pré-requis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer des partenariats avec les milieux du travail et de l'enseignement pour faire intervenir des spécialistes. ▪ Diffuser auprès du public visé des informations actualisées et adaptées, sur la sexualité et les IST. ▪ Sensibiliser des personnes relais (professionnels, responsables communautaires, médecins du travail, associations de parents d'élèves, ...) afin d'informer et d'orienter le public de façon efficace. ▪ Promouvoir et rendre accessible l'éventail le plus large possible de moyens de protection jugés pertinents contre le VIH. ▪ Lutter contre les discriminations. 	
<p>Indicateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre d'interventions et d'actions dans les milieux éducatifs et professionnels. ▪ Types d'informations distribuées, nombre d'outils (brochures, préservatifs, ...). ▪ Nombre de personnes formées, de professionnels contactés et impliqués. ▪ Nombre de lieux qui diffusent les outils de prévention et de l'information actualisée. 		

Champ : Prévention	EN DIRECTION DES GROUPES SPECIFIQUES	
<p>But 2</p> <p>D'ici 2005, grâce à la diffusion d'informations actualisées et fiables, et de moyens de protection pertinents et adaptés, les groupes spécifiques exposés et vulnérables, devront prendre conscience des risques et adapter leur comportement.</p>		
<p>Constat</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmentation sensible des lieux de rencontres et de pratiques sexuelles anonymes ou de groupe sur Grenoble et en Isère. ▪ En France, parmi les patients séropositifs 30% ont une hépatite C et 10% une hépatite B. ▪ En 2001, 22% des patients touchés, domiciliés en Isère, sont co-infectés par le VHC. ▪ Selon l'enquête KABP 2001, cité par l'INPES, l'utilisation du préservatif a diminué chez les célibataires (68,3% en 2001 versus 88,5% en 1998), parmi ceux qui se considèrent le plus à risque (38,1% versus 54,5%), les multipartenaires (76,5% versus 88,5%), ou les jeunes hommes de 18 à 24 ans (71% versus 82,7%). 		
<p>Objectifs</p> <p>Les groupes exposés</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inciter les personnes ayant des pratiques à risque à connaître leur statut sérologique. ▪ Diffuser des informations et des moyens de prévention aux personnes qui fréquentent les lieux de pratiques sexuelles anonymes ou de groupe (homosexuels ou hétérosexuels). ▪ Maintenir le dispositif de réduction des risques VIH pour les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse et l'adapter aux autres risques infectieux. <p>Les groupes vulnérables</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informer et faire prendre conscience des risques les personnes vulnérables qui auront réuni les conditions favorables à la prise en compte de leur santé (logement, minimum social, ...). ▪ Améliorer l'accès à la prévention chez les populations d'origines étrangères. 	<p>Pré-requis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser les réflexions communes entre partenaires de la prévention afin d'identifier le rôle, les capacités et les besoins de chacun. ▪ Sensibiliser et impliquer dans des démarches de prévention, les responsables des structures accueillant ces publics spécifiques. ▪ Etablir ou renforcer des liens entre les dispositifs sociaux et les réseaux de prévention du VIH. ▪ Promouvoir et faciliter l'accès aux moyens de protection et de dépistage dans les lieux fréquentés par ces groupes spécifiques. ▪ Développer des actions et des messages adaptés aux caractéristiques culturelles, identitaires et contextuelles de ces groupes spécifiques. 	
<p>Indicateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de préservatifs, d'affiches ou de brochures distribués. ▪ Nombre de personnes rencontrées, de professionnels formés, de lieux d'informations ciblés. ▪ Nombre de seringues échangées, de kits stériles distribués. ▪ Activité de dépistage (type de population, nombre de dépistages négatifs, nombre de consultations, ...). ▪ File active hospitalière (mode de contamination, caractéristiques des patients). 		

LE DEPISTAGE

Le dépistage

Le contexte

En France, les deux tiers des dépistages tardifs concernent les hétérosexuels. Selon le rapport de l'Institut de Veille Sanitaire, Migrants et VIH, en 1999, les migrants sont deux fois plus touchés que les nationaux. Les migrantes d'origines d'Afrique subsaharienne et d'Europe de l'Est sont encore plus vulnérables car elles sont souvent dans des conditions culturelles et socio-économiques particulièrement difficiles.

Dans le Centre d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit (CIDAG) isérois, la part des dépistages VIH positifs par rapport au nombre de tests est passée de 0,13% en 1998 à 0,45% en 2000. Comme pour la France, la part des dépistages tardifs a augmenté parmi les nouveaux cas de SIDA, par rapport à avant 1998 (53% en 2001, en Isère).

En 2001, l'ODPS et le Syndicat des Biologistes de l'Isère ont mené une enquête sur les tests VIH réalisés dans les laboratoires isérois, sur la période du 1^{er} février au 31 mars 2001. 40% des laboratoires ont répondu et ont réalisé 2036 sérologies. Au total, 13% des rendus de résultats étaient envoyés par la poste et plus de 83% directement rendu en mains propres au laboratoire. Seuls 1,6% des résultats ont été rendus au patient par un médecin. Alors que la consultation médicale pourrait être un moment privilégié de prévention.

Le dispositif en Isère

Les lieux de dépistage sont répartis sur la quasi-totalité du territoire à travers :

- 1 Centre d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit (CIDAG) à Grenoble disposant de 4 antennes, à Vienne, Bourg d'Oisans et dans les maisons d'arrêt de Varcès et Saint Quentin – Fallavier,
- 23 Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF) habilités à prescrire des tests gratuits,
- Les médecins libéraux prescripteurs et les médecins hospitaliers.

95 lieux d'analyses permettent de réaliser les tests de dépistage :

- 1 laboratoire au CHU et 5 laboratoires hospitaliers,
- 1 centre de transfusion sanguine,
- 88 laboratoires privés.

Sida Info Service a un rôle important d'information et d'orientation.

