

Plan régional de santé publique d'Ile-de-France 2006-2010

Questions au docteur Christine Barbier,
DRASS-IF- Inspection régionale de la santé

Sida Info Service (SIS) : Quelle est l'origine des plans régionaux de santé publique ?

Christine Barbier (CB) : En 2004, une loi de santé publique demande à chaque région d'élaborer en fonction de ses priorités un plan de santé publique qui servira de base pour les 5 ans à venir. Sur cette base seront financées différentes actions non seulement dans des dispositifs qu'on appelle structurels mais aussi dans le cadre d'appels à projets annuels. Chaque région a fait ce travail d'élaboration à partir de diagnostics locaux effectués au niveau des départements et des communes. Les professionnels de santé et les associations d'usagers représentés notamment à la Conférence régionale de santé ont été impliqués dans ce processus de concertation. Le PRSP offre de plus une mise en commun des financements au bénéfice des priorités régionales, ce qui n'était pas le cas auparavant puisque les divers financeurs (l Etat, Assurance Maladie, collectivités territoriales...) finançaient des actions le plus souvent séparément.

SIS : Quelles sont les grandes orientations du PRSP-IDF dans le domaine du VIH ?

CB : Un premier objectif cible les jeunes avec l'idée de renforcer l'éducation à la sexualité. C'est une approche intégrée qui outre la prévention du VIH vise à réduire les contaminations par les infections sexuellement transmissibles (IST) et l'hépatite B, et cherche à améliorer l'accès à la contraception et à la contraception d'urgence. Le Plan s'adresse surtout aux jeunes éprouvant des difficultés pour accéder à la prévention et aux soins. Un deuxième objectif vise à réduire les contaminations chez les hommes ayant des relations entre eux, les migrants, la population carcérale et les personnes ayant recours à la prostitution. Un troisième objectif a pour but d'améliorer la qualité de vie des personnes séropositives par le développement de programmes d'observance, de soutien psychologique et de qualité de vie dans la vie quotidienne. Enfin un objectif vise à renforcer la réduction des risques auprès des usagers de drogue afin de diminuer les contaminations virales, en particulier les hépatites.

SIS : Le Plan envisage-t-il de nouvelles voies, de nouvelles façons de faire de la prévention ?

CB : Il s'agit plutôt de développer certains aspects de nos stratégies de prévention. Nous avons cherché à identifier des populations et des territoires prioritaires, peut-être moins couverts par les services ou par les associations, la réduction des inégalités étant un principe fort de la loi.. Nous avons privilégié le repérage précoce d'un certain nombre de situations, proposé de travailler en amont sur les déterminants des prises de risques, développé l'accompagnement des personnes dans leur processus d'appropriation de comportements de prévention. Le plan insiste aussi sur l'évaluation des objectifs préconisés : la mortalité et la morbidité dans tel groupe ont-elles diminué ? Telle action a-t-elle été bien menée ? La coordination des personnes entre elles, des associations, des différents acteurs a-t-elle été correcte ?

SIS : Que prévoyez-vous pour les gays ?

CB : Si le plan national VIH/IST 2005-2008 est resté notre cadre de référence, nous avons aussi travaillé avec toutes les associations représentatives en Ile-de-France. La réflexion a porté sur la stratégie à adopter afin de toucher les gays dans les différents lieux de rencontre qu'ils fréquentent et les diverses modalités de rencontre qui sont les leurs : boîtes, lieux de drague extérieurs, rencontres sur Internet... En dehors du milieu identitaire organisé autour de ses propres réseaux, l'effort portera sur les jeunes gays, les personnes éprouvant des difficultés par rapport à l'estime de soi et celles qui consomment des produits psycho actifs.

SIS : Quelles seront les mesures concrètes ?

CB : Les actions seront assez traditionnelles : formations des barmans, renforcement des actions collectives dans les lieux de rencontre extérieurs que mènent déjà certaines associations, mise à disposition d'outils adaptés dont ceux produits par l'INPES. Il faudra tenir compte des spécificités des gays : fréquence des IST, nécessité de fournir des informations sur le traitement post-exposition. A côté des démarches de prévention, nous insisterons sur l'importance de connaître son statut sérologique et d'inscrire la démarche de dépistage dans un processus de prévention.

SIS : Que prévoit le PRSP pour les migrants ?