Les enjeux

Bien que la mise sous traitement précoce ne soit plus la priorité des médecins, le dépistage précoce conserve toute sa pertinence, car il permet de :

- mettre en place un suivi biologique et clinique,
- prévenir les infections opportunistes,
- initier un traitement en fonction du déficit immunitaire,
- informer le patient,
- diffuser des messages de prévention,
- limiter la dissémination de la maladie,
- **prendre le temps de préparer la mise sous traitement, en tenant compte du contexte social et culturel du patient, afin d'obtenir les conditions favorables à l'adhésion et à l'observance.**

L'existant

Au cours du plan départemental 1998 – 2000, des actions ont été menées pour :

- Informer les patients et les professionnels (plaquette "*Test du SIDA, ce qui change*", formations pour le personnel des CPEF).
- Créer une antenne du CIDAG à Bourg d'Oisans et étudier les critères de faisabilité d'une autre antenne à Bourgoin-Jallieu.
- Identifier et organiser le dispositif d'accès à la prise en charge des accidents d'exposition au VIH (identification des protocoles d'accueil et d'orientation dans les hôpitaux, création d'une antenne mobile de consultation en infectiologie au CHU de Grenoble).
- Mener une campagne en stations touristiques (volet "Osez le dépistage").
- Mettre en commun des expériences et analyser la pratique en constituant un groupe de travail, animé par l'ODPS, sur les pratiques médicales et biologiques de dépistage du VIH (déclinées aussi pour le VHC).

La stratégie du plan départemental

Le dépistage est l'étape charnière entre la prévention et la prise en charge. Selon le résultat du test, une consultation médicale au moment du rendu est l'occasion d'une prévention personnalisée ou d'initier une surveillance précoce.

Le plan départemental affiche la volonté d'**insister sur la cohérence des pratiques de dépistage**. Il est indispensable que le recours au dépistage soit plus systématique dans toutes les catégories de la population, en particulier pour les hétérosexuels de plus de 30 ans et les migrants.

En matière de dépistage, la stratégie du plan départemental est de **rendre accessible à tous le dispositif de dépistage le plus tôt possible afin de réduire le taux de dépistage tardif**.

Champ : Dépistage	AMELIORER L'ACCES AU DEPISTAGE	
<p>But 1</p> <p>D'ici 2005, en Isère, le taux de dépistage tardif aura diminué de façon très significative par des interventions visant à favoriser l'accès rapide au dispositif de dépistage.</p>		
<p>Constat</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En France, les hétérosexuels représentent les deux tiers des dépistages tardifs. ▪ En Isère, depuis 2000, plus de la moitié des patients au stade SIDA a été dépisté tardivement. 		
<p>Objectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmenter de manière significative le nombre d'hétérosexuels de plus de 30 ans ayant recours au dépistage. ▪ Augmenter de façon significative le nombre de migrants, ou de personnes d'origine étrangère, ayant recours au dispositif de dépistage. 	<p>Pré-requis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informer les professionnels concernés sur les facteurs freinant et favorisant l'accès au dépistage. ▪ Evaluer et adapter la répartition géographique du dispositif afin de permettre un accès équitable au dépistage à toute la population iséroise. ▪ Développer des actions spécifiques visant à actualiser les connaissances et la prise de conscience des risques parmi les groupes particulièrement concernés par les dépistages tardifs (hétérosexuels et migrants). ▪ Mieux connaître l'activité du dépistage en Isère (hôpital, CPEF, CDAG, laboratoires privés). ▪ S'assurer d'un retour d'informations aux acteurs de terrain lorsque la déclaration obligatoire du VIH sera effective. 	
<p>Indicateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Activité de dépistage en Isère (ville, hôpitaux, CIDAG et CPEF). ▪ % de dépistages tardifs (profil, nombre, ...), incidence du VIH. ▪ Evolution du nombre de migrants et d'hétérosexuels dans les lieux de dépistage. ▪ Nombre de personnes informées (professionnels, grand public, ...). ▪ Nombre de documents d'informations produits. 		

Champ : Dépistage	AMELIORER LA QUALITE DES PRATIQUES	
<p>But 2</p> <p>D'ici 2005, en Isère, la qualité des pratiques de dépistage sera favorisée pour permettre un accompagnement adapté à chaque consultant impliqué dans une démarche de dépistage.</p>		
<p>Constat</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le dépistage est considéré comme une étape charnière essentielle pour favoriser l'orientation vers une prévention "personnalisée" ou une prise en charge précoce. ▪ Selon une enquête de l'ODPS et du Syndicat des Biologistes de l'Isère, moins de 2% des tests VIH effectués en laboratoires privés sont rendus par l'intermédiaire d'un médecin (février 2001). ▪ Depuis 2000, en Isère, chaque année plus de la moitié des nouveaux patients découvrent leur sérologie moins de 6 mois avant l'entrée dans le stade SIDA. 		
<p>Objectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmenter de manière significative le nombre de prescriptions et de rendus de résultats de test de dépistage par un médecin. ▪ Renforcer le dépistage comme outil de prévention et de prise en charge. ▪ Adapter l'accueil dans les lieux de dépistages aux contraintes culturelles et contextuelles des groupes les plus exposés aux dépistages tardifs (hétérosexuels et migrants). 	<p>Pré-requis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informer chaque professionnel des champs sanitaires et sociaux du rôle et de la place de chacun dans le dispositif de dépistage (information, orientation, prescription, pratique, conseil, accompagnement, ...). ▪ Porter à la connaissance de tous les professionnels concernés par le dépistage les recommandations de bonnes pratiques du dépistage élaborées pour l'Isère. ▪ Tous les professionnels concernés devront connaître le dispositif de prise en charge globale pour préparer et orienter les patients séropositifs (lieux d'écoute, ...). ▪ Favoriser les échanges de pratiques et la concertation entre les professionnels sanitaires et sociaux et les associations. ▪ Améliorer la lisibilité du dispositif de dépistage. 	
<p>Indicateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de consultations de dépistage (prescription et rendu de tests). ▪ Nombre de sérologies positives et négatives. ▪ Nombre de patients suivis par rapport au nombre de nouveaux tests VIH. ▪ Outils améliorant la lisibilité du système (existence, lieu de diffusion, ...). ▪ Incidence du VIH. 		

LA PRISE EN CHARGE

La prise en charge

Le contexte

En 2001, 677 personnes contaminées, domiciliées en Isère, étaient suivies dans un Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (CISIH). 22% d'entre elles sont allées en dehors du département, la plupart dans le Rhône (proche du nord Isère). 591 patients sont suivis au CISIH de Grenoble (89% sont domiciliées en Isère). Le nombre de nouveaux patients par an reste constant depuis 1999 (autour d'une trentaine depuis 1999 contre une centaine jusqu'en 1997). Les décès liés au SIDA diminuant, la population suivie en milieu hospitalier augmente et vieillit.

Les femmes représentent 36% des nouveaux patients en 2000 contre 17% en 1999. La part des contaminations d'origine inconnue est croissante (1/4 en 2000). En 2001, elles représentent 13% des nouveaux patients domiciliés en Isère (4 / 30 nouveaux patients).

22% des personnes contaminées par le VIH ou ayant développé le SIDA, domiciliées en Isère, ont aussi contractées le VHC. 81% d'entre elle ont déclaré avoir contracté le VIH par injection de drogues et 15% par des relations sexuelles (10% hétérosexuelles et 5% homosexuelles).

Des problématiques liées à la précarisation et à la vulnérabilité des patients émergent et des situations, parfois difficiles à gérer, apparaissent (le logement, le maintien dans l'emploi, des troubles psychiques et psychologiques, les aides à domicile, ...).

Parmi les appels reçus en Isère par Sida Info Service, en 2000, moins d'un appel sur cinq concernant une prise de risque est reçu dans les 48h (27% des appels concernaient une prise de risque). Les tendances pour 2001 indiquent une augmentation des appels au sujet des effets secondaires des traitements et des difficultés relationnelles avec les soignants.

Il existe un traitement prophylactique dans les cas d'exposition accidentelle (professionnelle ou liée aux relations sexuelles) aux agents infectieux (et plus particulièrement au VIH). Ce traitement nécessite une prise en charge similaire au traitement de l'infection VIH et doit être prescrit, le plus tôt possible, dans les 48 heures suivant l'exposition et suivi pendant un mois. Les effets secondaires peuvent être lourds et il apparaît que l'observance est mal connue. Selon une enquête d'Obadia Y (et al.), en décembre 2001 (réf. p.35), un tiers des patients de la région PACA et 45% de ceux de l'île de France n'avaient jamais entendu parler de ces traitements. Cette proportion augmente encore parmi les patients étrangers. Alors que les personnes contaminées sont les premières à pouvoir indiquer à leur partenaire ce dispositif en cas d'accident.

Le dispositif en Isère

Un certain nombre d'acteurs locaux interviennent dans la prise en charge des patients contaminés domiciliés en Isère, notamment :

- des institutions :
 - ⇒ le CISIH de Grenoble
 - ⇒ le CISIH de Lyon (pour les patients du nord Isère)
 - ⇒ le service des maladies infectieuses du CHU de Grenoble
 - ⇒ les Centres de consultation et de soins aux toxicomanes
 - ⇒ le CMUDD
- des réseaux "ville – hôpital"
 - ⇒ Med'HIV 38
 - ⇒ Prométhée Alpes – Réseau hépatites
- des associations
 - ⇒ l'AGECSA
 - ⇒ Aides
 - ⇒ Sida Info Service
 - ⇒ Tempo

En milieu carcéral, des consultations régulières sont organisées pour assurer le suivi et les traitements des patients VIH positifs. En revanche, pour le VHC, les patients doivent se rendre à l'hôpital pour les consultations.

Les enjeux

Des enjeux nouveaux apparaissent pour la prise en charge des patients séropositifs. Bien que particulièrement efficaces, les traitements ont de nombreux effets secondaires qui diminuent la qualité de vie des patients. Un haut niveau d'observance est nécessaires pour assurer l'efficacité du traitement. En plus des indicateurs biologiques et cliniques, il est donc indispensable de prendre le temps de réunir les conditions favorables à l'adhésion et à l'observance. En France, les traitements sont accessibles sans discrimination à tous les patients capables d'en faire la demande.

Aujourd'hui, l'infection a le statut de maladie chronique. La transformation du corps, le vieillissement, la mésestime de soi, les effets secondaires du traitement, envisager la sexualité, maintenir une vie sociale ou professionnelle quand c'est possible, autant de situations qui nécessitent un accompagnement psychologique ponctuel ou un soutien pour aider les patients à passer certains caps difficiles.

Les situations de précarité sont aggravées par l'infection à VIH qui accentue le sentiment d'isolement et le repli sur soi.

L'existant

Au cours du plan départemental 1998 – 2000, des efforts ont été réalisés sur l'efficacité et la qualité de la prise en charge en milieu ambulatoire. Cependant, les traitements, de plus en plus complexes, ont obligé à repositionner le rôle du CISIH au centre de la prise en charge médicale.

Au niveau thérapeutique, l'arrivée de nouvelles molécules a permis d'augmenter les possibilités d'association des anti-rétroviraux (ARV). Des recherches ont été entreprises afin de diminuer les effets secondaires des traitements. Le suivi biologique est mieux appréhendé aujourd'hui, grâce au génotype, au dosage des ARV ou à la mesure du taux de CD4 (utilisé comme révélateur de la gravité de l'infection).

La stratégie du plan départemental

La stratégie est de **favoriser la prise en compte des besoins ponctuels et durables des patients séropositifs** par :

- la prise en compte du contexte culturel et social,
- le maintien de la qualité des techniques de soins et de prise en charge médicale,
- le recours au droit commun quand le VIH n'est pas un facteur de prise en charge spécifique (éviter la discrimination),
- l'apport d'une réponse spécifique à la prise en charge médicale, psychologique et sociale du VIH quand cela s'avère justifié.