CB : Nous avons d'abord jugé essentiel d'identifier de manière plus approfondie et détaillée la diversité des migrants présents en Ile-de-France. Diversité des populations, des parcours, des lieux et des modalités de contamination. Les personnes d'Afrique subsaharienne représentent la majorité des personnes concernées, mais il y a aussi celles originaires du Maghreb, d'Europe de l'Est, de Chine, d'Amérique Latine... Chaque population nécessite des relais et des outils adaptés à la compréhension et à la représentation de la maladie et de la prévention. Notre stratégie consiste à repérer les lieux fréquentés par les migrants : foyers de travailleurs, plates-formes d'accueil des étrangers de l'ANAEM (Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers et des Migrations), marchés, dispositifs de précarité, circuits de droits communs comme les hôpitaux, les PMI...

SIS : Et en termes d'actions ?

CB : L'objectif est d'abord de former les professionnels de santé, les professionnels sociaux et les médiateurs de santé publique qui interviennent dans les communautés pour qu'ils puissent avoir une attitude adaptée à chaque situation et mener des actions de prévention et d'incitation au dépistage, Nous souhaitons aussi mutualiser les savoir-faire en articulant le travail entre les grosses associations comme Sida Info Service ou le CRIPS qui apportent un soutien méthodologique, et les associations de migrants très nombreuses qui ont le contact direct avec les populations. Ce travail de coordination inter associative mérite d'être développé.

SIS : Le milieu carcéral reste le parent pauvre de la lutte contre le sida. Que proposez-vous ?

CB : Pour le milieu carcéral comme pour les migrants, il est important de replacer l'approche VIH dans une approche de santé globale. L'Ile-de-France compte 12 établissements pénitentiaires avec une population carcérale importante. Des personnes ont connu des prises de risque avant d'avoir été incarcérées, mais on sait qu'il y a aussi des prises de risque pendant l'incarcération. Le PRSP propose d'agir en lien avec les UCSA en faveur d'une meilleure prévention de la transmission avec le soutien des associations intervenant en milieu carcéral. Certaines maisons d'arrêt bénéficient d'intervention et d'autres non. L'idée est d'élaborer un vrai programme de santé publique afin de couvrir tous les établissements pénitentiaires.

SIS : Le PRSP prend-t-il en compte certaines recommandations du rapport Yeni sur la prise en charge des personnes séropositives ?

CB : Le dernier chapitre de ce rapport consacré à l'organisation des soins et infection par le VIH évoque un certain nombre de recommandations sur l'organisation du dépistage, le milieu carcéral, le développement de l'observance. Nous prenons en compte les orientations de ce rapport en les articulant d'une part au niveau de l'organisation hospitalière qui relève du Schéma régional d'organisation des soins et d'autre part de l'organisation extra-hospitalière, dans le PRSP, par exemple en prenant appui sur les associations pour inciter à la connaissance du statut sérologique ou pour favoriser le développement de l'observance.

SIS : Les programmes d'aide à l'observance sont très peu nombreux en Ile-de-France. Comptez-vous les développer ?

CB : Nous soutiendrons les programmes déjà existants menés par certaines associations. Mais nous le ferons en les resituant dans une approche plus globale de qualité de vie, de diminution de prises de risque, de problèmes plus globaux de prévention chez les personnes séropositives. Par ailleurs des actions seront organisées sous deux formes : hors de l'hôpital, avec les associations et les réseaux ville-hopital et dans l'hôpital avec le développement des consultations d'observance. Cette stratégie donnera plus de choix aux personnes séropositives.

SIS : Une polémique est née dernièrement sur la fermeture de CDAG dans le Val-de-Marne et en Seine-et-Marne. Que répondez-vous à ces critiques ?

CB : Je ne pense pas que l'on puisse parler de fermeture. Il s'agit plutôt d'une réorganisation. En 2004, outre la loi de santé publique que je citais en préambule de cet entretien, une loi sur la recentralisation des compétences a été votée. L'Etat a récupéré la compétence sur la lutte contre les IST. Les conseils généraux qui géraient auparavant les dispensaires antivénéériens pouvaient soit garder la gestion de ces dispensaires soit ne pas la garder. Certains conseils généraux ont fait le choix de ne plus les gérer. En Seine-et-Marne, les hôpitaux se sont vu confier la gestion de ces dispositifs, et dans le Val-de-Marne une réflexion est actuellement menée avec les centres de santé municipaux, comme cela a été le cas dans les Hauts de Seine en 2006. Chaque réorganisation présente des opportunités pour rapprocher et mieux coordonner les dispositifs, notamment CDAG et CIDDIST.