Champ : Prise en charge	AMELIORER LA QUALITE DE VIE DES PATIENTS	
<p>But 1</p> <p>D'ici 2005, la qualité de vie des patients isérois sera améliorée par une prise en charge globale (médicale, psychologique et sociale) adaptée aux besoins de chacun.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En évitant la discrimination, en favorisant l'accès au dispositif de droit commun. ▪ En prenant en compte les spécificités et les contraintes liées à la prise en charge du VIH et du VHC dans le dispositif de droit commun. 		
<p>Constat</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 677 personnes contaminées vivent en Isère, en 2001 (nombre probablement sous-estimé). ▪ 22% sont suivis hors du département, essentiellement à Lyon (nord Isère). ▪ 22% sont co-infectés : VIH - VHC. ▪ Entre 1997 et fin 2000, en Isère, 2 détenus ont été dépistés positifs au VIH et 19 au VHC. 		
<p>Objectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer la lisibilité du système de prise en charge médicale, psychologique et sociale chez les professionnels sanitaires et sociaux et les associations pour suivre, orienter et accompagner les patients séropositifs. ▪ Maintenir pour chaque patient l'accès à une prise en charge médicale de qualité. ▪ Développer et renforcer l'accès à une prise en charge psychologique et sociale adaptée à chaque patient, en fonction de ses contraintes culturelles et contextuelles. 	<p>Pré-requis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluer les besoins psychologiques, psychiatriques et sociaux des personnes suivies. ▪ Développer l'information auprès des professionnels sanitaires et sociaux et des associations. ▪ Faciliter la lisibilité du système pour que chacun identifie sa place et connaisse l'ensemble du dispositif. ▪ Favoriser les échanges et les réflexions pluridisciplinaires entre les professionnels de santé libéraux et hospitaliers, les membres des réseaux et les acteurs de terrain (notamment avec le VHC). ▪ Prendre en considération les contraintes contextuelles et culturelles des patients. ▪ Accompagner et soutenir les patients en situation difficile (démarche psycho-sociale, prise en charge psychologique ponctuelle, ...). ▪ Etablir des liens avec les professionnels concernés par le dépistage pour préparer la prise en charge des séropositifs. ▪ Améliorer la prise en charge des détenus VHC positifs. 	
<p>Indicateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de personnes formées. ▪ Nombre de patients suivis par rapport au nombre dépistés positifs. ▪ Nombre de consultations psychologiques ponctuelles. ▪ Nombre de consultations VIH et VHC (notamment en milieu pénitentiaire). ▪ Suivi des services proposés aux séropositifs (groupe de parole, aide à domicile, ...). 		

Champ : Prise en charge	AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AUX AGENTS INFECTIEUX	
<p>But 2</p> <p>D'ici 2005, la prise en charge des accidents d'exposition aux agents infectieux sera améliorée et mieux connue grâce à la promotion de ce dispositif et à l'information des professionnels.</p>		
<p>Constat</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Selon l'enquête de Obadia Y (et al.), un tiers des patients de la région PACA et 45% de ceux de l'île de France n'avaient jamais entendu parler de ces traitements. Cette proportion augmente encore parmi les patients étrangers. ▪ En Isère, moins d'un appel sur cinq, à Sida Info Service, concernant une prise de risque est réalisé dans les 48h. 		
<p>Objectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informer le public et les patients de l'existence de ce dispositif. ▪ Assurer un suivi des patients sous traitement prophylactique. ▪ Accompagner la mise en œuvre des recommandations nationales concernant la prise en charge des accidents d'exposition aux agents infectieux. 	<p>Pré-requis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer la visibilité du dispositif de prise en charge des accidents d'exposition aux agents infectieux. ▪ Veiller à la mise en place locale des objectifs du plan national de lutte contre le VIH / SIDA 2001-2004. 	
<p>Indicateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de personnes informées de l'existence des traitements prophylactiques. ▪ Nombre de personnes ayant eu accès au dispositif de prise en charge des accidents d'exposition aux agents infectieux, notamment le VIH. ▪ Nombre de patients qui suivent le traitement complètement. ▪ Nature des facteurs conduisant à l'arrêt précoce du traitement prophylactique. 		

MISE EN ŒUVRE & EVALUATION

La mise en œuvre du plan départemental 2002 - 2005

La durée du plan départemental a été fixée à trois années. Il prendra fin le 31 décembre 2005. La période d'élaboration, de rédaction et de validation, a été intégrée au plan (trois premiers trimestres 2002). Sa mise en place prendra effet au cours du dernier trimestre 2002.

Rôle du groupe "Suivi"

Le groupe "Projet" devient le groupe "Suivi" du plan. Placé sous la responsabilité des services de l'Etat, ce groupe a tout particulièrement la charge de suivre la mise en œuvre des objectifs du plan dans le respect des principes généraux (cf. p.7) et du cadre défini. Il a un rôle d'expertise qu'il exerce dans un positionnement éthique.

Ce document définit les objectifs et les orientations de la lutte contre le VIH / SIDA en Isère. A la demande du directeur de la DDASS, le groupe "Suivi" pourra donner un avis consultatif sur les actions qui seront proposées dans le cadre de ce plan.

Le groupe "Suivi" pourra proposer de modifier les priorités fixées dans le plan départemental dans le cas où des données récentes apporteront un nouvel éclairage de l'épidémie. Compte-tenu de cet éclairage et du calendrier effectif du plan, le groupe "Suivi" pourra aussi être force de propositions en lançant des appels à projet.

Un tableau de bord des actions (cf. p.43) intégrées au plan sera mis en place afin de faciliter la capitalisation des actions et le retour d'informations aux porteurs de projets.

Procédure de consultation

Afin de conserver la souplesse et les possibilités d'évolution du plan triennal, tout porteur de projet pourra, s'il le souhaite, solliciter l'avis du groupe "Suivi" afin d'intégrer ses actions dans le cadre opérationnel du plan départemental. Pour permettre au groupe "Suivi" de se prononcer, un dossier sera constitué par le porteur de projet et remis au groupe "Suivi" par l'intermédiaire du directeur de la DDASS de l'Isère (cf. schéma p.44).

Ce dossier type contient :

- Le nom du projet.
- L'objectif opérationnel.
- Un descriptif du projet.
- Un argumentaire précisant quel est l'objectif du plan départemental qui est visé et en quoi le projet peut y répondre.
- Les moyens prévus.
- Le processus d'évaluation envisagé.
- Un budget prévisionnel (avec les financeurs potentiels).

Remarque : il existe peu de différence avec la procédure actuelle. La tâche étant de s'assurer de la cohérence des actions avec les objectifs définis dans le cadre du plan départemental.

Sous la responsabilité de la DDASS, le groupe "Suivi" se réunira régulièrement afin d'examiner les projets et émettre un avis sur les projets présentés dans le cadre du plan départemental.

La DDASS, en qualité de tutelle, transmettra l'avis du groupe "Suivi" au porteur de projet. Les financeurs restent libres de suivre ou pas l'avis émis par le groupe "Suivi".

Avantages de la procédure

Ce suivi permettra au groupe de porter son attention sur la cohérence des projets en lien avec les objectifs fixés et la politique locale. La validation se fera sur la base de la faisabilité et de la pertinence du projet, mais aussi en fonction des priorités affichées dans le plan départemental (situation géographique, publics spécifiques, ...).

Quelque soit l'avis du groupe "Suivi", les financeurs restent libres d'accorder leurs crédits au projet de leur choix. Cependant, cet avis assure les financeurs de la pertinence et de la cohérence du projet et de son adéquation avec la politique locale.

Enfin, pour les porteurs de projets, ce processus devrait permettre d'appuyer leur recherche de financement et de partenaires, d'avoir un conseil méthodologique en cas de besoin et d'obtenir un retour d'information régulier sur la lutte contre le VIH / SIDA en Isère.

Le suivi

Le suivi des actions

Un bilan annuel des actions sera réalisé par le groupe "Suivi" afin de faire le point en fonction de chaque objectif. Ces bilans permettront de réaliser les ajustements nécessaires, par des appels à projets, et d'informer les acteurs de terrain sur l'avancement de la mise en œuvre du plan.

Le tableau de bord, rempli par la DDASS, permettra de capitaliser les informations nécessaires à ces bilans (p.43).

La veille des données épidémiologiques

Afin de faciliter le recueil des données épidémiologiques, quelques données devraient être régulièrement recueillies et actualisées par la DDASS, à partir des différentes sources officielles :

- ⇒ les cas de SIDA
 - les décès,
 - les nouveaux cas,
 - le cumul des personnes vivantes,
- ⇒ la file active des nouveaux patients
 - les modes de contamination,
 - l'âge,
 - le sexe,
- ⇒ l'activité de dépistage
 - en laboratoires privés,
 - dans le système hospitalier,
 - le CIDAG,
 - les CPEF.

L'évaluation

L'objet de l'évaluation est le plan départemental de lutte contre le VIH / SIDA 2002 – 2005. Son objectif sera de mettre en évidence le fonctionnement du plan, les principaux résultats constatés en s'appuyant sur des données objectives et subjectives (avis des porteurs de projets). Pour cela, elle s'articulera autour de trois questions : les objectifs fixés ont-ils été atteints ? comment le plan départemental s'est-il mis en place ? et comment la situation du VIH / SIDA a-t-elle évoluée en Isère depuis l'état des lieux réalisé en 2002 ? (cf. annexe p.45).

L'implantation et les résultats des actions

Mesurer l'atteinte des objectifs par les actions.

Indicateurs :

- ⇒ Le bilan des actions
- ⇒ L'avis des porteurs de projets
- ⇒ Les résultats quantitatifs observés

Le processus

Mesurer le degré d'implantation du plan départemental.

Indicateurs :

- ⇒ Le tableau de bord
- ⇒ Les financements, les budgets
- ⇒ Le nombre de porteurs de projets
- ⇒ Le taux de réalisation des actions
- ⇒ L'atteinte des objectifs

L'état des lieux

Mesurer la situation du VIH / SIDA en Isère en se basant sur :

- ⇒ L'évolution des données comparables entre 2002 et 2005
- ⇒ Les nouvelles données disponibles en 2005
- ⇒ Les résultats quantitatifs observés (activités de dépistage, ...).

Une discussion et une analyse synthétique autour de ces trois axes devront permettre à l'évaluateur de formuler des recommandations au groupe "Suivi".

Fonctionnement de l'évaluation

La plupart des informations nécessaires seront recueillies au fur et à mesure. La durée de l'évaluation pourra ne pas excéder 6 mois. Celle-ci pourra être réalisée soit par un prestataire extérieur, soit par un chargé de mission.

Le calendrier de mise en œuvre et de suivi

- Janvier – mai 2002 : Réalisation de l'état des lieux du VIH / SIDA en Isère
- Avril – Sept. 2002 : Elaboration du plan départemental de lutte contre le VIH / SIDA 2002 – 2005 - Concertation
- Sept. - déc 2002 : Validation du Plan
- Janv. – mars 2003 : Mise en œuvre et diffusion du plan départemental
- Février 2003 : Mise en fonction du groupe "Suivi"
- Fin 2003 : Bilan intermédiaire des actions
- Fin 2004 : Bilan intermédiaire des actions
- Fin 2005 : Bilan final des actions et mise en place de l'évaluation
- mi 2006 : Fin de l'évaluation et recommandations

Les références complémentaires

L'état des lieux de la situation du VIH / SIDA en Isère (mars 2002) donne un aperçu global de la situation nationale et locale. Les références bibliographiques de ce document, disponible à l'ODPS, permettront d'avoir des détails complémentaires.

L'évaluation du plan 1998 – 2000 a permis de recenser les actions qui ont été élaborées pendant cette période.

Depuis cet état des lieux, de nouveaux documents ont été publiés et permettent de compléter la vision d'ensemble de la situation :

- Le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) n° 15/2002
Facteurs associés à la découverte de la séropositivité au VIH à un stade d'immunodépression avancé – avril 2002 (InVS)
- Le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) n° 27/2002
Surveillance du SIDA en France – situation au 31 mars 2002 (InVS)
- Le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) n° 36/2002
Evaluation de la prise en charge thérapeutique des expositions au VIH, juillet 1999 – décembre 2001 (F. Lot, B. Basselier, A. Laporte – InVS)
- Obadia Y, Lert F, Marimoutou C, Dray-Spirra R, Bouhnik A-D,
Enquête sur la situation sociale des personnes vivant avec le VIH / SIDA et les réponses apportées par le système de soins et les services sociaux. ORS PACA – Inserm U/379 - Inserm U/88 – Décembre 2001
- Janody G, *Bilan de l'activité hospitalière VIH dans la région Rhône-Alpes en 2001.* DRASS Rhône-Alpes, Lyon – mars 2002.
- Janody G, *Recensement de l'activité VIH dans la région Rhône-Alpes en 2001.* DRASS Rhône-Alpes, Lyon – mars 2002.
- Institut de Veille Sanitaire, *Co-infection VIH – VHC à l'hôpital.* Enquête nationale juin 2001. InVS, Paris.
- ORS Ile de France, *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH / SIDA en France. Evolutions 1992 – 1994 – 1998 – 2001.* Paris 2002.
- EuroVIH, *Surveillance du VIH / SIDA en Europe.* Rapport 2^{ème} semestre 200. Paris, juin 2002.
- Ministère de la santé, de la famille et des handicapés, Rapport Delfraissy *Prise en charge des personnes infectées par le VIH en 2002.* Recommandations du groupe d'experts. Ed. Flammarion, 400p. Paris, 2002.
- Préfecture / DDASS Isère, *Plan triennal départemental de lutte contre la drogue et de prévention des addictions 2001 / 2003.* Grenoble , juin 2001.
- Ministère de la Santé, *Plan national Hépatites C et B 2002 – 2005.* Paris, février 2002.

Annexes

Annexe 1 : Composition des groupes techniques	38
Composition du Groupe Projet	38
Composition du Groupe Suivi	39
Composition du Groupe "Prévention"	40
Composition du Groupe "Dépistage"	41
Composition du Groupe "Prise en charge"	42
Annexe 2 : Suivi technique	43
Tableau de bord des actions validées	43
Schéma de la procédure de consultation du groupe "Suivi"	44
Annexe 3 : évaluation du plan	45
Termes de références	45
Annexe 4 : VIH / SIDA – Etat des lieux en Isère (synthèse)	48

ANNEXE 1 : COMPOSITION DES GROUPES TECHNIQUES

Composition du Groupe Projet

- AIDES délégation départementale de l'I sère
- Association Départementale d'Education Sanitaire et Sociale de l'I sère (A.D.E.S.S.I.)
- Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Vienne
- Centre de Planification – Ville de Pont de Claix (représentant des CPEF)
- Centre d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit de Grenoble (C.I.D.A.G.) – Conseil Général de l'I sère
- Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine de Grenoble (C.I.S.I.H.)
- Conseil Général de l'I sère
- Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de l'I sère (D.D.A.S.S)
- Réseau ville / hôpital VIH - Med'HI V38
- Office Départemental de Prévention du Sida (O.D.P.S.)
- Direction de la Santé Publique et Environnementale – Ville de Grenoble
- Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves – Inspection académique de l'I sère
- Sida Info Service Rhône-Alpes / Auvergne

Composition du Groupe Suivi

Institutions

- Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Vienne
- Centre de Planification – Ville de Pont de Claix (représentant des CPEF)
- Centre d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit de Grenoble (C.I.D.A.G.) – Conseil Général de l'Isère
- Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine de Grenoble (C.I.S.I.H.)
- Conseil Général de l'Isère
- Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de l'Isère (D.D.A.S.S.)
- Direction de la Santé Publique et Environnementale – Ville de Grenoble
- Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves – Inspection académique de l'Isère

Associations

- AIDES délégation départementale de l'Isère
- Association Départementale d'Education Sanitaire et Sociale de l'Isère (A.D.E.S.S.I.)
- Réseau ville / Hôpital VIH - Med'HI V38
- Office Départemental de Prévention du Sida (O.D.P.S.)
- Sida Info Service Rhône-Alpes / Auvergne

Composition du Groupe "Prévention"

- AI DES délégation départementale de l'I sère
- Amicale du nid
- Association Axès
- Association de Promotion de la Santé pour le Nord I sère (A.P.S.N.I.)
- Association Départementale d'Education Sanitaire et Sociale de l'I sère (A.D.E.S.S.I.)
- Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Vienne
- Centre Communal d'Actions Sociales - Vienne
- Centre Communal d'Actions Sociales - Voiron
- Centre de Planification et d'Education Familiale - Voiron
- Centre de Planification et d'Education Familiale - Pont de Claix
- Centre de Planification et d'Education Familiale - Pontcharra
- Centre de Planification et d'Education Familiale - Grenoble
- Centre de Santé des Mutuelles de France
- Centre de santé Inter Universitaire
- Centre de Consultations et de Soins pour Toxicomanes (C.C.S.T. "Hauquelin")
- Chrétiens & Sida
- Couple et Famille de l'I sère
- Couples contre le Sida
- Direction Départementale de Jeunesse et Sport de l'I sère (D.D.J.S.)
- Inspection académique de l'I sère - Education Nationale
- L'Appart (association ALTHEA)
- L'école des parents et des éducateurs
- Office Dauphinois du Travail et de l'Immigration, Cité Sans Frontières Egalité des Droits
- Office Départemental de prévention du Sida (O.D.P.S.)
- Rectorat de Grenoble - Education Nationale
- Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves - Inspection académique de l'I sère
- Trait d'union parole Santé - Villes de Echirolles, Pont de Claix, Eybens

Composition du Groupe "Dépistage"

- AI DES délégation départementale de l'I sère
- Amicale du nid
- Association Axès
- Association de Gestion des Centres de Santé (AGECSA)
- Association de Promotion de la Santé pour le Nord I sère (A.P.S.N.I.)
- Association Départementale d'Education Sanitaire et Sociale de l'I sère (A.D.E.S.S.I.)
- Centre Communal d' Actions Sociales - Vienne
- Centre de Planification - Pont de Claix
- Centre d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit de Grenoble (C.I.D.A.G.) - Conseil Général de l'I sère
- Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (C.I.S.I.H.)
- Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de l'I sère (D.D.A.S.S.)
- Echelon Local du Service Médical
- ODTI , Cité Sans Frontières Egalité des Droits
- Office Départemental de prévention du Sida (O.D.P.S.)
- Point virgule (CODASE)
- Sida Info Service Rhône-Alpes / Auvergne
- Syndicat des Biologistes de l'I sère

Composition du Groupe "Prise en charge"

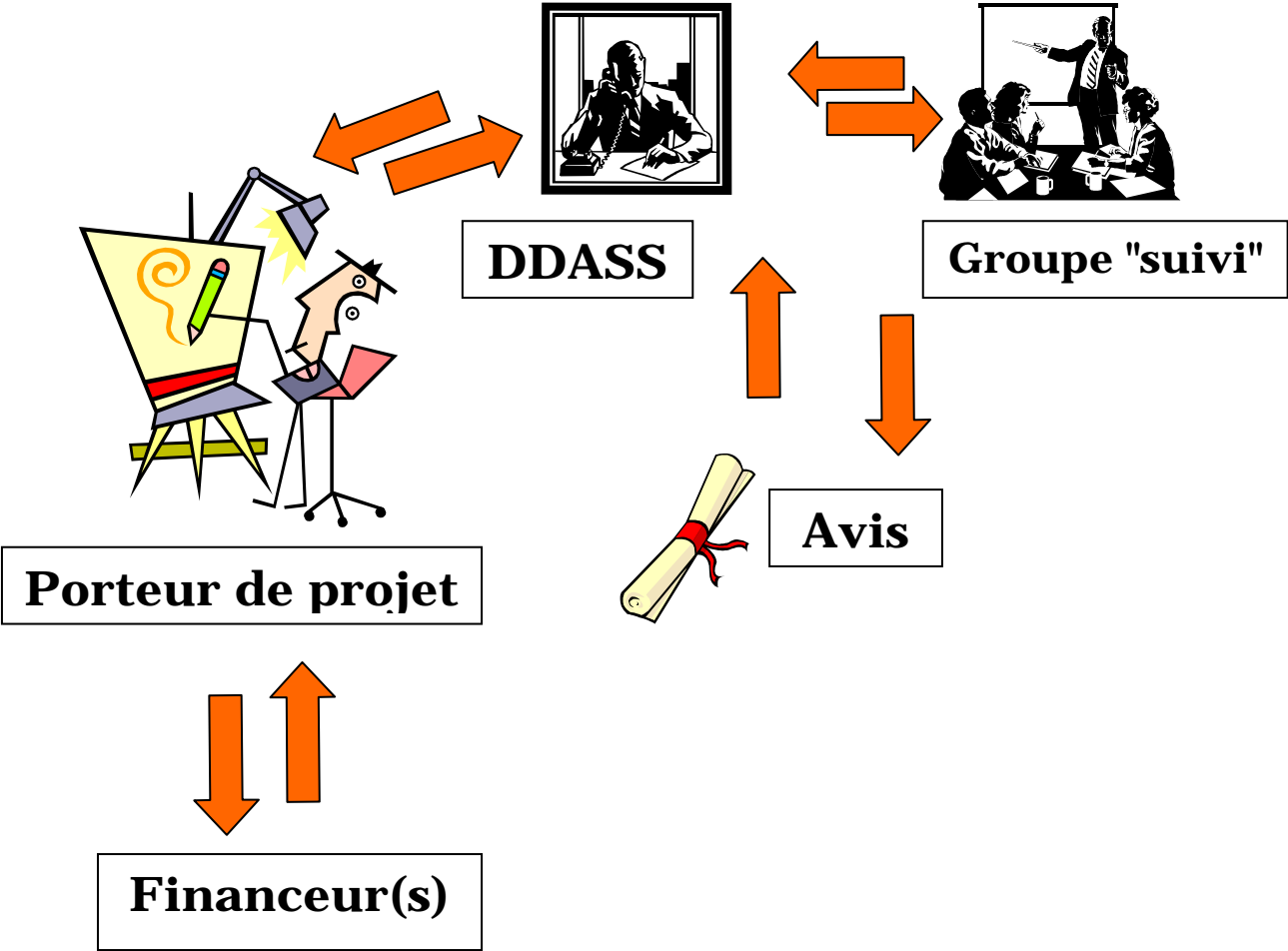
- AIDES délégation départementale de l'Isère
- Association Axès
- Association Départementale d'Education Sanitaire et Sociale de l'Isère (A.D.E.S.S.I.)
- Association de Gestion des Centres de Santé (A.GE.C.SA.)
- Centre d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit de Grenoble (C.I.D.A.G.) – Conseil Général de l'Isère
- Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (C.I.S.I.H.)
- Centre de Consultations et de Soins pour Toxicomanes ("Centre Hauquelin")
- Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (D.D.A.S.S.)
- Direction de l'hôpital du Vion
- Office Départemental de prévention du Sida (O.D.P.S.)
- Fédération Départementale des Associations ADMR de l'Isère
- Association Tempo
- Mutualité de l'Isère
- Prométhée Alpes réseau – réseau ville / hôpital hépatites

ANNEXE 2 : SUIVI TECHNIQUE

**Tableau de bord des actions validées
dans le cadre du Plan Départemental de lutte contre le VIH / SIDA 2002 – 2005**

Objectif du PT38 visé	Intitulé du projet	Organisme	Public(s) visé(s)	Budget	Financier(s)	Partenaire(s)	Zone géographique	Date de validation	Suivi actions			
									2002	2003	2004	2005
									<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I
									<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C
									<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I
									<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C

Schéma de la procédure de consultation du groupe "Suivi"



ANNEXE 3 : EVALUATION DU PLAN

Termes de références

Evaluation du plan départemental de lutte contre le VIH – SIDA 2002 – 2005

Contexte

Le plan départemental de lutte contre le VIH / SIDA 2002 – 2005 est placé sous la responsabilité du préfet, et par délégation, à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires Sociales de l'Isère. Sa mise en œuvre a été coordonnée par un groupe "Suivi" composé des représentants des institutions locales impliquées dans la lutte contre le VIH / SIDA.

Le plan départemental de lutte contre le VIH / SIDA s'insère dans le cadre du plan national 2001 – 2004 et dans la continuité du précédent plan départemental (1998 – 2000). Trois champs d'intervention ont été définis : **la prévention, le dépistage et la prise en charge**. Il s'appuie sur l'analyse de la situation du VIH / SIDA en Isère et la participation des acteurs de terrain à la définition des objectifs dits prioritaires.

La période de validité du plan départemental arrivant à échéance fin 2005, il est nécessaire de redéfinir de nouvelles orientations à la lutte contre le SIDA en Isère. Cette redéfinition implique une évaluation de la politique locale afin de porter un jugement sur le plan départemental, de connaître les premiers résultats observés et de faire le point sur la situation du SIDA dans le département.

L'objet de l'évaluation est le plan départemental de lutte contre le VIH / SIDA 2002 – 2005. Les actions validées au cours de cette période, par le groupe "Suivi", font partie de ce processus.

Objectif

L'objectif de l'évaluation est de savoir dans quelle mesure le plan départemental de lutte contre le VIH / SIDA 2002 – 2005 a répondu aux objectifs fixés et quelles orientations sont nécessaires. Pour y répondre, trois axes ont été définis :

L'implantation et les résultats des actions

Mesurer l'atteinte des objectifs par les actions.

Indicateurs :

- Le bilan des actions implantées
- L'avis des porteurs de projets
- Les résultats quantitatifs observés

◆ Questions :

- Quels objectifs pour quelles actions ?
- Les publics ont-ils tous été touchés ? dans quelle mesure ?
- Le dispositif de lutte contre le VIH en Isère a-t-il évolué ?
- Comment le plan, voulu évolutif, a-t-il été apprécié, perçu, approprié par les acteurs de terrain ?

Le processus

Mesurer le degré d'implantation du plan départemental.

Indicateurs :

- Le tableau de bord
 - Les financements, les budgets
 - Le nombre de porteurs de projets
 - Le taux de réalisation des actions
 - L'atteinte des objectifs
- ◆ Questions :
- Qu'est-ce qui a été réalisé dans chacun des 3 champs ?
 - Quels problèmes ont été constatés ?

L'état des lieux (situation en 2005)

Mesurer la situation du VIH / SIDA en Isère en se basant sur :

- L'évolution des données comparables entre 2002 et 2005
 - Les nouvelles données disponibles en 2005
 - Les résultats quantitatifs observés (activités de dépistage, ...).
- ◆ Questions :
- Quelle est l'évolution des données comparables par rapport à la situation constatée en 2002 ?
 - Qu'indiquent les nouvelles données épidémiologiques ?

Les données

L'évaluateur basera sa réflexion à partir des documents suivants :

- le tableau de bord des actions validées dans le cadre du plan départemental,
- les évaluations et bilans des différents projets validés et mis en place,
- des rencontres avec les professionnels de terrain,
- les données épidémiologiques disponibles auprès des structures nationales et locales.

La plupart des données nécessaires sont recueillies régulièrement et serviront de bases à l'analyse épidémiologique de la situation iséroise. Des données complémentaires pourront toutefois être recherchées et utilisées si nécessaires.

Le cadre de référence

Les documents qui servent de base de réflexion à l'évaluation sont :

- l'état des lieux de la situation du VIH / SIDA en Isère en mars 2002,
- le plan départemental de lutte contre le VIH / SIDA 2002 – 2005,
- le plan national 2001 – 2004 et son évaluation,
- le Programme Régional de Santé VIH / SIDA,
- les diverses études menées au niveau national ou local.

Recommandations

L'évaluateur rédigera un rapport rendant compte de la situation du plan départemental et de la situation épidémiologique du SIDA en Isère. La synthèse constituera l'argumentaire pour appuyer ses recommandations à la DDASS et au groupe "Suivi". Ces recommandations porteront sur l'opportunité de poursuivre la programmation et, si oui, selon quelles modalités (mise en œuvre, orientation, axes prioritaires, ...).

Mission de l'évaluateur

En se basant sur les attentes du groupe "Suivi", l'évaluateur devra :

- élaborer des outils d'évaluation (grille d'entretien, grille de lecture, grille de recueil et d'analyse des données d'évaluation, ...),
- analyser les données épidémiologiques disponibles et rechercher d'éventuelles données complémentaires,
- recueillir et analyser les éléments nécessaires à l'évaluation auprès des structures impliquées (entretiens, lecture des rapports ou des bilans, ...),
- écrire un rapport et une synthèse concluant sur ses recommandations pour le directeur de la DDASS et le groupe "Suivi".

Profil de l'évaluateur

L'évaluateur devra présenter les caractéristiques suivantes :

- expérience de l'évaluation en Santé Publique
- capacité à rechercher et recueillir des données qualitatives et quantitatives
- capacités d'analyse, rédaction et synthèse
- maîtrise des outils informatiques
- autonomie

Organisation

Le groupe "Suivi", sous la responsabilité du directeur de la DDASS, sera le mandataire de l'évaluation. Afin de faciliter le travail de l'évaluateur, les référents opérationnels seront l'ODPS (Office Départemental de Prévention du SIDA) et la DDASS de l'Isère. Ils apporteront un soutien technique et logistique à l'évaluateur.

L'évaluation pourra être réalisée soit par un chargé de mission engagé pour la durée prévue de la mission, soit par un prestataire extérieur selon des modalités à préciser.

Durée prévue

Au total, l'évaluation aura une durée de 24 semaines (dans le cas d'un chargé de mission) :

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| ▪ Prise de connaissance du contexte | 4 semaines |
| ▪ Ecriture d'un cahier des charges | 2 semaines |
| ▪ Elaboration des outils | 2 semaines |
| ▪ Recueil des informations | 8 semaines |
| ▪ Analyse, rédaction et synthèse | 8 semaines |

Le budget à prévoir se situe entre 25.000 € et 30.000 €.

ANNEXE 4 :
VIH / SIDA – ETAT DES LIEUX EN ISERE – mai 2002
(SYNTHESE)